



Universidade do Minho
Escola de Psicologia

Tânia Sofia Fernandes Pires
**Impacto Psicológico dos Acidentes
Rodoviários nas suas Vítimas Directas**

Tânia Sofia Fernandes Pires

**Impacto Psicológico dos Acidentes
Rodoviários nas suas Vítimas Directas**

UMinho | 2011

Janeiro de 2011





Universidade do Minho

Escola de Psicologia

Tânia Sofia Fernandes Pires

Impacto Psicológico dos Acidentes Rodoviários nas suas Vítimas Directas

Doutoramento em Psicologia
Especialidade de Psicologia da Saúde

Trabalho efectuado sob a orientação da
Professora Doutora Ângela da Costa Maia

DECLARAÇÃO

Nome Tânia Sofia Fernandes Pires

Endereço electrónico: taniasp@portugalmail.pt Telefone: 916467526

Número do Bilhete de Identidade: 11565821

Título dissertação ? /tese ?

“Impacto Psicológico dos Acidentes Rodoviários nas suas Vítimas Directas”

Orientador(es): Professora Doutora Ângela da Costa Maia

Ano de conclusão: 2011

Designação do Mestrado ou do Ramo de Conhecimento do Doutoramento: Psicologia da Saúde

1. É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO INTEGRAL DESTA TESE/TRABALHO APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE;

Universidade do Minho, 28/01/2011

Assinatura: _____

1. É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO INTEGRAL DESTA TESE/TRABALHO APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE;

Universidade do Minho, 28/01/2011

Assinatura: _____

AGRADEÇO... ESTA VIAGEM

À minha **Orientadora**, Professora Doutora Ângela Maia, que conjuga valores de rigor, trabalho, empenho, sinceridade, disponibilidade, transparência, generosidade e sentido de humor presentes em todos os momentos destas Viagens. Para Ela, o meu respeito, orgulho e o meu *Muito Obrigada* pelo companheirismo da *Mui Digna* Professora e Pessoa que é.

Aos Centros Hospitalares e Unidades de Saúde, nas Pessoas dos seus Directores e/ou Coordenadores de Serviço e Equipas de Enfermagem, agradeço o interesse, colaboração e incentivos manifestados ao longo da recolha de dados.

Os meus pais, por me continuarem a apoiar e deixar *voar*.

Às minhas colegas e amigas, Mestre Susana Silva, Mestre Clara Simões, Doutora Sandra Sendas, pela amizade, momentos culturais e científicos partilhados aquém e além fronteiras.

À Rosa, ao Humberto, ao Alex, à Tê, pelos laços de amizade que acompanharam esta viagem, pelas mensagens de incentivo e encorajamento.

À Maria Manuel pela amizade, carinho, sorriso e *cor* que nele coloca.

Às **vítimas** de acidentes que gentilmente acederam colaborar e partilhar um acontecimento específico da viagem das suas vidas.

“Impacto Psicológico dos Acidentes Rodoviários nas suas Vítimas Directas”

Resumo

Portugal encontra-se entre os países da Europa em que a sinistralidade rodoviária é das mais elevadas. Para além de ser um tema actual para os cidadãos, os acidentes são uma das preocupações da saúde pública (OMS, 2009), sendo também considerados acontecimentos traumáticos (APA, 2002), que podem dar origem a perturbação psicológica, designadamente Perturbação Aguda de Stress (PAS) e Perturbação de Stress Pós-Traumático (PSPT). A identificação dos factores de risco que contribuem para o desenvolvimento de perturbação psicológica tem sido uma das preocupações dos investigadores, bem como a compreensão da evolução dos sintomas ao longo do tempo. Num estudo anterior realizado no âmbito de uma tese de mestrado (Pires, 2005), constatámos a elevada prevalência de sintomas de perturbação em vítimas de acidentes rodoviários graves, e considerámos que a realização de estudos longitudinais poderia ser uma mais-valia para a compreensão dos factores de risco para o desenvolvimento de perturbação psicológica. O presente estudo visa estudar o impacto psicológico dos acidentes rodoviários nas suas vítimas directas, nomeadamente analisar a evolução temporal de alguns sintomas psicológicos e os preditores de perturbação psicológica (PAS, PSPT) nos diferentes momentos de avaliação.

Participaram nesta investigação 101 indivíduos, de ambos os sexos, que estiveram directamente envolvidos em acidentes rodoviários dos quais decorreram danos físicos que exigiram internamento e que foram avaliados em três momentos: dias após o acidente, quatro e 12 meses após a primeira avaliação. Para além da caracterização sócio-demográfica, os sujeitos foram avaliados acerca das características dos acidentes e da sua resposta nesse mesmo momento, nomeadamente percepção de perigo e dissociação peritraumática, relativamente a acontecimentos de vida, sintomas de PAS e de PSPT, psicopatologia geral, características da personalidade (neuroticismo), apoio social, *coping* e situação de saúde.

Os resultados mostraram que alguns dias após o acidente 32.7% apresentaram sintomas compatíveis com o diagnóstico de PAS. Relativamente à PSPT, verificou-se que 58% dos participantes apresentaram sintomas compatíveis com o diagnóstico aos quatro meses e aos 12 meses essa percentagem foi de 46.5%. Quanto à psicopatologia, verificou-se que nos diferentes momentos de avaliação as vítimas reportaram sintomas com significado clínico (72.3% na avaliação inicial, 84.2% aos quatro meses e 50.5% aos 12 meses). Ao longo do tempo, assistiu-se a uma diminuição na psicopatologia geral

(av 2 para av 3), no *coping* geral (av 1 para av 3 e de av 2 para av 3) e no *coping* de supressão (av 2 para av 3). Também se assiste a uma melhoria estatisticamente significativa na situação de saúde (av 1 para av 3) e o apoio social primeiro diminui (av 1 para av 2) e depois aumenta (da av 2 para av 3). Não se encontraram alterações estatisticamente significativas no neuroticismo ao longo do tempo. O sexo (feminino), a dissociação peritraumática e a psicopatologia geral (av 1) contribuíram para explicar 66.5% da variância dos sintomas de PAS. Apenas a dissociação peritraumática contribuiu significativamente para explicar 26.5% da variância de PSPT quatro meses após o acidente. O *coping* geral (av 3) e a situação de saúde (av 3) foram as variáveis que contribuíram significativamente para explicar 29.3% da variância dos sintomas de PSPT aos 12 meses. Verificou-se que as mulheres apresentaram mais sintomas de PAS, PSPT (av 2 e av 3) e psicopatologia geral (av 1 e av 2) do que os homens. Não se encontraram diferenças nos sintomas psicológicos em função da posição ocupada pelas vítimas aquando do acidente.

A presença de PAS e PSPT após envolvimento em acidentes rodoviários não é uma experiência rara. O desenvolvimento de perturbação psicológica deve-se a uma multiplicidade de factores, sendo a dissociação peritraumática o que melhor explica respostas agudas de stress e sintomas de PSPT aos quatro meses. As variáveis avaliadas aos 12 meses revelam-se factores fundamentais para predizer PSPT nesse mesmo momento. A situação de saúde 12 meses após o acidente parece ter um papel muito importante para explicar os sintomas de PSPT (av 3).

Estes resultados sugerem que, no âmbito da psicologia da saúde, se deve avaliar e identificar os sujeitos vítimas de acidentes graves cujos sintomas são significativos e a necessidade de intervenção psicológica, de modo a minimizar o impacto dos acidentes pelo menos neste tipo de vítimas.

Palavras-chave: acidente rodoviário, perturbação psicológica (PAS, PSPT, psicopatologia geral).

“Psychological Impact of Road Traffic Accidents on their Direct Victims”

Abstract

Portugal is one of the European countries where more road traffic accidents occur. Road traffic accidents are a present concern both for citizens and for public health authorities (WHO, 2009), and they are described as traumatic experiences (APA, 2002) that can be associated with psychological disorders, such as Acute Stress Disorder (PAS) and Posttraumatic Stress Disorder (PTSD). Identifying risk factors for psychological disorders and the evolution of symptoms over time has been the researchers concern. A previous study (Pires, 2005) showed a higher prevalence of symptoms among serious road traffic accident victims, and seemed to suggest the relevance of longitudinal studies in risk factor identification. The present dissertation aims to study the psychological impact of road traffic accidents on their victims, in particular the psychological symptoms and the psychological disorder predictors (ASD and PTSD) over time.

One hundred and one male and female direct victims of road traffic accidents that needed medical attention were evaluated at three different moments: a few days after the accident, and then four and 12 months after the first evaluation. Participants answered questions about social demographical characteristics and about the accident, their reactions at the time of the accident, particularly danger perception and peritraumatic dissociation, other life experiences, ASD and PTSD symptoms, general psychological symptoms, personality (neuroticism), social support, coping and health status.

Results showed that 32.7% of the participants reported symptoms compatible with ASD diagnosis few days after the accident; 58% and 46.5% of the participants presented symptoms compatible with PTSD diagnosis in the second and in the third assessment, respectively. Some participants reported general psychopathological symptoms with clinical significance (72.3% in the first assessment, 84.2% in the second and 50.5% in the third). General psychopathology symptoms (t2 to t3), general coping (t1 to t3 and t2 to t3) and passive coping (t2 to t3) decreased over time. Health status increased (t1 to t3) and social support decreased (t1 to t2), and then increased (t2 to t3). There were no statistical differences on neuroticism over time. Gender (female), peritraumatic dissociation and general psychopathology (t1) explained 66.5% of the ASD variance. Peritraumatic dissociation was the only variable that significantly contributed to explain 26.5% of the PTSD symptoms four months after the accident.

General coping (t3) and health status (t3) contributed to the 29.3% PTSD symptoms variance 12 months after the accident. Women reported more ASD and PTSD (t2 and t3) and general psychopathology (t1 and t2) than men. When the participants' position at the moment of the accident (pedestrians, passengers or drivers) was considered in the analysis, no differences in psychological symptoms were found.

ASD and PTSD are frequent after road traffic accidents. A large number of factors can contribute to the psychological disorders after road traffic accidents, but peritraumatic dissociation is the variable that better explains acute stress responses and PTSD four months after the accidents. The variables that were assessed 12 months after the accident were very important to explain PTSD symptoms at that moment in time. The health status assessed 12 months after the accident gave an important contribution to the PTSD symptoms (t3).

Based on this evidence, it can be concluded that serious road traffic accidents victims should be evaluated, and psychological intervention to reduce the psychological impact of the accidents should be provided, in order to minimize the suffering of the victims.

Keywords: road traffic accidents, psychological disorders (ASD, PTSD and general psychopathology)

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	7
CAPÍTULO I	
EVOLUÇÃO DO CONCEITO DE TRAUMA.....	9
Evolução do Conceito de Trauma	11
Definição de Acontecimento Traumático.....	16
Prevalência da Exposição a Acontecimentos Traumáticos	23
Acidentes Rodoviários Enquanto Acontecimento Traumático	26
Prevalência dos Acidentes Rodoviários	27
Conclusão	28
CAPÍTULO II	
EXPOSIÇÃO A TRAUMA E PERTURBAÇÃO PSICOLÓGICA	31
Perturbação Aguda de Stress (PAS)	33
Critérios de Diagnóstico de PAS	33
Critérios para PAS Parcial	35
PAS após Exposição Traumática: Revisão da Literatura	35
Exposição a Acidentes Rodoviários e PAS	40
Perturbação de Stress Pós-Traumático (PSPT).....	41
Critérios de Diagnóstico de PSPT	41
Critérios para PSPT Parcial	43
Prevalência de PSPT após Exposição Traumática.....	45
Exposição Traumática e PSPT Parcial	50
Exposição Traumática e PSPT de Início Tardio	51
Exposição a Acidentes Rodoviários e PSPT	52
Evolução dos Sintomas da PSPT	56
Relação entre PAS e PSPT.....	59
Controvérsias no Diagnóstico de PAS e PSPT	62

Comorbilidade entre PSPT e Outras Perturbações	64
PSPT e Depressão	66
Conclusão	68
CAPÍTULO III	
MODELOS EXPLICATIVOS DA PSPT	70
Modelo Psicodinâmico	73
Modelos Comportamentais.....	74
Modelos Cognitivos.....	76
Modelos Biológicos.....	82
Conclusão	84
CAPÍTULO IV	
FACTORES DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DE PSPT	89
Grauidade da Exposição a Situação Traumática Enquanto Factor de Risco para Perturbação Psicológica	91
Factores de Risco Pré-traumáticos	93
Variáveis Sócio-demográficas	93
Idade	93
Sexo	94
Etnia, nível socioeconómico e inteligência	98
Acontecimentos de Vida e Outras Situações Traumáticas Prévias	100
Psicopatologia Anterior	101
Características da Personalidade.....	102
Outros Factores de Risco para PSPT em Vítimas de Acidentes Rodoviários	105
Factores de Risco Peritraumáticos.....	105
Percepção de Perigo	106
Dissociação Peritraumática.....	107
Factores de Risco Pós-Traumáticos	116
<i>Coping</i>	116
<i>Coping</i> , acidentes rodoviários e PSPT	120
Apoio Social	122
Apoio social, acidentes rodoviários e PSPT	126
Situação de Saúde	127

Situação de saúde, acidentes rodoviários e PSPT.....	131
Conclusão	132
PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO	133
CAPÍTULO V	
OBJECTIVOS, HIPÓTESES E METODOLOGIA	135
Objectivos	137
Hipóteses.....	138
Hipóteses Exploratórias	140
Método	141
Participantes.....	141
Instrumentos de Avaliação	143
Questionário sócio-demográfico e de caracterização da experiência do acidente	145
Lista de acontecimentos de vida	146
Questionário de experiências dissociativas peritraumáticas	147
Questionário de avaliação de perturbação aguda de stress	148
Participantes	150
Procedimento	150
Análise estatística dos itens do instrumento.....	151
Estudo da consistência interna do instrumento	153
Validade de constructo – análise factorial.....	155
Escala de avaliação de resposta ao acontecimento traumático	169
<i>Brief symptom inventory</i>	161
NEO-FFI (sub-escala de neuroticismo)	162
<i>Ways of coping questionnaire</i>	163
Escala de apoio social	165
<i>Sickness impact profile</i>	166
Procedimento	167
Análise dos Dados	179

CAPÍTULO VI

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	173
Análises Descritivas	175
Caracterização do Acidente e das Respostas das Vítimas no Momento do Acidente	175
Percepção da Causa do Acidente	177
Avaliação da experiência do acidente e percepção de perigo	179
Percepção de culpa e responsabilidade	180
Percepção de auxílio	180
Participação ao seguro e apoio psicológico	181
Consumo de medicação	181
Envolvimento em Acidentes Anteriores	181
Exposição a Experiências Adversas	182
Sintomas	183
Dissociação peritraumática	183
Perturbação aguda de stress	185
Perturbação de stress pós-traumático	188
Psicopatologia geral	191
Neuroticismo.....	192
<i>Coping</i>	193
Apoio social	193
Saúde	194
Análises Inferenciais.....	195
Análise das Hipóteses	198
Preditores de PAS	198
Preditores de PSPT	199
Quatro meses após o acidente	199
Doze meses após o acidente.....	202
Hipóteses Exploratórias	205
Diferenças em função do sexo	205
Diferenças em função da posição ocupada aquando do acidente	206
Síntese dos Resultados.....	208

CAPÍTULO VII

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	213
Características dos Acidentes	215
Envolvimento em Acidentes e Exposição a Experiências Adversas.....	216
Avaliação da Experiência do Acidente e Respostas no Momento do Acidente.....	218
Percepção de perigo	218
Dissociação peritraumática	219
Funcionamento Psicológico.....	220
PAS	220
PSPT	222
Psicopatologia geral	226
Neuroticismo.....	228
<i>Coping</i>	239
Apoio social	231
Situação de saúde.....	233
Diferenças entre os sexos e na Posição Ocupada aquando do Acidente.....	234

CAPÍTULO VIII

CONCLUSÃO.....	235
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	245

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANSR	Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária
ACTH	Hormona Adrenocorticotrópica
APA	<i>American Psychologist Association</i>
APT	Acontecimento Potencialmente Traumático
BSI	<i>Brief Symptom Inventory</i>
CAPS	Clinician - Administered PTSD Scale
CID-10	Classificação Internacional de Doença
CRF	Factor de Libertação Corticotrofina
EARAT	Escala de Avaliação de Resposta ao Acontecimento Traumático
EAS	Escala de Apoio Social
HPA	Eixo Hipotalamico-hipofisiário
IGS	Índice Geral de Sintomas
INEM	Instituto Nacional de Emergência Média
ISP	Índice de Sintomas Positivos
LAV	Lista de Acontecimentos de Vida
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAS	Perturbação Aguda de Stress
PSPT	Perturbação de Stress Pós-Traumático
QAPAS	Questionários de Avaliação da Perturbação Aguda de Stress
QEDP	Questionário de Experiências Dissociativas Peritraumáticas
SASRQ	<i>Stanford Acute Stress Reaction Questionnaire</i>
SIP	<i>Sickness Impact Profile</i>
SNC	Sistema Nervoso Central
TSP	Total de Sintomas Positivos
WCQ	<i>Ways of Coping Questionnaire</i>

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Critérios de Diagnóstico da Perturbação Aguda de Stress de acordo com o DSM-IV-TR	34
Tabela 2 - Critérios de Diagnóstico da Perturbação de Stress Pós-Traumático de acordo com o DSM-IV-TR	42
Tabela 3 - Síntese da operacionalização dos critérios de PSPT parcial apresentada por diferentes autores	45
Tabela 4 - Características sócio-demográficas das 101 vítimas de acidentes rodoviários...	142
Tabela 5 - Nível profissional das 101 vítimas de acidente rodoviário segundo o índice de Graffar	142
Tabela 6 - Unidades de saúde e hospitalares onde os dados foram recolhidos.....	143
Tabela 7 - Instrumentos utilizados, objectivos e momento de utilização	144
Tabela 8 - Frequência das respostas agudas de stress das 150 vítimas (%).....	152
Tabela 9 - Resultados da análise da consistência interna da escala de avaliação de respostas agudas de stress	154
Tabela 10 - Análise factorial de componentes principais com rotação <i>varimax</i> a 3 factores (19 itens descritos na escala original).....	155
Tabela 11 - Análise factorial de componentes principais com rotação <i>varimax</i> a 4 factores (27 itens utilizados)	157
Tabela 12 - Consistência Interna das subescalas definidas teoricamente (N=150 vítimas de acidentes rodoviários)	158
Tabela 13 - Dados descritivos e <i>alpha de cronbach</i> da versão portuguesa do questionário de avaliação de perturbação aguda de stress (N =150 vítimas de acidentes rodoviários)	158
Tabela 14 - Frequência dos sintomas de PAS reportados pelas 150 vítimas de acidentes rodoviários	159
Tabela 15 - Consistência interna da escala de neuroticismo.....	163
Tabela 16 - Consistência interna das subescalas do WCQ.....	165
Tabela 17 - Características do acidente (N=101).....	177
Tabela 18 - Causas humanas do acidente.....	178
Tabela 19 - Causas ambientais do acidente.....	178
Tabela 20 - Avaliação da experiência do acidente.....	179
Tabela 21 - Dados descritivos do índice de percepção de perigo	179

Tabela 22 - Culpa e responsabilidade percebida em relação ao acidente	180
Tabela 23 - Dados sobre o auxílio recebido	181
Tabela 24 - Envolvimento em acidentes anteriores	182
Tabela 25 - Dados descritivos dos acontecimentos de vida adversos no período que antecedeu os diferentes momentos de avaliação.....	182
Tabela 26 - Respostas dissociativas peritraumáticas aquando do acidente (%).....	184
Tabela 27 - Dados descritivos do questionário de experiências peritraumáticas.....	185
Tabela 28 - Frequência das respostas agudas de stress das 101 vítimas (%).....	186
Tabela 29 - Dados descritivos de PAS.....	187
Tabela 30 - Frequência dos sintomas de PAS reportados pelas 101 vítimas de acidentes rodoviários	187
Tabela 31 - Evolução dos sintomas de PAS para PSPT.....	188
Tabela 32 - Dados descritivos de PSPT na segunda e terceira avaliação	188
Tabela 33 - Frequência de sujeitos com sintomas compatíveis com o diagnóstico de PSPT na segunda e terceira avaliação e teste de <i>Qui-Quadrado</i>	189
Tabela 34 - Evolução dos sintomas de PSPT da segunda para a terceira avaliação	190
Tabela 35 - Percentagem de PSPT parcial, entre os sujeitos que não cumpriram os critérios para PSPT (n=42 na primeira avaliação e n=54 na segunda avaliação)	190
Tabela 36 - Média de sintomas no BSI nos três momentos de avaliação e resultados do teste de <i>Friedman</i>	191
Tabela 37 - Dados descritivos de Neuroticismo dos 101 participantes nos diferentes momentos de avaliação e resultados do teste de <i>Friedman</i>	192
Tabela 38 - Dados descritivos do <i>coping</i> nos diferentes momentos de avaliação, resultados do teste de <i>Friedman</i> e teste <i>t</i>	193
Tabela 39 - Dados descritivos de apoio social nos diferentes momentos de avaliação e resultados do teste de <i>Friedman</i>	194
Tabela 40 - Dados descritivos do total do SIP e resultados do teste de <i>Friedman</i>	195
Tabela 41 - Correlações de <i>Spearman</i> entre as diferentes variáveis nos três momentos de avaliação	197
Tabela 42 - Resultados da regressão múltipla para prever PAS	199
Tabela 43 - Resultados das análises de regressão simples para prever PSPT aos quatro meses.....	200
Tabela 44 - Resultados da Análise de regressão múltipla para prever PSPT aos quatro meses a partir das variáveis avaliadas nesse mesmo momento	201

Tabela 45 - Resultados da análise de regressão múltipla para prever PSPT quatro meses após o acidente a partir das variáveis avaliadas dias após o acidente	202
Tabela 46 - Resultados das análises de regressão simples para prever PSPT aos 12 meses.	203
Tabela 47 - Resultados da análise de regressão múltipla das variáveis avaliadas 12 meses após o acidente para prever PSPT nesse mesmo momento	204
Tabela 48 - Resultados da análise de regressão múltipla para prever PSPT 12 meses após o acidente a partir das variáveis medidas nas duas primeiras avaliações.....	205
Tabela 49 - Resultados do teste de <i>Mann-Whitney</i> - comparação das respostas de percepção de perigo, dissociação peritraumática e sintomas de perturbação psicológica (PAS, PSPT e psicopatologia geral) em função do sexo (n=101)	206
Tabela 50 - Resultados do teste de <i>Kruskal-Wallis</i> relativamente às respostas de percepção de perigo, dissociação peritraumática, sintomas de perturbação psicológica (PAS, PSPT e psicopatologia geral) em função da posição ocupada aquando do acidente (n=101).....	207

INTRODUÇÃO

Os acidentes rodoviários são um tema que tem pautado os debates de organizações nacionais (e.g. Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária) e internacionais (e.g. Nações Unidas, 2002). Nos últimos 20 anos, em Portugal, registaram-se 33023 acidentes com vítimas mortais, 154189 acidentes com feridos graves e 1071115 acidentes com feridos leves (ANSR, 2010, 2011). A realidade da sinistralidade rodoviária referente ao ano de 2010 aponta para um aumento de 1% no número de vítimas mortais comparativamente com o ano de 2009, e uma redução de cerca de 4% comparativamente com o ano de 2008 (ANSR, 2011). De acordo com o referido pela mesma Autoridade num balanço provisório, devido à diminuição da sinistralidade, nos últimos 10 anos salvaram-se 4176 vidas e evitaram-se 20384 feridos graves. Apesar destes dados serem animadores, enquanto houver vidas em jogo os acidentes rodoviários continuam a ser preocupantes. Como refere Haldu (1996), os acidentes e as mortes nas estradas são tragédias que se podem evitar, e este autor utiliza a expressão de “suicídios na estrada” para sublinhar o facto de estes acontecimentos serem evitáveis e desnecessários.

Este tipo de acontecimentos pode ser considerado uma questão de saúde pública com repercussões em diferentes áreas de funcionamento do indivíduo e da sociedade. As perdas humanas, as limitações que conduzem às faltas e ausências laborais, a necessidade de recorrer mais frequentemente aos cuidados de saúde devido às consequências físicas e psicológicas, as implicações nas rotinas e dinâmicas familiares, os custos com os danos materiais e morais, entre outros, são elevadíssimos. Calcular os custos económicos efectivos associados a este tipo de acontecimentos nem sempre é fácil, pois para as seguradoras frequentemente os acidentes rodoviários são também acidentes de trabalho, e os apoios concedidos variam em função da tipologia do seguro e da participação efectuada pelos envolvidos (quando há seguro).

Se quantificar os danos físicos dos acidentes nem sempre reúne consenso por parte dos envolvidos, a quantificação das limitações e sequelas não visíveis é uma tarefa muito mais complexa e muito pouco considerada. Ainda assim, sabe-se que a na sequência do envolvimento em acidentes rodoviários, as vítimas podem evidenciar sintomas compatíveis com determinados quadros psicopatológicos (e.g. Perturbação

Aguda de Stress, Perturbação de stress Pós-Traumático) que condicionam a vida e o funcionamento pessoal, profissional e social. Assim a qualidade de vida das vítimas directas e, secundariamente, das suas famílias, fica condicionada.

Ainda que os sintomas possam não ser evidentes e perturbadores imediatamente após o acidente, sabe-se que estes se podem manifestar e influenciar a vida das vítimas mesmo quando decorridos períodos de tempo relativamente longos, correspondendo ao descrito no DSM-IV-TR (APA, 2002) e por alguns autores (e.g. Andrews, Brewin, Philpott, & Stewart, 2007; Carty, O'Donnel, & Creamer, 2006; Port, Engdahl, & Frasier, 2001) como PSPT de início tardio.

Equipas de investigação internacionais têm procurado estudar o impacto psicológico dos acidentes rodoviários nas vítimas directas, focando também a identificação dos factores de risco associados ao desenvolvimento de perturbação (e.g. Blanchard & Hickling, 1997; Bryant, Salmon, Sinclair, & Davidson, 2007).

A nível nacional este é um tema pouco explorado e, na sequência dos dados obtidos numa investigação de 2005 (Pires, 2005), procuramos neste trabalho compreender melhor o impacto que os acidentes rodoviários têm nas suas vítimas directas em diferentes momentos temporais. Para isso realizamos um estudo longitudinal com vítimas directas de acidentes rodoviários, procurando identificar os factores de risco que estão associados ao desenvolvimento de perturbação.

Num primeiro capítulo centramo-nos na evolução do conceito de trauma. Este emerge como um conceito fundamental para compreender o desenvolvimento de perturbação psicológica, tendo a sua origem no século XIX. A evolução deste conceito está associada a factores históricos e culturais e a experiências e vivências da época. As situações de guerra, nomeadamente da Coreia e do Vietname, foram fundamentais para o estudo do trauma, e mais recentemente, na sequência dos atentados terroristas (e.g. 11 de Setembro de 2001 e 11 de Março de 2003) e de outras situações associadas a catástrofes naturais (e.g. tsunamis, tremores de terra e cheias), a temática do trauma e das suas consequências tem sido muito analisada. Relativamente aos acidentes rodoviários, verifica-se que o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais integra, entre outros acontecimentos potencialmente traumáticos, os acidentes. Na medida em que este tem sido um conceito com algumas mutações e adequações aos contextos e situações sociais, parece-nos fundamental conceptualizá-lo e compreender a sua

aceitação por parte da sociedade, ainda que se possa vir a correr riscos de sobregeneralização.

Após a conceptualização dos acidentes rodoviários como acontecimento traumático procuramos, no segundo capítulo, caracterizar as duas perturbações psicológicas que as vítimas de situações traumáticas mais frequentemente apresentam. Para além da descrição dos critérios de diagnóstico da Perturbação Aguda de Stress (PAS) Perturbação de Stress Pós-Traumático (PSPT), procuramos analisar e reflectir os debates que os investigadores têm tecido em relação a estes diagnósticos. Esta discussão é pertinente na medida em que se está actualmente numa fase de análise e debate em relação aos critérios a integrar na próxima revisão do DSM, com publicação prevista para 2012. Para além destes debates, abordamos classificações menos convencionais, mas apresentadas e defendidas por alguns autores (e.g. Kassam-Adams, Fleisher, & Winston, 2009; Weiss et al., 1992), relativamente à PAS parcial e PSPT parcial. Esta análise parece-nos fundamental na medida em que muitos indivíduos não reúnem as condições para os diagnósticos descritos no DSM, mas permanecem sintomáticos e esses sintomas perturbam significativamente o seu funcionamento e a qualidade de vida. A evolução dos sintomas também, uma vez que o diagnóstico de PAS só pode ser atribuído nas quatro primeiras semanas, sendo o diagnóstico de PSPT apenas possível após esse período. Os sintomas podem agravar-se ao longo do tempo, ou podem manter-se ou remitir total ou parcialmente. A relação entre a PSPT e a depressão ou outros quadros psicopatológicos é foi analisada, na medida em que a PAS e a PSPT não são as únicas psicopatologias que as vítimas de acidentes podem evidenciar após os acidentes. A questão da comorbilidade psicopatológica, sobretudo entre a PSPT e a depressão, tem sido muito debatida pela comunidade científica, ainda que nem sempre esta relação seja clara.

No terceiro capítulo descrevemos alguns modelos sobre as concepções e explicações que têm sido dadas para explicar a perturbação psicológica, designadamente a PSPT, após exposição a trauma. Deste modo, é possível compreender que as concepções teóricas sobre o desenvolvimento de PSPT têm evoluído e, apesar de não ser possível testar empiricamente a totalidade do apresentado por estes modelos, eles contribuem para a reflexão e compreensão da origem e manutenção das respostas (des)adequadas que os indivíduos expostos a situações traumáticas evidenciam.

No capítulo seguinte, capítulo quatro, focamos os factores de risco associados quer à exposição a situações potencialmente traumáticas, quer ao desenvolvimento de

perturbação psicológica. Descrevemos estes factores partindo da exposição a situações traumáticas de natureza diversificada, focando de seguida nos acidentes rodoviários. Também consideramos algumas características específicas dos acidentes rodoviários, designadamente o facto de as vítimas poderem ocupar diferentes posições aquando do acidente (e.g. peões, passageiros, condutores). No sentido de organizar os factores de risco analisados, orientamos a sua apresentação de acordo com o defendido pelo sistematizado como *diathesis-stress* (Edwood, Hahn, Olatunji, & Williams, 2009) e que outros autores (e.g. Breslau, Davis, & Andreski, 1995; Brewin, Andrews, & Valentine, 2000) têm vindo a defender, isto é, analisando os factores pré-traumáticos, peritraumáticos e pós-traumáticos e o que os dados da investigação têm salientado como importantes para o desenvolvimento de perturbação psicológica.

Na segunda parte (quinto capítulo) apresentamos e descrevemos a investigação desenvolvida e que consistiu na avaliação de vítimas directas de acidentes rodoviários em três momentos (alguns dias, quatro e 12 meses após o acidente rodoviário). Após a apresentação dos objectivos centrais e complementares, fazemos a caracterização do método.

Os resultados, apresentados no capítulo seis, caracterizam o acidente em que as vítimas estiveram envolvidas, bem como a reacção das vítimas no momento da ocorrência. São ainda descritos os sintomas psicológicos, designadamente no que se refere à dissociação peritraumática, à PAS, à PSPT, psicopatologia geral, neuroticismo, *coping*, apoio social e situação de saúde em cada momento. Sempre que os sintomas foram avaliados em mais do que um momento de avaliação, procuramos analisar a ocorrência de alterações na sintomatologia ao longo do tempo. Reportamos ainda os resultados das análises inferenciais e os resultados das hipóteses testadas, que se centraram na análise de modelos preditores de perturbação psicológica (PAS, PSPT).

No capítulo sete fazemos a discussão dos resultados, procurando comparar os resultados obtidos na presente investigação e dados de outros estudos. Procuramos ainda salientar algumas questões que emergiram nos resultados e que carecem de alguma reflexão.

No último capítulo, o oitavo, tecemos algumas considerações de acordo com os que tem sido referido na literatura e aos resultados obtidos no presente estudo, reflectindo sobre as principais limitações e apontando questões que, no nosso entender, exigem aprofundamento e análises futuras.

PARTE I
ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO I

EVOLUÇÃO DO CONCEITO DE TRAUMA

A exposição a trauma tem sido associada a um aumento na probabilidade de desenvolvimento de perturbação psicológica, designadamente Perturbação Aguda de Stress (PAS segundo a sigla portuguesa) e Perturbação de Stress Pós-Traumático (PSPT na nomenclatura portuguesa). A exposição a situações potencialmente traumáticas é um critério essencial para que estas perturbações psicológicas se possam diagnosticar, mas os critérios de diagnóstico da PAS e da PSPT têm vindo a ser discutidos e alterados ao longo do tempo, no sentido de mais e melhor se adequarem aos dados da investigação.

Numa época de reflexão sobre as reestruturações a implementar na futura edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-V), e no enquadramento deste trabalho que procura contribuir para compreender o impacto da vivência de acontecimentos potencialmente traumáticos como são os acidentes rodoviários, é fundamental analisar o conceito de acontecimento traumático e os critérios de diagnóstico das perturbações para melhor compreendermos e contextualizarmos a evolução e os motivos que estão na origem das discussões actuais e das alterações propostas.

Evolução do Conceito de Trauma

Durante o século XIX apenas a literatura focada na abordagem psicanalítica utilizava a expressão “trauma”.

Jones e Wessely (2007) analisaram a evolução histórica do conceito de trauma e de acontecimento traumático, e sugerem que as designações de origem e fundamentação psicanalítica, na linha de Charcot, Janet e Freud, descreveram as reacções dos veteranos de guerra, através dos conceitos de “fixação de ideias do subconsciente”, dos “mecanismos físicos dos fenómenos de histeria” e de “psiconeuroses”. Estes fenómenos eram, segundo os mesmos autores, fundamentados quer na personalidade, quer na história de vida, mas Charcot, identificou um conjunto de sintomas que não conseguia explicar. Entre esses contavam-se palpitações, exaustão, dores de cabeça e no peito,

tonturas e desmaios, tremores nas mãos e no pescoço, dificuldades em dormir e desorientação mental. Como refere Micale (2001; cit. Jones & Wessely, 2007) muitos dos pacientes atendidos por Charcot e que apresentavam os sintomas supra-enumerados tinham participado na Guerra da Franco-Prússia (1870-1871). Nessa época, e devido à necessidade de melhor caracterizar e diferenciar os casos clínicos, foi feita a diferenciação entre “neurose traumática” e “histeria traumática”. No primeiro conceito incluíam-se os sujeitos que tinham estado expostos a factores *stressores* (e.g. acidentes ou guerra) e nos casos da histeria traumática incluíam-se aqueles que, segundo os autores, apresentam alguma predisposição ou “*diathése*”.

Segundo Jones e Wessely (2007), houve outros clínicos que se interessam por estes fenómenos e seguiram as orientações de Charcot, nomeadamente os seus discípulos Freud, Breuer e Janet. Freud procurou diferenciar a “neurose traumática” de outras formas de neurose com base nos sintomas que os pacientes apresentavam. Para o fundador da psicanálise, os sonhos dos acontecimentos perturbadores não eram passíveis de interpretação, o que o levou a acreditar que estes não podiam ser fruto da imaginação.

Na época da 1ª Guerra Mundial acreditava-se que os indivíduos com predisposições para o desenvolvimento de perturbações psicológicas não se voluntariavam para combater ou seriam rejeitados aquando do recrutamento (Jones & Wessely, 2007). Os factos vieram a provar o contrário. Muitos soldados que participaram na Guerra, para além frequentemente necessitarem de cuidados médicos por lesões físicas (e.g. fracturas, amputações), descreviam reacções perturbadoras com carácter psicológico, designadamente medo e “neuroses”. A frequência com que estas reacções e respostas eram encontradas nos soldados contribuíram para que se repensasse e reequacionasse a possibilidade das reacções psicológicas após a exposição traumática em cenários de combate serem uma realidade.

Após esta constatação, tal como referem Jones e Wessely (2007), surgiram vários conceitos para designar as reacções psicológicas pós-guerra, tais como: “*shell shock*” no Reino Unido, “*choc commotionnel*” e “*choc traumatique*” em França, “*kriegshysterie*”, “*granatkontusion*” e “*granatexplosionslähmung*” na Alemanha.

Numa explicação oferecida pelos médicos do Reino Unido considerou-se que durante a guerra os soldados eram expostos a explosões e produtos tóxicos que provocavam hemorragias cerebrais, ou seja, alterações orgânicas. Essas hemorragias explicariam as respostas psicológicas dos soldados durante e após a exposição a

cenários de guerra (Jones & Wessely, 2007). Os indivíduos que participavam na guerra estavam por isso mais vulneráveis aos efeitos dessas substâncias, desenvolvendo lesões neurológicas pela participação na guerra. Finda a guerra, as lesões permaneceriam e as consequências e sintomas psicológicos estariam associados a elas. Os soldados que estavam na linha da frente da guerra apresentariam mais sintomas psicológicos, de tal forma que os sintomas psicológicos se relacionariam com o grau de exposição. Assim sendo, as respostas psicológicas inerentes à exposição a situações de guerra seriam diferentes das respostas psicológicas face a outras situações da vida civil. As características individuais dos soldados contribuiriam para aumentar o risco de respostas psicológicas perturbadas.

Durante a Segunda Guerra Mundial (1939-1945) os estudos proliferaram e os investigadores permaneceram interessados nas consequências que advinham da exposição a cenários de Guerra. Em alguns países, como a Inglaterra, na sequência de deliberações governamentais, os soldados com reacções de medo, fadiga e outros sintomas psicológicos beneficiaram de alguns apoios financeiros do estado. De acordo com Jones e Wessely (2007) estes apoios cessaram após 1941, por alguma pressão da comunidade médica e científica devido à ausência de justificação dos sintomas das reacções pós-traumáticas. A adir a estes argumentos também se considerava que as respostas e reacções que os soldados apresentavam não constituíam uma condição médica grave. Ainda assim, os médicos e psiquiatras permaneceram interessados na temática e nos fenómenos pós-traumáticos, o que levou ao desenvolvimento da investigação.

As consequências psicológicas observadas nos soldados da guerra da Coreia (1950-1953) permitiram que se continuasse a explorar esta temática, de tal forma que o interesse pela então designada “neurose de guerra” permaneceu. Dado este enquadramento, segundo Marshall, Spitzer e Leibowitz (1999), considerou-se necessário e útil organizar e sistematizar critérios que visassem a melhor realização dos diagnósticos psicopatológicos. Estes critérios facilitarão a realização de diagnósticos, a identificação dos indivíduos que necessitavam de tratamento e contribuirão para a melhor e mais adequada selecção do tratamento a seguir.

Durante o período da guerra da Coreia, mais precisamente em 1952, foi editada a primeira versão do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – DSM-I, pela *American Psychological Association* (APA, 1952). Neste manual constava um diagnóstico, que dava pela designação de “*gross stress reaction*”, no qual “*under*

conditions of great or unusual stress, a normal personality may utilize established patterns of reaction to deal with overwhelming fear. The patterns of such reactions differ from those of neurosis or psychosis chiefly with respect to clinical history, reversibility of reaction, and its transient character, when promptly and adequately treated, the condition may clear rapidly. It is also possible that the condition may progress to one of the neurotic reactions. If the reaction persists, this term is to be regarded as a temporary diagnosis to be used only until a more definitive diagnosis established.” (APA, 1952, p. 40).

Esta descrição procurava dar conta das respostas pós-traumáticas que os veteranos exibiam perante *stressores* raros como os vividos na guerra, que desencadeavam reacções de medo intenso e com as quais o indivíduo nem sempre conseguia lidar. Este tipo de reacções e respostas de medo que exigiam respostas físicas e de sobrevivência, e gestão da situação, não eram exclusivos dos veteranos. O DSM-I já equacionava a possibilidade dos civis apresentarem reacções com as características supracitadas face a situações de catástrofes naturais, mas segundo Jones e Wessely (2007) o prognóstico desta perturbação era considerado muito favorável.

Durante a Guerra do Vietname (1961-1975), um conflito de grande impacto mundial, encontrava-se em curso a segunda edição do DSM (APA, 1968). Neste manual, as reacções dos veteranos foram designadas por “*transient situational disturbance*”. Segundo Wilson (1994) este diagnóstico estava integrado nas “*adjustment reaction of adult life*”, onde foram incluídas as reacções de medo associadas a situações de combate que se manifestavam na forma de tremores e fuga/evitamento. Nesta segunda edição do DSM o ênfase permanecia no indivíduo e na capacidade de adaptação a partir do momento da exposição, e não tanto nos efeitos e gravidade do acontecimento em si. Pensava-se então que um indivíduo com boa capacidade de adaptação conseguiria diminuir os efeitos do stress subsequentes à exposição traumática. Como referem Jones e Wessely (2007), quando os sintomas permaneciam após cessação da exposição deveriam ser equacionadas outras psicopatologias para além da “*transient situational disturbance*”.

No DSM-II também estavam incluídas as reacções agudas (incluindo episódios psicóticos breves) desencadeadas face á exposição a situações stressantes e perturbadoras. Contudo, no regresso a casa e à família, uma percentagem considerável de veteranos permanecia sintomáticos, vivendo sob stress crónico, evidenciando infelicidade, consumo de álcool em excesso e dificuldades no relacionamento

interpessoal (McHugh & Treisman, 2007). Foi a constatação de que depois da guerra as dificuldades permaneciam que motivou a realização de mais estudos para melhor compreender o que se estava a passar com estes combatentes.

De acordo com Wilson (1994), os investigadores acreditavam que as variáveis pessoais (associadas a traços de personalidade) e factores ambientais (como por exemplo o apoio social percebido) influenciavam a manifestação da perturbação. A forma como a mente humana lidava com as situações traumáticas e a forma como o stress traumático se manifestava continuava uma incógnita e um enigma. McHugh e Treisman (2007) referiram que alguns profissionais de saúde acreditavam que a memória de um acontecimento traumático grave poderia ser eliminado da consciência do indivíduo através de mecanismos de “repressão” e “dissociação”, contudo as memórias traumáticas do sub-consciente poderiam induzir e desencadear várias perturbações psicológicas, nomeadamente estados de ansiedade, depressão, dificuldades no relacionamento interpessoal, alcoolismo e consumo de substâncias.

Em 1980, no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-III) (APA, 1980) surgiu pela primeira vez a designação de “Perturbação de stress pós-traumática”. Este apresentou-se como um diagnóstico de muita importância nessa versão do DSM, devido às controvérsias que estiveram na sua origem e pelo facto de ter sido muito discutido nos círculos científicos e médico-legais e, por fim, pelo facto de legitimar e valorizar o sofrimento das vítimas de acontecimentos traumáticos (Wilson, 1994). No DSM-III foram apresentadas uma série de situações traumáticas, sendo necessário para o diagnóstico a “*existence of a recognizable stressor that would invoke significant symptoms of distress in almost anyone*” (Spitzer, First, & Wakefield, 2007). Doravante, considerando o descrito no DSM-III-R, os acontecimentos traumáticos referiam-se a situações catastróficas que estavam para além da usual experiência humana (Friedman, 1996; Spitzer et al., 2007). Nessa época, as situações de divórcio, rejeição e outros acontecimentos percebidos pelos indivíduos com traumáticos eram integrados nas perturbações de adaptação (Friedman, 1996). Esta definição manteve-se na edição do DSM-III-R que data de 1987. Nessa edição, os sintomas de PSPT deveriam estar presentes pelo menos durante 30 dias. Decorrido esse período de tempo dois cenários seriam possíveis a recuperação espontânea ou a permanência dos sintomas de perturbação (Marshall et al., 1999).

Na quarta edição do DSM, que data de 1994, a APA introduziu pela primeira vez o diagnóstico de Perturbação Aguda de Stress. Esse diagnóstico visava valorizar e

identificar as reacções e respostas que se manifestavam ou mantinham pouco tempo após a situação traumática, ou seja, nos primeiros 30 dias após o evento.

De acordo com Serra (2003), apenas em 1992 a Organização Mundial de Saúde incluiu pela primeira vez os critérios da PSPT na Classificação Internacional de Doença (CID-10). Segundo a classificação da OMS, o diagnóstico de PSPT não pode ser efectuado a menos que seja evidente que a perturbação ocorra nos 6 meses após a exposição a situações traumáticas severas. Para além da exposição, os indivíduos devem apresentar memórias intrusivas repetitivas, tanto durante o dia como em sonhos, embotamento emocional e evitamento de situações que activem memórias associadas ao trauma e perturbações na autonomia, humor e comportamento (Lee & Young, 2001).

Esta necessidade gradual de sistematizar os acontecimentos traumáticos reflecte a necessidade de se encontrar uma nomenclatura que pudesse reflectir as experiências que veteranos e civis experimentavam e as perturbações delas decorrentes, nomeadamente PSPT. Por outro lado, ao longo dos anos tem sido evidente a relevância que este diagnóstico poderá ter nos contextos médico-legais, desencadeando algumas controversas e reflexões. Por último, tem sido destacada e evidenciada a importância da PSPT e a necessidade da sua validação e reconhecimento social no sentido de legitimar o sofrimento das vítimas e daqueles que experimentam acontecimentos de vida stressantes e perturbadores.

Definição de Acontecimento Traumático

Como vimos têm sido realizados esforços para definir e operacionalizar o conceito de acontecimento traumático, sendo que as publicações divulgadas ao longo do tempo têm procurado discutir o conceito, caracterizar os acontecimentos traumáticos e identificar as situações a que os indivíduos estão mais expostos.

A definição de acontecimento traumático tem sido um processo gradual, que procura acompanhar os dados das investigações, e a descrição ao longo das diferentes edições do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais reflecte isso mesmo. Considerando a evolução histórica, constatamos que no DSM-III os acontecimentos traumáticos eram definidos de forma muito vaga, pouco clara e subjectiva. Nesta versão as experiências traumáticas eram definidas como acontecimentos raros, aos quais poucos indivíduos estariam expostos ao longo da vida. Foram os estudos sobre exposição traumática que mostraram que não era possível

corroborar este pressuposto. A título de exemplo, em 1994 Vrana e Lauterbach realizaram um estudo com 440 estudantes universitários, com idades compreendidas entre os 17 e os 49 anos, e verificaram que 371 referiam ter estado expostos a pelo menos uma situação traumática ao longo da vida. A exposição repetida a situações traumáticas também pareceu evidente, pois um terço dos estudantes referiram ter estado expostos a quatro ou mais acontecimentos traumáticos independentes, e 9% a sete ou mais. Neste estudo os acontecimentos traumáticos mais frequentemente referidos foram a exposição à morte, acidentes, ameaças à vida, desastres naturais e outros.

À medida que os dados e o interesse pela temática da exposição traumática evoluíam, também a definição de acontecimento traumático foi evoluindo. No DSM publicado em 1994 pela Associação Americana de Psiquiatria, o critério A1, definiu acontecimento traumático como “(...) a experiência pessoal de um acontecimento que envolve a morte ou ameaça de morte ou ferimento grave, ou ameaça à integridade física; ou testemunhar um acontecimento que envolve a morte, ferimento ou ameaça à integridade de outra pessoa; ou ter conhecimento de uma morte inesperada ou violenta, ferimento grave ou ameaça de morte ou doença grave num familiar ou amigo próximo (...)” (APA, 1994, p. 424). Neste manual foi incluído um critério, critério A2, que refere que “a resposta da pessoa ao acontecimento tem de envolver medo intenso, impotência ou horror (...)” (APA, 1994, p. 424).

Nesta quarta versão do DSM (APA, 1994, 2002) consideram-se acontecimentos traumáticos as situações de combate em guerra, assaltos violentos, rapto, ser feito refém, ataques terroristas, tortura, ser feito prisioneiro de guerra em campos de concentração, desastres naturais ou provocados pelo homem, acidentes graves de automóvel e diagnóstico de doenças ameaçadoras para a vida. Para além dos acontecimentos vividos na primeira pessoa, observar ferimentos graves ou morte não natural de outras pessoas devido a assaltos, acidentes, guerra, desastres ou observar inesperadamente um cadáver ou parte dele, também são considerados acontecimentos traumáticos. Incluem-se ainda situações das quais se pode ter conhecimento por interposta pessoa, designadamente sobre acontecimentos pessoais violentos, acidentes ou ferimentos graves que aconteceram a pessoas de família ou amigos íntimos, morte súbita e inesperada de familiares ou amigos próximos, ou ainda ter conhecimento de uma doença ameaçadora de um filho.

Tal como vimos em relação ao estudo de Vrana e Lauterbach (1994), os dados das investigações sobre a prevalência da exposição mostraram uma realidade que

preocupou a comunidade científica. A exposição a situações traumáticas não seria uma experiência tão rara quanto antes prevista, o que levou a reestruturar o conceito inicial de experiência traumática, retirando-se da definição a questão da raridade (McNally, 2004), que tinha estado presente na versão anterior do DSM.

Apesar dessas mudanças, considera-se ainda que um acontecimento traumático se caracteriza pela repentinidade, força extrema (impacto) e causa externa e, como vimos, no DSM-IV a resposta da pessoa ao acontecimento é integrada (critério A2), sendo as respostas previstas o medo, desespero e horror. Nesta conceptualização de acontecimento traumático (critério A do DSM-IV) continua a ser possível incluir situações de natureza e etiologia diversificada, tais como acidentes naturais, acidentes tecnológicos, raptos, abusos sexuais, exposição a incêndios e outros. Todos estes acontecimentos preenchem o critério A1, uma vez que são acontecimentos de elevada intensidade, limitados no tempo, para os quais as vítimas não têm oportunidade de se preparar previamente (McFarlane & Girolamo, 1996). Note-se que os participantes na guerra ou os profissionais de socorro podem preparar-se e, supostamente, esta preparação diminui a probabilidade de resposta compatível com o critério A2.

Investigações realizadas com veteranos de guerra mostram que os sujeitos que estiveram na frente da guerra apresentavam mais perturbação que aqueles que não participaram tão directamente nesses cenários (Resick, 2000a), o que é um indicador da importância da gravidade do *stressor*. Apesar dos veteranos e pessoas expostas a outras situações de ameaça física e psicológica grave (e.g. situações de tortura) poderem desenvolver perturbação psicológica, dados posteriores mostraram que indivíduos que foram vítimas de assaltos (com e sem arma), acidentes rodoviários e outros acontecimentos, à partida mais frequentes e de menor impacto, também poderiam desenvolver perturbação psicológica.

As pessoas envolvidas em acidentes rodoviários (mesmo os de pouco impacto, como seja um choque sem feridos) podem manifestar durante alguns dias sintomas de desconforto, ansiedade em conduzir, perturbações de sono, sonhos desagradáveis e pesadelos e alguns pressentimentos quando estão próximos de um estímulo que associem ao acontecimento (McHugh & Treisman, 2007). É esperado que essas respostas diminuam à medida que aumenta a distância temporal em relação ao acontecimento, mas em alguns casos mantêm-se a perturbação psicológica.

A investigação tem ainda demonstrado que a exposição a situações traumáticas múltiplas e com relativa frequência, designadamente aquelas a que estão sujeitos o

peçoal de emergência médica, bombeiros, polícias e outras equipas de resgate e apoio a situações traumáticas e catastróficas, tem efeitos cumulativos. Como referem McFarlane e Girolamo (1996), a exposição de longa duração e/ou repetida envolve incerteza, desesperança e altera a sensação de segurança.

Numa publicação que data do mesmo ano da publicação do DSM-IV-TR (APA, 2002), Shalev (2002) defende que o termo “acontecimento traumático” deveria ser substituído por “acontecimento potencialmente traumático” (APT). Segundo o investigador, no APT poder-se-iam incluir experiências de curta duração (e.g. acidentes rodoviários), duração mais prolongada (e.g. situações de cativo), experiências primárias (e.g. destruição de propriedade) ou secundárias (e.g. recolocação após a exposição, como acontece com os refugiados).

Deste modo, os APT podem co-existir entre si, isto é, uma mesma pessoa pode experimentar diferentes APT, tais como perdas (por morte ou perda de vínculos) ou outros acontecimentos normalmente não considerados traumáticos, como mudanças nos recursos e no apoio social; isolamento, exposição a atrocidades ou corpos desfigurados, internamentos, desumanização e outros que podem violar os hábitos bio-sociais dos indivíduos (cf. Shalev, 2002). Esta re-exposição a APT poderá culminar em perturbação psicológica fruto dos efeitos cumulativos das adversidades vivenciadas.

Recentemente as discussões sobre os critérios de diagnóstico de PAS e PSPT têm proliferado, quer pelo facto de se considerar fundamental aproximar a definição de acontecimento traumático às consequências realmente vividas pelas pessoas que passam por adversidades (McNally, 2004), quer pelo facto de a comunidade científica se encontrar em período de reflexão com vista à implementação de mudanças a incluir no DSM-V, com publicação prevista para 2013.

Apesar do critério A, comum à PAS e PSPT, ser aquele sobre o qual mais se tem reflectido, esta parece não ser a única preocupação da comunidade científica. Quer a definição do conceito de “acontecimento traumático” quer a relação entre trauma e PSPT têm pautado os debates (Weathers & Keane, 2007).

Numa investigação realizada por Gold, Marx, Soler-Baillo e Sloan (2005), foi pedido a 454 estudantes universitários que, dentro de uma série de acontecimentos, assinalassem aqueles que na sua opinião eram traumáticos. Organizaram-se então dois grupos: o dos estudantes que identificaram acontecimentos traumáticos de acordo com o definido no DSM-IV (grupo 1) e o grupo dos que identificaram como traumáticos outros acontecimentos não congruentes com o descrito no manual (grupo 2). O grupo 1

identificou como situações traumáticas o envolvimento em acidentes graves, incêndios ou explosões (41%), ameaças violentas preconizadas por desconhecidos (14%), desastres naturais (13%), abuso sexual em crianças com menos de 5 anos de idade (9%), ameaças à vida por doença (9%), ameaça de membros da família (4%), testemunhar a morte de outra pessoa (4%), contacto sexual indesejado com familiares (4%), contacto sexual com desconhecidos (2%) e exposição a zonas de guerra e situações de combate (0,5%). O segundo grupo considerou como experiências e situações traumáticas a morte ou doença súbita de pessoa próxima (64%), situações contempladas no critério A1 do DSM, mas também identificou outras experiências negativas de pessoas próximas (6%), divórcios (5%), problemas no relacionamento familiar (5%), problemas em relacionamentos amorosos (5%), experiências pessoais negativas (que não ameaças) (3%), prisão de pessoa próxima (2%), problemas de saúde de alguém próximo sem risco de vida (2%), transferência de escola (1%). Os acidentes rodoviários foram percebidos como acontecimentos traumáticos por 2/3 dos estudantes universitários que participaram na investigação.

Estes resultados corroboram a ideia de que acontecimentos de vida que não preenchem o critério A para a PAS e PSPT podem ser percebidos como situações traumáticas. Tal como referem Weathers e Keane (2007), a percepção de um acontecimento como traumático depende da avaliação subjectiva da ameaça (Ehlers & Clark, 2000) de quem os experimenta e vive, verificando-se que alguns indivíduos vivem a morte natural de um familiar (Breslau & Kessler, 2001; Weathers & Keane, 2007), o divórcio, situações de trabalho e cuidar de um doente crónico (Hooff, McFarlane, Baur, Abraham, & Barnes, 2009) como acontecimentos traumáticos que podem desencadear perturbações psicológicas, designadamente PAS e PSPT.

Um estudo de Hooff et al. (2009) reflecte não contributo da avaliação subjectiva do acontecimento. Estes autores realizaram um estudo com 860 indivíduos da comunidade que entre 1983 e 1985 tinham entre 5 e 12 anos de idade e que foram reavaliados 20 anos mais tarde. Os investigadores constataram que 89% dos participantes referiram ter testemunhado muitos dos acontecimentos da lista de acontecimentos que os investigadores lhes apresentaram, 85% experimentaram pessoalmente esses acontecimentos e 63% referiram ter tido conhecimento de outras situações. Para estes indivíduos, o envolvimento em situações de combate directo, rapto, ser torturado e ter um bebé prematuro eram consideradas situações traumáticas. Neste estudo, outros problemas relacionais, tais como separação e divórcio dos pais,

dificuldades e problemas relacionados com o trabalho foram percebidos como acontecimentos não-traumáticos. Uma vez mais estes resultados sublinham a importância da avaliação que cada um tece das experiências de vida a que é exposto e dos desafios com que se confronta ao longo da vida.

Face a estes resultados, há investigadores que advogam a necessidade de melhor se definirem os acontecimentos que se consideram ou não traumáticos (Hooff et al., 2009) e Kilpatrick, Resnick e Acierno (2009) defenderam recentemente a elaboração de listas mais objectivas de acontecimentos traumáticos que possam facilitar e seleccionar melhor as situações que são potencialmente traumáticas e que podem desencadear PSPT.

Também recentemente Brewin, Lanius, Novac, Schynder e Galea (2009) sugeriram que se retire o critério A do diagnóstico de PAS e PSPT e que se explicitem melhor os critérios B a D. Estes autores baseiam esta ideia no facto do critério A poder incluir uma série de situações às quais o indivíduo pode ser exposto não apenas em momentos efectivamente traumáticos e de elevado stress, mas também perante situações relacionadas com exposição ambiental desencadeando as respostas propostas no critério A2 devido a maior vulnerabilidade biológica e da própria história de vida. O facto do critério A ser descritivo, segundo Brewin e os seus colaboradores (2009) em nada contribui para o diagnóstico diferencial da perturbação. Esta equipa propõe a melhor descrição e a integração de alguns sintomas específicos e que pouco tenham em comum com outras perturbações no sentido de facilitar e objectivar mais a realização do diagnóstico clínico diferencial da PSPT.

Perante o facto de alguns indivíduos reportarem sintomas compatíveis com o diagnóstico de PSPT em relação a situações de divórcio, problemas nas relações interpessoais, e outros conteúdos referidos em diversos estudos (Breslau & Kessler, 2001, Gold et al., 2005; Hooff et al., 2009; Weathers & Keane, 2007;), pode-se concluir que é possível desenvolver PSPT em situações não incluídas no critério A.

Também a operacionalização do grau de interferência do acontecimento traumático na vida dos indivíduos tem sido alvo de reflexões (Gaughwin, 2007) e há investigadores que têm defendido que a avaliação e percepção que os indivíduos fazem do acontecimento (avaliação subjectiva da ameaça) são fundamentais para que se considere ou não um determinado acontecimento (e.g. acidente) como um acontecimento traumático (Ehlers & Clark, 2000). Segundo McNally (2004), estes debates e reflexões são necessários e desejáveis para que a conceptualização dos

conceitos se aproxime o mais possível das experiências efectivamente descritas e vividas pelos indivíduos, aproximando a teoria da realidade.

Se, como vimos, a avaliação subjectiva da ameaça (Ehlers & Clark, 2000) está presente no critério A2 do diagnóstico de PSPT, que apela à presença de respostas de medo e horror intenso devido à exposição a situações traumáticas, Brewin et al. (2009) alegam que face a situações traumáticas nem todos os indivíduos apresentam e descrevem respostas desta natureza, ainda que possam apresentar outros sintomas que se coadunam com as respostas pós-traumáticas descritas do diagnóstico de PSPT. Considerando que não é fácil descrever melhor as reacções do critério A2, Brewin et al. (2009) defendem a eliminação do critério. Por oposição, Kilpatrick et al. (2009) consideram ser possível descrever e caracterizar um pouco melhor as respostas subjectivas de horror e medo intenso. Uma das propostas que consideram que se pode seguir nesta reformulação foi apresentada por Dohrenwend (2006). A avaliação subjectiva das experiências de horror e medo podem incluir outras dimensões, tais como *valência* (experiência positiva vs negativa, esperada vs inesperada, perda vs ganho), *causa* (ocorre devido a factores ambientais externos vs ocorre devido a acções do indivíduo), *imprevisibilidade* (medida em que seria esperado pela maior parte dos indivíduos), *centralidade* (grau de ameaça à vida, ameaça à integridade física, ameaça às necessidades básicas, ameaça aos objectivos sociais), *magnitude* (mudanças negativas nas actividades do quotidiano experimentadas pelos indivíduos que vivem a situação) e *potencial de exaustão* (probabilidade de imobilizar o indivíduo em termos físicos).

Uma outra dimensão que para Kilpatrick et al. (2009) deve ser acautelada refere-se à avaliação de exposição traumática única ou exposição cumulativa a situações traumáticas. Segundo esta equipa, as respostas psicológicas e a PSPT podem variar quando nos reportamos a situações de experiências únicas ou múltiplas, sendo importante distinguir estas respostas. Os investigadores adiantam ainda que face a situações de exposição múltipla e efeitos cumulativos podemos estar perante “PSPT agregada”. Estes casos serão de avaliação mais difícil, pelo que a relação entre uma determinada situação e a PSPT se torna ainda mais difícil. Neste âmbito, a equipa de Adler (2008) defende que as medidas de avaliação da PSPT, nomeadamente a avaliação do critério A2, devem ser melhoradas.

Independentemente das controversas, os estudos revelam que os indivíduos expostos a situações traumáticas (critério A1) na sequência das quais reportam horror e

medo intenso (critério A2) apresentam mais PSPT (Adler, Wright, Bliese, Eckforde, & Hoge, 2008; Kilpatrick et al., 2009). A investigação desenvolvida por Brewin, Andrews e Rose (2000) com vítimas de crimes ($N=138$) mostrou que as experiências de horror, medo e desesperança (avaliadas através de auto-relato com uma escala de Likert de três pontos: ausente, pouco intenso, intenso) são bons preditores de PSPT seis meses após a situação traumática. É ainda importante salientar que, como referem Weathers e Keane (2007), para o diagnóstico de PSPT ser completo devem estar preenchidos tanto o critério A1 como o A2, seguidos dos restantes critérios descritos no DSM. Tal não significa que não sejam necessárias as alterações que melhor se coadunem e descrevam o que realmente ocorre com os indivíduos.

Em síntese, como refere Adler et al. (2008), os debates em torno do critério A do diagnóstico de PSPT centram-se em três questões centrais: a frequência com que os acontecimentos traumáticos ocorrem, o facto de alguns acontecimentos terem mais repercussões no bem-estar dos indivíduos do que outros acontecimentos também potencialmente traumáticos e a importância da avaliação e resposta subjectiva do acontecimento traumático e do seu poder preditivo no desenvolvimento de sintomas de perturbação.

Prevalência da Exposição a Acontecimentos Traumáticos

A revisão da literatura sobre a prevalência da exposição a acontecimentos traumáticos permite verificar que os estudos desenvolvidos têm procurado analisar a prevalência da exposição ao longo da vida, num determinado momento no tempo, ou ambas (Norris, 1992).

Os dados referentes à exposição a situações traumáticas têm sofrido algumas alterações considerando as mudanças que ocorreram na definição e operacionalização de acontecimento traumático. Estudos recentes reportam esta prevalência considerando acontecimento traumático tal como o define o DSM-IV (APA, 2002). Apesar de os estudos utilizarem metodologias diferentes, os dados das investigações com amostras comunitárias e clínicas foram fundamentais para retirar do critério A do DSM a perspectiva de que o trauma é uma experiência fora do normal da vida humana. A maior parte dos estudos utilizaram listas de acontecimentos traumáticos perante as quais os participantes se devem pronunciar sobre a vivência ou não dos eventos.

Num dos estudos, Norris (1992) procurou analisar a prevalência da exposição a acontecimentos traumáticos numa amostra de 1000 adultos. Face a uma lista de acontecimentos traumáticos, os participantes tinham que referir se já tinham vivido algumas dessas experiências ao longo da vida ou no último ano. Os dados permitiram concluir que ao longo da vida os participantes vivenciaram situações que envolveram mortes trágicas (30%), roubo (25%), acidentes rodoviários (23%), outros perigos (15%), confronto físico (15%), outros desastres (13%), incêndio (11%), combate (9%) e abuso sexual (4%). Quanto aos eventos experimentados no último ano, os participantes referiram outros perigos (6%), roubo (6%), mortes trágicas (5%), acidentes rodoviários (3%), confronto físico (2%), outros desastres (2%), incêndios (0,6%) e abuso sexual (0,4%).

Este estudo sugeriu que existe uma elevada probabilidade de exposição a situações traumáticas. Por outro lado, a investigação tem mostrado que há indivíduos expostos a várias situações traumáticas ao longo da vida. Tagay, Herpertz, Langkafel e Senf (2005) avaliaram 583 indivíduos dos quais 63% referiam ter estado expostos a pelo menos uma situação traumática ao longo da vida. Desses, 32% reportam apenas uma situação traumática, 22% referem dois acontecimentos traumáticos e 46% apontam três ou mais situações traumáticas. A natureza das situações a que referem ter estado expostos é diversificada, contando-se os acidentes sérios (22%), abuso na infância (21%), doenças que ameaçaram a vida (19%), assalto (17%), outros acontecimentos como receber a notícia do falecimento de alguém, cirurgias graves e tentativas de suicídio (27%), exposição a situações de combate (1%), tortura (1%) e cativeiro/prisão (2%).

Na sequência dos ataques terroristas de 11 de Setembro também a reexposição a situações traumáticas foi alvo de análises. Dados de uma investigação (Dedert et al, 2009) realizada com soldados ao serviço dos Estados Unidos após os atentados 11 de Setembro de 2001 revelaram que, dos 356 soldados avaliados (277 homens e 79 mulheres), a maior parte refere já ter estado exposta de entre duas a quatro situações traumáticas (74%), pelo que a exposição múltipla a acontecimentos traumáticos nesta população não é rara. A exposição às situações traumáticas (abusos físicos e sexuais na infância e na adultez, morte inesperada e repentina de alguém próximo, acidentes/desastres e exposição a zonas de guerra) ocorreu quer antes de estarem ao serviço dos EUA como militares, quer durante o serviço militar.

Os dados sobre exposição permitem concluir que há acontecimentos aos quais se está potencialmente mais exposto ao longo da vida. Um estudo de 1998 desenvolvido por Breslau e seus colaboradores com 2181 residentes da cidade de Detroit, concluiu que confrontar-se ou ter conhecimento de situações traumáticas vividas por outros (nomeadamente situações de rapto, abuso sexual, ataques e lutas físicas, acidentes rodoviários) é reportado por 62% dos participantes. Para além destas, a exposição a situações de morte inesperada de amigos e pessoas próximas (60%), testemunhar mortes e/ou lesões graves (29%), ter acidentes rodoviários (28%), ser ameaçado ou ferido com armas (25%), ser vítima de desastres naturais (17%) e estar envolvido noutros acidentes graves não especificados (14%) são algumas das experiências mais frequentes.

Se até aqui temos reportado estudos que têm apenas como objectivo analisar a prevalência da exposição a situações traumáticas, também devemos referir que a investigação sobre esta temática proliferou após os ataques terroristas nos Estados Unidos da América. Este foi um acontecimento que marcou a vida da população mundial e, para muitos sujeitos, ter assistido pela televisão foi uma situação traumática. Estudos realizados na sequência dos ataques terroristas do 11 de Setembro de 2001 referem que 44% das pessoas que assistiram aos ataques através da televisão apresentavam sintomas significativos (Schuster et al., 2001), desenvolvendo respostas emocionais e fisiológicas de stress.

Apesar de em Portugal a investigação sobre a prevalência da exposição a situações traumáticas não proliferar, verificamos que um dos estudos realizados neste âmbito corrobora os resultados das investigações desenvolvidas noutros países, levando a concluir que a exposição a situações traumáticas é elevada. Albuquerque, Soares, Jesus e Alves (2003) verificaram que ao longo da vida 75% da população portuguesa esteve exposta a pelo menos uma situação traumática e 43.5% a mais do que uma situação. Das situações traumáticas que estiveram na origem de perturbação psicológica contam-se os roubos, ataques físicos, ameaças com armas, incêndios, acidentes graves de viação, testemunhar acidentes graves e mortes, mortes violentas de familiares e amigos, catástrofes naturais, combate/guerra, abuso sexual antes do 18 anos e violação.

Os dados das investigações que têm sido desenvolvidas um pouco por todo o mundo parecem deixar clara a ideia de que a exposição a situações traumáticas não é rara.

Por muito que consideremos que os estudos epidemiológicos (como o apresentado por Norris (1992) sejam esclarecedores da prevalência da exposição a

situações traumáticas, Lee e Young (2001) sugerem que estes estudos apresentam algumas limitações que levam a que seja necessário acautelar a generalização dos resultados. A diversidade dos resultados obtidos, segundo estes autores, pode estar relacionada com a definição de acontecimento traumático, métodos de avaliação, métodos de selecção da amostra/participantes e as características sócio-demográficas e culturais subjacentes a cada uma das investigações. Acerca do impacto que a definição de acontecimento traumático tem na prevalência avaliada num artigo de revisão, Breslau (2002) refere que, com a mudança do conceito de acontecimento traumático que ocorreu a partir da transição do DSM-III para o DSM-IV, se verificou um aumento de 68% para 97% na exposição ao longo da vida, pelo que esta alteração teve bastantes repercussões nos resultados obtidos.

Relativamente aos factores culturais e sociais, estudos desenvolvido por Hepp et al. (2006), na Suíça, são bastantes claros. Esta equipa constatou que na Suíça as perturbações psicológicas, nomeadamente PSPT, são quase inexistentes. Na opinião dos investigadores tal deve-se às características e condições sócio-demográficas do país, nomeadamente ao facto de ser um país que ao longo do tempo não se tem visto envolvido em situações directas de guerra, nem apresentar elevadas taxas de criminalidade.

Uma vez que o nosso estudo se foca em vítimas directas de acidentes rodoviários, consideramos oportuno equacionar e reflectir sobre estas experiências enquanto acontecimentos traumáticos, na sequência dos quais, à semelhança de outros acontecimentos, se pode desenvolver perturbação psicológica.

Acidentes Rodoviários Enquanto Acontecimento Traumático

De acordo com o exposto anteriormente sobre o conceito de trauma e acontecimento traumático, pode-se afirmar que os acidentes rodoviários são acontecimentos potencialmente traumáticos. No Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (APA, 2002) é bem explícito que o envolvimento directo, testemunhar ou ter conhecimento de acidentes rodoviários, pode dar origem a PAS e PSPT.

Um acidente rodoviário constitui uma experiência que ocorre de forma inesperada num determinado momento no tempo, sobre a qual os indivíduos não têm qualquer controlo. Todos os utilizadores da via pública podem estar expostos a este tipo

de situações, quer como vítimas directas, quer como “espectadores”, podendo perceber que a própria vida, ou a de outros, corre perigo. O facto de se poderem visualizar ferimentos (mais ou menos graves) decorrentes de acidentes rodoviários pode estar igualmente na origem das perturbações psicológicas (nomeadamente PAS e PSPT).

Estas experiências podem interferir com o funcionamento individual e com as relações que se estabelecem com o exterior, designadamente no seio do grupo de pares. Podem ainda afectar o desempenho profissional, o funcionamento e as relações familiares de forma transitória ou prolongada no tempo.

Prevalência dos Acidentes Rodoviários

A temática dos acidentes rodoviários tem sido analisada e debatida por entidades mundiais, internacionais e nacionais.

O *Global Status Report on Road Safety* (2009), da Organização Mundial de Saúde, refere que por ano morrem mais de 1,2 milhões de pessoas vítimas de acidentes rodoviários em todo o mundo e entre 20 a 50 milhões ficam com graves limitações (lesões não fatais). Os dados apontam também para um aumento na ocorrência de acidentes ao longo dos anos, sendo expectável que em 2030 os acidentes rodoviários sejam a quinta causa de morte em todo o mundo.

Segundo o estudo desenvolvido por Norris (1992), por ano um em cada 50 indivíduos é vítima de acidentes e um em cada quatro reporta esta experiência ao longo da vida. Mayou e Farmer (2002) referem que as colisões sérias de carro ou com outros veículos motorizados são um acontecimento frequente ao longo da vida e Breslau et al. (1998) constataram que os acidentes rodoviários são consideradas experiências traumáticas pelas vítimas directas, mas também pelas vítimas indirectas. Estes dados corroboram o facto dos acidentes rodoviários constituírem uma experiência traumática bastante frequente e potencialmente perturbadora.

Harrison (1999), na análise dos dados de sinistralidade na Austrália concluiu que em 1997 mais de 46 500 Vitorianos (estado da Austrália com cerca de 5 milhões de habitantes) sobreviveram a acidentes rodoviários, 17 447 referiram ter estado envolvidos em acidentes que envolveram a morte ou ferimento de alguém e 23 911 indivíduos ficaram feridos em acidentes.

Apesar de a realidade Suíça apresentar resultados muito baixos no que diz respeito à exposição a situações traumáticas, o estudo comunitário desenvolvido pela

equipa de Hepp (2006) verificou que os acidentes rodoviários eram uma das experiências traumáticas mais reportadas pelos Suíços.

A nível nacional, os dados divulgados anualmente pela actual Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária (ANSR, 2010) apontam para uma diminuição da sinistralidade ao longo dos anos. Estes resultados são animadores, mas quando se analisam os dados dos últimos 11 anos (de 1998 a 2009) constatamos que morreram nas estradas portuguesas mais de 16700 pessoas e mais de 65 mil pessoas ficaram seriamente feridas.

Considerando a densidade populacional de Portugal, a realidade é muito preocupante. Na investigação de Albuquerque et al. (2003), que visava estimar a exposição a trauma e a ocorrência de PSPT em Portugal, dos 2606 participantes a nível nacional, cerca de 22% referiram que testemunhar acidente grave ou morte constituem situações traumáticas significativas e 599 indivíduos (cerca de 19%) referiram ter estado envolvidos em acidentes de viação.

Um outro estudo realizado em Portugal com 98 estudantes universitários e 102 estudantes do ensino profissional mostrou que 41% dos indivíduos já tinham estado directamente envolvidos em acidentes de transporte (motociclos, automóveis, barco, comboio, avião) e 18% já viram acontecer um desses acidentes (Maia et al., 2006).

Conclusão

A epigénese dos estudos sobre a exposição a trauma e desenvolvimento de perturbação psicológica remonta às abordagens psicanalíticas no início do século XX, mas foram a guerra da Coreia e do Vietname que mais contribuíram para a definição de trauma e o estudo das suas consequências. Para além disso, a necessidade de compreender e conceptualizar as reacções que os veteranos de guerra continuavam a apresentar após a guerra contribuiu para a definição dos critérios de diagnóstico do que actualmente é designado por PAS e PSPT. Numa constante tentativa para que estes diagnósticos e os critérios neles implícitos se aproximassem da realidade são actualmente debatidas questões muito relevantes para compreender as experiências traumáticas a que as pessoas podem ser pessoalmente expostas, e outras que possam ver ou ter conhecimento como vítimas indirectas, bem como das reacções psicológicas associadas a estas experiências.

A avaliação subjectiva do que é trauma, quando comparado por outras formas de ameaças e dos acontecimentos de vida, é uma temática também em debate. Ainda que o DSM aluda a algumas experiências traumáticas, a investigação demonstrou que problemas no relacionamento interpessoal, como o divórcio, podem ser percebidas e vividas pelas pessoas como traumáticas.

Face à exposição a experiências de vida traumáticas, nomeadamente acidentes rodoviários, os indivíduos podem desenvolver psicopatologia, nomeadamente perturbação aguda de stress e perturbação de stress pós-traumático.

CAPÍTULO II

EXPOSIÇÃO A TRAUMA E PERTURBAÇÃO PSICOLÓGICA

No capítulo anterior verificamos que a definição do que é acontecimento traumático está muito relacionada com a evolução dos critérios de diagnóstico de PSPT. A exposição a acontecimento traumático é um dos critérios base para o desenvolvimento desta perturbação, tendo a definição de trauma sofrido algumas actualizações ao longo do tempo. Face a esta evolução também os dados de investigação sobre o número de indivíduos diagnosticados com perturbação psicológica pode ser diferente.

Os critérios de diagnóstico de PSPT são um apoio fundamental à investigação e os investigadores tem de “afinar” os diagnósticos, no sentido destes descreverem melhor as respostas reais que os indivíduos evidenciam após exposição e vivência de situações consideradas traumáticas. Para além dos critérios de PSPT e PAS, a literatura também tem feito referência a PAS parcial e PSPT parcial. Estes “diagnósticos”, visam sensibilizar a comunidade científica para a necessidade de compreender melhor o funcionamento e adaptação dos indivíduos que, durante períodos de tempo mais ou menos longos, apresentam alguns sintomas de perturbação que interferem e prejudicam significativamente o funcionamento e desempenho das actividades do dia-a-dia.

Perturbação Aguda de Stress (PAS)

Critérios de Diagnóstico de PAS

A comunidade científica considerou necessário incluir no DSM-IV (APA, 1994, 2002) o diagnóstico de PAS para caracterizar as respostas iniciais de *distress* e disfuncionalidade associada a situações traumáticas (Koopman, Classen, Cardeña, & Spiegel, 1995). Estas respostas iniciais de PAS estabeleceriam relações posteriores com outras perturbações psicológicas, nomeadamente PSPT, de acordo com o maior ou menor nível de *distress* evidenciado inicialmente.

Tal como ainda vigora no DSM-IV-TR (APA, 2002), para um indivíduo ser diagnosticado com PAS deverá ter sido exposto a uma situação traumática na sequência

da qual desencadeie respostas de medo e horror (critério A). Deve ainda apresentar 3 ou mais sintomas dissociativos, pelo menos um sintoma de reexperimentação, e sintomas de evitamento e de activação. Estes sintomas devem persistir durante duas a quatro semanas (Tabela 1).

Tabela 1

Critérios de Diagnóstico da Perturbação Aguda de Stress de acordo com o DSM-IV-TR (cf. APA, 2004, pp. 472)

Critério A: Exposição a acontecimento traumático em que ambas as condições estejam presentes:

- (1) A pessoa experimentou, observou ou foi confrontada com acontecimento (s) que envolveu ameaça de morte, morte real ou ferimento grave à integridade física da própria ou de outros.
- (2) Desenvolve respostas de medo intenso, sentimentos de falta de ajuda ou horror.

Critério B: Durante ou após a experiência do(s) acontecimento(s) apresenta *três* ou mais sintomas **dissociativos**:

- (1) Sensação subjectiva de se sentir desligado, embotamento ou ausência de reacção emocional;
- (2) Diminuição da consciência em relação ao ambiente circundante;
- (3) Desrealização;
- (4) Despersonalização;
- (5) Amnésia dissociativa;

Critério C: O acontecimento traumático é persistentemente reexperimentado sob forma de, pelo menos um dos seguintes modos:

- Imagens;
- Pensamentos;
- Sonhos;
- Ilusões;
- *Flashbacks* recorrentes;
- Sensação de estar a reviver a experiência;

Ou mal-estar durante a exposição a acontecimentos que lembrem o acontecimento traumático

Critério D: Evitamento de estímulos que desencadeiam lembranças do trauma (e.g. pensamentos, sensações, conversas, actividades, lugares, pessoas).

Critério E: Sintomas de ansiedade ou activação aumentada (e.g. dificuldades em dormir, irritabilidade, dificuldades de concentração, hipervigilância, reacção de alarme exagerada, agitação motora).

Critério F: A perturbação interfere com o funcionamento do indivíduo nas diferentes áreas da sua vida.

Critério G: A perturbação tem uma duração de 2 dias a 4 semanas, e ocorre nas 4 semanas após o acontecimento traumático.

Marshall et al. (1999) tecem algumas críticas ao diagnóstico de PAS, considerando que se por um lado não está definida a quantidade de sintomas de evitamento e activação que os indivíduos devem apresentar, por outro lado os indivíduos que não apresentem sintomas dissociativos não podem ser diagnosticados com PAS. Neste sentido verifica-se que as reacções dissociativas são sintomas fundamentais para o diagnóstico de PAS e, como referem Bryant (2003) e Harvey e Bryant (1998), para o ajustamento pós-traumático.

Critérios para PAS Parcial

Apesar do diagnóstico de PAS parcial não ser operacionalizado nem descrito no DSM-IV-TR, ou nas suas versões anteriores do citado manual, alguns investigadores utilizam esta designação.

Kassam-Adams et al. (2009) consideram estar perante PAS Parcial quando os sujeitos não cumprem os critérios de dissociação previstos no diagnóstico de PAS, devendo apresentar os demais critérios da perturbação. O papel da dissociação no ajustamento pós traumático tem sido alvo de análise (e.g. Bryant, 2003) e de alguns debates por parte da comunidade científica, tal como teremos oportunidade de explorar.

Numa outra descrição, Harvey e Bryant (1999a) consideram estar perante PAS subclínica quando os indivíduos não apresentam pelo menos um dos critérios de diagnóstico de PAS. Assim, um sujeito pode ser diagnosticado com PAS subclínica quando cumpre todos os critérios excepto os sintomas de dissociação, ou os sintomas de reexperimentação ou activação ou, ainda, de evitamento.

Perante o facto de na literatura encontrarmos diferentes designações para as situações em que não se verifica o cumprimento dos critérios todos de PAS, doravante utilizaremos a expressão proposta por Kassam-Adams et al. (2009) de PAS parcial.

PAS após Exposição Traumática: Revisão da Literatura

Existem estudos sobre PAS que envolveram populações diferentes (e.g. vítimas e sobreviventes directos de situações traumáticas, familiares de vítimas directas, equipas de resgate e emergência), situações traumáticas diversas (e.g. catástrofes naturais, acidentes rodoviários, doenças graves, situações que envolveram morte de crianças,

explosões, acidentes de avião) e utilizaram diferentes metodologias (Koopman et al. 1995).

Os estudos mostraram que as pessoas que residem nas imediações das zonas de conflito parecem apresentar respostas compatíveis com a PAS. Na sequência da guerra do Líbano, Cohen (2008) realizou um estudo com residentes Libaneses que estiveram próximos de zonas de combate. Participaram 199 habitantes com mais de 18 anos que foram divididos em três grupos, em função da idade que tinham aquando da investigação. Os resultados mostram que no grupo dos participantes mais jovens (com idades compreendidas entre os 18 e os 40 anos de idade) 13% apresentam PAS, no grupo dos indivíduos com idades compreendidas entre os 41 e os 69 anos 5% apresentava o diagnóstico de PAS e no grupo dos mais velhos (dos 41 aos 69 anos) a percentagem de indivíduos com PAS é menos frequente (4%).

Uma investigação similar (Yahav & Cohen, 2007), onde participaram 199 residentes de Israel (árabes e judeus) constatou que 96% dos judeus e 100% dos árabes experimentavam pelo menos um dos quatro sintomas de PAS. Relativamente à frequência da PAS enquanto perturbação, a investigação mostrou que 6% dos judeus e 20% dos árabes que viviam nas imediações das zonas de conflito apresentam os critérios necessários ao diagnóstico da perturbação.

A exposição a catástrofes naturais também pode estar relacionada com o desenvolvimento de perturbações psicológicas. Um estudo recente de Liu et al. (2010) debruçou-se sobre as respostas psicológicas de um grupo de 105 crianças e adolescentes (entre os 5 e 18 anos de idade) expostos a um sismo na China, em Maio de 2008. Os dados desta investigação revelaram que 44% dos participantes apresentaram sintomas compatíveis com o diagnóstico de PAS. Um outro estudo desenvolvido com 874 adultos que também estiveram expostos a este sismo (Zhao, 2008) mostra que, tal como seria expectável, os adultos também apresentaram PAS, uma vez que 13% dos participantes reportavam os sintomas necessários ao cumprimento dos critérios de diagnóstico de PAS.

Já em investigações anteriores havia interesse pelo desenvolvimento de PAS. Em 1996, foi publicado um estudo de Staab, Grieger, Fullerton e Ursano desenvolvido na sequência de cinco tufões em Guam (U.S. Pacífico), em 1992. Dos 120 participantes deste estudo, 7% apresentou PAS na primeira semana após a catástrofe natural.

Estes dados evidenciam o impacto psicológico a curto prazo que as situações traumáticas podem ter quer nas crianças quer nos adultos.

Ainda que as situações de guerra e a exposição a cenários de guerra e catástrofes naturais sejam das situações mais estudadas, a comunidade científica tem manifestado interesse em analisar e desenvolver investigações com indivíduos expostos a outras situações.

Difede et al. (2002), na investigação que realizaram com 83 vítimas de acidentes dos quais decorreram queimaduras verificaram que 19% apresentava PAS. A dificuldade em adormecer ou manter-se a dormir, o evitamento de pensamentos e sentimentos, as alterações na percepção do tempo e o cansaço, foram os sintomas mais frequentes que as vítimas reportaram.

Nos dados de uma investigação mais recente (Nixon et al., 2008), realizada com 56 indivíduos envolvidos em acidentes rodoviários e assaltos, verificou-se que mais de metade dos indivíduos tinham PAS. Os dados revelaram que as crenças negativas sobre o acontecimento traumático estavam associadas com a intrusão, o que acontecia com mais frequência nos indivíduos que apresentavam o diagnóstico de PAS. Esta ideia reflecte a importância da avaliação da ameaça defendida por Ehlers e Clark (2000) na concepção subjectiva de acontecimento traumático e como factor preponderante para o desenvolvimento de psicopatologia.

As equipas de resgate e de emergência também têm sido estudadas. Na sequência de um acidente com um avião *United Airlines* em que se registaram 112 mortos, 59 feridos e 184 sobreviventes, Fullerton, Ursano e Wang (1994) realizaram um estudo em que compararam as respostas de stress (PAS e PSPT) das equipas de emergência que participaram directamente no apoio às vítimas (grupo experimental) e das equipas de emergência que se encontravam até nove milhas do local do acidente (grupo controlo). Os dados obtidos mostraram que dos 207 participantes avaliados alguns dias após o acontecimento, 26% dos participantes do grupo experimental apresentavam PAS e apenas 2% dos participantes do grupo controlo apresentam condições para a referida perturbação.

Estes dados levam-nos a reflectir sobre a importância de exposição aos acontecimentos, constatando-se que quanto maior a proximidade física e o envolvimento, maior a probabilidade de se desenvolver PAS.

Ao analisarmos dados de estudos realizados com pessoas que assistiram a tiroteios concluiu-se que os resultados são similares aos até aqui descritos. A investigação de Classen, Koopman, Hales e Spiegel (1998) ilustra isso mesmo. No estudo em que participaram 36 indivíduos que assistiram a um tiroteio num edifício em

São Francisco, do qual resultaram 14 mortos, constatou-se que oito dias após o acontecimento 33% dos participantes apresentam PAS. Também a vivência de atentados e ataques terroristas podem desencadear respostas agudas de stress. Kutz e Dekel (2006) concluíram que 24% das 54 pessoas que avaliaram e que presenciaram ataques terroristas em Israel apresentavam PAS no primeiro mês.

A adir aos acontecimentos que temos vindo a descrever, verifica-se que o desenvolvimento de PAS também pode ocorrer após a vivência de situações de saúde, designadamente situações de doença oncológica, consideradas potenciais situações traumáticas. Pedersen e Zachariae (2010) realizaram um estudo com 112 doentes com cancro nos pulmões, bexiga e ovários e concluíram que 35% dos doentes apresentam PAS. Este diagnóstico era mais frequente nas mulheres (44%) do que nos homens (24%), sendo as diferenças estatisticamente significativas. Valores muito diferentes foram encontrados numa investigação desenvolvida por Mehnert e Koch (2007) com o mesmo tipo de população, que verificaram que dos 108 doentes avaliados apenas 2% apresentavam sintomas congruentes com o diagnóstico de PAS.

Uma investigação realizada com crianças hospitalizadas devido a lesões decorrentes de acidentes diversos (e.g. quedas, passageiros de veículos envolvidos em acidentes rodoviários, peões, ciclistas) mostrou que seis dias após o acidente 10% das crianças apresentavam PAS total (Bryant et al 2007). Também os pais das crianças (vítimas indirectas) que experimentaram situações traumáticas, como acidentes de natureza diversa que levaram à hospitalização das crianças, desenvolveram perturbação psicológica. Os dados do estudo de Kassam-Adams et al. (2009) mostraram que dos 334 pais avaliados 12% reuniu as condições necessárias ao diagnóstico de PAS.

Analisar as dimensões que podem predizer o desenvolvimento de PAS não são uma temática recorrente na literatura, mas Harvey e Bryant (1999b) analisaram os factores preditores do desenvolvimento de PAS em vítimas de acidentes rodoviários. Participaram na investigação 62 vítimas de acidentes rodoviários que foram avaliadas dois dias e quatro semanas após o acidente. Na primeira avaliação 16% dos participantes preenchiam todos os critérios de PAS e 15% apresentavam PAS parcial. As análises de regressão (*stepwise*) permitiram constatar que os sintomas depressivos (avaliados com o *Beck Depression Inventory*), história anterior de tratamento psiquiátrico, história anterior de PSPT e envolvimento em acidentes anteriores explicavam 61% da variância da severidade dos sintomas de PAS ao fim de quatro semanas.

Apesar dos dados poderem variar em função dos acontecimentos e da metodologia de investigação seguida, a PAS é uma perturbação psicológica bastante frequente. Independentemente da etnia, do sexo, da fase de desenvolvimento (crianças *vs* adultos) e até do grau de envolvimento no evento (vítimas directas *vs* vítimas indirectas), os indivíduos expostos a situações potencialmente traumáticas podem evidenciar perturbação psicológica a curto prazo, designadamente sintomas de PAS.

Como tivemos oportunidade de reportar, alguns investigadores têm feito referência à possibilidade dos indivíduos apresentarem uma parte dos sintomas de PAS, integrando-os no que descrevem ser PAS Parcial.

Poderemos encontrar dados sobre a PAS parcial em estudos desenvolvidos com populações diversificadas, nomeadamente vítimas de ataques e atentados terroristas (Kutz & Dekel, 2006), experiências de guerra (Cohen, 2008), familiares de vítimas de acidentes de natureza diversa (Kassam-Adsams et al. 2009) e outros acontecimentos.

Perante situações de atentados e ataques terroristas, Kutz e Dekel (2006) verificaram que no primeiro mês após a exposição traumática 13% dos 54 participantes no estudo apresentavam PAS parcial

A investigação de Cohen (2008) também concluiu que os residentes nas imediações de territórios que estiveram envolvidos na guerra do Líbano em 2006 apresentavam PAS parcial. Nos diferentes grupos constituídos pelo investigador em função da idade (18-40 anos, 41-69 anos e com mais de 70 anos) foram encontradas diferenças estatisticamente significativas. O grupo dos mais jovens foi o que mais frequentemente apresentou PAS parcial (20,59%), seguido do grupo intermédio (14,12%) e por fim do grupo dos habitantes com mais de 70 anos (4,35%)

Apesar da operacionalização e descrição dos conceitos de PAS parcial ser discutível, e de nem todos os investigadores utilizarem os mesmos critérios, verificou-se que há um número muito elevado de indivíduos que, após exposição directa ou indirecta a situações traumáticas, apresentam alguns sintomas da perturbação que podem comprometer o ajustamento e equilíbrio psicológico posterior. Estes resultados levam-nos a reflectir sobre a quantidade de pessoas que ficam psicologicamente afectadas pelas situações traumáticas, comprometendo o seu envolvimento e desempenho nas actividades de vida do quotidiano ainda que não reúnam as condições a qualquer outro diagnóstico.

Exposição a Acidentes Rodoviários e PAS

Tal como apresentamos no primeiro capítulo, a ocorrência dos sintomas de PAS pode constituir um factor de risco para o desenvolvimento de PSPT e outras perturbações. À semelhança do que acontece com indivíduos expostos a situações e cenários de guerra, catástrofes naturais, doenças graves e outros acontecimentos, as vítimas de acidentes rodoviários também podem apresentar PAS após a vivência do acidente.

Neste âmbito, nos últimos anos têm sido desenvolvidas investigações que se tem revelado importantes para a melhor conhecer esta realidade.

A investigação conduzida por Harvey e Bryant (1998a, 1999a) com vítimas de acidentes rodoviários que foram avaliados em média 7,6 dias após o acidente mostrou que 13% apresenta os critérios necessários ao diagnóstico de PAS total e 21% apresentavam PAS parcial, isto é, apresentavam todos os critérios de PAS excepto um. Neste estudo, 15 indivíduos não apresentaram sintomas dissociativos, um participante não reuniu o critério de reexperimentação e três das vítimas avaliadas não apresentaram os sintomas de evitamento.

Em 2006, Kuhn, Ehler et al., conduziram um estudo com 58 vítimas de acidentes rodoviários e pessoas que sofreram acidentes domésticos e verificaram que nas primeiras 6 semanas após o acidente 7% dos participantes apresentavam PAS total e 12% apresentava PAS parcial. As mulheres foram as que mais apresentaram o diagnóstico de PAS.

Outros estudos realizados com vítimas indirectas de acontecimentos traumáticos corroboram a presença de PAS parcial. Numa investigação realizada por Kassam-Adams et al. (2009) com 334 pais e mães de crianças que sofreram lesões na sequência de acidentes rodoviários um mês após o acidente dos filhos 25% dos pais apresentava PAS parcial. Quando consideramos os dados de um estudo com crianças hospitalizadas após envolvimento em vários acidentes (e.g. quedas e acidentes rodoviários), constatamos que 13% dos 72 participantes apresentaram PAS parcial (Bryant et al., 2007).

Estes estudos mostram que, à semelhança do que acontece com outras situações traumáticas, também as vítimas directas e indirectas de acidentes rodoviários podem apresentar PAS parcial nas primeiras semanas após os acidentes.

Para além da resposta a curto prazo, a exposição a trauma pode dar origem a respostas mais prolongadas, como PSPT.

Perturbação de Stress Pós-Traumático (PSPT)

Critérios de Diagnóstico de PSPT

No DSM-III, quando foi introduzido pela primeira vez o diagnóstico da PSPT, os sintomas requeridos para a perturbação não eram iguais aos que encontramos actualmente no DSM-IV-TR. No DSM-III (APA, 1980) era apenas necessário que pessoas expostas a situações traumáticas reportassem um sintoma de reexperimentação, um sintoma de evitamento e dois sintomas de activação. Na edição de 1987, no DSM-III-R, passou a ser necessário que as pessoas expostas a acontecimentos traumáticos evidenciassem pelo menos seis sintomas de PSPT: um sintoma de reexperimentação, três sintomas de evitamento e dois sintomas de activação (Galea, Nandi, & Vlahov, 2005). Era também possível que os indivíduos expostos a situações traumáticas fossem diagnosticados com PSPT nos 30 dias seguintes ao acontecimento, sendo o diagnóstico de “PSPT aguda”. Findo esse período de tempo, segundo Marshall et al. (1999) a recuperação seria espontânea. Este seria o curso esperado, ou “normal”, após a exposição a trauma. Contudo foram identificadas situações em que decorridos os 30 dias os indivíduos permaneciam sintomáticos, pelo que o diagnóstico válido em 1980 não era suficiente para que se pudesse compreender e diagnosticar a disfuncionalidade que os indivíduos evidenciavam, e para que se pudessem diferenciar as respostas normativas de stress agudo das respostas patológicas.

Segundo o DSM-IV (APA, 1994) e o DSM-IV-TR (APA, 2002), o critério A e os sintomas (critérios B, C e D) são comuns à PAS, excepto no que se refere à presença de sintomas dissociativos. Para o diagnóstico de PSPT os indivíduos devem apresentar um ou mais sintomas de reexperimentação, três ou mais sintomas de evitamento e dois ou mais sintomas de activação. Tal sintomatologia deve ter uma duração igual ou superior a um mês (critério E). Esta perturbação pode ainda ser aguda, caso os sintomas se manifestem por um período de tempo inferior a três meses, pode ser crónica quando os sintomas se mantêm por mais de três meses e pode ter início tardio se os sintomas se manifestarem seis meses após o acontecimento traumático (tabela 2).

Tabela 2

Critérios de Diagnóstico da Perturbação de Stress Pós-traumática de acordo com o DSM-IV-TR (cf. APA, 2004, pp 468)

Critério A: Exposição a acontecimento traumático em que ambas as condições estejam presentes:

- (1) A pessoa experimentou, observou ou foi confrontada com acontecimento (s) que envolveu ameaça de morte, morte real ou ferimento grave, ou ameaça à integridade física do próprio ou de outros;
- (2) Desenvolve respostas de medo intenso, sentimentos de falta de ajuda ou horror.

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

- (1) Lembranças perturbadoras intrusivas e recorrentes do acontecimento, que incluem imagens, pensamentos ou percepções;
- (2) Sonhos perturbadores recorrentes acerca do acontecimento;
- (3) Actuar ou sentir como se o acontecimento traumático estivesse a recorrer (inclui a sensação de estar a reviver a experiência, ilusões, alucinações e episódios de *flashback* dissociativos, incluindo os que ocorrem ao acordar ou quando intoxicado);
- (4) Mal-estar psicológico intenso com a exposição a estímulos internos que simbolizem ou se assemelhem a aspectos do acontecimento traumático;
- (5) Reactividade fisiológica quando exposto a pistas internas ou externas;

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

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

Critério D: Sintomas persistentes de activação aumentada (ausentes antes do trauma) indicados por dois (ou mais) dos seguintes:

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

Critério E : Duração dos sintomas B, C e D superior a 1 mês;

Critério F: A perturbação interfere com o funcionamento do indivíduo nas diferentes áreas da sua vida;

Especifica-se:

Aguda: duração dos sintomas inferior a 3 meses;

Crónica: duração dos sintomas de 3 ou mais meses;

Com início tardio: se o início dos sintomas é 6 meses após o acontecimento;

Apesar dos critérios enumerados serem os utilizados para diagnosticar a PSPT, alguns estudos (e.g. Weiss et al., 1992) utilizam a designação de PSPT parcial para caracterizar aqueles indivíduos que permanecem significativamente perturbados após a exposição a situações traumáticas, mas que não apresentam a totalidade de critérios necessários para o diagnóstico completo de perturbação.

Crítérios para PSPT Parcial

Poderíamos pensar que a PSPT parcial, não descrita pela APA, é algo recente, contudo já Weiss e a sua equipa propuseram essa nomenclatura num artigo publicado em 1992.

Numa revisão da literatura, verificamos que enquanto uns autores optam pela designação de “parcial” (e.g. Weiss et al, 1992), outros utilizam o termo “subthreshold” (e.g. Zlotnick, Franklin, & Zimmerman, 2002) e outros ainda de “subsyndromal” (e.g. Shelby, Golden-Kreutz, & Andersen, 2008), o que aqui traduzimos por “subclínica”

Independentemente da designação utilizada, também os critérios utilizados para referir os indivíduos com limitações clinicamente significativas sem PSPT total não estão uniformizados. Até à data a APA não clarificou esta dimensão (Shelby et al., 2008), que continua a ser bastante controversa.

Zlotnick et al. (2002), que utilizam o termo “subthreshold”, consideram que se pode fazer este diagnóstico quando os indivíduos evidenciam os critérios de reexperimentação e activação, mas não cumprem o critério do evitamento. Outros investigadores (e.g. Lai, Chang, Connor, Lee, & Davidson, 2004) consideram estar perante PSPT parcial quando os indivíduos apresentam, pelo menos, um sintoma de evitamento, um sintoma de reexperimentação e um sintoma de activação, e estes sintomas provocam interferência significativa no funcionamento. Há ainda quem considere estar perante PSPT subclínica quando os indivíduos apresentam pelos menos um sintoma de reexperimentação, um sintoma de evitamento e/ou um sintoma de activação (Stein, Walker, Hazen, & Forde, 1997). A diferença entre estas duas concepções está na possibilidade de ter ou não um sintoma de activação (Stein et al., 1997), ou ter que haver necessariamente sintomas de evitamento e activação, como defendem Lai e a sua equipa (2004).

Segundo Blanchard, Hickling, Taylor, Loos e Gerardi (1994) para a PSPT subclínica os indivíduos devem cumprir o critério B (reexperimentação) e o critério C

(evitamento) ou D (activação), nunca ambos (ou seja, nunca o critério C e D simultaneamente).

A sugestão de Mylle e Maes (2004) para diagnosticar PSPT parcial resulta da combinação de pelo menos dois dos três grupos de sintomas de PSPT. Em nenhuma das abordagens referidas por Mylle e Maes (2004) é necessário que estejam presentes os critérios E e F, o que contraria a ideia defendida por Lai et al. (2004). No artigo de Stein e seus colaboradores (1997) para além da definição dos critérios utilizados para diagnosticar PSPT parcial, surge a designação de “síndrome de stress pós-traumático”. Segundo estes autores pode-se falar desta síndrome quando o critério F não está presente.

Outras alternativas são consideradas por Carlier e Gersons (1995), pois consideram estar perante PSPT parcial quando um de sete cenários ocorrem: (1) apenas se apresentam os sintomas de reexperimentação, (2) apenas apresentam os sintomas de activação, (3) apenas apresentam os sintomas de evitamento, (4) apresentam os sintomas de reexperimentação e activação, (5) apresentam os sintomas de reexperimentação e activação, (6) apresentam os sintomas de activação e evitamento, ou ainda (7) quando ocorre qualquer outra condição em que não se cumpram os critérios de PSPT definidos no diagnóstico.

Em síntese, tal como referem Weiss et al. (1992), estamos perante PSPT parcial quando os indivíduos evidenciam sintomas clinicamente significativos de PSPT mas não reúnem as condições necessárias ao diagnóstico completo.

Independentemente da nomenclatura utilizada ou dos seus critérios, a investigação tem-se debruçado sobre os indivíduos que não apresentam PSPT total (utilizaremos doravante a designação de PSPT parcial) procurando analisar a prevalência em amostras clínicas e comunitárias.

Tabela 3
Síntese da operacionalização dos critérios de PSPT parcial apresentada por diferentes autores

Estudo	Sintomas de reexperimentação	e	Sintomas de activação	e/ou	Sintomas de evitamento
Zlotnick et al. (2002)	≥ 1		≥ 2		
Lai et al. (2004)	≥ 1		≥ 1	e	≥ 1
Stein et al. (1997)	≥ 1		≥ 1	e/ou	≥ 1
Blanchard et al. (1994)	≥ 1		≥ 2	ou	≥ 3
	≥ 1		≥ 2		≥ 3
Carlier & Gersons (1995)	≥ 1	e	≥ 2		
			≥ 2	e	≥ 3
	≥ 1			e	≥ 3
Qualquer outra situação que não cumpra o definido nos critérios de diagnóstico de PSPT					

Prevalência de PSPT após Exposição Traumática

Como já tivemos oportunidade de referir, o desenvolvimento de PSPT após a exposição a situações traumáticas não é raro. Têm sido realizados estudos com populações clínicas e amostras comunitárias que demonstram isso mesmo.

Os estudos sobre PSPT podem ser efectuados de várias formas: através da estimativa desta perturbação na comunidade, ou ter em atenção populações de risco (e.g. veteranos de guerra, bombeiros, vítimas de acidentes rodoviários ou outros). Para além de diferentes populações, os estudos sobre o assunto têm sido efectuados numa multiplicidade de situações adversas de vida. A exposição a combate de guerra, tal como já referimos, foi a primeira a receber a atenção dos investigadores, sendo por isso uma das mais estudadas. A exposição a desastres naturais (e.g. terremotos, furacões, etc.), desastres provocados por erro humano ou ataques terroristas, e experiências individuais (e.g. doenças, abuso físico, sexual e violação) também deram origem a estudos sobre o impacto destas experiências ameaçadoras na saúde física e psicológica dos indivíduos que dela foram vítimas.

No que se refere ao desenvolvimento de PSPT ao longo da vida, Weiss e seus colaboradores em 1992 verificaram que a prevalência de PSPT ao longo da vida era de 31% para os homens e 27% para as mulheres.

Num artigo de revisão da literatura, Lee e Young (2001) concluíram que 93% da população geral está exposta a acontecimentos traumáticos ao longo da vida e cerca de 5 a 12% desenvolve PSPT. Bromet, Sonnega e Kessler (1998) num estudo realizado com uma amostra comunitária (2981 mulheres e 2750 homens), verificaram que 10% das mulheres e 5% dos homens apresentavam PSPT no momento da avaliação enquanto 19% das mulheres e 8% dos homens apresentava PSPT após exposição a situações traumáticas.

A discrepância na prevalência de PSPT reportada nos estudos é elevada. Importa salientar que o estudo de Weiss et al. (1992) foi realizado com veteranos de guerra enquanto a investigação de Lee e Young (2001) e de Bromet et al. (1998) envolveu pessoas da população geral, sendo por isso estudos de natureza comunitária. Ainda assim, verificou-se que após exposição a uma situação traumática específica (e.g. guerra) os indivíduos reportam mais perturbação do que quando se estuda população na comunidade e se lhes pede que evoquem situações potencialmente traumáticas que experimentaram ao longo das suas vidas ou quando as situações traumáticas a que estiveram expostos são qualitativamente diferente das experiências de guerra (e.g. acidentes, assaltos).

Num outro estudo comunitário realizado na Suíça por Hepp et al. (2006), verificou-se que a prevalência de PSPT total, segundo os critérios de diagnóstico do DSM-IV, é nula. Os investigadores consideram que para estes resultados contribuem factores históricos e sociais do país, designadamente o facto da Suíça nos últimos 150 anos não ter estado envolvido em guerras, não registar a ocorrência de desastres naturais e ser um país onde os crimes, actos de vandalismo, assaltos e outros problemas não são frequentes. Este contexto social também permite que as pessoas tenham uma boa percepção de segurança face às condições de vida exteriores.

Os dados de Norris et al. (2003), recolhidos no México, mostraram que 62% dos participantes expostos a situações traumáticas ao longo da vida tiveram PSPT crónica, ou seja, os sintomas de PSPT mantiveram-se por mais de um ano. Estes dados levam os investigadores a considerar que no México a exposição a situações traumáticas e o desenvolvimento de PSPT são frequentes.

Estes resultados revelam que as realidades sociais em que os estudos são desenvolvidos são muito importantes para a melhor compreensão dos resultados, sendo esperado que em zonas de conflitos e com elevados índices de violência a PSPT seja mais frequente.

Relativamente à realidade portuguesa, os dados são escassos. Num estudo conduzido por Albuquerque et al. (2003), verificou-se que a prevalência de PSPT durante a vida é de 8%, equivalendo a 650 000 casos para a população com mais de 18 anos de idade. No que se refere à população exposta a combate, os autores concluíram que a PSPT é prevalente em 11% dos ex-combatentes, correspondendo a aproximadamente 67000 casos.

Ter conhecimento de situações traumáticas por interposta pessoa também pode dar origem ao desenvolvimento de perturbação. No estudo realizado por Breslau et al. (1998), 2% dos casos com PSPT tiveram conhecimento da situação traumática, ou seja, não estiveram directamente expostos.

Para analisar a presença de PSPT, os investigadores têm realizado algumas investigações após a ocorrência de situações potencialmente traumáticas. Este tipo de estudos visa analisar o desenvolvimento de PSPT após a exposição a situações muito específicas e delimitados no tempo e no espaço (e.g. guerra, catástrofes naturais, atentados).

Relativamente aos estudos com veteranos de guerra, poderemos citar um dos mais conhecidos, o do *National Vietnam Veterans Readjustment Study* (NVVRS; cit. Resick, 2000b). Neste estudo, realizado com veteranos de guerra, 31% dos homens e 27% das mulheres preenchiem o diagnóstico para PSPT em algum momento das suas vidas e 15% dos homens e 9% das mulheres tinham PSPT no momento da avaliação. Um outro estudo (Weiss et al., 1992) realizado com veteranos de guerra mostrou que a PSPT estava presente em 23% dos homens e 21% das mulheres. Ao longo da vida mais de metade dos homens e quase metade das mulheres apresentaram sintomas clínicos de PSPT, o que representa, segundo os autores, cerca de 1,7 milhões de veteranos de guerra do Vietname.

Estes resultados sensibilizam-nos para a frequência com que a PSPT ocorre, não devendo ser uma perturbação exclusivamente associada a experiências, situações e teatros de guerra.

Dados de estudos recentes com indivíduos expostos a situações traumáticas associadas a ataques terroristas (atentados do 11 de Setembro de 2001 nos Estados

Unidos e os atentados de 11 de Março de 2003 de Madrid) também revelam elevadas taxas de PSPT nos indivíduos que presenciaram os acontecimentos *in loco*, e naqueles que tiveram conhecimento através dos *media*.

Num dos muitos estudos realizados na sequência dos ataques terroristas do 11 de Setembro, Baschnagel, Gudmundsdottir, Hawk e Beck (2009), verificaram que dos 305 estudantes universitários que participaram na investigação, 49% referiram ter pensado que alguém conhecido poderia estar em perigo e 10% conheciam pessoas que ficaram feridas ou morreram na sequência do acontecimento. Quanto à prevalência de PSPT, os dados revelam que 13% um mês após o atentado e 5% dos participantes apresentavam PSPT três meses depois.

As equipas de resgate que prestaram apoio às vítimas dos atentados do 11 de Setembro também participaram em investigações. Evans, Patt, Giosan, Spielman e Difede (2009) realizaram um estudo que envolveu 842 trabalhadores das equipas de resgate e apoio, tendo constatado que 5% apresentava PSPT 17 meses após os atentados.

Uma meta-análise conduzida por Bills et al. (2008), sobre a frequência da PSPT após o 11 de Setembro, concluiu que existem variações na frequência da PSPT em função do momento em que se esteve exposto ao cenário após os atentados terroristas. Os investigadores verificaram que as equipas de resgate inicialmente expostas, *in loco*, às consequências do embate dos aviões nas torres gémeas e no WTC apresentavam mais PSPT do que as equipas que estiveram em serviço no local em momentos posteriores.

Estes dados corroboram resultados e conclusões de investigações anteriores que reflectem a importância da exposição no desenvolvimento de perturbação. Os estudos com vítimas directas exibem uma maior prevalência de PSPT do que os estudos realizados com estudantes e pessoas da comunidade que não viveram directamente o acontecimento, mas que tiveram conhecimento dele pelos meios de comunicação social ou outros, ainda que possam ter familiares e amigos que estavam nos locais dos acidentes aquando dos atentados. Bleisch, Gelkopf e Solomon (2003) num estudo realizado com 512 indivíduos, directamente expostos a ataques terroristas e/ou com amigos ou familiares exposto a situações de atentados terroristas, constataram que 37% destes apresentaram pelo menos um sintoma de reexperimentação, 56% reportou pelo menos um sintoma de evitamento e 49% descreveu no mínimo um sintoma de activação mas apenas 9% apresentaram PSPT.

Estudos realizados após os atentados de 11 de Março de 2003 em Madrid, revelam que das 117 vítimas directas avaliadas, 66% relataram que para além da sua experiência, pelo menos um familiar faleceu nos atentados, 88% tinham um amigo que morreu e 8% referiram que eles próprios ficaram seriamente feridos. Destas 117 vítimas, 36% apresentava PSPT um mês após os atentados. A análise da prevalência de PSPT nos dois sexos, mostrou que 76% das mulheres apresentam PSPT, quando apenas 19% dos homens preenchia os critérios para o diagnóstico (Miguel-Tobal, Vindel, Iruarrizaga, Ordi, & Galea, 2005). Fraguas et al. (2006), verificaram ainda que das 56 vítimas directas avaliadas um mês após os atentados 41% apresentavam PSPT; 6 meses após o acontecimento foram reavaliadas 44 vítimas e a percentagem de PSPT era de 41%

Em relação ao mesmo acontecimento, a equipa de investigação de Miguel-Tobal (2005) contactou telefonicamente 1589 pessoas da área de Madrid, um a três meses após os atentados de 11 de Março, para avaliar sintomas de PSPT. Os dados recolhidos mostraram que apenas em 2% dos casos os sintomas de PSPT se relacionavam com os atentados, e 12% dos participantes apresentavam sintomas de PSPT relacionados com outras situações.

Estudos recentes realizados com equipas de apoio ao *tsunami* na Ásia, revelam que dos 15 médicos, 12 enfermeiras e seis trabalhadores de apoio logístico, um mês após o acontecimento traumático, 24% apresentava PSPT, 64% tinha pelo menos um sintoma de PSPT e os sintomas estavam a ter repercussões na sua vida social e ocupacional dos participantes (Armagan, Engindenizm Devay, Erdur, & Ozcakil, 2006).

Apesar de alguns dos estudos desenvolvidos na sequência de atentados terroristas envolverem pessoal de emergência e equipas de resgate, estes não são os únicos acontecimentos a que eles estão expostos. Jonsson, Segesten e Mattsson (2010) no estudo realizado com 362 Suecos que pertencem a equipas de emergência expostas a várias situações traumáticas (e.g. acidentes, crianças e adultos em situações de perigo e outras) concluíram que alguns apresentam PSPT. A perturbação foi avaliada com dois instrumentos diferentes e os resultados obtidos também são relativamente diferentes. Quando a PSPT é avaliada com a *Impact Event Scale (IES)* cerca de 15% apresenta perturbação, enquanto quando foi utilizada a *Post Traumatic Symptom Scale (PTSS)* apenas 12% apresentam PSPT.

Já Bryant e Harvey (1996a) tinham publicado um estudo que envolveu 751 bombeiros Australianos. Os dados, obtidos através da IES, mostraram que 17% dos

participantes reportaram perturbação relacionada com a actividade de bombeiro enquanto em 7% a perturbação se devia à exposição noutras circunstâncias que não o desempenho da actividade de bombeiro.

Os sintomas da PSPT também estão presentes em vítimas secundárias de acontecimentos traumáticos. O estudo realizado por Kassam-Adams et al. (2009) com os pais de crianças envolvidas em acidentes, mostraram que 8% dos pais apresentam o diagnóstico de PSPT.

Os diferentes estudos têm tido um contributo importante para a compreensão do impacto dos acontecimentos traumáticos e o desenvolvimento de PSPT nas vítimas. Verifica-se que independentemente da frequência com que a PSPT está presente, esta não é uma perturbação tão rara quanto o equacionado inicialmente. Efectivamente há um número elevado de pessoas que apresenta sintomatologia grave, enquanto outros indivíduos permanecem sintomáticos mas não reúnem as condições necessárias ao diagnóstico (Hooff et al., 2009). Esta realidade tem sido conceptualizada e apresentada em vários estudos em que é avaliada PSPT parcial, tal como passamos a apresentar.

Exposição Traumática e PSPT Parcial

Tem sido realizados estudos que para além de reportarem dados de PSPT total, apontam para um “diagnóstico” parcial da perturbação, tal como já tivemos oportunidade de definir.

Weiss et al. (1992) constataram que 23% dos homens e 21% das mulheres expostas a situações de guerra apresentam PSPT parcial ao longo da vida. Quando estes autores analisaram os dados referentes à prevalência actual de perturbação, concluíram que a PSPT parcial estava presente em 11% dos homens e 8% das mulheres. Quando combinada a prevalência de PSPT total e parcial de pessoas expostas a situações de guerra verificou-se que 49% dos homens e 34% das mulheres têm pelo menos a forma parcial da perturbação. Apesar de estes resultados serem muito relevantes, os investigadores não explicitaram quais os critérios que utilizaram para a realização de diagnósticos de PSPT parcial, o que seria fundamental para a melhor compreensão dos sintomas de perturbação que os indivíduos apresentaram.

Os dados do *National Vietnam Veterans Readjustment Study* (NVVRS; cit. Resick, 2000b) mostraram que 11% dos homens e 8% das mulheres expostos a

situações de guerra apresentavam PSPT parcial e, por inerência, sintomas significativos de *distress*.

Resultados similares foram obtidos no estudo realizado por Zlotnick et al. (2002) com 1300 indivíduos vítimas de acidentes de natureza diversa recrutados junto de seguradoras. Esta equipa constatou que 7% dos participantes reunia as condições necessárias ao diagnóstico de PSPT parcial.

Após a exposição a situações traumáticas mais específicas, como foram os atentados de 11 de Setembro de 2001, Evans et al. (2009) concluíram que dos 842 trabalhadores das equipas de resgate e apoio 6% apresentavam PSPT parcial após terem decorrido 17 meses dos atentados. Verifica-se assim que a PSPT parcial se pode prolongar no tempo, comprometendo o equilíbrio e funcionamento dos indivíduos.

Quando se consideraram situações de outra natureza, por exemplo, sobreviventes de cancro, verificou-se que os indivíduos com PSPT parcial apresentavam mais limitações do que os indivíduos sem PSPT e menos do que os indivíduos com PSPT total (Shelby et al., 2008). Neste estudo, em que participaram 74 vítimas de cancro, 12 indivíduos apresentavam PSPT total e 15 PSPT parcial.

Outras investigações desenvolvidas com vítimas indirectas de acidentes rodoviários, designadamente com pais de crianças (Kassam-Adams et al., 2009), revelaram que um mês após o acidente 7% dos pais reportou PSPT parcial.

Os dados destas investigações revelam 6% a 11% de vítimas de situações traumáticas de diversa natureza (e.g. guerra, doenças, violência) podem alguns apresentar sintomas de PSPT, ou seja, apresentam uma forma parcial de PSPT.

Tal como fizemos em relação à PAS, apresentaremos de seguida os dados decorrentes da revisão da literatura sobre PSPT e PSPT parcial em vítimas directas de acidentes rodoviários.

Exposição Traumática e PSPT de Início Tardio

Uma outra dimensão que já consta no DSM-IV refere-se à possibilidade de desenvolvimento de PSPT depois de seis meses após a exposição ao acontecimento traumático. O período de ausência de sintomas, do não cumprimento dos sintomas todos para o diagnóstico de PSPT e, segundo alguns autores, de PSPT parcial, pode ser bastante longo. Port et al. (2001) referem mesmo que este período de latência se pode prolongar durante anos. Os estudos prospectivos dão um importante contributo para a

análise destes sintomas tardios. A investigação com veteranos de guerra deu, uma vez mais, um importante contributo para esta área.

A investigação longitudinal de Port et al. (2001), em que participaram veteranos da II Guerra Mundial e da guerra da Coreia, mostrou que inicialmente os sintomas foram diminuindo mas a partir do início dos anos 80 os participantes reportaram mais problemas sérios do que na década de 70.

O estudo desenvolvido por Carty et al. (2006), com 301 indivíduos vítimas de acidentes de natureza diversa na sequência dos quais necessitaram de atenção médica e que completaram as avaliações três e doze meses após o acontecimento, mostrou que 8% dos participantes tinha PSPT aos três meses, mas 10% tinha a mesma perturbação aos 12 meses. Os investigadores referiram ainda que cerca de 47% dos casos de PSPT identificados na avaliação aos 12 meses eram situações de início tardio. A perturbação de início tardio foi encontrada em indivíduos que na avaliação inicial apresentavam PSPT parcial e naqueles que não apresentavam nem PSPT nem PSPT parcial. Assim sendo, verificou-se que em qualquer momento os indivíduos podem vir a manifestar sintomas de perturbação, independentemente dos resultados das avaliações anteriores.

Num artigo de revisão da literatura, Andrews et al. (2007) referem que nem todos os investigadores, nos estudos longitudinais que realizaram, analisaram a possibilidade das vítimas de situações traumáticas apresentarem PSPT de início tardio. Apesar de algumas das controversas que envolvem a PSPT de início tardio também se prenderem com a definição do período de tempo em que se pode evidenciar, Andrews et al. (2007) estimam que dois terços das amostras de militares e 15% dos casos em amostras de civis podem apresentar este diagnóstico.

Considerando os acidentes rodoviários como acontecimentos traumáticos, têm sido desenvolvidos alguns estudos que focam o desenvolvimento de PSPT, de PSPT parcial e de PSPT de início tardio.

Exposição a Acidentes Rodoviários e PSPT

De acordo com o critério F do DSM-IV-TR (APA, 2002), o diagnóstico de PSPT indica a presença de sintomas que interferem significativamente com o dia-a-dia dos indivíduos expostos a situações traumáticas. Esses sintomas podem prolongar-se no tempo e continuar a alterar o quotidiano das vítimas. As sequelas psicológicas dos acidentes rodoviários indicam que os sintomas de stress pós-traumático são frequentes,

incapacitantes e persistentes (Bryant & Harvey, 1996b; Ehlers, Mayou, & Bryant, 1998). Nos Estados Unidos da América, tal como em Portugal, os acidentes rodoviários constituem um dos acontecimentos traumáticos que ocorre mais frequentemente (Kuhn, Blanchard, & Hickling, 2003).

Como já referimos, os acidentes rodoviários podem configurar experiências traumáticas uma vez que as vítimas os podem perceber como momentos de ameaça à vida que ocorrem de forma e em momentos inesperados. Segundo Blanchard e Hickling (1997), 8 a 40% dos 3 milhões de pessoas anualmente envolvidas em acidentes rodoviários terão PSPT no primeiro ano após o acidente. Estes resultados resultam de informações que têm sido encontradas em várias investigações realizadas com vítimas de acidentes rodoviários. Se por um lado há estudos que reportam elevadas taxas de PSPT, outros existem em que a frequência da perturbação é muito baixa. As questões metodológicas associadas às investigações e a realidade social em que os estudos são desenvolvidos podem explicar estes dados.

Na República da Irlanda a prevalência de PSPT em vítimas de acidentes rodoviários é de cerca de 9% (Conlon, Fahy, & Conroy, 1999) enquanto o estudo comunitário de Norris, realizado nos EUA (1992) verificou que a percentagem de sujeitos que experimenta acidentes rodoviários e desenvolve PSPT é de 12%.

Apesar dessas discrepâncias, é fundamental considerar que na sequência de acidentes pode haver sempre alguns indivíduos que ficam extremamente perturbados.

Dados de uma investigação comunitária portuguesa sobre prevalência de PSPT (Albuquerque et al., 2003) mostraram que 6% dos indivíduos que tinham sintomas de PSPT tinham sido expostos a acidentes graves de viação. Numa investigação realizada com uma população com características mais específicas, 42 vítimas com lesões graves decorrentes de acidentes rodoviários (Pires, 2005), verificou-se que alguns dias após o acidente (média 7,3 dias) 55% dos participantes reuniam as condições necessárias ao diagnóstico de PSPT¹. Numa avaliação posterior (quatro meses após o acidente) verificou-se que 31% apresentava sintomas de PSPT.

Apesar de em Portugal não haver mais dados sobre a PSPT em vítimas de acidentes rodoviários, os estudos realizados sobretudo nos Estados Unidos permitem-nos aceder a informação relevante neste âmbito. A equipa de Blanchard tem-se debruçado sobre a temática dos acidentes rodoviários e o desenvolvimento de

¹ Devido à ausência de instrumentos para avaliação da ASD, na avaliação inicial das vítimas de acidentes rodoviários recorreu-se a um instrumento de avaliação da PSPT.

perturbação, designadamente PSPT. Um estudo realizado com 98 vítimas mostrou que 40% apresenta PSPT total e 27% apresentou PSPT parcial (Blanchard et al., 1995). Um estudo posterior, realizado nas mesmas condições, com 158 vítimas, constatou que 39% apresentava PSPT total e 29% PSPT parcial (Blanchard, Hickling, Taylor, Loos, Forneris, & Jaccard, 1996).

Estes resultados diferem dos descritos por Norris por serem mais elevados, contudo devemos salientar que o estudo de Norris é comunitário e os dados de Blanchard, Hickling, Taylor et al. (1996) e os de Pires (2005) foram recolhidos exclusivamente junto de pessoas que estiveram directamente envolvidas em acidentes rodoviários.

Harvey e Bryant (1998a, 1999c), também têm realizado estudos com vítimas de acidentes rodoviários. Os dados dos estudos longitudinais desenvolvidos por estes autores mostraram que 25% das 71 vítimas de acidentes rodoviários avaliadas 6 meses após o acidente apresentavam PSPT total e 10% apresentava PSPT parcial (Harvey & Bryant, 1998a). Numa avaliação posterior, dois anos após o acidente 30% dos participantes apresentavam PSPT (Harvey & Bryant, 1999c).

Segundo dados da investigação de Delahanty, Raimonde, Spoonster e Cullado (2003), desenvolvida com 48 vítimas de acidentes, avaliadas um mês depois dos acidentes, 16% apresenta PSPT. Uma outra investigação que envolveu 967 vítimas de acidente que foram avaliadas um a três meses e um ano após o acidente, Ehlers et al. (1998) constatou que 23% dos participantes apresenta PSPT na primeira avaliação e 17% na segunda avaliação.

Koren, Arnon, Lavie e Klein (2002) num estudo realizado com 102 vítimas de acidentes rodoviários, concluíram que 12 meses após o acidente 26% apresentava PSPT. Dados muito diferentes foram encontrados por Schnyder, Moergeli, Trentz, Klaghofer e Buddeberg (2001) num estudo em que participaram 106 vítimas directas de acidentes rodoviários, que concluíram que 12 meses após o acontecimento apenas 2% apresentava PSPT. Tal como temos vindo a referir, a discrepância destes dados poderá estar associada a questões metodológicas dos estudos (e.g. selecção de instrumentos de avaliação, forma de recrutamento dos participantes). Ainda assim, uma vez mais se constatou que na sequência de acidentes rodoviários alguns indivíduos podem desenvolver perturbação psicológica que se evidencia e manifesta mesmo um ano após o acontecimento.

Ainda que a maior parte das investigações sobre esta temática esteja focalizada na população adulta, também se encontram estudos que analisam as repercussões dos acidentes rodoviários nas crianças. O estudo de Gilles, Barton e Di Gallo (2003) realizado com crianças e jovens com idades compreendidas entre os 5 e os 18 anos de idade verificou que 14% das crianças e jovens avaliados apresentava PSPT e 17% referia ter medo intenso.

Investigações mais recentes continuam a evidenciar a possibilidade de apresentar PSPT parcial. A título de exemplo, Wrenger, Lange, Langer, Heuft e Burgmer (2008), num estudo longitudinal levado a cabo com vítimas de acidentes rodoviários, concluíram que na avaliação aos seis meses 11% dos 169 participantes apresentavam PSPT parcial; na reavaliação efectuada aos doze meses, com 163 participantes, 9% apresentava PSPT parcial.

Os dados dos estudos apresentam algumas diferenças que merecem a nossa atenção. Apesar do estudo de Norris (1992) apontar para 11% de PSPT em vítimas de acidentes rodoviários, estudos posteriores reportam que essa prevalência ronda os 30 a 40%. O estudo Português (Pires, 2005) é o que identifica mais PSPT nas vítimas estudadas, mas foi realizado com sujeitos que tinham sido feridos com gravidade. Apesar de as investigações terem como objectivo comum a análise da prevalência de PSPT após um acontecimento muito específico (acidentes rodoviários) as metodologias seguidas e o momento em que as avaliações foram encetadas podem contribuir para a compreensão das diferenças encontradas. Também as características culturais podem desempenhar um papel importante na contextualização da temática e nos resultados obtidos.

Nos acidentes rodoviários, as vítimas também podem desenvolver PSPT seis meses depois da vivência do acontecimento, apresentando o que é descrito como PSPT de início tardio. Os dados de diferentes investigações sugerem que cerca de 4% a 20% das vítimas de acidentes rodoviários apresentam PSPT de início tardio (Bryant & Harvey, 2002; Mayou, Bryant, & Duthie, 2003).

O estudo desenvolvido por Mayou, Tyndel e Bryant (1997) com 11 vítimas directas de acidentes rodoviários que foram avaliadas cinco anos após o acontecimento referem que, à data dessa avaliação, 8% apresentou PSPT. Andrews et al. (2007), num artigo de revisão referem que a PSPT de início tardio é menos frequente nos estudos realizados com civis (15%) do que nos estudos realizados com militares (um terço dos casos de PSPT).

Para além da frequência com que a PSPT se desenvolve tardiamente, os investigadores têm procurado analisar a evolução dos sintomas de perturbação ao longo do tempo. Para este efeito, os estudos longitudinais têm dado um contributo muito importante.

Evolução dos Sintomas da PSPT

Sendo certo de que a evolução dos sintomas psicológicos e psicopatológicos tem repercussões e evolução diferentes entre os indivíduos, sabe-se que pessoas expostas a traumas agudos circunscritos, como acidentes, estão em risco de desenvolver PSPT e que em alguns indivíduos esta perturbação pode tornar-se crónica (McFarlane & Girolamo, 1996). Os estudos longitudinais que têm sido efectuados têm-se preocupado em identificar os percursos dos sintomas e dos diagnósticos ao longo do tempo, ou seja, têm procurado analisar os padrões de agravamento e remissão de sintomatologia.

Alguns estudos realizaram mais do que uma avaliação com os mesmos indivíduos, permitindo analisar a evolução dos sintomas e dos diagnósticos psicopatológicos ao longo do tempo. Dos estudos citados constatamos que os indivíduos que permanecem sintomáticos 12 meses após o acidente oscilam entre os 2% (Schnyder, Moegeli, Trentz et al., 2001) e os 17% (Ehlers et al., 1998).

Outras investigações verificaram que à medida que a distância em relação ao acontecimento traumático aumenta os indivíduos tendem a apresentar mais sintomas de perturbação psicológica, designadamente PSPT, o que é entendido pelos investigadores como um agravamento da sintomatologia. Na verdade vários estudos verificaram algum tipo de agravamento. Por exemplo, Blanchard, Hickling, Forneris et al. (1997), no estudo longitudinal realizado com 145 vítimas de acidentes, verificaram que alguns indivíduos (5%) que na avaliação inicial (mês e meio depois do acidente) não apresentavam PSPT, quando avaliados mais tarde (aos 6 meses) passaram a apresentar a perturbação.

Segundo os investigadores, o agravamento dos sintomas de perturbação e o aumento no número de indivíduos que reúne as condições necessárias ao diagnóstico de PSPT pode ser explicado pelos sintomas iniciais de PSPT e pelas lesões físicas (Blanchard Hickling, Forneris et al. 1997), por apresentarem sintomas agudos de stress, nomeadamente PAS (Buckley, Blanchard, & Hickling, 1996) e pelo facto de em

algumas investigações as re-avaliações coincidirem com o aniversário do acidente (Blanchard, Hickling, Barton et al., 1996).

Este agravamento dos sintomas e da perturbação ao longo do tempo nem sempre é linear. Zatzick et al. (2002) avaliaram em quatro momentos diferentes 101 vítimas de assalto e vítimas de acidentes rodoviários, tendo observado que no primeiro momento (em média três dias após o acontecimento) 31% das vítimas reportavam sintomas compatíveis com o diagnóstico de PSPT, mas quando avaliadas um e quatro meses após o acidente, 41% das vítimas apresentam PSPT e, um ano após o acontecimento, os investigadores constataram que 30% dos participantes apresentavam PSPT. Os dados deste estudo permitiram-nos verificar que numa fase inicial a percentagem de sujeitos com PSPT aumenta (da primeira para a segunda avaliação) e posteriormente se assiste a uma diminuição dos sintomas (do primeiro para o quarto mês após o acidente e desde último para os 12 meses).

No estudo português (Pires, 2005) verificou-se que 55% das vítimas que inicialmente reportavam sintomas compatíveis com o diagnóstico de PSPT² não reuniam essas condições quando avaliadas aos quatro meses, pelo que se constatou que 31% das vítimas deixaram de ter PSPT enquanto 24% mantiveram os critérios para a perturbação.

Ao considerarmos os dados de Zatzick et al. (2001) e de Pires (2005), verificamos que a remissão total ou parcial dos sintomas e da perturbação pode ser uma realidade para algumas vítimas de situações potencialmente traumáticas. Para além disso, a observação e monitorização da forma como os sintomas e diagnósticos evoluem ao longo do tempo poderá ser uma dimensão passível de análise cuidada.

Relativamente à recuperação, isto é, a evolução positiva dos sintomas, alguns autores defendem que para que a recuperação seja completa, não deverão existir efeitos psicológicos, biológicos e comportamentais (Resick, 2000c). Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes e Nelson (1995) concluem que a maior parte das pessoas recuperam da sintomatologia aguda em geral três meses após o trauma, mesmo sem qualquer tipo de tratamento. Esta equipa também admite que muitos indivíduos possam ter PSPT persistente, ou seja, casos em que a perturbação permanece evidente e perturbadora por longos períodos de tempo.

² Foi utilizada a “Escala de resposta do acontecimento traumático”, que avalia PSPT, em ambos os momentos de avaliação. Considerando os critérios de diagnóstico do DSM-IV, não se pode concluir que na avaliação inicial existe PSPT.

Os estudos longitudinais, para além de facultarem dados em relação à evolução dos sintomas de PSPT, permitem constatar que nem todos os indivíduos se mantêm sintomáticos ao longo do tempo. À semelhança do que acontece com outros acontecimentos traumáticos, também nos acidentes rodoviários a sintomatologia física e psicológica tende a diminuir à medida que o tempo passa, pelo que apenas uma pequena percentagem de pessoas permanecerá psicologicamente sintomática.

No estudo desenvolvido por Blanchard, Hickling, Barton et al. (1996) foram avaliadas 132 pessoas em três momentos diferentes (um a quatro meses, seis meses e 12 meses após o acidente). Pela análise dos resultados verificou-se que na avaliação efectuada quatro meses após os acidentes 17% dos sujeitos que inicialmente apresentam PSPT deixaram de preencher os critérios necessários para tal. Aos seis meses, 50% dos casos tinham remitido total ou parcialmente. Ao fim do ano, 2/3 haviam remitido total ou parcialmente. Quanto aos que no início apresentavam PSPT parcial (não preenchiam a totalidade dos critérios para PSPT), verificou-se que a remissão era mais rápida e significativa ao fim do primeiro mês e, ao sétimo mês 71% remitiram completamente. Estes resultados apontam para uma remissão da sintomatologia na ordem dos 40 a 70%.

Numa publicação de 1997, Blanchard e Hickling referem que a remissão de sintomatologia de PSPT em vítimas de acidentes rodoviários se situa entre os 39% e os 64%. Os investigadores concluíram que os indivíduos mais sintomáticos tendem a manter-se nessas condições (mais sintomáticos) ao longo do tempo, enquanto aqueles cujos sintomas não tenham remitido seis a oito meses após a exposição ao acontecimento traumático apresentam menos probabilidade de que essa remissão dos sintomas ocorra espontaneamente. Os resultados da investigação mostraram que 25% dos indivíduos, avaliados seis a oito meses após o acidente e que evidenciavam PSPT, numa avaliação posterior apresentavam remissão dos sintomas. Decorrido um ano da avaliação inicial, dos 25% com PSPT inicial os sintomas haviam remitido em 10% dos casos.

Noutros dos estudos realizados pela equipa de Blanchard, Hickling, Forneris et al. (1997) concluiu que uma percentagem significativa de participantes com diagnóstico inicial de PSPT deixou de preencher esse diagnóstico após decorridos três e seis meses, de tal forma que seis meses após o acidente a remissão ronda os 55%. No estudo desta equipa, das vítimas que inicialmente apresentavam PSPT parcial verificou-se que seis meses mais tarde se assistiu a uma remissão na ordem dos 67%. Numa análise sintética, os autores referem que quatro meses após o acidente os sintomas de PSPT remitiram

completamente em 31% dos casos e parcialmente em 24%; assistiu-se a uma remissão na ordem dos 2/3 dos participantes inicialmente com PSPT parcial.

Exemplo de que poucos indivíduos permanecem sintomáticos ao longo do tempo é o estudo de Wrenger et al. (2008). Num estudo longitudinal, estes investigadores concluíram que das 169 vítimas de acidente avaliadas seis meses após o acidente apenas 6% apresentavam PSPT e quando avaliadas aos 12 meses ($N=163$) apenas 3% reuniam as condições necessárias ao diagnóstico da referida perturbação. Neste estudo alemão, as vítimas, com mais de 18 anos, foram recrutadas junto dos hospitais que receberam as pessoas devido às sequelas físicas dos acidentes. Apesar da percentagem de indivíduos com PSPT ser relativamente baixa, os investigadores concluíram que as respostas iniciais de stress, a percepção da ameaça e a o sexo (feminino) explicavam parte da variância dos dados de PSPT encontrados 12 meses após o acidente. Para além de PSPT, este estudo verificou que muitos indivíduos apresentaram outras perturbações psicológicas (em comorbilidade) pelo que a disfuncionalidade reportada poderá não estar exclusivamente associada à PSPT, mas também a outros diagnósticos psicopatológicos.

Apesar dos resultados dos estudos serem muito diferentes, todos eles corroboram a remissão espontânea dos sintomas e dos diagnósticos totais e parciais de PSPT de tal forma que a recuperação é uma possibilidade e certamente o mais desejável. Esta recuperação poderá não ocorrer num determinado período de tempo e poderá não ocorrer na totalidade, contudo verifica-se que gradualmente os indivíduos reportam menos sintomas. Estes dados podem também reflectir a capacidade que os indivíduos tiveram de desenvolver estratégias adequadas para gerir a adversidade e os sintomas desencadeados na sequência da exposição a situações adversas. Neste sentido, a resiliência e as estratégias de *coping* e outras variáveis pós-traumáticas podem ser fundamentais para o ajustamento e (re)equilíbrio psicológico, para o bem-estar e qualidade de vida.

Relação entre PAS e PSPT

Considerando que o diagnóstico de PAS foi incluído no DSM no sentido de analisar as respostas agudas, vários estudos procuraram analisar a relação entre a PAS e a PSPT.

Num estudo realizado com pessoas que sofreram queimaduras graves, Difede e os seus colaboradores (2002) concluíram que 89% dos participantes que apresentaram

PAS na avaliação inicial (3 semanas após a hospitalização) apresentaram PSPT 6 meses mais tarde. Kutz e Dekel (2006), num estudo que envolveu sobreviventes de ataques terroristas em Israel, concluíram que existia uma relação significativa entre PAS (avaliada um mês após os atentados) e a PSPT (avaliada quatro meses após o acontecimento traumático), de tal forma que os sobreviventes com PAS tinham três vezes mais probabilidade de apresentar PSPT do que os sobreviventes que inicialmente não apresentavam PAS. Estes resultados reflectem o papel que a PAS pode desempenhar enquanto precursora no desenvolvimento de PSPT, tal como defendeu a comunidade científica aquando da inclusão do diagnóstico do PAS no DSM (Koopman et al., 1995).

Os estudos realizados com vítimas de acidentes rodoviários apresentam dados semelhantes aos das investigações conduzidas com outro tipo de população. Harvey e Bryant (1998a) realizaram um estudo que envolveu a avaliação repetida (um e seis meses após o acidente) e verificaram que os participantes que estiveram envolvidos em acidentes rodoviários e que preenchiam os critérios de diagnóstico de perturbação aguda de stress eram os mais sintomáticos mais tarde. Alguns destes sujeitos vieram a apresentar os critérios necessários ao diagnóstico de PSPT nas avaliações subsequentes, corroborando as conclusões de Buckley et al. (1996).

Neste estudo de Harvey e Bryant (1998a) 13% dos participantes preenchiam os critérios de diagnóstico para a PAS, enquanto 21% apresentaram PAS parcial. Numa publicação posterior em que participaram 78 vítimas de acidentes rodoviários Harvey e Bryant (2000) constataram que os indivíduos com PSPT dois anos após o acidente tinham mais probabilidade de na avaliação inicial apresentarem PAS, de tal forma que foi diagnosticada PSPT a 80% dos participantes que na avaliação inicial apresentavam PAS. Numa outra avaliação longitudinal (seis meses e dois anos) de 87 sujeitos envolvidos em acidentes rodoviários (Bryant, Harvey, Guthrie, & Moulds, 2003), verificou-se que alguns participantes que apresentaram PAS ($N=7$), PAS parcial ($N=8$) e outros que não apresentavam PAS ($N=4$) na avaliação inicial vieram a reportar PSPT na avaliação efectuada aos seis meses. Na avaliação seguinte (dois anos após o acidente) os indivíduos que inicialmente reportaram PAS continuaram a evidenciar PSPT ($N=7$), sete dos indivíduos que apresentaram PAS parcial no início também apresentavam PSPT aos dois anos e, seis dos indivíduos que inicialmente não apresentaram PAS reportaram sintomas compatíveis com PSPT aos dois anos. Estes dados permitiram concluir que a presença de PAS inicial não é obrigatória para o posterior desenvolvimento de PSPT, tal

como também verificou o estudo de Difede e seus colaboradores (2002) em que 16% dos participantes (queimados) que não apresentaram PAS inicial apresentaram PSPT aos seis meses, mas aumenta a probabilidade deste desenvolvimento. Foi o que verificaram Holeva e Tarrier (2001), num estudo com 265 vítimas de acidentes rodoviários. Aquelas que apresentavam PAS tinham 20 vezes mais probabilidade de desenvolver PSPT, sendo que 72% dos indivíduos que inicialmente apresentaram PAS (avaliação duas a quatro semanas após o acidente) vieram a apresentar PSPT quando avaliados quatro a seis meses após a situação traumática.

Ainda que uma grande parte dos estudos seja realizado com população adulta, sabe-se que as crianças expostas a situações traumáticas também podem desenvolver perturbação psicológica. Bryant et al. (2007) conduziram um estudo com 76 crianças que na sequência de acidentes de natureza diversificada (e.g. quedas, acidentes rodoviários, utilizadores da via pública enquanto peões e outras lesões) necessitaram de atenção médica e recorreram aos serviços de saúde. Numa análise da trajectória dos diagnósticos e da evolução de PAS (avaliada na admissão no hospital) para PSPT (avaliada seis meses depois) concluiu-se que 33% das crianças com PAS inicial apresentaram PSPT aos seis meses, 50% das crianças com PAS passaram a apresentar PSPT parcial; 11% das crianças sem PAS inicial reportaram sintomas congruentes com o diagnóstico total de PSPT, e 25% sem PAS inicial reportavam PSPT parcial. Estes dados sublinham a ideia de que nem todos os indivíduos com PAS tendem a apresentar PSPT. Neste estudo os investigadores fazem referência ao papel da dissociação (enquanto critério essencial da PAS), referindo que os sintomas dissociativos podem não ser entendidos pelas crianças da mesma forma como os adultos os compreendem, ou nas crianças os sintomas dissociativos são menos comuns que nos adultos. Estas considerações são tecidas para justificar o facto de neste estudo a dissociação (enquanto indicador isolado) não se apresentar como um bom preditor de PSPT, enquanto o diagnóstico de PAS é um bom preditor de PSPT posterior.

Numa amostra de pessoas vítimas de acontecimentos traumáticos com lesões físicas avaliadas em três momentos diferentes (oito dias, três e 12 meses após o acontecimento), 74% das quais surgiram na sequência de acidentes rodoviários, verificou-se que a PAS foi bom preditor de PSPT nos dois últimos momentos de avaliação. Os resultados mostraram que os sintomas de PAS predisseram 33% da variância de sintomas de PSPT aos três meses e 34% aos 12 meses (Creamer, O'Donnell, & Pattison, 2004). Para além da PAS, a severidade dos sintomas de PSPT

reportados uma semana após o acidente também parece predizer o maior risco de PSPT um ano após o acontecimento (Koren, Arnon, & Klein, 1999).

Dados de uma investigação portuguesa, por nós realizada (Pires, 2005), que avaliou 42 vítimas de acidentes rodoviários alguns dias após o acidente e quatro meses após o acontecimento mostraram que das 55% das vítimas que na avaliação inicial apresentava os sintomas necessários ao diagnóstico de PSPT e 24% mantiveram o referido diagnóstico quando decorridos quatro meses do acidente. Dos indivíduos que na avaliação inicial não apresentaram os sintomas compatíveis com o diagnóstico de PSPT (45%) verificou-se que 7% passou a apresentar PSPT na avaliação posterior (quatro meses) e 38% permaneceram sem o diagnóstico, mas não necessariamente sem sintomas de perturbação.

De forma geral o que os estudos evidenciam é que a maioria das pessoas que reportam PAS revelam um risco aumentado de posteriormente desenvolverem PSPT, ainda que em alguns casos a PSPT se possa manifestar sem que previamente os indivíduos tenham tido PAS, ou seja, as perturbações não são estritamente interdependentes.

Controvérsias no Diagnóstico de PAS e PSPT

Como tivemos oportunidade de verificar anteriormente, os critérios de diagnóstico de PAS e PSPT são muito semelhantes. Num momento de reflexão e revisão da futura versão dos critérios e diagnósticos a incluir na quinta versão do DSM, alguns autores têm vindo a escrever sobre estas questões, fundamentadas nos dados das investigações que têm desenvolvido ao longo dos anos.

Bryant (2006) é um dos investigadores que tem participado nestes debates e que, como refere no seu artigo, considera que a PAS não permanecerá no DSM-V. O investigador fundamenta este parecer no facto de os sintomas e critérios de diagnóstico de PAS, que integra as respostas agudas de stress, parecer ser preditor de outros diagnósticos psicopatológicos. Segundo o mesmo autor, não parece ser boa opção manter dois diagnósticos psicopatológicos cuja principal diferença se situa no período de tempo em que os sintomas se manifestam e na duração dos mesmos.

Numa leitura que integra uma perspectiva social da aceitação destes diagnósticos, Jones e Wessely (2007) referem que houve mudanças nas narrativas

culturais que explicam as respostas do ser humano à adversidade. Esta maior aceitação social do diagnóstico de PAS e PSPT apresenta-se então como uma questão bipolar. Se por um lado é benéfico e positivo que haja o reconhecimento público da possibilidade de perturbação, os profissionais podem não ter informação e conhecimentos consolidados sobre as reacções dos indivíduos. O que levará, segundo McHugh e Treisman (2007), a um sobrediagnóstico da PAS e da PSPT.

Também o comportamento dos indivíduos pode fomentar erros no diagnóstico e até o sobrediagnóstico, pelo facto de frequentemente lhes estarem associados benefícios (Coyne & Thompson, 2007). Quando as pessoas perceberem que determinados sintomas (associados a alguns diagnósticos clínicos, como PAS e PSPT) lhes podem trazer ganhos e benefícios secundários, podem sentir-se motivadas a simular e fingir os sintomas, facultando informações erradas. Estas situações parecem ser frequentes quando na sequência da exposição traumática decorrem processos jurídicos e de litígio (Coyne & Thompson, 2007). Neste âmbito, alguns estudos referidos por McHugh e Treisman (2007) mostram que 75% dos veteranos de guerra com PSPT com direito a compensações fingiam/mentiam sobre os sintomas e, como referem Frueh et al. (2005) em 100 veteranos de guerra acompanhados num centro médico, 94% foram diagnosticados com PSPT quando apenas 41% tinha estado envolvido em cenários de guerra. Importa salientar que não é necessário estar directamente envolvido na guerra para desenvolver perturbação. Há muitos indivíduos que também são expostos a situações traumáticas e que não participam directamente nos conflitos, mas que, por exemplo, auxiliam na recolha dos corpos de vítimas mortais e nos cuidados de feridos.

Rosen e Taylor, num artigo de 2007, abordam a questão da simulação, descrita no DSM-IV (APA, 1994) sob a forma de “malingering” - produção intencional e exagerada de sintomas físicos e psicológicos motivados por incentivos e ganhos externos (e.g. evitamento de prestação de serviço militar, trabalho, compensações financeiras, evitamento de procedimentos criminais). Há ainda que reflectir sobre a “PSPT factícia”, que segundo Rosen e Taylor (2007) se caracteriza pela exibição de sintomas para assumir o papel de doente, podendo fazê-lo para atrair a atenção de terceiros.

Apesar das descrições existentes, Rosen e Taylor (2007) consideram que no caso da PSPT este tema deveria ser melhor equacionado, sugerindo a elaboração de orientações mais precisas para a melhor e mais adequada análise e prevenção destas situações.

Comorbilidade entre PSPT e Outras Perturbações

A exposição a situações potencialmente traumáticas pode desencadear o desenvolvimento de perturbações psicológicas diversas. Analisamos até aqui alguns dados referentes à PAS e PSPT, contudo as investigações realizadas um pouco por todo o mundo e com populações diversificadas evidenciam outras perturbações que podem co-existir entre si. O desenvolvimento de depressão, fobias, sintomas de ansiedade e de outras perturbações, frequentemente coexiste com a PSPT. Por exemplo, dados de uma investigação realizada com vítimas de acidentes rodoviários, publicada em 2008 (Wrengler et al., 2008), mostrou que as vítimas de acidentes rodoviários também podem desenvolver outras perturbações para além da PSPT. Os dados do estudo desta equipa apontam para uma frequência de outras perturbações para além da PSPT em 38% dos casos. Estas outras perturbações, segundo os investigadores podem ser prévias ao envolvimento no acidente, registando-se neste âmbito 24% dos casos enquanto 14% apresentam outras perturbações do Eixo I do DSM-IV após o envolvimento no acidente. Após o acidente há indivíduos que apresentam *depressão major*, perturbações de ansiedade, abuso de substâncias e perturbações de ajustamento / adaptação, sendo aos seis meses após o acidente a taxa de comorbilidade é de 31% e 12 meses após o acontecimento essa taxa é de 14%.

Como referem Creamer e a sua equipa (2005), a maioria das pessoas expostas a situações potencialmente traumáticas experimentam reacções emocionais significativas no momento da exposição que parecem ser mediadas por memórias traumáticas o que, por seu turno, coloca os indivíduos em risco de desenvolver perturbações psicológicas.

Wittman, Moergeli, Martin-Soelch, Znoj e Schnyder (2008) apresentam três cenários que integram as perspectivas que podem contribuir para a compreensão da relação entre PSPT e outras perturbações psicológicas após a exposição a situações traumáticas. Numa primeira análise a comorbilidade pode ser uma consequência da PSPT, de tal forma que a comorbilidade surge como uma reacção e/ou complexificação da PSPT. Neste caso, a comorbilidade é secundária à PSPT. Considerando outra perspectiva, a PSPT e a comorbilidade partilham factores de vulnerabilidade, de tal modo que a exposição a situações traumáticas pode desencadear múltiplas perturbações psicológicas, entre as quais a PSPT. Numa última conceptualização, a comorbilidade pode surgir como uma consequência de mecanismos específicos relacionados com a

situação traumática, constituindo alguns sintomas um artefacto que podem dificultar a clara identificação de perturbação psicológica.

As questões relacionadas com a comorbilidade não se esgotam na relação entre PSPT e depressão, mas esta merece algum destaque por parte dos investigadores. No estudo de Oquendo e seus colaboradores (2005), realizado com 230 pacientes com depressão e 108 sem qualquer psicopatologia, verificou-se que os indivíduos que apresentaram mais sintomas depressivos foram os que reportaram história de PSPT ao longo da vida (cerca de 25%).

Ehring, Ehlers e Gluskman (2006), numa das investigações que realizaram com 101 vítimas de acidentes rodoviários, constataram que 29% apresentava PSPT após o acidente, 31% apresentava fobia a viagens e 11% reunia as condições para episódio depressivo major no momento da avaliação. Em alguns casos estas perturbações co-existiam, assistindo-se a uma elevada comorbilidade entre as perturbações. Também a investigação de Mayou et al. (1997), que envolveu 111 vítimas de acidentes rodoviários avaliados em vários períodos temporais, mostrou que para além da PSPT as vítimas reportavam ansiedade em viajar. Três meses após o acidente, 25% das vítimas apresentou ansiedade a viagens, 15% reportava esses sintomas um ano após o acidente e cinco anos após o acidente essa percentagem era de 11%. Ao analisar a comorbilidade entre a PSPT e ansiedade a viagens, verificou-se que 67% das vítimas avaliadas cinco anos depois do acidente apresentam PSPT e ansiedade em viajar.

A perturbação psicológica, PSPT, depressão, fobias e outras perturbações de ansiedade parecem persistir por períodos de tempo longos. A investigação de Mayou, Bryant e Ehlers (2001), com vítimas de acidentes rodoviários, verificou um ano após o acidente que alguns indivíduos permaneciam sintomáticos e psicologicamente perturbados. Esta equipa concluiu que os participantes reportavam ansiedade perante situações de viagem (22% aos três meses depois do acidente e 16% na avaliação efectuada um ano após o acidente), ansiedade generalizada (17% aos três meses e 19% ao ano), depressão (5% aos três meses e 6% ao ano) e PSPT (23% e 27% aos três meses e ao ano, respectivamente). O estudo demonstrou ainda que algumas vítimas reúnem as condições para dois ou mais diagnósticos em simultâneo. Dos 1141 indivíduos avaliados um ano após o acidente, verificou-se que 32 apresentavam PSPT e ansiedade generalizada, 17 apresentavam PSPT e ansiedade fóbica a viagens, 19 apresentavam ansiedade generalizada e ansiedade fóbica a viagens e 44 participantes reportaram

sintomas para preencher os três diagnósticos (PSPT, ansiedade generalizada e ansiedade fóbica a viagens).

Segundo Kendall e Buys (1999), no caso dos acidentes rodoviários, as fobias podem evidenciar-se pela adoção de comportamentos excessivos de segurança (e.g. conduzir devagar), evitar fazer viagens (e.g. recorrer a veículos motorizados apenas quando estritamente necessário), apenas viajar sob condições muito específicas (e.g. escolher uma determinada hora do dia, evitar a noite, procurar as melhores condições atmosféricas) ou ainda, evitar todo e qualquer tipo de viagem, quer como condutor, quer como passageiro.

Neste estudo poucos indivíduos apresentavam perturbação de humor e PSPT em simultâneo, sendo mais os indivíduos que apresentavam PSPT, perturbação de humor e fobia.

Face a estes resultados, outros investigadores compararam a comorbilidade em indivíduos com e sem PSPT. O estudo de Maes, Mylle, Delmeire e Altamura (2000) envolveu vítimas de incêndios ($N=128$) e vítimas de acidentes rodoviários ($N=55$). Quando avaliados, sete a nove meses após a exposição a situação traumática, verificou-se que os indivíduos com PSPT eram os que apresentavam mais depressão, mais ansiedade generalizada, mais agorafobia sem pânico e utilizavam mais substâncias psicoactivas. Apesar de na sequência de acidentes rodoviários e de outras situações traumáticas os indivíduos poderem evidenciar sintomas compatíveis com vários quadros psicopatológicos, a depressão e a PSPT tem merecido por parte da comunidade algum destaque, por serem aquelas que mais frequentemente co-existem.

PSPT e Depressão

A depressão surge como uma das perturbações mais associadas à PSPT após exposição a situações traumáticas, sendo esta relação alvo de análise em diversos estudos. Como referem Oquendo e a sua equipa (2005), a depressão e a PSPT partilham alguns sinais e sintomas, nomeadamente os que se referem às alterações nos padrões de sono, dificuldades na concentração, sentimentos de culpa, limitações e dificuldades na regulação e expressão emocional e afectiva e ideação suicida.

Esta relação foi analisada por Blanchard, Buckley, Hickling e Taylor (1998) que se questionaram sobre a possibilidade de (1) a PSPT e da depressão poderem ser manifestações de um constructo único que se evidencia após a exposição ao trauma, (2)

a depressão e a PSPT constituírem respostas diferenciadas e distintas após a exposição traumática e ainda se (3) os indivíduos com depressão apresentam uma maior vulnerabilidade e por isso ficar mais predispostos ao desenvolvimento de PSPT. Para responder a estas questões os investigadores conduziram um estudo que envolveu 158 vítimas de acidentes rodoviários que necessitaram de atenção médica após o acidente. Quando avaliados um a quatro meses após o acidente, 62 vítimas reuniam as condições necessárias ao diagnóstico de PSPT e apenas três participantes também reuniam as condições ao diagnóstico de perturbação depressiva major; dos 45 participantes com PSPT parcial três também apresentam sintomas compatíveis com o diagnóstico de depressão major. Face a estes resultados os autores concluíram que a depressão e a PSPT podem ser conceptualizadas como dois constructos distintos, embora possam ser concomitantes após a exposição a situações traumáticas.

Importa salientar que esta relação entre a PSPT e a depressão tem envolvido alguma controversa. Oquendo et al. (2005) enfatizam esta ideia quando referem que se por um lado a depressão prévia aumenta a susceptibilidade aos efeitos dos acontecimentos traumáticos enquanto experiências de vida adversas, sob outro ângulo de análise a depressão aumenta o risco de se desenvolver PSPT. Tal como mostraram Blanchard e a sua equipa (1998), a relação parece entre PSPT e depressão parece peculiar e complexa.

Na verdade há estudos que enfatizam o facto dos indivíduos com PSPT apresentarem mais depressão do que os indivíduos com PSPT parcial ou sem PSPT. Numa investigação realizada com 73 vítimas de acidentes rodoviários, Blanchard et al. (2004) constataram que 53% das vítimas com PSPT também apresentava depressão no momento da avaliação e os indivíduos com PSPT 14 meses após o acidente, são sobretudo mulheres, reportam mais problemas físicos, mais depressão actual, mais perturbações de humor actuais e mais ansiedade em situações de viagem.

Também O'Donnell, Creamer e Pattison (2004) verificaram que a PSPT e a depressão podem co-existir. No estudo que envolveu 363 vítimas de situações traumáticas diversas (74% das quais vítimas de acidentes rodoviários), que necessitaram de cuidados médicos, verificou-se que 63% dos indivíduos que apresentavam PSPT (total ou parcial) três meses após o acidente, quando reavaliados aos 12 meses continuavam a apresentar PSPT, apresentavam depressão ou reuniam as condições ao diagnóstico de PSPT e depressão em simultâneo. A maior parte dos participantes que

reuniam as condições necessárias a PSPT e depressão aos três meses tendiam a manter o diagnóstico aos 12 meses.

Os resultados destas investigações parecem sublinhar a complexidade das relações que podem existir entre as diferentes perturbações, sendo mais do que evidente que após a exposição a situações traumáticas os indivíduos podem apresentar sintomas compatíveis com os quadros de diagnóstico psicopatológicas de várias perturbações. Também há a possibilidade da remissão dos sintomas de PSPT e de depressão estarem associadas (Blanchard et al., 2004) ainda que a remissão dos sintomas se possa prolongar por longos períodos de tempo (O'Donnell et al., 2004). Os dados referentes à relação entre PSPT e depressão levam-nos a considerar que quando as perturbações não co-existem a recuperação parece ser uma realidade mais próxima do que quando as perturbações co-ocorrem e se prolongam no tempo.

Conclusão

Os sintomas de PAS e PSPT são apenas duas possibilidades de resposta após a exposição a situações potencialmente traumáticas, sendo de salientar que após a exposição a situações traumáticas nem todos os indivíduos desenvolvem respostas psicopatológicas e desses nem todos apresentam quadros que se revelam crónicos. Alguns indivíduos nunca apresentam perturbação, e outros vêem os sintomas e a perturbação remitir naturalmente ou após alguns tratamentos.

Dadas as lacunas que os diagnósticos definidos pela APA apresentam, alguns autores definiram critérios parciais de psicopatologia. As investigações conduzidas com indivíduos expostos a situações traumáticas de natureza diversificada, no qual se incluem os acidentes rodoviários, concluem que a percentagem de indivíduos que permanecem sintomáticos, com PAS e PSPT são significativas, podendo a perturbação manter-se por períodos de tempo prolongados e até ao longo da vida.

Se a PAS e a PSPT já têm um impacto que pode ser considerável na vida dos sujeitos, quando a comorbilidade com outras perturbações (e.g. depressão, fobias) está presente, os casos merecem ainda mais cuidado e atenção. Os debates da comunidade científica em torno da origem da PSPT e depressão, da sua co-ocorrência ou relação tem sido constantes, sendo apenas consensual que estas perturbações podem efectivamente interferir significativamente com o funcionamento dos indivíduos expostos a situações traumáticas e interferir no seu ajustamento e equilíbrio psicológico.

Considerando a perturbação psicológica após exposição traumática, vários autores têm proposto modelos que procuram explicar a emergência e/ou a manutenção dos sintomas de perturbação. São alguns destes modelos que procuraremos descrever no capítulo seguinte.

CAPÍTULO III
MODELOS EXPLICATIVOS DA PSPT

Procuramos neste capítulo descrever diferentes conceptualizações teóricas da PSPT, desde as mais remotas, designadamente as que assentam nos princípios da psicanálise, até às mais recentes. Os modelos comportamentais, como os do condicionamento, e os cognitivos, são alguns dos que procuraram explicar o desenvolvimento e /ou manutenção dos sintomas, mas mais recentemente as neurociências deram também alguns contributos importantes.

Enquanto nas abordagens cognitivas o processamento da informação e a memória parecem ocupar um lugar de destaque, os modelos das neurociências focam-se nas respostas neurohormonais e biológicas de resposta ao stress associadas à exposição traumática, e nas consequências que a mesma exposição têm a nível neurobiológico, com repercussões no funcionamento e na adaptação do indivíduo.

Relacionar e fundamentar estas abordagens com os dados de estudos empíricos tem sido um desafio. Considerando a temática central que abordamos nesta dissertação, importa, sempre que possível, analisar os modelos teóricos que explicam como é que face à exposição a situações traumáticas os indivíduos integram e lidam com a experiência durante e após o trauma, e por que mecanismos surgem os sintomas de PSPT.

Modelo Psicodinâmico

O modelo psicodinâmico é um dos mais remotos, senão o mais remoto, no que se refere às explicações do comportamento humano após exposição a situações potencialmente traumáticas. Joseph, Williams e Yule (1998) referiram que já em 1919 Freud discutiu os sonhos que os veteranos da primeira Guerra Mundial tinham. Segundo Freud, os acontecimentos com muita carga emocional provocavam estados de ansiedade incontrolável, que Freud explicou afirmando que as pessoas permaneciam fixas (usando a fixação como mecanismo de defesa) ao acontecimento traumático. Essa fixação ao acontecimento manifestava-se sob a forma de sonhos e impedia os indivíduos de

integrarem adequadamente a situação traumática na sua vida, de tal forma que reviviam a situação traumática de forma sistemática.

Uma vez que os indivíduos poderiam experimentar várias situações traumáticas ao longo das suas vidas, a abordagem psicodinâmica considerava que sempre que os indivíduos experimentavam uma situação traumática poderia ocorrer a reactivação de conflitos psicológicos anteriores, frequentemente associados a situações vividas na infância.

Esta revivência de traumas de infância levava os indivíduos a regredir (mecanismo de defesa de regressão) e a utilizar outros mecanismos de defesa primários com o objectivo de gerir a situação.

A regressão e fixação, dois dos mecanismos de defesa mais frequentemente utilizados após a vivência de situações traumáticas, impediam os indivíduos de integrar o acontecimento nos esquemas mentais existentes, mantendo-os “presos” ao trauma e dificultando a assimilação de novas experiências. De acordo com esta abordagem, e ainda de acordo com Joseph et al. (1998), enquanto uns indivíduos evitavam reviver e reexperimentar o acontecimento de forma sistemática, havia outros indivíduos que, para além da revivência sistemática da situação traumática, manifestavam dificuldade em seguir em frente com as suas vidas. Numa e noutra situação o funcionamento global dos indivíduos estaria comprometido.

De uma forma quase simultânea ao desenvolvimento dos modelos da psicanálise foram sendo descritos os modelos de aprendizagem sobre o medo e o condicionamento.

Modelos Comportamentais

As abordagens do condicionamento clássico aplicadas às situações traumáticas sugerem que os estímulos presentes aquando da exposição traumática podem adquirir características e propriedades que despoletam medo. Estes estímulos, inicialmente neutros, podem ser associados ao estímulo incondicionado, pelo que os elementos da situação traumática (inicialmente estímulos neutros e agora estímulos condicionados) activavam e desencadeavam reacções de medo (Joseph et al., 1998)

As propostas dos modelos de condicionamento para o desenvolvimento de sintomas de perturbação psicológica, nomeadamente a PSPT, explicam que os sintomas de medo podem ser mantidos pelo condicionamento simples ou complexo. O estímulo incondicionado (acontecimento traumático) desencadeia respostas incondicionadas de

medo. Quando o estímulo incondicionado é associado a diferentes estímulos neutros dá origem a respostas condicionadas de medo – condicionamento simples. As abordagens mais complexas deste modelo consideram que as respostas condicionadas podem ser generalizadas a diferentes contextos devido à dificuldade na discriminação dos estímulos (Koss & Burkhart, 1989).

Apesar dos contributos inegáveis que este modelo apresentou para explicar o condicionamento dos comportamentos e das respostas comportamentais, de acordo com Joseph et al. (1998) há alguns aspectos que não são explicados. Este modelo não permite diferenciar os mecanismos de condicionamento em função da psicopatologia que os indivíduos apresentam, ou seja, parece ser um modelo pouco esclarecedor em relação à forma como se processa, por exemplo, o condicionamento de um indivíduo com fobia e de um outro com PSPT. A literatura revista por Valentine (2003) também sugere que as variáveis individuais que podem influenciar o condicionamento das respostas são uma lacuna por preencher neste modelo, pois não é explicada a frequente adaptação dos indivíduos, ou seja o modelo é omissivo em relação à forma como se pode processar a remissão dos sintomas.

Apesar destas limitações, Brewin e Holmes (2003) consideram que este modelo de condicionamento pode ser utilizado em articulação com outros modelos, nomeadamente cognitivos, com vista a conceptualizar melhor a respostas dos indivíduos após exposição traumática.

Enquanto o modelo de condicionamento explica como é adquirida a resposta de medo, o modelo de desânimo aprendido (que integra algumas dimensões cognitivas) explica porque é que as vítimas de experiências adversas e incontroláveis adquirem respostas de passividade.

Nos estudos inicialmente desenvolvidos por Seligman (1975, cit. Joseph et al., 1998) com cães expostos a choques eléctricos, verificou-se que perante estímulos aversivos (choques eléctricos) os animais com controlo sobre a situação antecipavam e procuravam respostas aprendidas para reduzir o tempo de exposição e minimizar o impacto.

Na experiência, os investigadores utilizaram dois cães a quem induziram exactamente o mesmo estímulo – choque eléctrico -, mas apenas um dos animais podia terminar e evitar a exposição. Quando tal sucedia, o estímulo aversivo era retirado aos dois animais. Isto significa que apenas um dos animais poderia terminar a exposição de ambos ao choque eléctrico. O que se verificou é que o animal que antes não tinha tido

controle, quando colocado numa situação em que poderia interromper o choque, paralisava e ficava passivo. Como referiram Joseph et al. (1997) este desânimo que os animais evidenciavam revelava alguns *déficits* ao nível motivacional, cognitivo e emocional. Segundo este modelo, face a situações traumáticas sobre as quais não têm controle, os indivíduos tendem a apresentar uma postura passiva por não estarem motivados a procurar outras respostas, soluções e estratégias que lhes permitam lidar com a situação. Em termos cognitivos evidenciam desânimo e as respostas podem estar condicionadas, não sendo por isso fácil equacionar um “plano B”. Em termos emocionais os indivíduos preferem viver as situações e emoções que já conhecem e às quais estão condicionados e acomodados.

Em última análise, este modelo do desânimo aprendido explica a passividade que os indivíduos adoptam perante situações traumáticas devido às limitações cognitivas, motivacionais e emocionais que a exposição anterior induziu.

Modelos Cognitivos

Especialmente a partir dos anos setenta do século vinte, foram sendo desenvolvidos modelos de PSPT que se focaram no processamento cognitivo da informação (modelos de Horowitz, 1976, 1983, e Lang, 1977). Rachman (1980, 2001) desenvolveu um modelo inicialmente designado de processamento emocional e posteriormente reformulado enquanto processamento cognitivo-emocional. A teoria da representação dual (Brewin, Dalgleish, & Joseph, 1990) e a sistematização do funcionamento cognitivo-emocional após trauma descrito por Ehlers e Clark (2000) são outros exemplos de esforços para explicar o desenvolvimento e manutenção dos sintomas de PSPT. Estes modelos, para além de focarem o processamento da informação cognitiva e emocional, enfatizam o papel da memória e abordam a importância da atribuição de significado.

Lang (1977; cit Joseph et al., 1998) considerou que na sequência da exposição a situações traumáticas são desenvolvidas estruturas de medo relacionadas com o acontecimento traumático, sendo que estas estruturas incluem respostas cognitivas, comportamentais, fisiológicas e interoceptivas.

Após o desenvolvimento destas organizações, é esperado que, quando expostas a situações traumáticas, as pessoas com as estruturas do medo muito activadas,

apresentem hipervigilância, maior revivência do acontecimento e mais sintomas de evitamento (cf. Joseph et al., 1998).

Segundo este modelo, a estrutura do medo é mutável e o seu funcionamento dependente da forma como a informação traumática é processada. As informações a processar são relativas ao trauma propriamente dito (incluindo imagens e sons), informações sobre a resposta emocional e fisiológica ao acontecimento e informação relevante, no início relacionada com o grau de ameaça (Brewin & Holmes, 2003). Este processamento pode ser enviesado e tornar-se perturbador devido à dificuldade em assimilar informações sobre acontecimentos inesperados e incontroláveis (como são os acontecimentos traumáticos). Ou seja, a severidade e o impacto do evento aquando da exposição podem interferir com processos associados à atenção e à memória, comprometendo a codificação da informação e sua integração nas estruturas de medo. Face a esta dificuldade na integração da informação, quando confrontado com estímulos que recordem o conteúdo da memória assiste-se a uma activação e o indivíduo é levado a evocar e reexperimentar as mesmas reacções fisiológicas e criar avaliações semelhantes às que foram elaboradas inicialmente, activando as estruturas de medo.

Segundo Horowitz (1983), quando os indivíduos são expostos a situações potencialmente traumáticas reagem a nível psicológico, social e neurobiológico. Na fase inicial de confronto com o acontecimento ocorre uma fase de “*outcry*”, que se caracteriza por uma reacção emocional intensa seguida de respostas de intrusão e negação. Gradualmente essas respostas são atenuadas com vista a atingir a homeostase, desejando-se que os níveis de stress atinjam níveis semelhantes aos que existiam antes da exposição traumática. Neste sentido, o autor advoga que numa fase inicial a resposta á situação traumática é de negação/oposição, seguida de tentativas de assimilação e acomodação da informação do acontecimento nos esquemas prévios sobre o mundo e sobre si próprios.

Quando o indivíduo se confronta com demasiada informação do acontecimento, pela incapacidade de compatibilizar a informação actual com as memórias surge alguma tensão, accionando-se mecanismos de defesa que visam reduzir e gerir as memórias intrusivas (sintomas de evitamento).

Conjugar a informação relacionada com o acontecimento nos esquemas prévios exige que o indivíduo aceite a experiência traumática e que a evoque e experiencie de forma consciente sob a forma de *flashbacks*, sonhos e intrusões. Quando a nova informação permanece na memória, as reacções pós-traumáticas são activadas e tornam-

se persistentes e perturbadoras (Brewin & Holmes, 2003), o que dificulta a atribuição de significado à experiência e a construção de novas representações sobre o próprio e sobre o mundo.

Na teoria da representação dual (Brewin et al., 1996; Brewin & Holmes, 2003), toda a informação sensorial está sujeita a dois sistemas, associados à memória, a funcionar em paralelo: a memória verbalmente acessível (com a sigla inglesa VAM) e a memória acessível situacionalmente (designada na sigla inglesa por SAM).

A VAM permite que o indivíduo deliberadamente aceda e recupere as informações de carácter sensorial, emotivo, e sobre as reacções físicas e com significado pessoal, pelo que é associada a uma memória acessível e consciente. As informações do passado e do presente são integradas na história autobiográfica dos indivíduos (Brewin & Holmes, 2003) sendo possível aceder a estas lembranças e recordações sempre que o indivíduo deseje. A partilha consciente e deliberada das memórias e lembranças da VAM é possível depois de o acontecimento ter sido integrado na história e memória individual. Durante a partilha destas experiências e memórias os indivíduos podem apresentar uma activação elevada, inclusive nos indicadores biológicos (e.g. sudorese), na medida em que para além da partilha verbal, o indivíduo revive emoções.

A SAM é acedida situacionalmente, ou seja, integra informações nem sempre acessíveis de forma consciente. O indivíduo apenas acede à SAM quando é exposto a situações e/ou estímulos que se assemelhem ao acontecimento traumático e que desencadeie respostas involuntárias e naturais. Brewin e Holmes (2003) consideraram que os *flashbacks*, muito frequentes na PSPT, reflectem bem o funcionamento da SAM, pois para além do acontecimento, a SAM desencadeia o reviver de cenas, sinais, informações de conteúdo e informações emocionais (e.g. odores, sons, luzes) associada à situação traumática. As informações compiladas e associadas à SAM não são acessíveis verbalmente, pelo que a sua partilha com outros não é possível.

Funcionando em paralelo, a VAM e a SAM são, segundo o modelo da representação dual, fundamentais para a integração do acontecimento na autobiografia individual. Este modelo é compatível com a perspectiva apresentada por van der Kolk e McFarlane (1996), que defenderam que as memórias traumáticas contêm poucos elementos narrativos e quando o acontecimento é revivido pelos indivíduos com base em elementos de carácter sensorial, emocional e motor, são integrados na memória de forma fragmentada.

O conceito de processamento emocional foi introduzido por Rachman em 1980 e, segundo Rachman (2001), gradualmente influenciado pelas abordagens cognitivas. O processamento emocional é um processo através do qual a perturbação emocional inicial decorrente de um acontecimento potencialmente traumático é integrada na experiência do indivíduo, dando origem a um novo equilíbrio. Segundo Rachman (2001) para se falar em processamento emocional adequado são necessárias três condições: evidências de perturbação emocional temporária, a pessoa ser capaz de ir percebendo o acontecimento como algo que aconteceu no passado e sinais de retorno à “normalidade” e de adopção de comportamentos adequados. Quando apenas se está perante a primeira condição, o processamento emocional é incompleto.

Quando o processamento emocional não ocorre de forma satisfatória evidenciam-se alguns sinais que podem ser directos (e.g. intrusão, obsessões, *flashbacks*, pesadelos, pressão para falar, expressões inapropriadas ou experiências emocionais descontextualizadas, desproporcionais e maladaptativas, dissociação, alterações comportamentais como choro, ou indirectos (e.g. dificuldades de concentração, fadiga, irritabilidade, insónia, evitamento e activação excessiva, *distress* subjectivo).

Rachman (2001) identifica quatro grupos de factores envolvidos no processamento emocional: factores de estado, factores cognitivos, factores de personalidade e factores relacionados com os estímulos. Estes factores apresentam um pólo que impede o processamento emocional e um outro que poderá facilitar esse processamento. Assim, impedem o processamento emocional a disforia, a percepção da ameaça, a doença, a elevada activação e a fadiga (factores de estado), o neuroticismo e a introversão (factores de personalidade), a avaliação negativa da ameaça, sensação permanente de incapacidade, enviesamentos cognitivos, erros de interpretação das situações e das pessoas (factores cognitivos), intensidade, imprevisibilidade, irregularidade e duração curta (factores relacionados com os estímulos). Por outro lado, promovem e facilitam o processamento emocional, o estado de relaxamento, a ausência de alarmismo e o bem-estar físico (factores de estado), a auto-eficácia, a competência e a estabilidade emocional (factores de personalidade), a percepção de elevada auto-eficácia, o optimismo, as avaliações positivas, a neutralização (factores cognitivos), a preparação, a previsibilidade, o controlo, a identificação atempada da situação (factores do estímulo).

Perante o exposto, Rachman (2001) conclui que a PSPT é um exemplo de processamento emocional incompleto, sendo que este autor propõe que a modificação das cognições pode contribuir para que o processamento emocional seja mais adequado e funcional, assistindo-se a uma melhor adaptação.

Segundo estes modelos cognitivos existem mecanismos inibidores e facilitadores que modelam a informação através de mecanismos de *feedback*, e que podem prevenir o desequilíbrio cognitivo e emocional. Quando em doses ajustadas, os sintomas intrusivos e de evitamento são adaptativos e permitem que as informações relativas ao acontecimento sejam integradas num todo, o que nem sempre se verifica. Quando a regulação da “entrada” da informação não é suficientemente eficaz os indivíduos podem evidenciar intrusão, ruminação e evitamento. Os erros e falhas no processamento da informação podem tornar persistentes as reacções pós-traumáticas, as memórias mantêm-se activas, sendo perturbadoras e disfuncionais.

Em síntese, os indivíduos oscilam entre estados de evitamento e intrusão até que seja reestabelecido o equilíbrio. Num comentário a estas abordagens, Brewin e Holmes (2003), claramente influenciados pelo modelo de Horowitz, referem que a psicopatologia resulta da representação inadequada que se faz do acontecimento na memória. Para esta representação ocorrem dois processos em simultâneo: um que pretende defender o organismo através da supressão do processamento da informação e outro que investe nas informações traumáticas trazendo-as à memória.

Ehlers e Clark (2000) sistematizam alguns dos contributos dos modelos cognitivos procurando explicar a manutenção de sintomas de PSPT.

Segundo estes autores, a manutenção dos sintomas de perturbação está associada aos seguintes factores: avaliação do acontecimento traumático (e.g. natureza do acontecimento, características da situação traumática), consequências após a exposição (e.g. sintomas apresentados e respostas psicológicas desencadeadas), estratégias comportamentais adoptadas após a exposição, memória (e.g. memória autobiográfica) e integração da nova informação nos esquemas prévios e as mudanças das crenças desenvolvidas sobre o próprio e sobre o mundo.

De acordo com Ehlers e Clark (2000) numa fase inicial, os indivíduos avaliam o acontecimento traumático e percebem se estão ou não sob ameaça e em perigo eminente. Estas avaliações podem ser atenuadas ou acentuadas por memórias traumáticas anteriores e pela relação que os indivíduos estabelecem entre o acontecimento actual e os anteriores. As interpretações negativas dos sintomas de PSPT,

a interpretação da reacção de outras pessoas e a avaliação das consequências em várias dimensões da vida (e.g. consequências físicas, económicas, profissionais, apoio social) e as emoções (e.g. responsabilidade percebida, vergonha, aborrecimento, perdas) desempenham um papel preponderante na avaliação das consequências da exposição traumática. As experiências de *flashbacks*, pensamentos intrusivos e embotamento emocional são frequentes após a exposição traumática e quando os indivíduos não os interpretam como reacções “normais” face a exposição traumática, tendem a interpretá-los de forma negativa e como ameaças à sua saúde física e mental.

Ehlers e Clark (2000) referem que os indivíduos podem implementar e acionar várias estratégias para gerir a adversidade e as consequências da exposição traumática, ainda que nem sempre o consigam fazer. O evitamento é uma das estratégias em que, por exemplo, os indivíduos podem evitar expor-se a determinadas situações, pensamentos e o contacto com as pessoas. Contudo, como referem os autores, estas estratégias não se revelam adaptativas, sendo o evitamento um dos sintomas de PSPT. São ainda de salientar o recurso a substâncias (e.g. álcool, medicação), a alteração dos padrões de sono para controlar os sonhos perturbadores; a ruminação do acontecimento e das consequências inerentes ao acontecimento; e a dissociação que, uma vez mais, se revelam ineficazes e traduzem sintomas de perturbação psicológica.

Além da amálgama de dimensões cognitivas envolvidas durante e após a exposição traumática, há ainda o facto de o evento ter que ser integrado na história de vida, designadamente na memória autobiográfica.

As pessoas que viveram situações traumáticas têm dificuldade em evocar o acontecimento na sua totalidade. Recordam e evocam fragmentos do acontecimento que se caracterizam pela desorganização temporal e ausência de sentido e coerência (Ehlers & Clark, 2000). Estas memórias fragmentadas, tal como Foa e Riggs (1993) já defendiam, não são acessíveis quando os indivíduos desejam, isto é, frequentemente surgem sem que os indivíduos tenham qualquer controlo sobre elas, sendo reexperimentadas de forma inesperada ou quando o indivíduo é exposto a estímulos que recordam e evocam sensações e afectos semelhantes a situações vividas num passado (segundo os pressupostos do condicionamento e a relação E-R). Esta reexperimentação, no “aqui e agora”, pode ocorrer sob a forma de impressões sensoriais (predominantemente visuais) e não tanto pela reexperimentação dos pensamentos, assemelhando-se a um *puzzle* inacabado, o que dificulta a integração do evento na memória autobiográfica.

Modelos Biológicos

Os modelos até aqui descritos deram importantes contributos para a conceptualização dos factores e mecanismos associados à exposição traumática que podem levar à perturbação psicológica. Para além dos factores associados ao processamento da informação e aos aspectos cognitivos, sabe-se que durante e após a exposição a situações traumáticas podem ocorrer alterações neurobiológicas que influenciam as consequências da experiência. Já em 1995 Shalev considerou o desenvolvimento e manutenção de sintomas de PSPT como um fenómeno complexo que envolve (a) alteração dos processos neurobiológicos associados à discriminação de estímulos, (b) a aquisição de respostas condicionadas de medo relacionadas com os estímulos traumáticos e (c) alteração dos esquemas cognitivos e da apreensão social. Esta parte do nosso trabalho é sobre o primeiro ponto.

No que se refere às respostas de stress, sabe-se que estas estão associadas ao eixo hipotalamico-hipofisiário (HPA) e tem início quando os neuropeptídeos estimulam o factor de libertação corticotrofina (CRF) do hipotálamo, que por sua vez estimula a libertação da hormona adrenocorticotrópica (ACTH) da hipófise. A ACTH vai estimular a libertação do cortisol pelas glândulas adrenais (Yehuda, 1998), desencadeando os mecanismos da reacção ao stress.

Estas alterações e as respostas biológicas desencadeadas durante e após a exposição a situações de stress repercutem-se nos níveis de cortisol, adrenalina e noradrenalina, no funcionamento do eixo hipotalamico-hipofisiário e da amígdala. Segundo Yehuda (1998) a activação da resposta adrenérgica sustém a resposta de alarme, enquanto o cortisol modela as actividades corporais.

Segundo a revisão da literatura realizada por Shalev (2002), a aprendizagem aversiva é realçada pelo efeito da adrenalina (cujo efeito é mediado pela amígdala e pelo hipocampo, na medida em que contribuem para o “registo” de situações aversivas e perigosidade e, posteriormente, para a formação das memórias relacionadas com esses acontecimentos. O eixo hipotalamico-hipofisiário parece ter um papel de destaque no desenvolvimento e manutenção de PSPT (cf. Ozer, Best, Lipsey, & Weiss, 2003). De modo particular, a activação, durante e imediatamente após a exposição à situação traumática, emerge como fundamental para o desenvolvimento de sintomas intrusivos e de hiperactivação de PSPT, bem como para a formação de memórias episódicas do evento (Ozer et al., 2003).

Assim, algumas respostas podem corresponder a alterações biológicas nem sempre perceptíveis e controladas pelo indivíduo.

A amígdala parece ser fundamental nos sintomas de hiperactivação, e respostas de medo relacionadas com o trauma e evitamento. Devido a uma inibição insuficiente da amígdala, manifestam-se sintomas como *flashbacks* e assiste-se a uma constante estimulação das memórias associadas ao medo. Face a estas alterações neurobiológicas que ocorrem após a exposição a situações traumáticas, Taylor e Asmundson (2008) referiram estar perante uma “cascata neurobioquímica”.

Relativamente às alterações nas catecolemas, verifica-se que após a exposição a situações traumáticas se assiste a um aumento nos níveis de adrenalina, que intervêm na consolidação das memórias aversivas sobre o acontecimento (Shalev, 1996, 2002), levando a alterações no funcionamento do Sistema Nervoso Central. Segundo Taylor e Asmundson (2008), o aumento da noradrenalina relaciona-se com os sintomas de reexperimentação, enquanto a serotonina parece influenciar a actividade do *locus ceruleus*, estando associada com o aumento da irritabilidade, da agressividade, da depressão e da PSPT. Serra (2003) refere que o glutamato desempenha um papel importante na aprendizagem e na memória, podendo culminar em estados de amnésia; enquanto o cortisol leva à diminuição de outras catecolemas, designadamente noradrenalina, e está associada à formação de memórias traumáticas e á activação do sistema nervoso simpático que, por sua vez, desencadeia outras respostas que se traduzem em comportamentos de fuga ou evitamento.

Apesar destas alterações neurobiológicas serem aceites e bastante enfatizadas pela comunidade científica, Ehring, Ehlers, Cleare e Glucksman (2008) num artigo recente, reflectem sobre o momento em que as alterações ocorrem (antes ou após o acontecimento e a exposição traumática) e a relação destas alterações com o desenvolvimento de PSPT. A partir da revisão da literatura estes autores concluem que alguns estudos mostram que após a exposição traumática os níveis de cortisol baixam, e esta diminuição parece estar relacionada com o desenvolvimento de PSPT, o que sustenta a ideia de que a elevada “sensibilidade” do eixo HPA constitui factor de risco ao desenvolvimento de perturbação após a exposição a situações traumáticas. Por outro lado, em estudos realizados com indivíduos com PSPT crónica verificou-se que estes apresentam elevados níveis de cortisol (Delahanty, Nugent, Christopher, & Walsh, 2005; Delahanty, Raimonde, & Spoonster, 2000) e ritmo cardíaco acelerado (Bryant et al., 2000). Deste modo, fica por esclarecer se as alterações neurobiológicas eram prévias

ao trauma ou se surgiram na sequência destas, conduzindo ao desenvolvimento de PSPT, designadamente de PSPT crónica.

As alterações biológicas e neurobiológicas permanecem após a exposição traumática, sobretudo quando a exposição se prolonga no tempo. Neste âmbito, os estudos realizados com crianças expostas a situações traumáticas de forma contínua (abuso e negligência emocional e física) constataram que, quando adultos, estas apresentaram uma redução do volume do hipocampo. Tal parece vulnerabilizar estas pessoas ao desenvolvimento de perturbações psicológicas, designadamente ansiedade, depressão e PSPT (Heim & Nemeroff, 2001).

Perante as alterações nas estruturas e funções cerebrais, desregulações do sistema neuro-endócrino, desregulações psicofisiológicas, aumento nos sintomas somáticos e doenças (cf. Olf, Langeland, & Gersons, 2005) que os indivíduos com PSPT evidenciam, a comunidade científica tem sido consensual quanto ao reconhecimento da desregulação do eixo hipotalâmico-hipofisário ser a base de ligação entre a exposição ao trauma e posterior perturbação, na medida em que este eixo desempenha um papel fundamental na resposta de stress, podendo culminar na homeostase ou no desequilíbrio e desregulação, e em última análise na perturbação psicológica.

Conclusão

Neste capítulo descrevemos alguns modelos que deram importantes contributos para a conceptualização das respostas pós-traumáticas e do desenvolvimento de perturbação psicológica. Os contributos das abordagens de condicionamento foram fundamentais e continuam a desempenhar um papel importante para explicar a aquisição das respostas de medo. As abordagens cognitivas focaram dimensões de interesse crescente para a comunidade científica, designadamente no que concerne ao processamento (cognitivo e emocional) da informação, a avaliação do acontecimento, a atribuição de significado, à memória do acontecimento e sua integração na memória autobiográfica. Apesar de ser difícil testar na íntegra os modelos cognitivos, estes tem estado presente em várias investigações realizadas após exposição a situações traumáticas.

Os modelos biológicos deram um contributo inegável na compreensão das respostas pós-traumáticas e na manutenção das mesmas. As alterações nos sistemas de

regulação biológica (e.g. HPA) e nas catecolaminas, a alteração do volume do hipocampo, o papel da amígdala e o funcionamento cerebral são considerados fundamentais no desenvolvimento e manutenção de PSPT. Esta é pois uma área a desenvolver e com crescente interesse por parte dos investigadores.

O próximo capítulo, que revê a literatura no que diz respeito a factores de risco para o desenvolvimento de perturbação psicológica após exposição a acontecimentos traumáticos, integra alguns dos elementos descritos nos modelos apresentados neste capítulo, integrando-os naquilo que Elwood Hahn, Olatunji e Williams (2009) designaram como modelo de *diathesis / stress*.

CAPÍTULO IV

FACTORES DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DE PSPT

O reconhecimento de que nem todas as pessoas expostas a trauma desenvolvem PSPT ou outras perturbações permite considerar os factores de risco para o desenvolvimento de psicopatologia após exposição a acontecimentos traumáticos.

Estes factores de risco incluem as variáveis sócio-demográficas, mas também os factores de percepção do acontecimento e variáveis de diversa natureza que integram alguns dos modelos descritos no capítulo anterior.

Ainda que este capítulo se centre sobre os factores de risco para desenvolver perturbação psicológica após exposição traumática, sabe-se que nem todas as pessoas têm igual probabilidade de serem expostas a situações traumáticas, e autores como McNally, Bryant, e Ehlers (2003) e Resick (2000a) salientaram algumas características sócio-demográficas que aumentam a probabilidade de exposição adversa como a idade (os jovens estão mais expostos), o sexo (os homens estão mais expostos), as habilitações literárias (quanto mais baixas forem, maior a exposição), a etnia (os indivíduos negros estão mais expostos que os brancos) e o nível socioeconómico. Segundo Maes, Mylle, Delmeire e Janca (2001) os indivíduos que durante as suas vidas estiveram expostos a várias situações potencialmente traumáticas apresentam também um risco acrescido de reexposição e de desenvolver posterior perturbação psicológica, designadamente PSPT.

Numa breve revisão exploramos alguns destes dados, considerando a exposição a acontecimentos traumáticos diversos e, sempre que possível, também em relação às vítimas de acidentes rodoviários.

Dados relativamente à idade mostraram que nos indivíduos mais jovens estão mais expostos ao envolvimento em acidentes enquanto condutores e passageiros (ANSR, 2009, 2010). De acordo com o exposto por Stevens (2001), a pouca experiência na condução pode dificultar o reconhecimento atempado de obstáculos e situações perigosas e, conseqüentemente, perante as situações de perigo, a adopção de respostas podem não ser nem adequadas nem implementadas em tempo útil. A adopção de comportamentos de risco, designadamente conduzir em excesso de velocidade, sob efeito de substâncias (álcool e/ou drogas), a não utilização de sistemas de retenção de

segurança (e.g. cinto de segurança), condução em períodos nocturnos e de madrugada parecem contribuir para a elevada taxa de acidentes nos jovens.

Relativamente às pessoas mais idosas, verificou-se que estas são mais frequentemente vítimas de atropelamento (ANSR, 2009, 2010). As dificuldades na mobilidade, dificuldades auditivas e visuais, a diminuição nos tempos de reacção (Klein, 2002), a deterioração das funções cognitivas e neuromusculares (Margolis et al., 2002) podem colocar todos os utilizadores da via pública em situações de perigo.

Se, face aos acidentes rodoviários os jovens apresentam umas vulnerabilidades, as pessoas com mais idade apresentam outras pelo que, todos os utilizadores da via pública estão em risco de envolvimento em acidentes rodoviários enquanto peões, passageiros ou condutores. A partir deste momento, crianças, jovens, adultos e idosos podem também desenvolver perturbação psicológica.

Quando se considera o sexo, verifica-se que perante outras situações sociais, designadamente a pobreza, verificou-se que o sexo feminino apresentou um risco aumentado de vitimização quando vivem abaixo do limiar da pobreza, quando não são casadas ou se são recentemente divorciadas, e quando apresentam um risco elevado de desemprego. De acordo com a revisão da literatura de Resick (2000a) são também mais vítimas as que têm história de abuso que são mais expostas a outras situações traumáticas, havendo um maior risco de reexposição.

Hepp et al. (2006), num estudo realizado na Suíça, verificaram que as mulheres são mais expostas a situações de violência (designadamente assaltos, ameaças com armas, violência doméstica), experimentando também mais situações de ameaça à vida e lesões físicas.

Em relação aos acidentes rodoviários, verifica-se que este tipo de acontecimentos é mais frequente nos homens do que nas mulheres (Hepp et al., 2006; Norris, Mathews, & Riad, 2000) mas, segundo a revisão de Resick (2000a) as mulheres tem mais prevalência de PSPT que os homens.

No que respeita à perturbação psicológica, nomeadamente perturbações da personalidade, um estudo desenvolvido por Dumais et al. (2005) com 61 vítimas de acidentes rodoviários, verificou que as perturbações de personalidade do tipo B (*borderline* a anti-social) e as perturbações associadas com o consumo de substâncias nos últimos seis meses aumentaram o risco de envolvimento em acidentes rodoviários, estando também aumentada a probabilidade de morte na sequência dos acidentes.

Como tivemos oportunidade de referir antes, face ao mesmo acontecimento, diferentes sujeitos têm respostas variadas. Nos parágrafos seguintes abordamos outros factores que, para além da exposição, afectam a resposta ao acontecimento traumático.

Sendo a exposição às situações traumáticas o primeiro factor de risco para o desenvolvimento de perturbação psicológica, os estudos têm procurado analisar o papel de outras características pré-traumáticas como características sócio-demográficas (idade, sexo, nível socioeconómico), acontecimentos de vida e psicopatologia anterior, ambiente familiar e personalidade), factores de risco peritraumáticos (e.g. percepção de perigo e dissociação) e pós-traumáticos (e.g. apoio social, *coping* e situação de saúde). No âmbito deste capítulo propomos analisar algumas destas dimensões, focando no seu papel para o desenvolvimento de PSPT, em situações de acidentes rodoviários.

Gravidade da Exposição a Situação Traumática enquanto Factor de Risco para Perturbação Psicológica

O primeiro factor de risco para desenvolver perturbação é a gravidade da experiência traumática, que em alguns casos pode ser repetida e cumulativa (e.g. soldados, técnicos de emergência, etc.), e (cf. Jaycox & Foa, 1998). Por exemplo, nos veteranos de guerra a probabilidade de desenvolvimento de PSPT está relacionada com a gravidade da exposição a combate (Foy, Resnick, Sippelle, & Carroll, 1987).

Uma forma de ilustrar a relação entre exposição e perturbação é analisar os resultados do estudo de Chung, Werrett, Easthope e Farmer (2004). Esta equipa conduziu uma investigação com pessoas que residiam na área limítrofe de locais onde ocorreram desastres em transportes (acidentes de avião e de comboio), sendo a exposição ao acontecimento variável. Participaram na investigação as vítimas dos acidentes e pessoas residentes na comunidade onde os acidentes ocorreram, estabelecendo-se subgrupos de acordo com o grau de exposição (exposição baixa, média e elevada). Os resultados deste estudo mostraram que o grau de perturbação variava com o tipo de desastre e o grau de exposição. Os residentes na área geográfica da ocorrência do acidente de avião apresentavam mais sintomas de intrusão, evitamento e impacto total do desastre do que aqueles que se encontravam a residir na área geográfica do acidente de comboio. Os participantes da comunidade que estiveram mais expostos ao acontecimento apresentaram mais sintomas de evitamento, pensamentos intrusivos, e impacto total do desastre, o que mostrou uma relação entre exposição e perturbação.

Para além disso, verificou-se que a comunidade residente na área de ocorrência do acidente de avião apresentou mais problemas de saúde do que os participantes da comunidade que residiam na área limítrofe à ocorrência do acidente de comboio. Da mesma forma, os residentes em áreas de elevada exposição a ambos os acontecimentos tinham mais problemas somáticos e de saúde geral do que os que viviam mais afastados. Este estudo ilustrou de uma forma clara que o grau de exposição se relacionou com a perturbação numa proporção dose-resposta, resultados que são corroborados por outras investigações realizadas na sequência dos atentados de 11 de Março de 2003 em Madrid com estudantes universitários (Vázquez, Pérez-Sales, & Matt, 2006). Os resultados mostraram que o diagnóstico de PSPT estava associado com a proximidade da residência com o local dos atentados, ter estado directamente exposto, ter percebido ameaça à sua própria vida, ter sofrido lesões físicas, conhecer alguém directamente afectado e ser utilizador frequente daquela linha de comboio

Também o tipo e natureza do acontecimento a que se está exposto parece ser fundamental para o desenvolvimento de perturbação psicológica. Green (1990) considerou que existe um *continuum* quanto à severidade dos acontecimentos traumáticos. O autor sugeriu que os desastres naturais tinham baixa severidade, os acidentes tecnológicos tinham severidade média e os actos humanos intencionais (e.g. rapto e tortura) tinham uma severidade elevada. De acordo com isto, sabe-se que a experiência de vida com mais probabilidade de dar origem a PSPT é a violação (Rothbaum, Foa, Riggs, Murdock, & Walsh, 1992), sendo que Albuquerque e os colegas (2003) referiram que 95% das vítimas de violação desenvolvem PSPT e, mesmo após três meses, cerca de 50% das vítimas mantêm o diagnóstico da perturbação. A participação em actos de atrocidade (tortura, mutilação, maus tratos severos a militares e/ou civis) é factor de risco independente para a PSPT (Breslau & Davis, 1987). Assim, de acordo com a revisão da literatura realizada por Valentine (2003), a PSPT pode resultar não apenas da vitimização, mas também do facto de cometer actos de vitimização uma vez que os traumas causados de forma intencional têm efeitos mais perturbadores e desorganizadores, sendo a duração da perturbação mais prolongada no tempo.

Em relação aos acidentes rodoviários, constata-se que estes se devem habitualmente a causas humanas (e.g. erros na construção das vias públicas, erros na cometidos durante a condução) e as suas consequências podem agravar-se por comportamentos inadequados, como no de uso de sistemas de retenção de segurança.

Na sequência do envolvimento em acidentes rodoviários podem surgir complicações e dificuldades em várias dimensões da vida (e.g. trabalho, lazer, saúde física e psicológica). À semelhança do que acontece noutras situações traumáticas, a gravidade do acidente é o primeiro factor de risco para o desenvolvimento de perturbação psicológica, sabendo-se também que sinistralidade rodoviária e o risco de acidentes são mais frequentes nos jovens-adultos, nos recém encartados e nos idosos (ANSR, 2009).

Factores de Risco Pré-Traumáticos

Para além das características da experiência traumática, algumas características dos sujeitos podem torná-los mais vulneráveis ao desenvolvimento de PSPT, nomeadamente variáveis sócio-demográficas (idade, sexo, etnia, níveis de educação), ambiente familiar, traumas de infância, acontecimentos de vida, psicopatologia anterior, personalidade, funcionamento social e psicológico, apoio social e estilo de *coping*.

Variáveis Sócio-Demográficas

Idade

Como vimos a investigação tem mostrado que a ocorrência de acidentes rodoviários é mais frequente nos jovens adultos (Norris et al., 2000) e da revisão da literatura efectuada por Resick (2000a) a idade parece estar relacionada com o impacto do trauma. O investigador (Resick, 2000a) verificou que os homens actualmente com PSPT eram mais jovens quando estiveram na guerra, os mais velhos apresentavam menos sintomatologia do que os mais jovens. Nos dados da meta-análise de Brewin, Andrews e Valentine (2000) a idade emerge como uma variável pré-traumática de risco para o desenvolvimento de perturbação.

Relativamente aos acidentes rodoviários, a investigação desenvolvida por Ongecha-Owuor, Kathuku, Othieno e Ndeti (2004), com 264 vítimas de acidentes rodoviários, mostrou que 43% dos indivíduos que reportavam PSPT tinham entre 20 e 29 anos de idade.

Sexo

Investigações realizadas com pessoas expostas a situações traumáticas de natureza diversa apontam para algumas diferenças entre os sexos no desenvolvimento de perturbação após exposição traumática. A probabilidade de desenvolver PSPT foi de 13% no caso das mulheres e 9% para os homens. São também as mulheres que descrevem mais frequentemente sensações de medo intenso (critério A2 para PSPT) o que, segundo Breslau e Kessler (2001), justifica que o diagnóstico de PSPT seja mais frequente nas mulheres.

Um estudo comunitário, realizado no Canadá por Stein et al. (1997), mostrou que, em relação ao último mês, as mulheres apresentaram mais frequentemente do que os homens PSPT total e parcial (PSPT total: homens = 1%; mulheres = 3%; PSPT parcial: homens 0,3%; mulheres = 3%). O cenário foi semelhante mesmo quando o critério F não estava presente, considerando os autores que nesse caso, as mulheres apresentavam mais “síndrome de stress pós-traumático” total e parcial do que os homens. Num estudo realizado em Portugal (Albuquerque et al., 2003), a PSPT também foi mais frequente nas mulheres.

Estes dados revelam que após exposição a situações traumáticas os homens e as mulheres respondem de forma diferente, com as mulheres a terem mais probabilidade de desenvolver PSPT. Para compreender estas diferenças, Tolin e Foa (2006) analisaram estudos publicados entre 1980 e 2005, tendo verificado que as mulheres experimentaram mais acontecimentos traumáticos que os homens ainda que a natureza dos acontecimentos que cada um dos sexos experimenta seja diferente. O abuso sexual na infância e em adulto foram mais frequentes nas mulheres, enquanto os acidentes, assaltos, exposição a guerra, exposição a incêndios, testemunhar morte ou lesões e outras doenças não especificadas são mais frequentes no sexo masculino.

Os dados revistos por Tolin e Foa (2006) mostraram que as mulheres apresentaram mais PSPT do que os homens, ainda que os homens adultos possam ter vivido mais situações potencialmente traumáticas do que as mulheres adultas. Segundo Nemeroff et al. (2006) a vulnerabilidade biológica, o tipo de situação traumática (nomeadamente o facto de as mulheres serem mais vítimas de abuso sexual), situações de mais comorbidade (e.g. depressão, ansiedade, fobias) podem explicar a maior frequência de PSPT nas mulheres.

Alguns estudos avaliam as diferenças entre homens e mulheres em vítimas de acidentes rodoviários. Bryant e Harvey (2003), na investigação que envolveu 134 vítimas de acidentes, constataram que pouco tempo após o acidente 8% dos homens e 23% das mulheres apresentava PAS. Destes participantes que inicialmente apresentaram PAS verificou-se que 57% dos homens e 93% das mulheres apresentou PSPT na avaliação efectuada seis meses após o acidente. Algumas vítimas que não apresentaram PAS inicial vieram a reportar sintomas compatíveis com o diagnóstico de PSPT na segunda avaliação (11% dos homens e 21% das mulheres). Estes dados sugerem que as mulheres evidenciam com mais frequência sintomas de PAS e PSPT.

Nesse sentido, e como verificaram outros investigadores (Fullerton et al., 2001) as mulheres apresentam um risco aumentado de desenvolver PSPT após acidentes, de tal forma que um mês após o envolvimento em acidentes rodoviários as mulheres tinham 4,39 vezes mais probabilidade de desenvolver PSPT que os homens. Neste estudo que envolveu 42 vítimas de acidentes, 19% dos homens e 52% das mulheres desenvolveram PSPT no mês seguinte ao acontecimento. Apesar de não haver diferenças estatisticamente significativas nos sintomas de reexperimentação, as mulheres apresentaram um risco aumentado de sintomas de evitamento (4,71 vezes mais que os homens) e de activação (3,83 vezes mais que os homens). O sexo feminino também evidenciou maior perda de interesse pelas actividades do dia-a-dia (3,65 vezes mais que os homens), maior dificuldade em planear e pensar sobre o futuro (2,90 vezes mais que os homens), mais dificuldades em dormir e dificuldades de concentração, comparativamente aos homens.

Quando se compararam indivíduos com e sem PSPT, os dados em relação à PSPT e ao sexo não diferiram muito do exposto até aqui. A título de exemplo, Coronas, Pare, Viladrich, Santos e Menscho (2008), na investigação que envolveu 60 vítimas de acidentes rodoviários (30 com PSPT e 30 sem PSPT), constataram que as mulheres apresentavam mais PSPT do que os homens.

Apesar dos resultados dos estudos supracitados apontarem para uma maior frequência de PSPT nas mulheres, há outros estudos que verificaram o contrário, ou seja, concluíram que os homens apresentaram mais PSPT que as mulheres. Freedman, Gluck, Tuval-Mashiach, Brandes, Peri e Shalev (1999) realizaram um estudo longitudinal com 177 vítimas directas de acidentes rodoviários que foram avaliadas uma semana, um e quatro meses após o acontecimento. Neste estudo verificou-se que na segunda avaliação (um mês) as mulheres apresentaram mais PSPT que os homens (32%

mulheres vs 29% homens) e na terceira avaliação (quatro meses) a PSPT era mais frequente nos homens (20% homens vs 14% mulheres). Noutra investigação desenvolvida por Beck, Pelyo, Canna, Blanchard e Gudmundsdottir (2006), com 223 vítimas de acidentes rodoviários (162 mulheres e 61 homens), 61% dos homens e 53% das mulheres apresentaram sintomas compatíveis com o diagnóstico de PSPT.

As diferenças nos resultados dos estudos podem estar associadas às limitações das investigações, designadamente a metodologia de investigação utilizada, o método de recrutamento e selecção dos participantes e os instrumentos de avaliação utilizados para aferir a presença ou ausência de PSPT.

As diferenças encontradas entre os sexos já ocorrem durante a exposição a situações traumáticas. Lanius, Hopper e Menon (2003) analisaram as respostas de um homem e uma mulher durante a exposição a um acidente rodoviário. Concluiu-se que os homens apresentavam ansiedade mais intensa, mais activação, mais cognições do tipo “fuga”, ritmo cardíaco mais acelerado e maior oxigenação em várias áreas do cérebro (frontal anterior, cingulado anterior, temporal superior e médio, tálamo, parietal e occipital). No que se refere às mulheres, os investigadores concluíram que estas apresentavam mais entorpecimento, não se assistiram a mudanças significativas no ritmo cardíaco e apenas se verificou haver um aumento da oxigenação no lobo occipital. Constatou-se assim que homens e mulheres expostos a um mesmo acontecimento traumático evidenciavam diferentes respostas fisiológicas peritraumáticas.

Apesar dos dados contraditórios, o poder preditivo do sexo parece ser relevante nos modelos que alguns investigadores têm analisado. Wrenger et al. (2008) constataram que o sexo (feminino) é uma variável que está relacionada com o risco aumentado de desenvolver PSPT após exposição a acidentes rodoviários. Perante estes dados, encontram-se na literatura algumas reflexões sobre os factores explicativos das diferenças encontradas entre os sexos.

Bryant e Harvey (2003) avançam com algumas hipóteses para explicar as diferenças entre os sexos, focando-se nos factores culturais e sociais (culturalmente será mais fácil e aceite que as mulheres reportem sintomas de perturbação), factores neurobiológicos (as mulheres respondem melhor a determinados tratamentos do que os homens, designadamente os tratamentos com *sertalina*, o que sugere diferenças biológicas), reacções secundárias a situações traumáticas na infância (consistente com dados que mostram que indivíduos expostos a situações traumáticas prolongadas na infância podem comprometer o desenvolvimento neurobiológico), relação com a

depressão (é frequente as mulheres reportarem sintomas depressivos após a exposição a situações traumáticas) e o lugar ocupado no veículo aquando do acidente (nos veículos, as mulheres são frequentemente passageiros, tendo menor controlo e por isso mais respostas de stress no momento do acidente).

Outros autores procuraram também explicar as diferenças observadas em alguns estudos entre homens e mulheres. Fullerton et al. (2001) concluíram que as diferenças entre os sexos não se devem a situações traumáticas anteriores ou outras psicopatologias anteriores (e.g. PSPT, depressão, ansiedade), nem ao facto de se ser passageiro no veículo em que se seguia aquando do acidente. Segundo este estudo, a dissociação peritraumática é que parece ter um papel importante para o desenvolvimento de PSPT nas mulheres, o que corrobora a investigação desenvolvida por Beck et al. (2006). Segundo esta última investigação, as experiências peritraumáticas de desesperança, percepção de perigo, percepção de morte associadas ao sexo eram importantes preditores para o desenvolvimento de PSPT.

As diferenças nas respostas neurobiológicas entre os sexos, nomeadamente os níveis de cortisol, também têm sido exploradas. Uma investigação recente procurou analisar as diferenças nos níveis de cortisol de homens e mulheres com PSPT que estiveram envolvidos em acidentes rodoviários (Freidenberg et al., 2010). As avaliações dos níveis de cortisol (monitorizados através de análises à saliva) foram efectuadas em três momentos diferentes (1400, 1800 e 2200 horas após o acidente). Os resultados apontaram para uma relação entre o sexo e o cortisol, de tal forma que as mulheres apresentaram níveis de cortisol mais baixos que os homens em todos os momentos de avaliação e, ao longo do tempo assistiu-se a um decréscimo dos níveis de cortisol nas mulheres. Estes dados sustentaram a ideia de que as mulheres com PSPT tem níveis inferiores de cortisol comparativamente com os homens com PSPT o que, por sua vez, aponta para a importância das diferenças nas alterações neurobiológicas no desenvolvimento e manutenção de perturbação psicológica.

Se estas alterações neurobiológicas e neuroquímicas se podem manter ao longo do tempo, os sintomas físicos e psicológicos da perturbação também se podem prolongar e tornar persistentes, de tal forma que as reacções iniciais podem ser qualitativamente diferentes das respostas evidenciadas alguns anos depois do acontecimento. Um estudo em que participaram 124 condutores de ambos os sexos (38 homens e 87 mulheres), revelou que os indivíduos envolvidos em acidentes há mais de cinco anos apresentaram mais preocupações com a segurança e com a condução,

reportaram mais sintomas físicos e exaustão do que nos participantes cujo acidente havia ocorrido há menos tempo (Lucas, 2003). Analisadas as diferenças em relação ao sexo, a investigadora concluiu que as mulheres envolvidas em apenas um acidente apresentavam mais preocupações com a segurança pessoal e mais sintomas físicos do que os participantes já haviam estado envolvidos noutros acidentes. Deste modo, constatou-se que, para além do factor temporal associado à ocorrência do acidente, homens e mulheres interpretam e têm percepções diferentes da exposição e da vivência desses acontecimentos potencialmente traumáticos.

Os factores de risco que contribuem para o desenvolvimento de perturbação e de exposição a situações potencialmente traumáticas são diferentes nos dois sexos, tal como ilustram as análises de regressão efectuadas por Bromet et al. (1998). Os resultados da investigação mostraram que, nas mulheres, os episódios anteriores de perturbações afectivas e ansiosas, história de doença mental na família (progenitores), agressividade por parte dos pais e ausência de relações de confiança com a figura materna levam ao desenvolvimento de PSPT. Por seu turno, a exposição anterior a perturbações afectivas, ansiosas e de consumo de substâncias, consumo de substâncias e doença mental dos progenitores e agressividade parental aumentam a probabilidade de (re)exposição a situações traumáticas e ao desenvolvimento de PSPT. Já nos homens, apenas as perturbações afectivas, ansiosas e as perturbações mentais dos progenitores predizem a PSPT; a exposição anterior a perturbações ansiosas, história de abuso de substâncias por parte dos progenitores e divórcio permitiram predizer a (re)exposição dos indivíduos a situações potencialmente traumáticas.

Para além do sexo e das questões que lhe estão associadas, outros factores podem contribuir para o desenvolvimento de PSPT após a exposição a situações traumáticas.

Etnia, nível socioeconómico e inteligência

A etnia é outra das variáveis sócio-demográficas bastante estudada relativamente a situações traumáticas. Segundo a revisão de Resick (2000a), nem todos os estudos associam a etnia com o impacto psicológico dos acontecimentos traumáticos, contudo Norris (1992) refere que existe mais stress nos brancos, e segundo o estudo NVVRS referido por (Resick, 2000a) a taxa de PSPT é maior nos hispânicos (28%) e nos afro-

americanos (21%) do que nos brancos e outras etnias (14%) porque os primeiros estão mais expostos.

Os estudos de Buckley e colaboradores (2004) corroboraram alguns destes dados. Na investigação que desenvolveram com 99 vítimas de acidentes rodoviários verificou-se que os afro-americanos apresentavam mais PSPT que os caucasianos e que os africanos. Um estudo de (Ursano, Fullerton, Epstein, Crowley, Kao et al., 1999) também constatou que um mês após o acidente os não brancos tinham um risco aumentado de desenvolver PSPT (cerca de 6,6 vezes mais que os brancos) e quando avaliados três e seis meses após o acidente rodoviário a prevalência de PSPT nos não brancos continuou superior.

Apesar destes dados, outros estudos que têm sido desenvolvidos com vítimas de acidentes rodoviários não encontraram diferenças na prevalência de PSPT em função da etnia. No estudo de Beck, Gudmundsdottir e Shipherd (2003) participaram caucasianos (80%) afro-americanos (17%), hispânicos (2%) e asiáticos (1%) e não se encontraram diferenças significativas no desenvolvimento de PSPT em função dos diferentes grupos culturais.

Os estudos que tentam relacionar o nível socioeconómico (NSE) com as respostas e reacções a diferentes acontecimentos traumáticos também tem encontrado resultados contraditórios. Os estudos efectuados com vítimas de rapto revistos por Resick (2000a), mostraram que o NSE baixo estava relacionado com piores resultados, sendo um preditor de depressão 12 meses após o crime. As vítimas mais pobres relataram mais sintomas e estes indivíduos estão mais predispostos à exposição à violência e consequentemente aos seus efeitos.

Os homens com baixos níveis de educação têm uma maior predisposição para elevados níveis de stress de guerra e os veteranos de guerra actualmente com PSPT tiveram menores níveis de educação antes do serviço militar comparativamente com grupo que nunca teve PSPT, segundo descreve Resick (2000a) da revisão da literatura que efectuou. Brewin, Andrews e Valentine (2000) verificaram que o nível educativo é preditor de PSPT de tal forma que quanto menor for a escolaridade dos indivíduos maior a probabilidade de desenvolvimento de perturbação.

NcNally (2003) define a inteligência como uma capacidade de resolver problemas e de recuperar de uma dada situação traumática na medida em que esta situação constitui um problema. Os estudos referem que os indivíduos com maior Quociente de Inteligência (Q.I.) e com melhores competências linguísticas (verbais) são

os que lidam melhor com as situações e atribuem melhor significado às situações traumáticas, o que permite a recuperação (McNally, 2003).

Num artigo de revisão da literatura, Buckley, Blanchard e Neill (2000) referiram que a inteligência é um importante indicador do ajustamento dos indivíduos após exposição a situações traumáticas, podendo prever o desenvolvimento de PSPT. Apesar dos estudos sobre esta temática serem raros, numa meta-análise que envolveu estudo desenvolvidos com indivíduos expostos a diversas situações traumáticas (e.g. acidentes, situações de guerra, abusos físicos) mostrou que a inteligência teve um efeito moderado no desenvolvimento de perturbação (Brewin, Andrews & Valentine, 2000). Estes dados corroboraram o verificado por McNally (2003) e por Brewin Andrews e Valentine (2000) no sentido de que os indivíduos com menor quociente intelectual tinham mais probabilidade de desenvolver perturbação, mais dificuldades no ajustamento à situação e mais dificuldade em reencontrar o equilíbrio.

A literatura carece de estudos que relacionem a etnia, o NSE e a inteligência com o desenvolvimento de PSPT em vítimas de acidentes rodoviários, uma vez que nas pesquisas efectuadas não encontramos nenhuma investigação neste âmbito.

Acontecimentos de Vida e Outras Situações Traumáticas Prévias

A probabilidade de em algum momento da vida experimentar e ser exposto a situações traumáticas é elevada, tal como já tivemos oportunidade de referir. Estas experiências podem ter efeitos e repercussões cumulativas ao longo da vida, afectando a reacção a exposição posterior.

Vários estudos têm mostrado que a história prévia de trauma é uma das variáveis mais frequentemente associada ao desenvolvimento de PAS e PSPT (Barton, Blanchard, & Hickling, 1996; Blanchard et al., 1994; Brewin, Andrews, & Valentine, 2000). A tendência para os indivíduos responderem com a dissociação perante o trauma, segundo Spiegel e Cardeña (1991), está associada com a experiência de traumas repetidos em fases precoces da vida. McNally et al. (2003), ao fazerem uma revisão da literatura, referiram que os traumas anteriores mais frequentemente referenciados eram os abusos físicos e sexuais na infância, bem como a instabilidade familiar durante a infância (King, King, Foy, & Gudanowski, 1996), que podiam predispor os adultos ao desenvolvimento posterior de PSPT (Breslau, Chilcoat, Kessler, & Davis, 1999; Nishith, Mechanic, & Resick, 2000). Por exemplo, as vítimas de abuso na infância parecem ser mais vulneráveis ao stress (Heim & Nemeroff, 2001).

O estudo de Irish et al. (2008) que envolveu 188 vítimas directas de acidentes rodoviários, mostrou que a história traumática anterior se correlacionou com o desenvolvimento de PSPT seis semanas e um ano após o acidente. As análises mais detalhadas revelaram ainda que a história traumática explicou 30% a 36% da variância dos sintomas de PSPT um ano após o acidente

De acordo com o exposto por Maes et al. (2001) em relação à (re)exposição a situações potencialmente traumáticas, poderemos considerar que após o envolvimento em acidentes a probabilidade de reexposição pode aumentar, vulnerabilizando também os indivíduos ao desenvolvimento de perturbação.

Psicopatologia Anterior

A história de perturbações psiquiátricas desempenha, segundo Blanchard e Hickling (1997) e Ehlers et al. (1998), um papel fundamental no desenvolvimento de PSPT crónica. McNally et al. (2003) referiram que as pessoas que relataram histórias de doenças mentais nos membros da família, eram as mais expostas a situações traumáticas ou as mais propensas a desenvolver psicopatologias após a exposição.

A história anterior de perturbação contribui para o pior ajustamento dos indivíduos em situações potencialmente traumáticas a que possam vir a ser expostos no futuro, revelando mais dificuldades em gerir a situação e as consequências que daí possam advir. Tal como Delahanty e Nugent (2006) advogaram as experiências traumáticas prévias vulnerabilizam os indivíduos, influenciando o funcionamento do sistema imunitário e do eixo hipotalamico-hipofisiário e, por sua vez, a probabilidade de desenvolvimento de perturbação psicológica aumenta, sendo que esta vulnerabilidade é maior naqueles indivíduos que apresentam psicopatologia anterior à exposição traumática.

As vítimas de acidente rodoviário com diagnóstico de PSPT anterior ao acidente têm 8,02 vezes mais probabilidade de apresentar PSPT um mês após o acidente (Ursano et al., 1999). Também as vítimas com perturbação de ansiedade evidenciaram mais probabilidade de desenvolver PSPT um mês após o acidente.

Wrenger et al. (2008) advogaram que as vítimas directas de acidentes rodoviários com doenças mentais anteriores ao acidente estavam mais predispostas ao desenvolvimento de PSPT. Estes e outros dados foram corroborados por Barton et al. (1996). Num estudo desenvolvido com vítimas de acidentes rodoviários e um grupo controlo de indivíduos não envolvidos em acidentes, a equipa concluiu que no grupo

experimental (vítimas de acidentes) havia mais acontecimentos de vida traumáticos anteriores, reportavam mais sintomas de PSPT anteriores ao acidente e mais perturbações de humor.

Características de Personalidade

A hostilidade e o neuroticismo têm sido duas das características de personalidade associadas ao desenvolvimento de perturbação psicológica, designadamente PSPT.

Segundo Smith (1992) a hostilidade engloba uma série de atitudes e crenças negativas e avaliações relacionadas com os outros, sendo por isso considerada um traço de personalidade. Estudos desenvolvidos com bombeiros (Heinrichs et al., 2005), com mulheres (Butterfield, Forneris, Feldman, & Beckham, 2000) e com indivíduos que participaram em guerras (Schnurr, Friedman, & Rosenberg, 1993) relacionaram a hostilidade com a PSPT.

O neuroticismo tem pautado as investigações devido à forte relação que parece haver entre esta característica da personalidade, a exposição traumática e o desenvolvimento de PSPT.

Costa e McCrae (1987) consideraram que a vivência recorrente de emoções desagradáveis e aflitivas caracteriza o neuroticismo, evidenciando-se traços quer a nível cognitivo quer a nível comportamental, na medida em que implicam um significativo mal-estar e sofrimento psíquico, designadamente pelas inadaptações diversas que lhe estão inerentes (ansiedade, timidez, angústia, manifestações fóbicas e obsessivo-compulsivas, sensibilidade exagerada e irritabilidade, tensão e fraqueza, insegurança, tendência à depressão, amnésia, perturbações e manifestações psicossomáticas como insónias, vertigens, transpiração, perturbações na visão e na fala, problemas cardíacos e gastro-intestinais, perturbações alimentares, convulsões e reacções histéricas).

Parece existir uma tendência para que os indivíduos com características de neuroticismo exagerarem a ameaça (percebendo-a como mais ameaçadora e grave), evidenciarem mais preocupação e a auto-culpabilização e utilizarem estratégias de *coping* menos adequadas em situações de elevada activação (Holeva & Tarrier, 2001). Deste modo, o neuroticismo poder vulnerabilizar o indivíduo ao desenvolvimento de psicopatologia, designadamente PSPT quando se é exposto a situações traumáticas, uma vez que a atenção é dada aos estímulos associados ao evento e às suas consequências.

Têm sido realizadas algumas investigações que analisam a relação entre o neuroticismo e a PSPT com indivíduos expostos a situações traumáticas diversas. Desta relação entre neuroticismo e PSPT surgem duas possibilidades de análise que merecem a atenção da comunidade científica. Por um lado, o neuroticismo pode ser um factor de risco para o desenvolvimento de PSPT, sob outra perspectiva a relação entre o neuroticismo e a PSPT pode existir devido a algumas semelhanças nos sintomas (Engelhard, Hout, & Kindt, 2003)

A investigação de Engelhard et al. (2003) focou-se nessas perspectivas. No estudo em que participaram 1370 grávidas, avaliadas em vários momentos durante a gestação e um mês após o nascimento dos bebés, os investigadores procuraram aferir do impacto do neuroticismo pré e pós-parto e da relação com o desenvolvimento de psicopatologia, designadamente dos sintomas de activação de PSPT. Os resultados mostraram que o neuroticismo pré-traumático (avaliado antes do parto e das situações de aborto) era um bom preditor no desenvolvimento de PSPT, designadamente dos sintomas de activação.

Os dados de um estudo de Bramsen, Dirkzwager e Ploeg (2000) com alemães que serviram nas forças de protecção das Nações Unidas vão no mesmo sentido, uma vez que mostraram que os indivíduos com índices mais elevados de neuroticismo foram os que apresentaram mais PSPT. Também a investigação desenvolvida por Engelhard, Hout e Lommen (2009), com 214 militares de infantaria, mostrou que o neuroticismo pré-traumático (quando avaliado antes da ida dos militares para a guerra) estava associado com os sintomas de PSPT, depressão e queixas somáticas reportadas após a exposição à situação traumática.

Se a maioria dos estudos com veteranos de guerra foram realizados com homens, verificou-se que, noutras investigações com mulheres expostas a situações traumáticas, os resultados entre o neuroticismo e a PSPT eram similares. Hout e Engelhard (2004) avaliaram 117 mulheres que abortaram e verificaram que os sintomas de PSPT (avaliados após o aborto) se relacionaram com a avaliação negativa dos sintomas e com o neuroticismo (avaliados antes do aborto). Estas dimensões (avaliação negativa dos sintomas e o neuroticismo) explicaram 18% da variância dos sintomas de PSPT. Os investigadores referiram que na origem da avaliação negativa dos sintomas podiam estar “diferenças individuais”, nomeadamente o neuroticismo, de tal forma que as interpretações efectuadas sobre a situação e os sintomas contribuíram para a persistência dos sintomas.

Um outro estudo conduzido por Cox, MacPherson, Enns e McWilliams (2004) mostrou que o neuroticismo se relacionou com a PSPT nos homens e nas mulheres.

Jaycox, Marshall e Orlando (2003) num estudo em que participaram indivíduos que viveram situações violentas na comunidade verificaram que o neuroticismo e a gravidade das lesões eram bons preditores da dissociação peritraumática. Esta investigação também concluiu que o neuroticismo foi um dos preditores de PSPT. Já a investigação de Conlon et al. (1999), realizada com 40 indivíduos das equipas de emergência médica que socorreram vítimas de acidentes rodoviários, não encontrou relações significativas entre o neuroticismo e a PSPT (3 meses após a exposição).

A maioria das investigações realizadas com vítimas de acidentes e estudaram a relação entre o neuroticismo e a PSPT aponta para a existência de relações significativas entre estas variáveis.

O estudo desenvolvido com 265 vítimas de acidentes rodoviários foi realizado por Holeva e Tarrier (2001), os participantes foram avaliados entre as duas e quatro semanas e re-avaliados entre os quatro e seis meses após o acidente, e a equipa procurou analisar a relação entre o neuroticismo, a dissociação peritraumática e a PSPT. Os resultados apontaram para uma relação positiva e estatisticamente significativa entre o neuroticismo, o psicoticismo e a dissociação peritraumática, sendo que o neuroticismo (avaliado duas a quatro semanas após o acidente) se revelou um bom preditor de perturbação na segunda avaliação (quatro a seis meses pós-acidente). Conclusões similares foram tecidas por Dorfel, Rabe e Karl (2008) e que resultaram da avaliação de 44 vítimas de acidentes. Esta equipa constatou que os indivíduos com PSPT foram os que mais evidenciaram neuroticismo. Para além disso, verificou-se que 57% dos sintomas de intrusão foram explicados pela severidade do acidente, pelo neuroticismo, pela extroversão e pela auto-culpabilização que os indivíduos reportaram.

Apesar destes resultados, Mayou et al. (1993), na investigação que conduziram com 188 vítimas de acidentes rodoviários constataram que a PSPT (diagnosticada em 11% dos participantes) não estava associada com o neuroticismo nem com outros problemas psicológicos anteriores (e.g. depressão).

Apesar dos dados que os estudos têm demonstrado em relação ao neuroticismo e PSPT em vítimas de acidentes rodoviários, alguns autores (Conlon et al., 1999; Dorfel et al., 2008; Mayou, et al., 1993) sugerem o desenvolvimento de mais investigações neste âmbito.

Outros Factores de Risco para PSPT em Vítimas de Acidentes Rodoviários

A posição ocupada na via pública e nos veículos parece desempenhar, no caso dos acidentes rodoviários, um papel importante no desenvolvimento de psicopatologia, designadamente PSPT.

Estudos realizados por Blanchard, Hickling, Taylor et al. (1996) verificaram que a vulnerabilidade é determinada pela posição que o sujeito ocupa aquando do acidente (condutor, passageiro, peão). Os passageiros tendem a apresentar mais problemas psicológicos que os condutores (Mayou et al., 2001). Esta vulnerabilidade pode ser explicada pelos níveis de controlo sobre os acontecimentos na estrada, onde os passageiros percebem menor controlo que os condutores sobre o que acontece na estrada e/ou sobre o veículo em que se deslocam, sentindo-se mais ameaçados. Mayou et al. (2001) constataram que um ano após o acontecimento traumático (acidente) os passageiros apresentaram mais sintomatologia de PSPT que os condutores.

Apesar de haver estudos que identificam diferenças entre a posição ocupada nos veículos e o desenvolvimento de PSPT (Blanchard, Hickling, Taylor et al., 1996; Mayou et al., 2001) há outros que não encontraram essas diferenças (Mayou et al., 1997; Ongecha-Owuor et al., 2004; Pires, 2005).

Face aos controversos resultados das investigações, salienta-se o facto de este ser um assunto que carece de investigações adicionais. As diferenças encontradas, ou a ausência delas, podem estar associadas ao número e às características dos participantes, sendo notório que a maior parte dos estudos envolve mais condutores do que passageiros e peões.

Factores de Risco Peritraumáticos

As respostas que ocorrem durante e nos momentos imediatamente após o acontecimento ter lugar designam-se por factores de risco peritraumáticos (McNally et al., 2003). No sentido de compreender e conhecer melhor o papel que estes factores que desempenham no posterior desenvolvimento de psicopatologia, tem sido realizadas várias investigações. Os estudos identificaram já alguns factores que podem ocorrer durante acontecimentos traumáticos e que desempenham funções significativas na evolução dos sintomas. Destes, destacam-se a percepção de perigo e a dissociação peritraumática.

Percepção de Perigo

A percepção de perigo refere-se ao medo de morrer ou ficar gravemente afectado no momento da exposição à situação traumática, tal como referiram Jaycox e Foa (1998) na revisão que efectuaram da literatura. Esta percepção e o *distress* que causa (Ehlers et al., 1998) são factores que predizem o desenvolvimento de PSPT. A meta-análise de Ozer et al. (2003) confirmou que a percepção de perigo é um importante preditor de PSPT, ou seja quanto maior a percepção de perigo percebido aquando da exposição a situações traumáticas mais probabilidade de desenvolver PSPT, sobretudo em situações de violência interpessoal e outras situações traumáticas como os acidentes.

Schnyder, Moergeli, Klaghofer e Buddeberg (2001), na investigação conduzida com 106 vítimas de acidentes rodoviários, desportivos e de lazer, de trabalho e domésticos, e que foram avaliadas dias após a hospitalização e um ano após a avaliação inicial, concluíram que 25% dos participantes reportaram ter experimentado uma sensação de ameaça à vida durante o acidente e esta avaliação era um preditor dos sintomas de PSPT aos 12 meses. Estudos similares, desenvolvidos com 208 vítimas de acidentes diversos (de lazer, rodoviários, de trabalho e domésticos) mostraram que a percepção de perigo era um importante preditor de PSPT seis e 12 meses após o acontecimento (Wrenger et al., 2008). Do mesmo modo, um estudo português que envolveu a participação de vítimas de acidentes rodoviários, de lazer e trabalho e de trabalho também concluiu que os indivíduos que reportaram ter percebido mais perigo no momento do acidente foram os que evidenciaram mais sintomas de PSPT, reportando sobretudo sintomas de entorpecimento (Freitas, 2009). Importa salientar que neste estudo a avaliação foi realizada num momento único e temporalmente afastado do acontecimento, pelo que os dados recolhidos em relação à percepção de perigo são retrospectivos.

Estudos mais específicos, realizados apenas com vítimas de acidentes rodoviários, corroboram os resultados anteriores. Delahanty et al. (2003) encontraram uma relação significativa entre a percepção de perigo e a PSPT quando avaliada 1 mês após o acidente rodoviário. Também Ehring et al. (2008) constataram que a percepção de perigo no momento do acidente se correlacionou com os sintomas de PSPT. Outra investigação recente realizada no Japão (Fujita & Nishida, 2008), em que participaram 93 vítimas de acidentes rodoviários, constatou, uma vez mais, que a percepção de perigo se relaciona com a PSPT.

Um estudo longitudinal desenvolvido com 72 vítimas de acidentes rodoviários admitidas num hospital após o acontecimento, constatou que as variáveis cognitivas, especialmente o *distress* experimentado durante o acontecimento, a ameaça percebida à vida e/ou o medo de morrer no acidente estavam estatisticamente correlacionadas com os sintomas de PSPT (Jeavons, Greenwood, & Horne, 2000).

Alguns autores teceram algumas considerações sobre a relação entre a percepção de perigo e a PSPT. McNally et al. (2003) referem que o facto de as pessoas fazerem avaliações e retirarem conclusões distorcidas das experiências traumáticas pode contribuir para o *distress* e dificultar a integração do acontecimento na história da vítima, inclusive a aceitação de que o acontecimento faz parte do passado. Neste sentido, advogaram que a percepção de perigo aumenta o *distress* e contribuiu para a gravidade dos sintomas de PSPT. A avaliação negativa do acontecimento pode levar à adopção de comportamentos desadequadas para lidar com o problema e muitas vezes os comportamentos contribuem para a manutenção dos problemas. Entre esses comportamentos destacam-se a tomada excessiva de precauções, o evitamento de estímulos que recordam o trauma e a ruminação sobre o trauma e suas consequências.

Apesar de muitos serem os estudos que reportam relações significativas entre percepção de perigo e PSPT, há outros que não encontram esses resultados. A título de exemplo, Koren et al. (1999), no estudo realizado com 74 vítimas de acidentes rodoviários, não encontraram dados que corroborem a relação entre a percepção de perigo e a PSPT.

Face aos resultados das investigações, a percepção de perigo parece dar um contributo importante para o desenvolvimento de perturbação psicológica e a realidade dos acidentes rodoviários não é excepção.

Dissociação Peritraumática

Cardena (1997) e Brown (2002) referem que a primeira descrição de dissociação foi apresentada por Janet em 1924 e mais tarde desenvolvida por Freud e seus seguidores. Janet considerava dissociação toda a informação que não era acessível à consciência dos indivíduos e que estava na origem de comportamentos para os quais não havia explicação médica. Deste modo, como referiram Waller, Puttman e Carlson (1996), para Janet a dissociação implicava que na consciência dos indivíduos houvesse uma descontinuidade das situações que eram experimentadas.

Desde então muito se tem escrito sobre o conceito da dissociação. Na revisão da literatura de Holmes et al. (2005) encontram-se referências a vários autores e concepções da dissociação. Algumas abordagens identificam componentes da dissociação: despersonalização, desrealização, amnésia, confusão da identidade e alteração da identidade (cf. Holmes et al., 2005). Cardeña (1994) aponta apenas três categorias da dissociação: (1) dissociação como módulos ou sistemas mentais não integrados, caracterizada pela aparente alteração da percepção, memória e acção, que pode ser investido pela vontade do próprio ainda que exista um funcionamento disruptivo que é preservado pelo menos durante algum tempo, (2) dissociação como alteração da consciência que envolve desconexão do próprio e do mundo, incluindo-se nesta categoria a despersonalização e a desrealização, e (3) dissociação como mecanismo de defesa para que o indivíduo possa lidar com as situações anteriores. De acordo com Cardeña (1997) a dissociação pode ter origem neurológica ou psicológica. Quando a origem é neurológica existem alterações no Sistema Nervoso Central (SNC) devido a situações diversas (e.g. acidentes vasculares cerebrais, procedimentos cirúrgicos, malformações, contusões, lesões devido ao consumo de substâncias) e, quando a origem é psicológica a dissociação surge na sequência da exposição a situações percebidas como traumáticas.

Outros autores também referidos no artigo de Holmes et al. (2005) referem que a dissociação pode ser do tipo “*detachment*” (incluiu a despersonalização e a desrealização) ou “*compartmentalization*” (englobando fenómenos dissociativos mais complexos, amnésia dissociativa, fuga dissociativa e perturbação dissociativa da identidade).

Numa outra taxonomia, Brown (2002) englobou a amnésia dissociativa, a fuga dissociativa, a perturbação dissociativa da identidade e a perturbação de conversão no que classificou como dissociação tipo 1; a despersonalização / desrealização, a dissociação peritraumática e as experiências de “estar fora do corpo” (desligado do próprio corpo) foram integradas no tipo 2.

Apesar do interesse pela dissociação ter a sua génese nos anos 20, actualmente há ainda muitas questões que emergem relativamente ao conceito, nomeadamente no que diz respeito à relação com a exposição a situações traumáticas e com o desenvolvimento de respostas de stress e psicopatologia. Para além das conceptualizações teóricas, importa salientar que é fundamental conhecer as respostas dissociativas presentes durante e após a exposição a situações traumáticas no sentido de melhor adaptar os tratamentos e intervenções a implementar (Holmes et al., 2005).

De uma forma mais sistematizada van der Kolk, van der Hart e Marmar (1996) associaram a dissociação a três formas de funcionamento: dissociação primária, dissociação secundária ou peritraumática e dissociação terciária. Na dissociação primária as pessoas confrontadas com alguma ameaça e situação traumática são incapazes de integrar na consciência a totalidade do acontecimento, pelo que este é processado inicialmente de forma preceptiva sob a forma de fragmentos e componentes sensoriais, com forte carga emocional. Os *flashbacks*, pesadelos e outros sintomas presentes na PSPT poderão ser entendidos como manifestações desta dissociação primária e das experiências não integradas na vida dos indivíduos. No que se refere à dissociação secundária ou peritraumática, Marmar, Metzler e Otte (2004) descrevem-na como experiências que ocorrem durante a exposição, podendo nesse momento ocorrer alterações no sentido do tempo (percepção que o tempo passa mais lentamente ou demasiado rápido); sentimentos de desrealização, sensação de que o evento é um sonho, um filme ou um jogo; experiências de despersonalização, sensação de experiências que ocorrem “fora do corpo”; confusão e desorientação; alteração da percepção; alteração da imagem corporal ou sensação de desconexão do próprio corpo; visão em túnel. Estas experiências de dissociação peritraumática ou secundária, frequentemente são também associadas a experiências de “anestesia”, nas quais os indivíduos referem sentir-se afastados dos seus próprios sentimentos e emoções. A dissociação terciária aponta mais para perturbações de natureza essencialmente dissociativas, descritas no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais como quadros psicopatológicos de Amnésia Dissociativa, Fuga Dissociativa, Perturbação Dissociativa da Identidade e Perturbação de Despersonalização. Efectivamente tem-se verificado que, perante situações traumáticas, as pessoas podem aprender a dissociar, continuando a fazê-lo noutras situações que lhe causem stress e sejam por elas avaliadas como perturbadoras ou menos seguras. Deste modo, este tipo de dissociação terciária interfere com os processos de *coping*, com a adaptação às situações quotidianas e no funcionamento global.

Atentos à dissociação peritraumática tal como foi descrita por Marmar e a sua equipa em 1996, Moulds e Bryant (2004) referiram que na dissociação peritraumática a informação relacionada com a experiência traumática é processada de forma automática e, como referem Coyne e Thompson (2007), estes processos nem sempre são observáveis mas tem importantes repercussões no prognóstico. Alguns autores defendem que o evitamento cognitivo típico da dissociação impede o processamento emocional e a recuperação do trauma, enquanto outros consideraram que a dissociação desempenha

uma função protectora manifestada pela atenuação do impacto emocional do trauma quando este ocorre durante a experiência traumática (cf. McNally et al., 2003).

De acordo com Horowitz (1986) a dissociação peritraumática pode desempenhar uma função protectora no que se refere à codificação e integração de experiências adversas e traumáticas, podendo a situação traumática ser percebida como menos ameaçadora e traumática pelo indivíduo. Ou seja, este autor defendeu que quanto menos informação negativa e disfuncional o indivíduo integrar e interiorizar menos são as memórias aversivas e negativas que têm para gerir e mais fácil e ajustada é a adaptação.

Numa outra perspectiva, a dissociação bloqueia o processamento inicial da informação e interfere no desenvolvimento de perturbação psicológica, designadamente PSPT, desempenhando um papel fundamental na manutenção e disfuncionalidade ao longo do tempo (Briere, Scott, & Weathers, 2005; Bryant, 2007). Neste âmbito, a dissociação enquanto processo cognitivo impede o processamento da informação e a resolução da experiência.

Segundo Panasetis e Bryant (2003) a dissociação peritraumática refere-se às reacções do indivíduo durante a vivência do acontecimento traumático, não indicando por si só o desenvolvimento posterior de psicopatologia, ideia corroborada por Holmes et al (2005) quando referem que dissociação é uma resposta usual (“normal”) dos indivíduos que não tem necessariamente que se relacionar com o desenvolvimento de psicopatologia.

Tem entretanto sido referenciado outro tipo de dissociação. Harvey e Bryant (2002) referem estar perante dissociação aguda quando a dissociação persiste durante o mês que sucede a exposição traumática. Panatesis e Bryant (2003) fazem alusão à dissociação persistente, que caracterizam como um tipo de dissociação que impede o acesso e resolução das memórias traumáticas, está associada ao afecto e pode contribuir para o desenvolvimento de psicopatologia, uma vez que, como referem Martin e Marchand (2003) este tipo de dissociação é mal adaptativa e entre as respostas dissociativas destacam-se as distorções da percepção temporal, espacial e do próprio, cujas respostas de evitamento aumentam, o por sua vez aumenta a probabilidade de ocorrência de PAS (Bryant, 2007).

Em síntese, a dissociação persistente refere-se aos casos em que os sintomas dissociativos se evidenciam por períodos de tempo relativamente longos, podendo perturbar o ajustamento psicológico dos indivíduos e a adaptação às exigências e às situações. Face ao exposto, Briere et al. (2005) sensibilizam para a necessidade de se

estar atento à dissociação peritraumática e à dissociação persistente, o que nem sempre acontece, na medida em que a maioria das investigações se centra na dissociação peritraumática.

As controversas em relação ao conceito de dissociação peritraumática, espelhadas na evolução histórica do conceito, e os dados das investigações, reflectem o facto de a dissociação estar sob o olhar atento dos investigadores. A relação e o poder preditivo que a dissociação tem em relação ao desenvolvimento de perturbação psicológica têm pautado muitos dos estudos que têm sido realizados com as mais diversas populações.

Estudos realizados com pessoal de emergência (Marmar, Weiss, Metzler, & Delucchi, 1996), vítimas de rapto (Griffin, Resick, & Mechanie, 1997), estudos comunitários (Briere et al., 2005), artigos de revisão da literatura (Bryant, 2007; Hart, Ochen, Son, Steele, & Lens-Muldders, 2008) e meta-análises (Ozer et al., 2003; Lensvelt-Mulders et al., 2008) ilustram bem a relação entre a dissociação peritraumática, a PAS e a PSPT.

Os estudos de Marmar e seus colaboradores (1996) e os de Briere et al. (2005) são apenas dois exemplos que concluíram que a dissociação peritraumática se relaciona de forma significativa com a PSPT em populações e indivíduos expostos a diferentes situações traumáticas.

Nas investigações conduzidas com equipas de emergência médica e bombeiros revelaram que os níveis de dissociação peritraumática elevados surgiram nos participantes mais jovens, nos que estiveram mais expostos, nos que tinham uma elevada percepção da ameaça e naqueles que usaram estratégias de *coping* do tipo fuga e evitamento (Marmar, Weiss, Metzler, & Delucchi, 1996; Marmar, Weiss, Metzler, Ronfeldt, & Foreman, 1996; Weiss, Marmar, Metzler, & Ronfeldt, 1995).

Uma outra investigação conduzida com 85 vítimas de rapto avaliadas imediatamente após a situação traumática que as vítimas que evidenciaram mais dissociação peritraumáticas foram as que reportaram mais PSPT (Griffin et al., 1997)

Os dados são similares quando nos reportamos a investigações realizadas com amostras comunitárias de pessoas expostas a situações traumáticas. Na investigação conduzida por Briere et al. (2005) a relação entre a dissociação peritraumática e o desenvolvimento de PSPT também se revelou significativa.

A revisão da literatura de Bryant (2007) aponta para uma relação entre a dissociação e a psicopatologia em situações em que as pessoas foram expostas a acontecimentos traumáticos. Este investigador sublinha a necessidade de uniformizar o

conceito de dissociação subjacente a cada um dos estudos, uma vez que esta dimensão pode não ser suficientemente clara e, de acordo com o que referimos sobre a dissociação peritraumática e dissociação persistente, poderá fazer toda a diferença para que os resultados sejam interpretados de forma mais coerente e clara.

Num outro artigo de revisão (Hart et al., 2008), verificou-se que dos 53 estudos analisados (realizados com diferentes amostras) 34 apresentaram resultados que apontaram para uma relação significativa entre a dissociação peritraumática e a PSPT. Apesar destes dados serem relevantes, importa salientar que os estudos que Hart e a sua equipa (2008) analisaram seguiram metodologias diferentes (tipo de participantes, dimensão da amostra, tipo de acontecimento traumático, medidas de avaliação da PSPT, momento de realização das avaliações). Tal não invalida os dados obtidos, apenas alerta para que a sua leitura e interpretação seja cuidada.

Os dados da meta-análise de Ozer et al. (2003) revelaram que aqueles indivíduos que apresentaram intensas respostas emocionais negativas (medo, desesperança, horror, culpa, vergonha) durante e após o acontecimento / exposição apresentaram mais sintomas de PSPT e mais probabilidade de cumprirem os critérios de diagnóstico da referida perturbação. Também verificaram que a dissociação peritraumática tem uma relação mais forte com a PSPT nos indivíduos que procuram cuidados de saúde mental, seguidos daqueles que procuram / necessitam de cuidados de saúde. Essa relação também pareceu ser mais forte nos estudos cujas avaliações decorreram seis meses a três anos após o acontecimento. Em última análise esta equipa concluiu que os sujeitos que apresentam dissociação peritraumática têm mais probabilidade de desenvolver PSPT e sintomas pós-traumáticos, sendo este factor o que por si só melhor prediz o risco de PSPT em indivíduos expostos a situações traumáticas.

A dimensão do poder preditivo da dissociação peritraumática para o desenvolvimento de PSPT tem sido explorada em diversas investigações realizadas com diferentes tipos de participantes.

Estudos realizados pela equipa de Marmar com pessoal do serviço de emergência (bombeiros, polícia, paramédicos) constataram que, após terem sido controladas algumas variáveis (nível de exposição, ajustamento anterior, suporte social e tempo de serviço), a dissociação peritraumática predisse os níveis de PSPT.

Numa revisão de investigações prospectivas, Velden e Wittmann (2008) verificaram que em estudos realizados com diferentes populações (doentes oncológicos,

doentes com enfarte de miocárdio, vítimas de incêndio e violência) a dissociação predisse entre 42% a 92% da PSPT.

No estudo comunitário de Briere et al. (2005) verificou-se que a dissociação peritraumática se revelou um preditor importante no desenvolvimento de PSPT. Contudo, esta relação parece cessar quando a dissociação persistente é considerada e incluída nas análises, de tal forma que esta última (dissociação persistente) aumentou a probabilidade de desenvolvimento de PSPT. Perante a diferença entre a dissociação peritraumática e persistente Briere et al. (2005) verificaram que a dissociação peritraumática explicou 15% da variância de PSPT e os indivíduos com dissociação persistente apresentaram mais de 50% de probabilidade de reportar PSPT: Para explicar estes resultados os investigadores ponderaram diferentes hipóteses. Por um lado referiram que a dissociação persistente pode não ser reconhecida como “parte integrante” da PSPT, emergindo uma síndrome de stress pós-traumático, por outro lado equacionaram a possibilidade da dissociação persistente ocorrer na sequência da severidade do trauma, estando assim mais associada à PSPT.

Apesar dos resultados dos estudos supracitados destacarem o papel da dissociação, nem todos os estudos encontram relações e um poder preditivo tão significativo. Dados relativamente diferentes foram reportados por Velden e seus colaboradores (2006), num estudo que envolveu 662 vítimas de um incêndio na Holanda. Este estudo verificou que a dissociação peritraumática (avaliada duas a três semanas após o acontecimento) se correlacionou com os sintomas de PSPT (avaliada nas quatro primeiras semanas após o acidente, aos 18 meses e aos quatro anos) contudo esta não se revelou como um preditor independente da referida perturbação, mas evidenciou-se como preditor de evitamento e intrusão. Se por um lado este estudo aponta para a existência de relações diferentes entre a dissociação e alguns dos sintomas de PSPT em diferentes momento no tempo, outros há que não encontram qualquer relação entre as referidas variáveis.

Exemplo de um estudo que não encontrou qualquer relação entre os sintomas de dissociação peritraumática, os sintomas de PSPT e de depressão foi o desenvolvido por Zoellner, Jaycox, Watlington e Foa (2003) com 79 mulheres vítimas de situações traumáticas de natureza diversa (61% vítimas de abuso sexual, 35% vítimas de assalto e 4% vítimas de outros acontecimento entre os quais acidentes rodoviários).

A ambiguidade dos resultados das investigações apontam para a possibilidade de indivíduos com dissociação peritraumática apresentarem PSPT sendo também possível

que os indivíduos que não apresentam dissociação possam vir a desenvolver a referida perturbação. Ao que parece, as pessoas com tendências e evidências dissociativas têm mais risco e probabilidade de dissociar para responder a situações traumáticas.

Têm sido também analisados outros cenários para melhor compreender o papel da dissociação peritraumática, apontando-se para a existência de outras variáveis a mediar a relação entre a dissociação peritraumática e o desenvolvimento de psicopatologia. Griffin et al. (1997), no estudo desenvolvido com as vítimas de rapto, verificaram que as alterações nas respostas psicofisiológicas dos indivíduos com mais dissociação sustentam as mudanças que os indivíduos fazem para se adaptarem às exigências da situação. Tal leva os investigadores a sugerir que as vítimas de rapto que reportaram mais dissociação foram as que evidenciaram uma supressão nas respostas autónomas, o que pode explicar a menor reactividade e os sintomas de embotamento emocional experimentados por vítimas de situações traumáticas.

Também se sabe que ao longo do tempo, as respostas dos indivíduos podem alterar-se e as pessoas tendem a esquecer as experiências emocionais neutras. Candel e Merckelbach (2004) referiram que muitas das vítimas expostas a situações traumáticas que experimentam dissociação peritraumática podem esquecer e/ou subestimar a experiência. Perante tal, os estudos retrospectivos que analisam a dissociação peritraumática podem não reflectir os sintomas e a intensidade com que foram vividos na proporção exacta.

Independentemente das limitações dos diferentes estudos e dos dados contraditórios, parece-nos importante considerar e enfatizar os resultados das meta-análises (Ozer et al., 2003; Valentine, 2003) e valorizar, ainda que de forma cuidada, o papel da dissociação peritraumática.

Os estudos desenvolvidos com vítimas de acidentes rodoviários evidenciam resultados similares aos descritos com outro tipo de participantes expostos a situações traumáticas diversas.

No estudo conduzido por Harvey e Bryant (1999a) com 92 vítimas graves de acidentes rodoviários constatou-se que os indivíduos com PAS evidenciaram mais dissociação peritraumática do que os indivíduos sem PAS.

A dissociação peritraumática pareceu aumentar o risco de desenvolver PSPT aguda e crónica após acidente num estudo de Ursano, Fullerton, Epstein e Crowley (1999), que verificou que essa probabilidade é de 4,12 vezes para a PSPT aguda e de 4,86 vezes para a PSPT crónica. Para além disso, a dissociação emerge como um factor

de risco independente importante para o desenvolvimento de PSPT, tal como demonstraram investigações posteriores (Beck et al., 2006)

Wittmann, Moergeli e Schnyder (2006), no estudo realizado com 214 vítimas de acidentes, referiram que a dissociação peritraumática e os sintomas de stress pós-traumático podem resultar do contributo partilhado de outras variáveis (sexo, nível socioeconómico, situação de saúde e outras), pois a dissociação apenas contribuiu para explicar 3% da variância de PSPT.

Considerando a diferenciação nosológica entre dissociação peritraumática e persistente, também nos acidentes rodoviários uma equipa analisou estes tipos de dissociação e a relação que existe com a PSPT. Murray, Ehlers e Mayou (2002) desenvolveram um estudo com duas amostras de vítimas de acidentes. Num grupo estavam as vítimas em tratamento na sequência dos acidentes ($N=27$) e noutro grupo ($N=439$) incluíram os indivíduos que recorreram aos serviços de urgência do hospital. Verificou-se que os indivíduos que recorreram às urgências evidenciaram mais dissociação peritraumática e apresentavam mais PSPT (quatro semanas e seis meses após o acidente). Quanto à dissociação persistente, apenas se encontraram correlações positivas com os sintomas de PSPT avaliados seis meses após o acidente. A dissociação evidenciou-se como um bom preditor de PSPT, de tal forma que as tendências dissociativas anteriores ao acidente e a dissociação peritraumática predisseram a severidade dos sintomas de PSPT. A dissociação persistente (avaliada quatro meses após o acidente) evidenciou-se como o melhor preditor de PSPT crónica. Quando avaliada quatro semanas após o acidente, a dissociação predisse a PSPT aos seis meses.

No estudo realizado com 967 vítimas de acidentes avaliadas 3 meses e 1 ano após o acidente, Ehlers et al. (1998) procuraram analisar os factores preditores para o desenvolvimento de PSPT. Esse poder preditivo aumenta quando são consideradas outras variáveis para além da dissociação. Segundo Zatzick et al. (2002), a dissociação peritraumática correlaciona-se com a PSPT, tal como demonstra o estudo desenvolvido com 1010 vítimas de acidentes que foram hospitalizadas e avaliadas uma hora, um, quatro e seis meses após a avaliação inicial. Quando integrado num modelo de análise preditiva de PSPT, a dissociação parece não dar um contributo relevante, ao contrário do envolvimento em procedimentos cirúrgicos.

Um estudo realizado com vítimas de acidentes hospitalizadas mostrou que as alterações no ritmo cardíaco também são frequentes e como referem Kuhn, Blanchard, Hickling e Broderick (2006) quando monitorado na urgência, verificou-se que quanto

mais acelerado o ritmo cardíaco mais dissociação peritraumática os indivíduos reportavam e mais PSPT (aos seis meses). Estes dados não descredibilizam o papel da dissociação peritraumática, mas sensibilizam para a importância de se estar atento a outros indicadores biológicos e às alterações biológicas que podem condicionar as respostas pós-traumáticas.

Apesar das controversas nos dados obtidos, a maioria dos estudos e a meta-análise de Ozer et al. (2003) sublinharam o papel da dissociação na predição de PSPT, pelo que, mesmo que associada a outras variáveis peritraumáticas, como por exemplo a percepção de perigo, a dissociação peritraumática não deve ser omitida.

Factores de Risco Pós-Traumáticos

Após o acontecimento traumático ter lugar, existem factores que podem contribuir para o desenvolvimento e manutenção de sintomatologia e perturbação psicológica. Autores como Bryant e Harvey (1995a) salientam que a severidade da PSPT é agravada pelos stressores que ocorrem após o trauma, contribuindo para um pior ajustamento, o que conseqüentemente aumenta a incidência da perturbação. Os estudos realizados tem demonstrado que as estratégias de *coping*, o apoio social e a situação de saúde são alguns dos factores pós-traumáticos que desempenham um papel importante no desenvolvimento e/ou manutenção de perturbação psicológica.

Coping

O *coping* refere-se aos mecanismos cognitivos e comportamentais de que a pessoa dispõe para responder às solicitações que lhe são colocadas na relação que estabelece com o ambiente (cf. Tiet, Rose, Cavella, Moos, Finney, & Yesavage, 2006), não sendo um traço de personalidade mas sim um processo dinâmico que implica avaliações e reavaliações contínuas nessas relações que o indivíduo e o meio estabelecem entre si (Ribeiro & Santos, 2001). Este processo envolve a realização e implementação de actividades que implicam algum esforço e visam a adaptação do indivíduo às situações.

Segundo a definição de Lazarus e Folkman (1984; cit. Holahan, Moos, & Schaefer, 1996) “*coping is a stabilizing factor that can help individuals maintain psychosocial adaptation during stressful periods; it encompasses cognitive and behavioral efforts to reduce or eliminate stressful conditions and associated emotional*

distress” (p. 25). Nesta definição está patente o objectivo do *coping*, com referência aos processos cognitivos, comportamentais e emocionais que lhe estão subjacentes.

Para além de Lazarus e Folkman, investigadores de destaque no âmbito do *coping*, outros autores se têm debruçado sobre o assunto. Aldwin e Yancura (2003) identificaram cinco tipos de *coping* que frequentemente se encontram na literatura: focado no problema, focado na emoção, apoio social, *coping* religioso e a atribuição de significado.

O *coping* centrado no problema implica o reconhecimento de que existe um problema (Resick, 2000c) e engloba as cognições e comportamentos que são directamente utilizados para analisar e resolver o problema, integrando por isso uma série de esforços que são implementados para gerir ou alterar a situação perturbadora da pessoa com o ambiente ou situação perturbadora (Ribeiro & Santos, 2001). Dividir o problema em “peças” mais pequenas e “manuseáveis”, a procura de informação, a análise de alternativas e as acções directas são algumas das estratégias e acções integradas neste tipo (Aldwin & Yancura, 2003). As acções implementadas dirigem-se a esse problema específico que foi previamente identificado.

O *coping* focado na emoção é muitas vezes uma estratégia em si, na medida em que se refere aos esforços que indivíduo desencadeia para regular as emoções perturbadoras (Resick, 2000c; Ribeiro & Santos, 2001). Mas este tipo de *coping* também pode ser subdividido, e a prevenção e o evitamento podem ser formas diferentes de expressar a emoção e a supressão, ainda que frequentemente estejam associados com piores resultados (Aldwin & Yancura, 2003).

A procura de apoio social e o *coping* religioso são, segundo Aldwin e Yancura (2003) estratégias que envolvem elementos das estratégias focadas no problema e na emoção. A procura de apoio social pode passar por pedir ajuda e aconselhamento, procurar apoio emocional ou procurar justificações para percepções ou comportamentos de alguém. Este tipo de estratégia centra-se na integração e aceitação social.

O *coping* religioso pode incluir o rezar, uma estratégia focada na emoção, que também pode passar por pedir conselhos e ajuda mais concreta. Segundo os investigadores, o *coping* religioso parece desempenhar um papel fundamental quando se está perante stressores incontroláveis (Aldwin & Yancura, 2003).

A dimensão da atribuição de significado emerge da necessidade dos indivíduos procurarem significado e identificarem aspectos positivos para o problema com que se confrontam actualmente (Aldwin & Yancura, 2003; Resick, 2000c). De acordo com Resick (2000c) este tipo de estratégias permitirá prever e controlar eventos futuros,

sobretudo quando as atribuições de significado foram enquadradas em contextos amplos que facilitem a compreensão que as pessoa têm de si próprias e do mundo. Este tipo de estratégias parece ser muito importantes quando se está perante situações traumáticas e perante perdas ou outros stressores extremos inesperados. Já Janoff-Bulman (1992; cit. Resick, 2000c) reflectiu sobre a necessidade que os indivíduos, expostos ou não a situações traumáticas, têm de interpretar os acontecimentos de acordo com as ideias de benevolência sobre o mundo (considerar que há mais aspectos positivos do que negativos), significado do mundo (considerar-se que se tem controlo directo sobre o que acontece nas acções em que se está envolvido) e do *self* como valioso. Esta atribuição de significado é muito importante para a reorganização da estrutura cognitivo-comportamental existente, para a reavaliação e reinterpretção do acontecimento na vida no sentido de reorganizar os referenciais de vida (e.g. valores e crenças associadas a segurança, confiança, poder e controlo, auto-estima e intimidade) dos indivíduos (McCann, Sakheim, & Abrahamson, 1988; cit. Resick, 2000c) na medida em que as experiências, inclusive as experiências traumáticas, são percebidas e analisadas “contra um fundo de noções sobre o self e o mundo exterior” (Monteiro-Ferreira, 2003a, 2003b).

Outros artigos fazem referência ao *coping* activo e ao *coping* passivo (Norris, et al., 2002, Olf et al., 2005). Nas estratégias de *coping* activo incluem-se respostas como o confronto, luta e fuga, utilizadas perante stressores controláveis e evitáveis (Olf et al., 2005), bem como os pensamentos positivos e a gestão activa dos problemas (Norris et al., 2002). Nas estratégias passivas incluem-se respostas de imobilidade perante situações em que o evitamento e a fuga não são possíveis (Olf et al., 2005), bem como o evitamento, o isolamento social, consumo de álcool e outras substâncias, comportamentos auto-destrutivos, negação, auto-culpabilização, ruminação e descontrolo (Norris et al., 2002).

De acordo com Resick (2000c) as diferentes dimensões e estratégias de *coping* entrecruzam-se, no sentido de promover a melhor adaptação e ajustamento dos indivíduos às situações perturbadoras que identificam como problemáticas. Tal também reflecte a diversidade de estratégias que os indivíduos dispõem para gerir as situações.

Relativamente à eficácia das diferentes estratégias Folkman e Lazarus (1980) consideram mais adequado o *coping* activo e o centrado no problema quando se está perante situações de stress elevado, ainda que os indivíduos alternem entre respostas de confronto e evitamento ao problema. Como referem Aldwin e Yancura (2003), tal não invalida nem descredibiliza das estratégias centradas na emoção, que se sabe serem mais

consistentes ao longo do tempo, possibilitando que os indivíduos façam a gestão das situações e da expressão emocional.

Em situações traumáticas os processos de *coping* complexificam-se e podem mudar, especialmente se os indivíduos desenvolverem perturbação psicológica (e.g. PSPT), pelo que o processo de reconstrução da vida e do sentido da identidade pode prolongar-se durante anos (Lomranz, 1990; cit. Aldwin & Yancura, 2003) como se verificou num estudo com vítimas de rapto. No contexto das situações traumáticas, as estratégias activas e instrumentais tem sido associadas a uma boa adaptação enquanto as estratégias de *coping* passivo tem sido consideradas estratégias maladaptativas (Norris et al., 2002).

Burgess e Holstrom (1976) sugerem que nestas experiências traumáticas há três fases diferentes que elicitam diferentes estilos de *coping*. Essas três fases são a ameaça, o ataque propriamente dito e o momento imediatamente após o ataque. Na fase da ameaça consideram haver uma avaliação cognitiva direccionada para a natureza e severidade da ameaça, estratégias verbais e acção física. Na fase do ataque identificaram uma ampla variedade de estratégias de *coping*, entre as quais se encontram o *coping* centrado no problema, que inclui acção física (luta) bem como estratégias cognitivas e verbais. As estratégias centradas na emoção nesta fase incluem as respostas afectivas (chorar ou gritar), as defesas psicológicas (embotamento e dissociação) e reacções fisiológicas (urinar, vómitos). Na terceira fase, imediatamente após o ataque, as estratégias utilizadas incluem o solicitar a liberdade, tentar libertar-se e tentar alertar outras pessoas (procura de assistência social e apresentação de queixa nas autoridades).

Perante estes dados em relação ao tipo e caracterização das estratégias de *coping*, a investigação tem procurado analisar o papel e impacto destas na saúde física e psicológica. Na revisão de Shalev (1996) verifica-se que existe uma relação positiva entre o *coping* centrado nas emoções e a sintomatologia psiquiátrica a longo prazo. Deste modo, o *coping* desempenha um papel fundamental nos factores de risco pós-traumáticos que interferem com o desenvolvimento de PSPT. As estratégias utilizadas podem ser eficazes e ajustadas às exigências das situações mas, como vimos, também podem ser ineficazes.

Chung, Dennis, Easthope, Werrett e Farmer (2005) realizaram um estudo com 148 residentes expostos a acidentes de avião e de comboio e um grupo controlo de 90 pessoas não expostas a essas situações. Verificou-se que os participantes que residiam mais perto do local do acidente de avião utilizaram mais estratégias de *coping* de confronto,

autocontrolo, fuga-evitamento e reavaliação positiva do que os residentes que estavam mais próximos do local do acidente de comboio.

Uma outra equipa de investigação realizou um estudo com indivíduos expostos a situações traumáticas, tendo chegado a conclusões importantes sobre a relação do *coping* com o desenvolvimento de perturbação. Haden, Scarpa, Jones e Ollendick (2007), na investigação que envolveu estudantes universitários expostos a situações traumáticas de natureza diversificada (e.g. acidentes rodoviários, acidentes tecnológicos, crimes violentos, abuso na infância) concluíram que a percepção de perigo, o apoio social e o *coping* se correlacionaram e explicaram a variância da PSPT. Os estudantes com tendência para negar o acontecimento, os que participavam em actividades com o intuito de se distraírem e estarem ocupados e aqueles que consumiam álcool para lidar com a situação apresentavam mais PSPT.

A relação entre o *coping* e a perturbação psicológica após acidentes é uma dimensão que carece ainda de investigações, na medida em que estas escasseiam na literatura. Ainda assim procuraremos focar-nos nos poucos dados que existem e que foram recolhidos junto de vítimas directas de acidentes rodoviários.

***Coping*, acidentes rodoviários e PSPT**

As diferentes investigações realizadas sobre esta temática têm constatado que alguns estilos de *coping* se relacionam mais com o desenvolvimento de PSPT. Um estudo realizado com 85 vítimas de acidentes mostrou que existem diferenças estatisticamente significativas entre os estilos de *coping* e o funcionamento após o envolvimento no acidente, de tal forma que aqueles indivíduos que evidenciaram mais *coping* adaptativo reportaram menos sintomas de PSPT, menos ansiedade e menos depressão do que as vítimas que apresentaram estratégias de disfuncionais e de *distress* interpessoal (Beck et al., 2003) Assim, os indivíduos com estratégias mais adaptativas tinham menores níveis de perturbação emocional.

Se por um lado as estratégias de *coping* se relacionam com o funcionamento emocional e com o desenvolvimento de perturbação psicológica, alguns autores (Bryant & Harvey, 1995a; Harvey & Bryant, 1999b) também constataram que alguns estilos de *coping* predizem o desenvolvimento de PAS e PSPT. Um estudo em que participaram 62 vítimas de acidentes rodoviários mostrou que o *coping* de evitamento se correlacionou positivamente com a PAS (Harvey & Bryant, 1998b, 1999b). Uma outra investigação que envolveu 56 vítimas de acidentes rodoviários, mostrou que o estilo de *coping* de

evitamento emergiu como um importante preditor dos sintomas intrusivos de PSPT, explicando uma parte importante da variância dos sintomas de PSPT (Bryant & Harvey, 1995a).

O *coping* parece ser uma dimensão importante não apenas para o desenvolvimento de PSPT e o agravamento dos sintomas de PSPT, mas também para outras psicopatologias. Kivioja, Jensen e Lindgren (2005), no estudo em que participaram 96 vítimas de acidentes rodoviários com lesões físicas graves, verificaram que o *coping* se relacionou com a disfuncionalidade e incapacidade, intensificação das dores físicas, ansiedade e depressão.

Quando se consideram estudos comparativos entre indivíduos com e sem PSPT, os dados apontam para diferenças nos estilos de *coping* entre os grupos. A título de exemplo, Bryant, Marosszeky, Crooks, Baguley e Gurka (2000) constataram que os indivíduos que apresentaram PSPT recorriam mais a mais estratégias de *coping* de evitamento e emocionais do que os indivíduos sem PSPT.

Se as estratégias de *coping* que os indivíduos utilizam são importantes no desenvolvimento de PSPT, a percepção que os indivíduos têm sobre essas mesmas estratégias que *coping* também são importantes. Esta ideia foi demonstrada por Benight, Cieslak, Molton e Johnson (2008), através do estudo desenvolvido em vários períodos no tempo (7 dias, um e três meses após o acidente) com vítimas de acidentes rodoviários. Os dados revelaram que as mudanças na percepção do *coping* (de T1 para T2) predisseram a PSPT 3 meses após o envolvimento no acidente. Estes dados reflectem a importância e a necessidade de se implementarem estratégias de *coping* adequadas após os acidentes com vista à promoção do ajustamento psicológico pós-traumático.

Outros dados mostraram que os preditores de PSPT e a variância explicada diferem ao longo do tempo. O estudo de Jeavons (2000) desenvolvido com 72 vítimas de acidentes ilustra esta evolução pois constatou que o *coping* centrado nas emoções era um dos preditores significativos dos sintomas de PSPT. Na investigação da equipa de Mellman (2001) com vítimas de acidentes rodoviários e vítimas de assalto, constatou-se que a capacidade de reagir avaliada através de uma escala de avaliação de estratégias de *coping* contribuiu para explicar 34% da variância de PSPT avaliada 6 semanas após o acontecimento traumático.

Apesar das investigações sobre o *coping* em vítimas de acidentes rodoviários serem poucas, aquelas que analisam e reportam os dados constataram que as estratégias de *coping* desempenham um papel importante no desenvolvimento de perturbação

psicológica, sendo as estratégias de evitamento (Bryant & Harvey, 1995a) e emocionais (Bryant, Marosszky et al., 2000) as que mais se relacionam com a PSPT.

Apoio Social

O apoio social manifesta-se antes do acontecimento traumático e, à semelhança do *coping* e das cognições, reflecte os recursos pré-existentes, sabendo-se que em situações traumáticas o apoio social é protector no desenvolvimento de perturbação psicológica. Esta ideia foi desenvolvida em 1979 por Weiss (cit. Joseph et al., 1998) que considerou que o apoio social é influenciado pelo factor temporal, sendo numa fase da crise (imediatamente após a exposição traumática) definido como um apoio fundamental para o restabelecimento do equilíbrio. Nestas crises, definidas no espaço e no tempo, a ameaça é constante, pelo que, encontrar um “porto-seguro” se revela fundamental para o (re) equilíbrio quando as cognições sobre o mundo, sobre o próprio e o estado emocional estão abaladas.

Este assunto tem sido alvo de bastantes estudos, distinguindo-se diferentes correntes. Para uns o apoio social desenvolve-se e mantém-se ao longo do tempo, é anterior aos momentos de stress e aos acontecimentos traumáticos, e visa proteger as pessoas de resultados e consequências negativas. Faz então sentido que quanto maior o apoio social de que se dispõe, melhor seja a prevenção de efeitos negativos e indesejáveis na saúde. Numa outra perspectiva, o apoio social é relevante apenas em situações de stress elevado (cf. Resick, 2000c), particularmente nos acontecimentos traumáticos que envolvem perda. Nestes casos constata-se que o apoio social pode sofrer modificações relevantes marcadas pela perda de figuras importantes que integravam as redes de apoio pré-existentes.

Para além da importante função na gestão das reacções pós-trauma, o apoio social desempenha um papel relevante na recuperação. A resposta dos outros (familiares, amigos, colegas, equipa terapêutica, médicos) ao acontecimento traumático influencia a forma como as vítimas interpretam os acontecimentos, e o modo como partilham as suas experiências e reacções (Resick, 2000c). O apoio social também integra a quantidade e coesão das relações sociais, a força dos laços afectivos estabelecidos, a frequência dos contactos estabelecidos, a forma como o indivíduo percebe o seu sistema de apoio quanto à utilidade e prestação de cuidados básicos, se necessário (Bergman et al., 1990; cit. Serra, 2003). É pois de extrema importância saber que se tem o apoio de uma família e dos amigos, contribuindo para a significação que se vai fazer do acontecimento. Se estas

estruturas não existirem, ou forem disfuncionais, as vítimas dos acontecimentos traumáticos vão tentar ultrapassar tudo sozinhas, havendo os riscos associados ao isolamento social, como a ausência de interpretações e atribuição de significados alternativos. A procura de apoio social é apresentado por Guay, Billette e Marchand (2006) como uma estratégia activa para lidar com o stress, sendo o apoio social percebido ou recebido por outras pessoas significativas um factor que pode diminuir ou exacerbar os níveis de stress.

Perante estes dados, alguns autores consideram que o apoio social é uma estratégia de *coping* (Joseph et al., 1998) que visa de forma activa lidar com o stress, e em que o apoio social percebido ou recebido pode diminuir ou exacerbar os níveis de stress (Guay et al., 2006). Há ainda uma outra dimensão em que o individuo procura apoio emocional, ajuda concreta, conselhos e até procura justificar os comportamentos exibidos perante os outros (Thoits, 1986; cit. Aldwin & Yancura, 2003), continuando o apoio social a ser conceptualizado como mecanismo de *coping*.

Perante a diversidade de estratégias que os indivíduos podem adoptar, alguns autores procuraram sistematizar e categorizar os diferentes tipos de apoio social. Da revisão da literatura constata-se que o apoio emocional, o apoio informativo (, a presença de outros, o apoio instrumental, o apoio afectivo, o apoio perceptivo e o convívio social (são referências frequentes cuja importância para o adequado funcionamento e ajustamento dos indivíduos é de extrema relevância (cf. Resick, 2000c; Serra, 2003).

Numa breve análise destes tipos de apoio, verifica-se que o apoio emocional inclui relacionamentos e vínculos íntimos que demonstram confiança, levando a que o indivíduo se sinta desejado e parte integrante de um grupo desenvolvendo o sentido de pertença (Schaefer, Coyne, & Lazarus, 1982), sendo também possível a partilha e expressão de sentimentos a outras pessoas que se mostrem capazes de escutar empaticamente (Flannery, 1990; cit. Resick, 2000c). Também Serra (2003) corrobora estas ideias quando defende que o apoio emocional se refere aos sentimentos de apoio e segurança que o indivíduo pode receber.

No apoio informativo incluem-se ajudas directas de que se possa beneficiar, como por exemplo, apoios económicos ou outros bens (Schaefer et al., 1982). Este apoio integra aspectos mais práticos, nomeadamente os recursos e serviços onde se pode encontrar apoio e ajuda, ou informações sobre a forma de contactar ou localizar espaços destinados à prestação do apoio pretendido e necessário, tal como refere Flannery (1990;

cit. Resnick, 2000c). Este tipo de apoio inclui ainda as informações e conselhos que possam ser importantes no processo de tomada de decisão (Serra, 2003).

Relativamente ao apoio instrumental, as ideias dos autores complementam-se. Flannery (1990; cit. Resnick, 2000c) considera que este apoio integra medidas activas que ajudam as pessoas nas suas necessidades e na realização de tarefas que não possam desempenhar autonomamente, tais como o apoio na realização das tarefas domésticas, entre outras. Serra (2003) sintetiza a ideia, referindo que este tipo de apoio consiste no apoio concreto que o indivíduo recebe, em termos materiais e/ou de serviços.

Flannery (1990; cit. Resnick, 2000c) considerou ainda a presença de outros como um tipo de apoio social. Segundo este autor, a presença de outros pode por si só minimizar sentimentos de isolamento e aumentar a valorização dos acontecimentos do quotidiano, agindo-se em conformidade com o companheirismo social.

Para além destes, Serra (2003) ainda faz referência ao apoio afectivo, apoio perceptivo e ao convívio social. No apoio afectivo, que distingue do apoio emocional anteriormente apresentado, Serra (2003) inclui todo o apoio que faz com que uma pessoa se sinta aceite e estimada pelos outros independentemente das suas limitações, erros ou defeitos. O autor considera que o apoio perceptivo proporciona ao indivíduo a recontextualização e avaliação adequada da situação, atribuindo-lhe outro significado e estabelecendo objectivos mais realistas. Por fim., considera que o apoio de convívio social contempla as actividades de lazer ou culturais em que o indivíduo possa estar envolvido e o contacto com outras pessoas. Este tipo de apoio visa a redução da tensão, a diminuição de sentimentos e sensações de isolamento e o aumento da sensação de pertença a uma ou várias redes sociais

A utilização e adequado usufruto destes recursos, apoio social, estão associados com melhores resultados na saúde física e mental dos indivíduos. Esta relação tem sido alvo de muitas investigações, nomeadamente no que concerne os acontecimentos traumáticos. Neste contexto importa referir que não raras vezes a exposição a situações traumáticas implica a perda de entes queridos e uma diminuição no número e na qualidade das relações sociais estabelecidas.

Dados da meta-análise desenvolvida por Brewin, Andrews e Valentine (2000) sugerem que a severidade do acontecimento traumático, o stress do quotidiano e a perda de apoio social tem efeitos mais fortes no desenvolvimento de perturbação do que os factores de risco pré-traumáticos.

Tem-se verificado que os sobreviventes de situações traumáticas que percebem e avaliam o apoio social de que dispõem como inadequado tem risco acrescido de resultados negativos (Raphael & Wilson, 1993; cit. Haden et al., 2007) podendo revelar mais dificuldades de adaptação e mais dificuldades em reorganizar as redes de apoio social que, muitas vezes, foram alteradas após o acontecimento traumático. A perda de recursos, perda de apoio social e perda de optimismo após a exposição a acontecimentos traumáticos pode repercutir-se na auto-eficácia do *coping* percebida pelos indivíduos (Cieslak, Benight, & Lehman, 2008). Para além disso, os mesmos investigadores verificaram que se os indivíduos lidam com traumas anteriores com sucesso, as suas crenças sobre as capacidades de *coping* perante uma exposição e situação adversa mais recente tornam-se mais positivas, o que facilita a recuperação pós-traumática.

O apoio da família também pode ser fundamental para a partilha de experiências e da situação traumática, podendo desempenhar um papel fundamental na recuperação (Raphael & Wilson, 1993; cit. Haden et al., 2007) e na integração do acontecimento na história de vida da pessoa como um acontecimento isolado e do passado. Tal como descrevem McNally et al. (2003), o apoio social e familiar parece ser um factor multissetorial dado o papel desempenhado nos diferentes momentos, designadamente na monitorização e reacções pós-traumáticas, de tal forma que as pessoas expostas a situações traumáticas apresentam um elevado risco de desenvolverem perturbação psicológica (e.g. PSPT) quando o apoio social é baixo. Estes dados foram corroborados pela meta-análise de Ozer et al. (2003), constatando-se que quanto mais baixo for o apoio social após a exposição a situações traumáticas, maior é a probabilidade dos indivíduos apresentarem mais sintomas de PSPT e de outras perturbações.

Este é pois um tema que merece mais alguma atenção por parte da comunidade científica dada a relevância que tem para as funções sociais, familiares, profissionais, comunitárias e outras em que a pessoa se envolve antes e após a exposição e vivência de situações traumáticas.

Tal como temos vindo a referir, o apoio social é uma variável que parece estar associada com a manutenção e desenvolvimento de PSPT em vítimas de crimes (Andrews, Brewin, & Rose, 2003;), pessoas que experimentaram cancro de mama (Andrykowsky & Córdova, 1998) e veteranos de guerra (Schnurr, Lunney, & Sengupta, 2004). A qualidade do apoio social parece predizer o desenvolvimento de PSPT aos 3 meses em vítimas de agressão (Zoellner, Foa, & Bartholomew, 1999) e aos 6 meses em vítimas de crimes (Andrews et al., 2003).

O estudo de Andrews et al. (2003) que envolveu 157 vítimas de crime avaliadas um mês depois do acontecimento, permitiu concluir que as mulheres que relataram menor satisfação com o apoio dos amigos e da família, evidenciaram mais sintomas de PSPT. Segundo a equipa de investigação, o apoio social pode desempenhar um papel de mediador na relação entre o sexo e a PSPT. Outros estudos realizados com mulheres a quem foi diagnosticado cancro de mama mostraram que o número de stressores pré-traumáticos e o apoio social explicaram 55% da variância dos sintomas de PSPT e que quanto melhor fosse o apoio social menos eram sintomas de PSPT relatados (Andrykowsky & Córdova, 1998).

Quando se consideram os dados em relação a um dos acontecimentos traumáticos mais estudados, situações de guerra, verifica-se que os resultados são semelhantes. Na revisão efectuada por Resick (2000c) o autor relata alguns estudos em que se verificou que os indivíduos (veteranos de guerra) com maior apoio social relatavam menos sintomas de PSPT e depressão. Os indivíduos que tinham um baixo apoio social apresentaram mais frequentemente o diagnóstico de PSPT, ansiedade geral, consumo de álcool e depressão e o apoio social era um importante preditor do estado de saúde actual. Numa investigação mais recente que envolveu 482 veteranos de guerra, Schnurr et al. (2004) concluíram que a manutenção de PSPT estava associada com o baixo apoio social.

Face aos dados reportados, importa analisar o papel e a relação entre o apoio social e a perturbação psicológica nas vítimas directas dos acidentes rodoviários.

Apoio social, acidentes rodoviários e PSPT

Os estudos que analisam a relação entre o apoio social e o desenvolvimento de perturbação psicológica nas vítimas de acidentes rodoviários ainda são escassos, mas os poucos que existem parecem corroborar o descrito nos estudos realizados com outro tipo de população.

Haden et al. (2007) concluíram que o apoio social da família contribuiu para a diminuição dos sintomas de PSPT. Esta realidade tanto se verificou nas vítimas de acidentes rodoviários como nas vítimas de outras situações traumáticas (acidentes tecnológicos, desastres naturais, crimes violentos, experiências sexuais indesejadas, abuso na infância e relações abusivas) que participaram no estudo.

Blanchard, Hickling, Forneris et al. (1997) numa investigação que envolveu 145 vítimas de acidentes verificaram que efectivamente existe uma relação positiva entre a relação da vítima com a família próxima e o desenvolvimento de PSPT em que quanto

mais próxima e melhor for a relação com a família menos sintomas de perturbação as vítimas relatam. Um estudo mais recente desenvolvido com 60 vítimas de acidentes rodoviários com e sem PSPT (Coronas et al., 2008) mostrou que o grupo dos participantes com perturbação eram os que reportaram menor apoio social.

Também a análise do poder preditivo do apoio social para o desenvolvimento de perturbação psicológica foi estudado nas vítimas de acidentes. Os dados permitiram concluir que o baixo apoio social era um bom preditor para o desenvolvimento de PAS, duas a quatro semanas após o acidente (Holeva, Tarrier, & Wells, 2001) e de PSPT (Buckley et al., 1996) nomeadamente quatro a seis meses após o acidente (Holeva et al., 2001).

Estes dados sustentam a importância do apoio social e familiar na recuperação de situações traumáticas e na gestão dos sintomas de perturbação, comprovando que quanto menor o apoio social maior a probabilidade da perturbação psicológica se instalar e permanecer, perturbando e comprometendo o adequado funcionamento e ajustamento dos indivíduos à vida após a vivência da situação traumática.

Situação de Saúde

Na sequência dos acidentes as pessoas podem necessitar de cuidados médicos por diversas razões. Pode recorrer-se aos médicos por segurança, no sentido de se certificar de que não se sofreu qualquer lesão, ou para conhecer e tratar as lesões com que se ficou e procurar informações sobre os cuidados a ter, sejam eles temporários ou permanentes.

Na tentativa de propor uma operacionalização dos conceitos, Magalhães (1998) estabeleceu algumas diferenças entre lesões, sequelas lesionais, sequelas funcionais, sequelas situacionais e danos morais. As lesões resultam de um traumatismo, manifestam-se em alterações objectivas num ou mais órgãos da estrutura e funcionamento, que podem culminar em perda total dos mesmos. A sua manifestação pode ser imediata ou tardia, e pode constituir um estado temporário que evolui até ao estabelecimento das lesões. As sequelas lesionais são alterações orgânicas permanentes na estrutura anatómica ou funcional do órgão em que as lesões se mantêm relativamente estáveis. Quanto às sequelas funcionais, a investigadora supracitada refere que são alterações na capacidade física ou mental em função da idade, sexo e raça dos indivíduos. Estas surgem na sequência das sequelas lesionais e são influenciadas por factores pessoais e ambientais. Consideram-se sequelas situacionais (*handicaps*) quando há dificuldades, ou quando é impossível realizar gestos essenciais à participação na vida da

sociedade, na sequência de todas as sequelas referenciadas anteriormente. Por último, os danos morais, são os sentimentos experienciados pelos indivíduos perante o conjunto de sequelas, reflectindo-se sobre as mesmas num mecanismo de feedback.

A relação que se estabelece entre os acontecimentos traumáticos e a saúde pode ser conceptualizada sob diferentes ângulos, como referem Walker, Newman e Koss (2003): efeitos directos na saúde, comportamentos de risco para a saúde e somatização.

Constata-se que os acontecimentos traumáticos podem ter efeitos directos na saúde a curto prazo (lesões cerebrais, subnutrição, episódios de hipoxia ou anóxia que carecem de atenção médica imediata) e/ou repercussões a longo prazo, cujos riscos dependem do tipo de acontecimento vivenciado.

As investigações realizadas com vítimas de acidentes rodoviários têm-se confrontado e debruçado com algumas questões a nível da saúde física, nomeadamente sobre o tipo e variedade das lesões físicas. Sabe-se que as fracturas, paralisias, amputações e lesões neurológicas, são algumas das lesões que podem ocorrer na sequência dos acidentes rodoviários (Mayou et al., 2001). Para além destas lesões, Henriksson, Ostrom e Eriksson (2001), no estudo realizado com 474 vítimas fatais de acidentes, verificaram que cerca de metade dos indivíduos tinha morrido devido a lesões cerebrais (46%), lesões torácicas (26%), lesões raquidianas (9%) e lesões abdominais (2%).

A investigação tem mostrado que os acidentes rodoviários constituem uma das causas de lesões mais frequentes na comunidade em geral, como concluíram Mellman et al. (2001) na revisão efectuada.

Na Austrália, entre 1988 e 1996, os acidentes rodoviários foram uma das principais causas de morte das pessoas com idades compreendidas entre os 17 e 24 anos (Stevenson & Palamara, 2001). Neste intervalo de idades encontravam-se 1/3 dos condutores australianos, dos quais 32,1% sofreu lesões fatais, 36,8% necessitaram de ser hospitalizados e 33% procuraram tratamentos e cuidados médicos na sequência dos acidentes.

Uma investigação conduzida por Quinlan, Annest, Myers, Ryan e Hill (2004), baseada na consulta de ficheiros de entrada e diagnóstico hospitalar nos Estados Unidos, debruçou-se particularmente as lesões de pescoço (e.g. distensões, entorses) nos ocupantes de veículos envolvidos em acidentes. Concluiu-se que em 2002 cerca de 29,5 milhões de pessoas feridas entraram nas urgências hospitalares, das quais 3,2 milhões (11%) eram ocupantes dos veículos. Constatou-se ainda que 30,1% dos participantes

apresentavam lesões no pescoço, sobretudo as mulheres, independentemente da idade. Ainda assim, as lesões no pescoço foram representativas em ambos os sexos na faixa etária dos 20-24 anos. Nas crianças (pessoas com menos de 15 anos) e nos adultos com mais de 65 anos de idade esta lesão era menos frequente. O cinto de segurança, mais frequentemente utilizado por mulheres, tem sido associado ao elevado risco de entorses no pescoço em situações de colisão, como referiram Quinlan et al. (2004), o que, segundo os investigadores, contribui para explicar as diferenças encontradas entre os sexos.

Num outro estudo realizado com 57 crianças e jovens com idades compreendidas entre os 5 e 18 anos, quando avaliadas entre as 67^o e 96^o semana após o acidente, constatou-se que 19% continuava a apresentar problemas com as lesões físicas e 17 participantes apresentaram perda de cabelo desde o acidente (Gillies et al., 2003).

Na investigação portuguesa realizada por Magalhães (1998), as lesões que mais frequentemente se registaram foram as que afectaram os membros superiores e inferiores, o crânio e o pescoço, a ráquis e a medula, o tórax e o abdómen e, por fim, a face.

Para além das lesões já referenciadas e do aumento dos gastos com medicação inerentes à exposição, a investigação refere que algumas pessoas podem ficar com lesões a nível cerebral, cujas consequências podem ser evidentes, mesmo após decorrido um ano do acontecimento. Deste tipo de alterações destacam-se as alterações na personalidade e no desempenho cognitivo, com consequências e repercussões no desempenho das funções de execução, julgamento social e tomada de decisão (Mayou & Farmer, 2002).

Na sequência das lesões cerebrais há muitas vezes danos na memória ou perda dela, o que é bastante relevante na medida em que a manutenção do sentido de identidade ao longo do tempo, o sentido de continuidade e estabilidade temporal dependem dela (Hilgard, 1977; cit. Tillman, Nash, & Lerner, 1994). Por outro lado a identidade pessoal é um importante componente da memória.

Magalhães (1998) considera existirem alguns factores que influenciam o tipo de gravidade de lesões subsequentes a acidentes rodoviários ou outros. A intensidade do traumatismo, o mecanismo de ocorrência, factores pessoais, factores fisiológicos e factores patológicos, foram os aspectos enumerados como relevantes. Os factores ambientais, conjuntamente com os pessoais, podem determinar e influenciar as sequelas funcionais num sentido positivo ou negativo. Nos factores ambientais consideram-se as ajudas técnicas e humanas enquanto nos factores pessoais se integram o estado de saúde anterior, a motivação, o esforço pessoal de adaptação e outros. Ambos os factores são de extrema importância para o início e manutenção dos tratamentos necessários.

Como é fácil de compreender a sinistralidade rodoviária tem contribuído para aumentar a frequência e gravidade do dano corporal (Magalhães, 1998)

Apesar dos elevados custos dos acidentes rodoviários para a saúde e para os serviços de saúde, estes são uma área do conhecimento privilegiada para a detecção de situações de trauma e traumatismo. Os médicos e equipas de enfermagem que cuidam das vítimas dos acidentes rodoviários nos diferentes serviços hospitalares (urgência, neurocirurgia, cirurgia geral, plástica e reconstrutiva, ortopedia, serviços de recuperação e reabilitação) (Oliveira, 1993), constituem, na maioria dos casos, o primeiro auxílio de que as pessoas beneficiam e, possivelmente daquele de que mais carecem após os acidentes.

Segundo o estudo comunitário da Federação Europeia das Vítimas de Circulação (1995), após a exposição pessoal ou de algum familiar a acidentes que envolveram mortes ou invalidez de algumas vítimas, o consumo de psicotrópicos (tranquilizantes, soporíferos, tabaco, álcool e drogas) aumenta em todos os grupos estudados (vítimas sobreviventes, familiares de vítimas sobreviventes com alguma invalidez e familiares de vítimas que morreram).

A somatização é relevante quando se constata que a exposição ao trauma está associada com o desenvolvimento e manutenção de sintomas físicos inexplicáveis em termos médicos. Segundo Kroenke e Mangelsdorff (1989; cit. Walker et al., 2003) a somatização leva a uma utilização dos cuidados médicos primários de cerca de 80%, o que traduz o uso inadequado dos recursos clínicos.

Em suma, para além do impacto directo que as lesões provocadas por um acidente podem ter, o aumento de comportamentos de risco e as perturbações somatoformes podem implicar um aumento dos custos de saúde.

Dado o impacto e custos avultados relativamente à saúde, é fundamental que os profissionais e técnicos que lidam com as pessoas estejam sensibilizados para o impacto psicológico dos acidentes rodoviários, especialmente aqueles que sofrem danos físicos. Não se poderão descurar também o facto de os cuidadores e prestadores de cuidados de saúde a pessoas envolvidas em acontecimentos traumáticos desempenharem actividades de risco, que as vulnerabiliza e predispõe ao posterior desenvolvimento de perturbação.

Analisar as situações traumáticas sem que nos debrucemos sobre as consequências na saúde não fará muito sentido, pois de forma geral, quando se vive ou testemunham situações que colocam a vida (própria ou de outros) em causa, é difícil que não haja repercussões para a saúde física e psicológica. Apesar de poderem ocorrer mudanças a esse nível nos primeiros momentos (dias) após a situação, não significa que todos os

indivíduos desenvolvam perturbação psicológica e que todos fiquem com sequelas físicas, tal como temos vindo a referir.

Ainda assim os estudos tem demonstrado que na sequência da exposição a situações traumáticas os indivíduos utilizam e recorrem mais aos serviços de saúde. Num estudo realizado com indivíduos que assistiram a um incêndio grave na Holanda, Soeteman et al. (2006) concluíram que as vítimas com problemas psicológicos anteriores ao evento recorriam duas vezes mais aos serviços de saúde do que indivíduos sem problemas psicológicos anteriores. Assim, os custos com a saúde também aumentam, tanto para os indivíduos como para o estado.

A investigação tem procurado analisar a relação entre a situação de saúde e o desenvolvimento de PSPT após exposição a situações traumáticas.

Em veteranos de guerra verificou-se que os indivíduos com PSPT apresentaram pior situação de saúde (Benyamini & Solomon, 2005). Para além da situação de saúde, os veteranos com PSPT também recorreram mais vezes ao médico, reportaram mais faltas laborais, descreveram mais sintomas físicos e somáticos (Hoge, Terkapan, Castro, Messer, & Engel, 2007).

Situação de saúde, acidentes rodoviários e PSPT

A situação de saúde em vítimas de acidentes rodoviários e sua relação com o desenvolvimento de perturbação psicológica também tem sido estudada, apontando para dados similares aos encontrados nouro tipo de populações expostas a situações traumáticas.

Blanchard et al. (1995), no estudo desenvolvido com 98 vítimas de acidentes rodoviários avaliadas 1 a 4 meses após o acontecimento, verificaram que a situação de saúde se correlacionou com os sintomas de PSPT e conseguiu explicar uma parte significativa da variância dos sintomas de perturbação. O mesmo se verificou na investigação publicada em 1996, Blanchard, Hickling, Taylor et al. (1996), quatro meses após o acidente.

Uma investigação que envolveu 546 vítimas de acidentes, a equipa verificou que alguns factores cognitivos (ruminação, interpretação negativa da intrusão, supressão de pensamento), problemas de saúde e económicos explicaram 39% da variância dos sintomas de PSPT (3 anos) (Mayou, Ehlers, & Bryant, 2002). Assim, quando associada a outros factores, a situação de saúde explica os sintomas de PSPT 3 anos após o envolvimento em acidentes.

Outros autores verificaram que o funcionamento físico e o funcionamento psicossocial dos indivíduos envolvidos em acidentes rodoviários se relacionaram de forma diferente com o desenvolvimento de perturbação psicológica. Palyo e Beck (2005), que utilizaram o *sickness impact profile* para avaliar 183 indivíduos envolvidos em acidentes rodoviários no mês que antecedeu a avaliação, constataram que sintomas de PSPT não eram influenciados pelo funcionamento físico dos indivíduos.

Face a estes resultados e ao facto dos indicadores de saúde serem fundamentais para todos os que desempenham funções na área, também deveremos estar atentos a estas sequelas e limitações nas vítimas de acidentes rodoviários, uma vez que os estudos revelaram que a situação de saúde é fundamental para o (re)equilíbrio psicológico após a exposição e vivência de situações traumáticas.

Conclusão

Num trabalho recente Edwood Hahn, Olatunji e Williams (2009) sublinharam a necessidade de se desenvolver um modelo integrador que reflecta sobre os factores que vulnerabilizam ao desenvolvimento de perturbação e que analise as relações entre as diferentes variáveis, integrando os factores pré-traumáticos, peritraumáticos e pós-traumáticos para explicar o desenvolvimento de perturbação psicológica. Esta foi também a nossa opção neste capítulo, que procurou sistematizar os diferentes aspectos que podem contribuir para vulnerabilizar ou proteger os indivíduos expostos a situações potencialmente traumáticas.

Os dados da investigação em relação aos factores de risco para o desenvolvimento de PSPT em vítimas de acidentes rodoviários enfatizam dimensões que serão muito importantes para o presente estudo. Apesar de haver alguma heterogeneidade nos resultados, verificou-se que o sexo, a percepção de perigo, a dissociação peritraumática, a personalidade, os estilos de *coping*, o apoio social e a saúde podem ter um papel importante no desenvolvimento de PSPT em vítimas de situações traumáticas diversas. Face a algumas das controvérsias que ainda permanecem, os investigadores sensibilizam para a necessidade de continuar a realizar estudos para melhor se compreender o desenvolvimento de perturbação psicológica. O estudo que é apresentado na parte seguinte procura contribuir para melhor compreender os factores que estão associados a perturbação psicológica após exposição a acidentes rodoviários.

PARTE II
ESTUDO EMPÍRICO

CAPÍTULO V

OBJECTIVOS, HIPÓTESES E METODOLOGIA

Objectivos

O estudo do impacto psicológico, na saúde e económico dos acidentes rodoviários tem pautado a investigação internacional. Em Portugal este assunto é ainda embrionário, sobretudo quando nos reportamos ao impacto psicológico e na saúde que os acidentes podem ter nas vítimas.

A maioria dos estudos realizados com vítimas de acidentes rodoviários seguiu a metodologia dos estudos prospectivos (Mayou et al., 2002), de modo a identificar factores de risco e factores protectores para o desenvolvimento de sintomas físicos e psicológicos. Neste sentido as vítimas de acidentes são normalmente avaliadas repetidamente ao longo do tempo. Esta foi também a opção neste estudo, que tem como objectivo central identificar os factores de risco para o desenvolvimento de perturbação psicológica, designadamente PSPT, um ano após o acidente rodoviário. Apesar de esta ser uma área sobre a qual já existem alguns estudos realizados em outros países, em Portugal esta é ainda uma área sobre a qual a investigação não se debruçou, sobretudo sob a perspectiva longitudinal e da análise dos factores de risco para o desenvolvimento de perturbação psicológica ao longo do tempo.

Os participantes deste estudo, vítimas directas de acidentes rodoviários, estiveram hospitalizados devido às lesões graves que surgiram na sequência do acidente e foram avaliados em três momentos diferentes (dias após o acidente, quatro meses e um ano após a avaliação inicial) quanto a exposição adversa prévia, neuroticismo, reacção no momento do acidente, sintomas de Perturbação Aguda de Stress (momento 1) e Perturbação de Stress Pós-Traumático (momentos 2 e 3), psicopatologia geral, estado de saúde e ainda recursos como o apoio social e estratégias de *coping* (momentos 1, 2 e 3).

Sinteticamente, são objectivos centrais deste estudo:

1. Descrever as características dos acidentes em que estiveram envolvidos os participantes neste estudo e as suas respostas no momento do acidente;
2. Caracterizar o envolvimento em acidentes anteriores e a exposição a experiências adversas;

3. Descrever, em cada momento, o funcionamento psicológico das vítimas nas variáveis consideradas;
4. Analisar a evolução temporal de alguns dos sintomas;
5. Analisar os preditores de perturbação psicológica, designadamente de PAS, PSPT;

Apresentamos também alguns objectivos complementares:

1. Analisar as diferenças entre os sexos em relação aos sintomas de PAS, PSPT, psicopatologia geral, dissociação peritraumática e percepção de perigo;
2. Analisar as diferenças quanto à dissociação peritraumática, sintomas de PAS e PSPT e psicopatologia geral quando se considera a posição ocupada aquando do acidente (peão, passageiro, condutor);

Hipóteses

Aquando do acidente rodoviário, os participantes têm uma história de vida anterior, que pode integrar exposição a situações traumáticas. A história prévia de trauma emerge como um factor de risco para o desenvolvimento de PAS e PSPT (Barton et al., 1996; Blanchard et al., 1994; Blanchard, Hickling, Taylor et al., 1996; Brewin, Andrews, & Valentine, 2000). Nesse âmbito será expectável que a exposição a situações traumáticas anteriores ao acidente seja um preditor de PAS e PSPT.

A dissociação peritraumática tem sido considerada factor de risco para o desenvolvimento de posterior perturbação psicológica (Briere et al., 2005) e preditor importante de PSPT em populações expostas a diferentes situações traumáticas (Velden & Wittman, 2008); sendo que a dissociação peritraumática é o melhor preditor independente de PSPT (Ozer et al., 2003). Os estudos realizados com vítimas de acidentes rodoviários (Beck et al., 2006; Pires, 2005; Ursano, Fullerton, Epstein, & Crowley, 1999) concluíram que a dissociação é um preditor importante da PSPT.

Também a percepção de perigo aquando do acidente contribui para o desenvolvimento de PSPT, de tal forma que aqueles indivíduos que relatam maior percepção de perigo evidenciam mais perturbação (Freitas, 2009; Fujita & Nishida, 2008; Schnyder, Moergeli, Klaghofer et al., 2001). A percepção de perigo é um preditor

importante de PSPT (Fujita & Nishida, 2008; Murray et al., 2002; Pires, 2005; Wittman et al., 2006; Wrenger et al., 2008). Deste modo, esperamos que a percepção de perigo seja preditora de perturbação psicológica (PAS, da PSPT) nos diferentes momentos de avaliação.

A ocorrência de sintomas de PAS aumenta a probabilidade de se desenvolver PSPT (Buckley et al., 1996; Harvey & Bryant, 1998a), pelo que neste estudo esperamos que as vítimas que reportam mais sintomas de PAS sejam aquelas que também apresentam mais sintomas de PSPT nas avaliações subsequentes.

Vários estudos realizados com vítimas de acidentes rodoviários constataram que os sintomas iniciais de PSPT podem contribuir para explicar o diagnóstico posterior de PSPT (Blanchard & Hickling, 1997; Buckley et al., 1996). Neste sentido prevemos que os sintomas de PSPT quatro meses após o acidente sejam importantes preditores de sintomas de PSPT 12 meses após a experiência traumática.

Para além da PSPT, é frequente o desenvolvimento de outras psicopatologias nas vítimas de acidentes rodoviários (Ehring et al., 2006; Wrenger et al., 2008), entre as quais fobia a viagens, depressão, perturbação obsessivo-compulsiva e outras. A comorbilidade não é por isso uma situação rara em vítimas de acidentes (Kendall & Buys, 1999; Maes et al., 2000; Mayou et al., 1993) e parece contribuir para a manutenção da PSPT ao longo do tempo (O'Donnell et al., 2004, 2007). Face ao exposto, prevemos que as vítimas de acidentes rodoviários que reportam mais sintomas de PSPT sejam as que também apresentam mais sintomas de psicopatologia geral, sendo esta última, um preditor importante de PAS e PSPT.

Os estudos que enfatizam o papel dos factores de risco e de protecção pós-traumáticos para o desenvolvimento de perturbação psicológica têm destacado o papel do apoio social, das estratégias de *coping* e da situação de saúde. Alguns estudos demonstraram que quanto menor o apoio social mais sintomas de perturbação as vítimas de acidentes reportavam (Buckley et al., 1996; Coronas et al., 2008; Holeva et al., 2001). Estes dados foram corroborados por Haden et al. (2007) quando constataram que o apoio social da família contribuía para a diminuição dos sintomas de PSPT.

Se o apoio social é importante, as estratégias que os indivíduos adoptam para lidar com a situação traumática também o são. As estratégias de evitamento parecem correlacionar-se com os sintomas de PAS (Harvey & Bryant, 1999b) e de PSPT (Bryant, Marosszeky et al., 2000) e a adopção de estratégias de *coping* adaptativas estão

associadas com maior funcionalidade e menor perturbação psicológica (Beck et al., 2003).

Relativamente à situação de saúde, os investigadores têm verificado que quanto pior a situação de saúde das vítimas, mais sintomas de perturbação psicológica (designadamente PSPT) reportam (Blanchard et al., 1995), situação que se pode prolongar no tempo (Mayou et al., 1997).

Face ao exposto espera-se que estas variáveis (o apoio social, o *coping* e a situação de saúde) possam contribuir para explicar alguma da variância dos sintomas de PAS e PSPT) que as vítimas de acidentes rodoviários evidenciam.

Hipóteses Exploratórias

Como referem Norris et al. (2000), os acidentes rodoviários são mais frequentes nos homens do que nas mulheres, apesar de as mulheres terem tendência a evidenciar um risco aumentado de desenvolver perturbação, designadamente PAS e PSPT (Coronas et al., 2008; Fullerton et al., 2001) situação que parece prolongar-se no tempo (Bryant & Harvey, 2003). Os estudos realizados não enfatizam as diferenças existentes entre os sexos em relação à dissociação peritraumática, à percepção de perigo e à PAS. Os investigadores centram-se nas diferenças entre os sexos em relação à PSPT, verificando-se que as mulheres apresentam mais PSPT do que os homens (Fullerton et al., 2001). Face ao exposto, propomo-nos explorar as diferenças entre os sexos em relação à dissociação peritraumática, à percepção de perigo e à PAS.

No caso particular dos acidentes rodoviários, a posição ocupada aquando do acidente (e.g. peão, passageiro, condutor) parece ser relevante para o desenvolvimento de perturbação psicológica. Mayou et al. (2001) verificaram que os passageiros reportam mais perturbação que os condutores devido a diferenças na percepção do controlo do veículo, situação que se parece manter ao longo do tempo, na medida em que os passageiros apresentam mais PSPT mesmo quando decorrido um ano do acidente. Também os motociclistas emergem como um grupo de risco em relação às limitações físicas e problemas de saúde decorrentes do acidente (Mayou et al., 2001). Face a estes dados será esperado que se encontrem diferenças na percepção de perigo, na dissociação peritraumática, na PAS, PSPT e psicopatologia geral em função da posição ocupada nos veículos (peões, passageiros e condutores).

Relativamente ao neuroticismo, os dados dos estudos realizados com vítimas de acidentes rodoviários não são conclusivos. No estudo de Mayou et al. (1993) a PSPT não estava associada com neuroticismo, enquanto na investigação desenvolvida por Holeva e Tarrier (2001) o neuroticismo se revelou bom preditor de PSPT. Face a tal, e à sugestão dos investigadores em desenvolver mais estudos neste âmbito, procuramos explorar a relação entre o neuroticismo e os sintomas de PAS e PSPT sem tecer quaisquer considerações em relação ao sentido da mesma.

Método

Participantes

Este projecto foi desenvolvido com a participação de 101 vítimas directas de acidentes rodoviários. Na tabela 4 está descrita informação sócio-demográfica das vítimas que integraram o estudo. Estes participantes tinham idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos de idade (média de 33.16 anos; $DP= 13.14$), eram de ambos os sexos (75.2% homens e 24.8% mulheres), sendo mais de metade dos participantes solteiros (57.4%), seguidos dos casados (37.6%) e dos divorciados (5%).

Quando consideramos as habilitações literárias, verificou-se que os participantes apresentam níveis de escolaridade baixos, uma vez que 19.8% referiram ter entre um a quatro anos de escolaridade, 45.5% referiram ter entre cinco a nove anos de escolaridade, 21.8% frequentou a escola entre 10 a 12 anos e 12.9% referiram ter frequentado níveis de instrução superiores (bacharelatos, licenciaturas e mestrados). Em média os participantes frequentaram a escolaridade cerca de 8.83 anos ($DP=3.450$).

Tabela 4
Características sócio-demográficas das 101 vítimas de acidentes rodoviários

Características	Medidas		
	Média	Desvio Padrão (DP)	Mín – Máx
<i>Idade (anos)</i>	33.16	13.14	18 – 65
		N	%
Sexo			
Masculino		76	75.2
Feminino		25	24.8
Estado Civil			
Solteiro		58	57.4
Casado		38	37.6
Divorciado		5	5.0
Escolaridade			
1º - 4º Ano		20	19.8
5º - 9º Ano		46	45.5
10º - 12º Ano		22	21.8
Ensino médio / superior		9	8.9
Mestrado		4	4.0

Em relação à ocupação profissional (Tabela 5), verificou-se que a maioria dos participantes desempenha tarefas que têm associada a formação básica (60.4%), enquanto 21.8% desempenham tarefas de chefia e de nível superior, 5% são desempregados e 3% são estudantes.

Tabela 5
Nível profissional das 101 vítimas de acidente rodoviário segundo o índice de Graffar

	Nível profissional	N	%
1.	Directores de banco, directores técnicos de empresas, licenciados, engenheiros, profissionais com títulos universitários ou de escolas especiais e militares de alta patente.	6	5.9
2.	Chefes de secções administrativas ou de negócios de grandes empresas, subdirectores de bancos, peritos, técnicos e comerciantes	15	14.9
3.	Ajudantes técnicos, desenhadores, caixeiros, contra-mestres, oficiais de primeira, encarregados, capatazes e mestres de obra	1	1.0
4.	Ensino primário completo, motoristas, polícias, cozinheiros, etc. (operários especializados)	34	33.7
5.	Jornaleiros, ajudantes de cozinha, empregadas de limpeza, etc. (trabalhadores manuais ou operários não especializados)	27	26.7
6.	Reformados / aposentados	3	3.0
7.	Estudantes	10	9.9
8.	Desempregados	5	5.0

O quadro seguinte apresenta os dados relativos ao local onde foram recolhidos os dados, no que diz respeito às unidades de saúde e centros hospitalares (Tabela 6) da zona norte de Portugal.

Tabela 6
Unidades de saúde e hospitalares onde os dados foram recolhidos

	N	%
Centro Hospitalar do Nordeste (Bragança)	16	15.8
Hospital Geral de Santo António (Porto)	12	11.9
Hospital S. João (Porto)	29	28.7
Unidade de Saúde Local de Matosinhos	16	15.8
Hospital Militar (Porto)	3	3.0
Hospital S. Sebastião (Feira)	3	3.0
Hospital Vila Real	12	11.9
Hospital de Gaia	10	9.9

Os factores de inclusão neste estudo incluíram as vítimas terem mais de 18 anos de idade e na sequência do acidente necessitarem de atenção médica que exigiu internamento (o que corresponde a vítimas graves). Foram excluídas as vítimas com história de amnésia, lesões neurológicas e história de coma anterior ou inerente ao acidente em que estiveram envolvidos.

Instrumentos

Propomo-nos de seguida fazer uma descrição dos instrumentos utilizados, e o objectivo e momento da sua utilização (tabela 7). No âmbito da presente investigação, traduzimos um instrumento para avaliar a Perturbação Aguda de Stress, o Questionário de Avaliação de Perturbação Aguda de Stress, sobre o qual apresentamos as características psicométricas que encontramos em vítimas de acidentes rodoviários.

Tabela 7
Instrumentos utilizados, objectivos e momento de utilização

Instrumento	Objectivos	Av 1	Av 2	Av 3
Questionário Sócio-Demográfico e de caracterização da Experiência do Acidente (Pires & Maia, 2003, 2007)	Recolher dados sócio-demográficos, informações acerca do acidente, causas do acidente, percepção de perigo, informações clínicas e de saúde.	X		
Questionário de Experiências Dissociativas Peritraumáticas (QEDP) (Marmar, Weiss, & Metzler, 1997; adap. Maia, Horta-Moreira, & Fernandes, 2009)	Avaliar a presença de respostas dissociativas durante o acidente.	X		
Questionário de Avaliação de Perturbação Aguda de Stress (QAPAS) (Cardeña, Koopman, Classen, Waelde, & Spiegel, trad. Pires & Maia, 2007)	Avaliar sintomas de Perturbação Aguda de Stress	X		
Escala de Resposta ao Acontecimento Traumático – Versão Adultos (EARAT) (McIntyre, 1993)	Avaliar sintomas de PSPT.		X	X
Lista de Acontecimentos de Vida (LAV) (trad. Maia & Fernandes, 2002)	Identificar acontecimentos de vida potencialmente traumáticos vividos previamente	X	X	X
Brief Symptom Inventory (BSI) (Derogatis, 1975; Adap. Canavarro, 1999)	Avaliar psicopatologia geral	X	X	X
NEO-FFI (sub-escala de neuroticismo) (adap. Lima & Simões, 2000)	Avaliar a adaptação vs instabilidade emocional.	X	X	X
Ways of Coping Questionnaire (W.C.Q.) (Coyne, Aldwin & Lazarus, 1981; Adap. McIntyre, McIntyre & Redondo, 1999)	Identificar estratégias de coping	X	X	X
Escala de Apoio Social (Matos, & Ferreira, 1999)	Avaliar o grau de apoio social	X	X	X
Sickness Impact Profile (SIP) (Trad. McIntyre, McIntyre & Araújo-Soares, 2000 – versão experimental)	Avaliar o funcionamento físico e psicossocial após acidente	X	X	X

Questionário sócio-demográfico e de caracterização da experiência do acidente (Pires & Maia, 2003, 2007)

Este questionário foi construído com base na entrevista sobre acidentes de veículos motorizados de Blanchard e Hickling (1997) e integra várias partes. Na primeira parte, referente aos dados sócio-demográficos, foi incluída a idade, sexo, habilitações literárias, profissão e estado civil.

A segunda parte, história do acidente, integra questões relativas ao acidente (meio de transporte utilizado, questões relacionadas com o lugar ocupado na viatura, envolvimento de outras viaturas, presença de outras pessoas nos veículos e existência de outros feridos e/ou mortos.), questões relativas ao veículo (proprietário do veículo, idade do veículo, seguro do veículo) e ainda questões relacionadas com a causa do acidente, percepção de perigo e percepção de culpa e responsabilidade; e ainda ao auxílio, participação ao seguro, apoio psicológico e medicação.

Quanto à percepção da causa do acidente, procuramos analisar as causas humanas e as causas ambientais do acidente. Para avaliar as causas humanas incluímos seis questões que aludiram ao consumo de álcool, excesso de velocidade, distração do condutor, não cumprimento das regras, distração do condutor por algum dos passageiros e sono ou pouco descanso do condutor. Cada uma destas questões era avaliada em relação ao veículo onde seguia o participante e em relação a outro veículo potencialmente envolvido no acidente.

Para as causas ambientais consideramos três questões que apelavam às más condições atmosféricas, má sinalização da estrada e más condições da estrada.

No que se refere à avaliação de percepção de perigo, as oito questões colocadas avaliavam a ocorrência de encarceramento na viatura, impossibilidade de prestar auxílio e percepção de ouvir outras pessoas a gritar. Cada uma das situações identificadas recebia a pontuação de um ponto. As outras cinco dimensões foram originalmente avaliados através de questões de resposta tipo *Likert*, numa escala de cinco pontos (zero “nunca/nada”, um “muito pouco”, dois “mais ou menos”, três “bastante”, quatro “muito / sempre”) e abordavam o receio pela própria vida ou pela vida de outros, o medo de ficar com lesões e danos físicos, o medo de morrer e a quantificação geral da ameaça percebida durante o acidente. Estas questões foram recodificadas de modo que as

respostas assinalas com a opção “nunca/nada” e “muito pouco” foi atribuído zero e às restantes opções foi atribuído um ponto.

Neste sentido, o total destas oito questões foi convertido num “Índice de percepção se perigo”, obtido pelo somatório da pontuação obtida nas questões supracitadas. Este índice poderia variar entre zero e oito pontos e quanto maior o resultado obtido maior a percepção de perigo em relação ao acidente.

A culpa e responsabilidade foi outra área avaliada, com duas questões cotadas numa escala de três pontos, sendo atribuído um ponto para a opção “não”, um ponto para a opção “em parte” e dois pontos para a opção “sim”.

Em relação à recepção de primeiros-socorros, procurou-se analisar o tempo decorrido entre a ocorrência do acidente e a prestação do auxílio, identificando-se também quem prestou a ajuda. Nesta questão eram dadas como alternativas os Bombeiros, o INEM ou outras que os participantes teriam que especificar.

Perante a vivência desta situação, procuramos analisar se as vítimas iriam fazer participação ao seguro e se estariam a beneficiar de apoio psicológico. Para tal, recorremos a duas questões de resposta dicotómica (sim e não).

Relativamente ao consumo de medicação, procuramos através de duas questões dicotómicas (Sim / Não) saber se os participantes estavam a tomar algum psicofarmacológico antes do acidente e se após o acidente iniciaram este tipo de terapêutica.

Na terceira parte, incluímos algumas questões em relação à exposição anterior a acidentes rodoviários, nomeadamente o número de acidentes anteriores o facto de os participantes terem ou não ficado feridos nesses acidentes anteriores; a existência de outros feridos e o envolvimento de outros veículos nessas experiências anteriores.

Lista de acontecimentos de vida (Blake, Weathers, & Nagy, 1990, trad. de Maia & Fernandes, 2002)

O CAPS é uma entrevista clínica originalmente concebida por Blake et al. (1990) que permite estabelecer o diagnóstico de PSPT. Do instrumento original consta uma lista de acontecimentos de vida, que foi traduzida por Maia e Fernandes (2002). Foi esta a lista de acontecimentos de vida que utilizamos no nosso estudo.

Esta lista é constituída por 17 itens onde são apresentados alguns acontecimentos (e.g. incêndios, acidentes, violência, morte, entre outros). Cada um dos itens é avaliado numa escala de Likert de 5 pontos com a seguinte cotação: “aconteceu-me” (4 pontos),

“*vi acontecer*” (3 pontos), “*soube que aconteceu*” (2 pontos), “*não tenho a certeza*” (1 pontos) e “*não se aplica*” (0 pontos). Neste sentido, a cotação da escala pode variar entre 0 e 68 pontos, sendo que quanto maior a pontuação do indivíduo, maior a exposição a acontecimentos de vida adversos.

Questionário de experiências peritraumáticas (Marmar, Weiss, & Metzler, 1997; adap. Maia, Horta-Moreira, & Fernandes, 2009)

O questionário, que avalia as respostas dissociativas agudas no momento da exposição ao acontecimento traumático, é composto por 10 itens

Nas diferentes investigações realizadas pelos autores (e.g. Marmar et al., 1997) o questionário apresenta boa consistência interna (*alpha de cronbach* =.81), e está significativamente associado com medidas de respostas de stress traumático, com o grau de exposição ao stress e com outras medidas gerais de tendências dissociativas, mas não com outras medidas gerais de psicopatologia (Marmar et al., 1997).

Em Portugal o instrumento foi adaptado por Maia, Moreira e Fernandes (2009). A adaptação foi realizada com uma amostra de 170 bombeiros avaliados sobre a exposição a experiências traumáticas no âmbito da sua assistência a vítimas de acidentes rodoviários. As autoras verificaram que o *alpha de cronbach* da escala total é de .87, revelando por isso uma boa fiabilidade e a análise factorial efectuada aponta para a unidimensionalidade da escala, tal como já haviam sugerido os autores originais. A correlação desta escala com os sintomas de PSPT é $r = .45, p = .000$.

No nosso estudo utilizamos a versão adaptada para Portugal (Maia et al., 2009), constituída por 10 itens que avaliam as experiências dissociativas relacionadas com o acontecimento, cujas possibilidades de resposta se apresentam numa escala do tipo *Likert* de 5 pontos (1 = nada verdadeiro, 2 = um pouco verdadeiro, 3 = bastante verdadeiro, 4 = muito verdadeiro e 5 = muitíssimo verdadeiro). Deste modo os valores mínimos e máximo da escala variam entre 10 e 50 pontos. A cotação é efectuada considerando o valor contínuo em que quanto mais elevado o total obtido pelo somatório dos diferentes itens mais dissociação peritraumática.

No presente estudo verificamos que o instrumento apresenta uma boa consistência interna, sendo o *alpha de cronbach* de .81.

Questionário de avaliação da perturbação aguda de stress (Cardeña, Koopman, Classen, Waelde, & Spiegel, 2000; trad. Pires & Maia, 2007)

Este questionário avalia as respostas agudas de stress, ou seja, os sintomas psicológicos experienciados após a exposição a acontecimentos traumáticos, seguindo os critérios de diagnóstico do DSM-IV.

Este instrumento foi aplicado a diferentes populações (e.g. vítimas de incêndios, vítimas de abuso sexual, pessoal de emergência médica e vítimas de catástrofes) revelando em todos eles uma consistência interna que se situa entre .80 e .95 (Birmes et al., 2003; Koopman, Classen, & Spiegel, 1994). Os dados da análise psicométrica sugerem que o instrumento original apresenta boa validade de constructo, boa fiabilidade e validade discriminante e convergente (Cardeña & Spiegel, 2000).

No artigo referente à validação deste instrumento, composto por 20 itens (Cardeña, Koopman, Classen, Waelde, & Spiegel, 2000), verifica-se que as análises factoriais apenas incluíram 19 itens, o que os autores justificaram com um erro na redacção de um dos itens, o que motivou a sua não inclusão nas análises. No estudo conduzido com 187 bombeiros, os resultados das análises factoriais com rotação varimax e *loading* de .4 explicaram 56% da variância e permitiram identificar três subescalas: dissociação, reexperimentação e hiperactivação. Posteriormente os autores modificaram a escala, clarificando a questão retirada na versão anterior, e incluíram dois itens para avaliar o critério F da PAS (funcionamento), um item para perceber por quanto tempo os indivíduos evidenciaram os sintomas mais perturbadores e mais oito itens para avaliar melhor o evitamento (seis itens), a amnésia dissociativa (um item) e a reexperimentação (um item). Após esta (re)organização, a escala final ficou com 30 itens. Importa salientar que os itens incluídos foram integrados nas diferentes subescalas tendo por base os pressupostos teóricos. Os autores não reportaram quaisquer análises factoriais que incluam os 30 itens da escala, que apresentaram como sendo a versão final do instrumento.

Assim sendo, os autores referem que a escala com 30 itens contempla questões que avaliam os sintomas dissociativos (10 itens, a saber itens 20, 28, 4, 24, 3, 18, 10, 13, 16 e 25), a revivência do acontecimento traumático (seis itens, a saber, 6, 7, 15, 19, 23, 29), evitamento (seis itens, que são os itens 5, 11, 14, 17, 22, 30), activação (seis itens, a saber, itens 1, 2, 8, 12, 21, 27) e deterioração do funcionamento (dois itens, que são os itens 9 e 26) (Cardeña et al., 2000).

A resposta aos itens é feita numa escala de Likert de seis pontos, referindo-se à frequência com que os sintomas apresentados ocorreram. Assim, o indivíduo deve assinalar 0 (zero) se o sintoma nunca se verificou, 1 se aconteceu muito raramente, 2 para “raramente aconteceu”, 3 se “aconteceu algumas vezes”, 4 quando “aconteceu frequentemente” e 5 se “aconteceu muito frequentemente”. Cardeña et al. (2000) referem ainda que o instrumento pode ser cotado de forma dicotómica, isto é, as respostas entre zero e dois pontos recebem a cotação como zero e as respostas assinaladas entre três e cinco são cotadas como um, no sentido de facilitar o diagnóstico de PAS.

Alguns estudos utilizaram entretanto o SASRQ. Por exemplo Silver, Holman, McIntosh, Poulin e Gil-Rivas (2002) utilizaram o SASRQ com pessoas expostas aos atentados terroristas de 11 de Setembro de 2001, que cotaram de acordo com os critérios de diagnóstico da PAS apresentados no DSM-IV, tendo considerado que os participantes apresentavam PAS quando apresentavam três ou mais sintomas dissociativos, um ou mais sintomas de reexperimentação, um ou mais sintomas de evitamento e um ou mais sintomas de activação. Os grupos de sintomas foram estabelecidos de acordo com a cotação proposta por Cardeña et al. (2000) no artigo original.

Em 1999, Benight e Harper aplicaram o SASRQ, antes da publicação das suas normas por Cardeña e seus colaboradores (2000), a 46 sujeitos que estiveram envolvidos em incêndios e inundações. As análises de consistência interna revelaram que nos participantes expostos a situações de incêndio o *alpha de cronbach* foi de .93 e nas vítimas de inundações foi de .90.

Considerando as subescalas propostas pelos autores originais do instrumento, Difede et al. (2002) utilizaram o SASRQ num grupo de 83 doentes queimados e analisaram a consistência interna. Os participantes foram avaliados duas semanas após a hospitalização e seis meses mais tarde. Estes autores encontraram os seguintes valores: $\alpha=.79$ na sub-escala de dissociação, $\alpha=.85$ na sub-escala de reexperimentação, $\alpha=.78$ na sub-escala de evitamento e $\alpha=.70$ na sub-escala de activação.

Atendendo a que, tanto quanto sabemos, este instrumento nunca tinha sido utilizado em Portugal, procedemos à tradução e estudo das características psicométricas em vítimas de acidentes rodoviários.

Participantes

Para fazer a análises das características psicométricas do instrumento ele foi aplicado a 150 sujeitos vítimas de acidentes rodoviários (34 mulheres e 116 homens) em média com 34,07 anos ($DP=13,61$) que foram avaliados em média 5,6 dias após o acidente ($DP=4,82$). No que diz respeito ao estado civil, verificamos que a maioria dos participantes são solteiros (58,7%), 36,7% são casados e 4,7% são divorciados.

Relativamente à escolaridade verificou-se que em média os participantes frequentaram a escola durante 8,81 anos ($DP=3,45$), 18% tem uma escolaridade entre o 1º e o 4º ano, 46% possui escolaridade entre o 5º e 9º ano de escolaridade, 22,7% tem escolaridade entre o 10º e 12º ano, 13,3% possuem formação de nível superior (10% ensino médio/superior e 3,3% mestrado).

Quanto à situação profissional, segundo a classificação de Graffar, os dados mostram que 37,3% dos participantes possuem desempenham funções motoristas, polícias, cozinheiros, operários especializados, 25,1% desempenha funções compatíveis com a categoria de mandaretas, ajudantes, funções de limpeza e operários não especializados, 11,3% desempenham funções de chefia administrativa, subdirectão, técnicos, comerciantes, capatazes, mestres-de-obras, 8,7% dos participantes são estudantes, 7,3% desempenham funções de direcção e outras profissões que carecem de títulos universitários, militares de alta patente, 6,7% dos participantes são desempregados e 2,7% encontram-se na situação de reformados.

Procedimento

A tradução portuguesa do Questionário de Avaliação da Perturbação Aguda de Stress foi realizada por Pires e Maia (2007). Na tradução do instrumento foram seguidas as seguintes fases recomendadas por Hambleton (1994): (a) tradução da versão original para Português por dois investigadores de forma independente, procedendo-se a um mínimo de modificações, mantendo a estrutura da ordenação original dos itens e introduzindo-se apenas as alterações consideradas indispensáveis à facilitação da compreensão de acordo com a cultura portuguesa, nomeadamente em relação à equivalência semântica e de conteúdo; (b) a retroversão da versão portuguesa para o Inglês por pessoa nativa da língua Inglesa e sem contacto com a versão original; (c) análise comparativa da versão original com a retroversão, por um painel de peritos, no

sentido de avaliar potenciais incompatibilidades entre a versão original e a versão retrovertida e (d) aplicação do instrumento a indivíduos de nacionalidade Portuguesa, maiores de 18 anos, com diferentes graus de escolaridade, para realização de reflexão falada; (e) construção da versão final do instrumento.

Uma vez que aquando da avaliação de PAS os indivíduos se encontravam hospitalizadas, não nos pareceu adequado incluir os itens que avaliavam o funcionamento: “desde o acontecimento que tenho dificuldade em desempenhar as minhas funções no trabalho, ou outras que deveria fazer” (item 9) e “o acontecimento causou problemas no meu relacionamento com outras pessoas” (item 26). O item 9 foi eliminado por considerarmos que em contexto hospitalar as actividades laborais dos participantes estavam efectivamente comprometidas e em relação ao item 26 consideramos que os participantes também não podiam decidir e escolher com quem se relacionar ou não e em que momentos, pelo que o seu relacionamento com outras pessoas estaria efectivamente comprometido. Neste sentido a escala de avaliação utilizada neste estudo era composta por 28 itens.

Análise estatística dos itens do instrumento

A realização da análise convencional dos itens que compõem a escala implicou o estudo descritivo dos itens (Tabela 8). Esta análise permitiu identificar os índices de tendência central, dispersão e frequência para cada uma das porções de resposta. Os dados revelam uma preponderância na pontuação 1 (que corresponde à opção “aconteceu muito raramente”), sendo que o item 1 é aquele que apresenta um valor médio mais elevado e os itens 22, 23 e 30 são os que apresentam um valor médio mais baixo.

Tabela 8
Frequência das respostas agudas de stress das 150 vítimas (%)

	Itens	Média (DP)	Respostas ¹					
			0	1	2	3	4	5
1	Tive dificuldade em adormecer ou manter-me a dormir.	3.26 (1.82)	18.7	0	9.3	14.7	23.3	34.0
2	Senti-me agitado, inquieto.	3.09 (1.86)	20.0	4.0	6.0	17.3	22.7	30.0
3	Perdi a noção do tempo.	1.55 (1.77)	52.7	1.3	8.7	18.7	13.3	5.3
4	Senti que as minhas reacções ficaram mais lentas.	2.33 (1.89)	35.3	1.3	4.7	24.0	22.7	12.0
5	Tentei evitar sentir coisas relacionadas com o acidente.	2.10 (2.11)	46.7	2.0	3.3	8.7	21.3	18.0
6	Tive sonhos perturbadores (pesadelos) relacionados com o acidente.	1.24 (1.86)	66.0	1.3	4.0	11.3	6.0	11.3
7	Senti-me muito incomodado perante situações que me recordavam algum pormenor do acidente.	2.00 (2.01)	46.7	0.7	2.7	21.3	13.3	15.3
8	Fiquei assustado à mais pequena coisa.	.85 (1.55)	72.7	4.7	3.3	6.7	9.3	3.3
10	Deixei de me sentir eu mesmo.	1.67 (1.98)	54.0	3.3	5.3	7.3	19.3	10.7
11	Tentei evitar tarefas que me recordassem o acidente.	1.27 (1.96)	68.0	1.3	0.7	8.0	9.3	12.7
12	Senti-me hipervigilante ou nervoso.	2.33 (2.00)	36.7	4.0	4.7	18.0	18.0	18.7
13	Tive a sensação de ser estranho para mim mesmo.	1.43 (1.85)	56.0	6.7	4.0	15.3	7.3	10.7
14	Tentei evitar conversar sobre o acidente.	1.25 (1.74)	62.7	0.7	7.3	14.0	9.3	6.0
15	O meu corpo reagia quando algo me recordava o acidente.	1.55 (1.86)	54.0	2.7	8.0	15.3	10.0	10.0
16	Tive dificuldade em recordar detalhes importantes do acidente.	1.78 (1.96)	50.0	2.7	6.0	14.0	15.3	12.0
17	Tentei evitar pensar no acidente.	2.01 (2.16)	51.3	0	3.3	5.3	21.3	18.7
18	Via as coisas de maneira diferente daquela que eu sei que elas realmente são.	1.76 (1.96)	52.0	1.3	3.3	14.7	19.3	9.3
19	Lembrei-me repetidamente do acidente, mesmo contra a minha vontade.	1.75 (2.03)	54.7	0	4.7	8.7	20.0	12.0
20	Senti-me distante das minhas próprias emoções (anestesiado emocionalmente).	1.72 (1.81)	47.3	4.7	6.0	18.0	18.7	5.3
21	Senti-me irritado ou com episódios de raiva e fúria.	1.61 (1.78)	50.7	2.7	5.3	24.0	11.3	6.0
22	Evitei contactar e estar com pessoas que me recordavam o acidente.	0.39 (1.04)	86.0	2.0	3.3	4.7	4.0	0
23	Agi e senti-me como se o acidente estivesse novamente a acontecer.	0.73 (1.47)	78.7	0	4.0	8.7	4.7	4.0
24	A minha mente ficou “em branco”	1.08 (1.69)	68.0	1.3	6.0	9.3	10.0	5.3
25	Tive amnésia acerca de grande parte do acidente.	1.07 (1.79)	70.0	2.7	2.7	10.0	4.0	10.7
27	Tive dificuldade em concentrar-me.	1.45 (1.82)	56.7	2.0	8.7	12.7	12.7	7.3
28	Senti-me estranho e distante das outras pessoas.	1.01 (1.56)	66.7	4.7	3.3	14.0	9.3	2.0
29	Tive a nítida sensação de que o acidente se estava a repetir novamente.	0.56 (1.41)	84.7	0.7	1.3	4.7	4.0	4.7
30	Tentei afastar-me e evitar lugares que me recordavam o acidente.	0.89 (1.65)	74.7	0.7	6.7	5.3	4.7	8.0

¹ 0 – Nunca aconteceu; 1- Aconteceu muito raramente; 2- Raramente aconteceu; 3 – Aconteceu algumas vezes; 4 – Aconteceu frequentemente; 5- Aconteceu muito frequentemente;

Estudo da consistência interna do instrumento

Com os 28 itens da Escala que utilizamos, procedemos ao estudo das correlações dos itens com a escala total e à análise da consistência interna (tabela 9). Como podemos observar, ao contrário dos outros itens, o item 22 (“Evitei contactar e estar com pessoas que me recordavam o acidente.”) correlaciona-se com o total da escala de forma muito fraca ($r = .22$). Considerando o facto de estarmos a analisar os dados em relação a 150 vítimas de acidentes directos que se encontravam no hospital aquando da administração deste instrumento, parece-nos importante considerar que nesse contexto é difícil, senão impossível, as vítimas evitarem estar e contactar com pessoas que lhes recordam o acidente, nomeadamente familiares, equipa médica e de enfermagem, eventualmente agentes polícias e das seguradoras. Face a estes resultados, a sua contextualização e o facto do *alpha de cronbach* se manter se eliminado o item 22, optamos por retirar o referido item. Assim sendo, no total a escala permanece com 27 itens.

A fidelidade do instrumento com 27 itens nesta amostra ($N=150$) sugere um bom índice de consistência interna (*alfa de cronbach* = .93) para a escala total, apresentando todos os itens correlações superiores a .30 com o total da escala.

Tabela 9

Resultados da análise da consistência interna da escala de avaliação de respostas agudas de stress

Item	Correlação Item – Total	Alpha de Cronbach se item eliminado
1 Tive dificuldade em adormecer ou manter-me a dormir.	.472	.925
2 Senti-me agitado, inquieto.	.442	.925
3 Perdi a noção do tempo.	.540	.924
4 Senti que as minhas reacções ficaram mais lentas.	.458	.925
5 Tentei evitar sentir coisas relacionadas com o acidente.	.490	.925
6 Tive sonhos perturbadores (pesadelos) relacionados com o acidente.	.411	.926
7 Senti-me muito incomodado perante situações que me recordavam algum pormenor do acidente.	.616	.923
8 Fiquei assustado à mais pequena coisa.	.498	.925
10 Deixei de me sentir eu mesmo.	.505	.925
11 Tentei evitar tarefas que me recordassem o acidente.	.490	.925
12 Senti-me hipervigilante ou nervoso.	.638	.923
13 Tive a sensação de ser estranho para mim mesmo.	.616	.923
14 Tentei evitar conversar sobre o acidente.	.623	.923
15 O meu corpo reagia quando algo me recordava o acidente.	.683	.922
16 Tive dificuldade em recordar detalhes importantes do acidente.	.365	.927
17 Tentei evitar pensar no acidente.	.568	.924
18 Via as coisas de maneira diferente daquela que eu sei que elas realmente são.	.552	.924
19 Lembrei-me repetidamente do acidente, mesmo contra a minha vontade.	.602	.923
20 Senti-me distante das minhas próprias emoções (anestesiado emocionalmente).	.733	.921
21 Senti-me irritado ou com episódios de raiva e fúria.	.561	.924
23 Agi e senti-me como se o acidente estivesse novamente a acontecer.	.689	.922
24 A minha mente ficou “em branco”	.565	.924
25 Tive amnésia acerca de grande parte do acidente.	.340	.927
27 Tive dificuldade em concentrar-me.	.667	.922
28 Senti-me estranho e distante das outras pessoas.	.620	.923
29 Tive a nítida sensação de que o acidente se estava a repetir novamente.	.617	.923
30 Tentei afastar-me e evitar lugares que me recordavam o acidente.	.487	.925
Coefficiente Alpha de Cronbach		.927

Validade de constructo – análise factorial

A validade do construto foi estudada recorrendo à análise factorial. Para o efeito fez-se previamente o teste de *esfericidade de Bartlett* ($\chi^2 (435) = 2343,427, p < .000$) e o valor de *Kaiser-Meyer-Olkin* (.842), tendo-se verificado que estavam cumpridos os pressupostos para a concretização da análise factorial.

Seguindo o descrito por Cardeña et al. (2000) optou-se por uma análise factorial dos componentes principais com rotação *varimax* extraindo os factores com *loading* superior a .4.

Procuramos analisar a distribuição dos 19 itens que Cardeña et al. (2000) incluíram nas suas análises forçando a análise a três factores, tal como os autores. Os resultados não reproduziram o modelo original, tornando a sua interpretação impossível, uma vez que os itens não se organizaram segundo os três grupos de sintomas: dissociação, evitamento e reexperimentação (tabela 10)

Tabela 10
Análise factorial de componentes principais com rotação varimax a 3 factores (19 itens descritos na escala original)

	Factor		
	1	2	3
1 Tive dificuldade em adormecer ou manter-me a dormir.	.480		
2 Senti-me agitado, inquieto.	.509		
3 Perdi a noção do tempo.	.493		.511
4 Senti que as minhas reacções ficaram mais lentas.			
6 Tive sonhos perturbadores (pesadelos) relacionados com o acidente.	.732		
7 Senti-me muito incomodado perante situações que me recordavam algum pormenor do acidente.	.669		
10 Deixei de me sentir eu mesmo.		.708	
12 Senti-me hipervigilante ou nervoso.		.702	
13 Tive a sensação de ser estranho para mim mesmo.		.725	
15 O meu corpo reagia quando algo me recordava o acidente.	.738		
18 Via as coisas de maneira diferente daquela que eu sei que elas realmente são.		.741	
19 Lembrei-me repetidamente do acidente, mesmo contra a minha vontade.	.550	.477	
20 Senti-me distante das minhas próprias emoções (anestesiado emocionalmente).		.559	
21 Senti-me irritado ou com episódios de raiva e fúria.	.500	.404	
23 Agi e senti-me como se o acidente estivesse novamente a acontecer.	.503		
24 A minha mente ficou “em branco”			.734
25 Tive amnésia acerca de grande parte do acidente.			.869
27 Tive dificuldade em concentrar-me.	.606		
28 Senti-me estranho e distante das outras pessoas.		.586	

Estes dados revelam que alguns itens podem ser incluídos em dois factores, como sejam o item 19 e o item 21. Numa análise mais cuidada em relação aos itens que recaem sobre o primeiro factor verifica-se que se juntam alguns itens de activação e de reexperimentação. Relativamente ao segundo factor, encontramos itens referentes á activação, à reexperimentação, ao evitamento e à dissociação. Quando aos itens do terceiro factor verifica-se que este integra apenas três itens que apontam para sintomas de dissociação. Os itens não se distribuem pelos factores de forma similar à descrita por Cardeña e seus colaboradores (2000). Face a esta distribuição na organização dos itens pelos três factores esta solução não é interpretável.

Atendendo a que no instrumento original os autores acrescentaram nove itens, sendo dois teoricamente relacionados com o critério F do diagnóstico de PAS (funcionamento), cinco com o evitamento, um item com a amnésia dissociativa e um item com a reexperimentação; e considerando que a fundamentação teórica e o diagnóstico de PAS apontam para quatro grupos de sintomas (dissociação, evitamento, reexperimentação e activação), poderemos concluir que a versão final da Escala de Avaliação de PAS se poderia organizar em quatro factores.

Procedemos, por isso, às análises factoriais de componentes principais com rotação *varimax* e extracção *loading* a .4, forçando a 4 factores a distribuição dos 27 itens que constituem a escala total que utilizamos (Tabela 11).

Tabela 11
Análise factorial de componentes principais com rotação varimax a 4 factores (27 itens utilizados)

	Itens	Factor			
		1	2	3	4
1	Tive dificuldade em adormecer ou manter-me a dormir.	.688			
2	Senti-me agitado, inquieto.	.719			
3	Perdi a noção do tempo.	.635			
4	Senti que as minhas reacções ficaram mais lentas.	.428			
5	Tentei evitar sentir coisas relacionadas com o acidente.		.747		
6	Tive sonhos perturbadores (pesadelos) relacionados com o acidente.				-.459
7	Senti-me muito incomodado perante situações que me recordavam algum pormenor do acidente.		.554		
8	Fiquei assustado à mais pequena coisa.		.404	.474	
10	Deixei de me sentir eu mesmo.	.566			
11	Tentei evitar tarefas que me recordassem o acidente.		.573		
12	Senti-me hipervigilante ou nervoso.	.566		.431	
13	Tive a sensação de ser estranho para mim mesmo.	.576			
14	Tentei evitar conversar sobre o acidente.		.664		
15	O meu corpo reagia quando algo me recordava o acidente.		.602		
16	Tive dificuldade em recordar detalhes importantes do acidente.				.845
17	Tentei evitar pensar no acidente.		.873		
18	Via as coisas de maneira diferente daquela que eu sei que elas realmente são.			.447	
19	Lembrei-me repetidamente do acidente, mesmo contra a minha vontade.		.509	.420	
20	Senti-me distante das minhas próprias emoções (anestesiado emocionalmente).	.482	.528		
21	Senti-me irritado ou com episódios de raiva e fúria.		.449		
23	Agi e senti-me como se o acidente estivesse novamente a acontecer.			.742	
24	A minha mente ficou “em branco”			.445	.670
25	Tive amnésia acerca de grande parte do acidente.				.893
27	Tive dificuldade em concentrar-me.	.658			
28	Senti-me estranho e distante das outras pessoas.	.612			
29	Tive a nítida sensação de que o acidente se estava a repetir novamente.			.754	
30	Tentei afastar-me e evitar lugares que me recordavam o acidente.			.735	

Uma vez mais verificou-se que os resultados não reproduzem os resultados previstos pelos autores da escala (Cardeña et al., 2000), nem os pressupostos teóricos subjacentes à PAS.

Uma das explicações possíveis para as diferenças encontradas neste estudo e nas análises apresentadas por Cardeña et al. (2000) pode ser o facto de os participantes

serem diferentes. Enquanto Cardeña e seus colaboradores (2000) reportam dados em relação a bombeiros, neste estudo participaram vítimas directas de acidentes rodoviários.

Considerando que a escala final proposta por Cardeña et al. (2000) incluía quatro subescalas tendo por base os pressupostos teóricos, procedemos à análise da consistência interna de cada uma dessas subescalas na nossa amostra. Nestas análises não incluímos os itens 9, 22 e 26, pelas razões antes explicadas. Os dados da tabela 12 permitem verificar que as diferentes subescalas apresentam uma boa consistência interna, à semelhança do que já Difede et al. (2002) haviam verificado com pessoas queimadas.

Tabela 12
Consistência interna das subescalas definidas teoricamente (N=150 vítimas de acidentes rodoviários)

Subescala	Alpha de Cronbach
Sintomas dissociativos (item 20, 28, 4, 24, 3, 18, 10, 13, 16, 25)	.84
Sintomas de Revivência do acontecimento (item 6, 7, 15, 19, 23, 29)	.84
Sintomas de Evitamento (item 5, 11, 14, 17, 30)	.80
Sintomas de Activação (item 1, 2, 8, 12, 21, 27)	.78

Atendendo a que no nosso estudo pretendíamos utilizar um valor total da escala e não as suas subescalas, e que este total revela uma boa consistência interna, decidimos utilizar este instrumento com 27 itens para avaliar a PAS nos participantes deste estudo.

Na presente amostra de 150 indivíduos, verificou-se que na escala total (composta por 27 itens) os resultados variam entre 0 e 129 pontos, cuja média é igual a 43,33 ($DP=29,17$) e o *alpha de cronbach* revelou uma boa consistência interna ($\alpha=.93$) (Tabela 13)

Tabela 13
Dados descritivos e alpha de cronbach da versão portuguesa do questionário de avaliação de perturbação aguda de stress (N =150 vítimas de acidentes rodoviários)

	Média (DP)	Mín - Máx	Alpha de Cronbach
Resultados globais QAPAS	43.33 (29.17)	.00 – 129.00	.927

Para determinar o número de sujeitos com sintomas compatíveis com o diagnóstico de PAS de acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, cada sujeito tem de relatar pelo menos três sintomas de dissociação, um sintoma de evitamento, um sintoma de reexperimentação e um sintoma de activação. Atendendo a que este é um critério clínico, foram considerados os itens teoricamente integrantes de cada subescala.

Tal como se pode constatar na análise da tabela 14, verifica-se que 61.3% dos participantes apresentam três ou mais sintomas dissociativos, 68.7% apresenta um ou mais sintomas de evitamento, 64.7% relatam um ou mais sintomas de reexperimentação e 93,3% reportam um ou mais sintomas de activação.

Tabela 14
Frequência dos sintomas de PAS reportados pelas 150 vítimas de acidentes rodoviários

Subescala	%
Dissociação (≥ 3 sintomas)	61.3
Evitamento (≥ 1 sintoma)	68.7
Reexperimentação (≥ 1 sintoma)	64.7
Activação (≥ 1 sintoma)	93.3

Os dados também permitiram verificar que 29.3% dos participantes reúnem as condições necessárias ao diagnóstico de PAS.

Escala de avaliação de resposta ao acontecimento traumático (McIntyre, 1993).

A escala é constituída por duas partes, sendo a primeira parte descritiva e qualitativa, para caracterizar o acontecimento traumático e fazer uma avaliação do intervalo de tempo entre a ocorrência do acontecimento traumático e da avaliação. Neste agrupamento efectuamos algumas alterações no sentido de remeter os participantes para o acidente de que foram vítimas.

As restantes questões não foram alteradas, mantendo-se o instrumento original. A segunda parte desta escala avalia cada um dos critérios de diagnóstico de PSPT,

contendo 17 itens divididos em três partes. A primeira, *revivência do acontecimento traumático*, corresponde aos sintomas da intrusão (grupo B dos critérios de diagnóstico, segundo o DSM-IV) e inclui cinco itens. Segue-se a *resposta ao acontecimento*, que avalia respostas de evitamento/entorpecimento e engloba sete itens (grupo C dos critérios de diagnóstico do DSM-IV). Por último, o agrupamento que avalia *respostas prolongadas*, corresponde à activação / hipervigilância, remetendo para os sintomas neurovegetativos e contempla cinco itens (grupo D dos critérios de diagnóstico do DSM-IV). Todos estes itens têm respostas do tipo “Sim” ou “Não”.

As respostas à segunda parte da escala, com 17 itens, considera os critérios de diagnóstico do DSM e permitem fazer o diagnóstico de PSPT, às quais, segundo o DSM-IV (1994), o sujeito deve responder afirmativamente a pelo menos uma questão do agrupamento *vivência do acontecimento*, a pelo menos três questões do agrupamento *resposta ao acontecimento* e a pelo menos duas questões do agrupamento *respostas prolongadas*.

Pode ainda obter-se um total dos sintomas de PSPT, somando-se a pontuação obtida em todos os itens (no total 17), avaliando-se o total de sintomatologia de PSPT.

Os estudos de validação inicial desenvolvidos numa amostra de 150 adolescentes angolanos num cenário de guerra mostram que o instrumento apresenta uma boa validade. As subescalas que correspondem aos critérios 2 a 4 do diagnóstico do DSM-IV apresentam uma boa consistência interna (McIntyre & Ventura, 1996).

Num outro estudo realizado com 90 adolescentes vítimas de maltrato, encontrou-se um coeficiente de *alpha de cronbach* de .71, situando-se no limiar necessário para uma boa consistência interna. A análise factorial explica 60.30% da variância (Alberto, 1999). Um outro estudo realizado com 350 ex-combatentes da guerra colonial encontrou um *alpha de cronbach* de .96 (Maia, McIntyre, Pereira, & Ribeiro, 2010) e dados recolhidos junto de 70 elementos da GNR que participaram em acções de paz em Timor-Leste apresentam um *alpha de cronbach* de .74 (Melo, 2009). Face a estes resultados verifica-se que a Escala de Avaliação de Resposta ao Acontecimento Traumático revela uma boa consistência interna.

Na presente investigação esta escala foi utilizada em dois momentos de avaliação (quatro meses e um ano após o acidente).

A análise da consistência interna da escala total verificou que este instrumento apresenta muito boa consistência interna em ambos os momentos de avaliação (*alpha de cronbach* aos quatro meses foi de .87 e o *alpha de cronbach* na avaliação efectuada aos

12 meses foi de .92). Para definir os sujeitos que tinham PSPT utilizaram-se os critérios clínicos e os itens tal como definidos teoricamente: pelo menos um sintoma de reexperimentação, três sintomas de evitamento e dois sintomas de activação.

Brief symptom inventory (Derogatis, 1975; Adapt. Canavarro, 1999)

O *brief symptom inventory* (BSI), construído por Derogatis em 1982, avalia sintomas psicopatológicos sendo uma versão mais simples do *Symptom Check-List* (SCL-90) ao qual foram apontadas algumas limitações, designadamente o tempo que demorava a ser preenchido. Os estudos realizados mostraram que o BSI e o SCL-90 medem o mesmo constructo (cf. Canavarro, 1999, 2007).

Este instrumento pode ser utilizado com população clínica e não clínica, designadamente adolescentes com idade igual ou superior a 13 anos (Canavarro, 1999) em nove dimensões psicopatológicas: (1) somatização, (2) obsessões-compulsões, (3) sensibilidade interpessoal, (4) depressão, (5) ansiedade, (6) hostilidade, (7) ansiedade fóbica, (8) ideação paranóide, e (9) psicoticismo.

Em Portugal os estudos de adaptação realizados com população clínica e não clínica mostram que este instrumento permite diferenciar indivíduos emocionalmente perturbados de indivíduos sem perturbação emocional e que apresenta homogeneidade dos itens que constituem cada uma das sub-escalas, uma boa consistência interna na generalidade das sub-escalas (*alpha de cronbach* entre .7 e .8), excepto na ansiedade fóbica e psicoticismo, cujos valores de *alpha* são inferiores aos referidos, e revela boa estabilidade temporal (Canavarro, 1999, 2007).

Este inventário é preenchido de acordo com uma escala de *Likert* de cinco pontos, na qual os indivíduos se situam relativamente à ocorrência ou não dos sintomas apresentados na última semana. A pontuação é atribuída da seguinte forma: zero pontos para a opção “nunca”, um ponto quando assinala “poucas vezes”, dois pontos “algumas vezes”, três pontos “muitas vezes” e quatro pontos “muitíssimas vezes”.

Neste inventário pode-se calcular as pontuações das nove dimensões supracitadas, somando os valores obtidos nos itens de cada uma das dimensões. O total obtido deverá ser dividido pelo número de itens a que o indivíduo respondeu na dimensão a avaliar.

Podemos ainda calcular o *Índice Geral de Sintomas* (IGS), o *Total de Sintomas Positivos* (TSP) e o *Índice de Sintomas Positivos* (ISP). Para obter o IGS soma-se a pontuação de todos os itens e divide-se pelo número total de respostas a que o participante respondeu (estas devem ser 53 se não existirem respostas em branco). Para calcular o TSP contam-se os itens com resposta maior que zero, isto é, contabilizam-se os itens com resposta positiva. O ISP calcula-se dividindo a soma de todos os itens pelo TSP. Segundo Canavarro (1999) os resultados do ISP acima de 1.7 tem significado clínico.

No presente estudo encontramos diferentes valores de *alpha de cronbach* para a Escala nos diferentes momentos de avaliação. Os dados revelaram que na avaliação inicial (dias após o acidente) o *alpha de cronbach* é de .96, quatro meses após o acidente o *alpha de cronbach* = .99 e na avaliação efectuada 12 meses após o acidente o *alpha de cronbach* = .98. Estes resultados apontam para um boa consistência interna.

NEO-FFI (sub-escala de neuroticismo) (adapt. Lima & Simões, 2000)

O Inventário de Personalidade NEO-FFI tem a sua origem no Inventário de personalidade NEO-PI. Esse instrumento, construído por Costa e McCrae em 1978, era apenas constituído pelos domínios de neuroticismo, extroversão e Abertura à experiência, tendo sido integradas as restantes sub-escalas em 1990. Actualmente é um inventário que se encontra subdividido em cinco escalas ou domínios, a saber: Neuroticismo (N), Extroversão (E), Abertura à Experiência (O), Amabilidade (A) e Conscienciosidade (C) (Lima & Simões, 1995).

O inventário pode ser aplicado a sujeitos com mais de 17 anos de idade e a adaptação à população portuguesa revelou uma validade convergente adequada, com boa consistência interna (entre .83 e .90), boa validade e fidelidade (Lima & Simões, 1995)

Segundo os autores (Lima & Simões, 2000), a subescala de neuroticismo avalia a adaptação *versus* instabilidade emocional, identificando indivíduos preocupados, nervosos, emocionalmente inseguros, hipocondríacos, com propensão para descompensação emocional, ideias irrealistas, desejos e necessidades excessivas, e respostas de *coping* desadequadas. Assim, este domínio avalia a tendência dos

indivíduos experienciarem afectos negativos, designadamente tristeza, medo, embaraço, raiva, culpabilidade e repulsa.

Esta subescala é composta por 11 itens cujas respostas variam numa escala de Likert de cinco pontos. Atribuem-se zero pontos quando os indivíduos referem que “*discordo totalmente*”, um ponto a “*discordo*”, dois pontos a “*neutro*”, três pontos a “*concordo*” e quatro pontos quando “*concordo totalmente*”. Alguns itens da subescala de neuroticismo são cotados de forma invertida.

No que se refere à interpretação dos resultados da subescala de neuroticismo, verifica-se que os sujeitos com pontuações baixas são considerados emocionalmente estáveis, isto é, geralmente calmos, de humor constante, relaxados, seguros, satisfeitos consigo, capazes de lidar com situações de stress sem ficarem transtornados (Lima & Simões, 1995), de tal forma que quanto maior for o resultado obtido na subescala mais neuroticismo o indivíduo evidencia.

Os dados das análises de consistência interna (tabela 15) mostraram que no segundo momento de avaliação o *alpha de cronbach* não apresenta valores aceitáveis, mas que estes melhoram quando é eliminado o item 51, em que o *alpha* aumenta para .80. Eliminando o item 51, a escala de neuroticismo passa a apresentar um *alpha de cronbach* aceitável, pelo que optamos por eliminar o referido item em todas as análises no sentido de manter a uniformidade do instrumento utilizado.

Tabela 15
Consistência interna da escala de neuroticismo

	<i>Alpha de Cronbach</i>		
	Av 1	Av 2	Av 3
Neuroticismo	.75	.64	.89
Neuroticismo (eliminando item 51)	.71	.80	.87

Ways of Coping Questionnaire (Coyne, Aldwin & Lazarus, 1981; Adap. McIntyre, McIntyre & Redondo, 1999)

Este questionário foi elaborado com vista a “identificar o pensamento e acções que um indivíduo tenha implementado para lidar com uma determinada situação *stressante*” (Folkman & Lazarus, 1988).

Os estudos de validação deste instrumento com 171 mulheres estudantes de enfermagem (Parkes, 1984) revelam valores de *alpha de cronbach* de .89 na tendência geral para utilizar estratégias cognitivas e comportamentais (factor 1), .71 no *coping* directo (factor 2) e .56 no *coping* de supressão (factor 3). Os 29 itens da subescala de *coping* geral representam as estratégias cognitivas e comportamentais utilizadas perante situações perturbadoras. Os 22 itens que integram o *coping* directo apontam para estratégias mais racionais, centradas no problema. Os 12 itens que integram o *coping* de supressão apontam para estratégias que visam suprimir pensamentos relacionados com a situação em análise e inibição da acção.

A cotação das subescalas realiza-se de acordo com o seguinte:

Cálculo da subescala <i>coping</i> geral	Σ (itens 1 a 4) + (itens 6 a 21) + (itens 26 a 44)
Cálculo da subescala <i>coping</i> directo	Σ (itens 1 a 10) - Σ (itens 11 a 22)
Cálculo da subescala de <i>coping</i> de supressão	Σ (itens 22 a 29) - Σ (itens 30 a 33)

Deste modo, verifica-se que as subescalas do *coping* directo e de *coping* de supressão podem apresentar resultados negativos.

O estudo português de validação deste instrumento (McIntyre et al., 2003) evidenciou um *alpha de cronbach* de .88 para a Escala de *coping* geral e de .77 para a subescala de *coping* directo e de .62 para a subescala de *coping* de supressão. Os resultados de fidelidade seriam melhorados com a eliminação dos itens 14, 21, 25 e 29 da escala de *coping* geral, itens 14 e 21 da subescala *coping* directo, e dos itens 25 e 29 da subescala *coping* de supressão, mas os autores optaram por os manter e esperar novos dados com este instrumento.

No nosso estudo utilizamos a versão portuguesa do *ways of coping questionnaire* (WCQ) (McIntyre, McIntyre, & Redondo, 1999) constituída por 44 itens. As respostas, cotadas de acordo com o método proposto por Parkes (1984) assumem o valor “um” caso os itens sejam assinalados ou “zero” no caso dos itens não assinalados. A cotação foi realizada de acordo com o anteriormente descrito.

Os dados das análises de consistência interna (tabela 16) revelam que a subescala de *coping* geral apresenta um *alpha de cronbach* adequado nos diferentes momentos de avaliação. Relativamente à consistência interna das subescalas de *coping* directo e de *coping* de supressão verifica-se que na avaliação inicial os resultados não

são aceitáveis, mas esta não melhoraria com a eliminação de algum item. Perante tal, optamos por não utilizar nas análises os resultados do *coping* directo e do *coping* de supressão da avaliação inicial.

Tabela 16
Consistência interna das subescalas do WCQ

	<i>Alpha de Cronbach</i>		
	Av 1	Av 2	Av 3
<i>Coping</i> Geral	.80	.93	.93
<i>Coping</i> Directo	.63	.89	.90
<i>Coping</i> Supressão	.57	.71	.70

Escala de apoio social (Matos & Ferreira, 1999)

A Escala de Apoio Social (EAS) é uma escala de auto-resposta que mede o grau em que o indivíduo avalia o seu apoio social. Esta é uma escala que apresenta uma boa consistência interna (*alpha de cronbach* superior a .80), excelente estabilidade temporal e uma boa validade de constructo. O estudo de adaptação aponta para a existência de três factores que explicam 49.88% da variância total (Matos & Ferreira, 2000). Esses factores são o *apoio informativo*, o *apoio emocional* e o *apoio instrumental*, que apresentam uma boa consistência interna.

Este instrumento é constituído por 16 questões, avaliadas numa escala tipo *Likert* de cinco pontos. Na cotação da escala pode obter-se o total global, somando o valor atribuído a cada um dos itens, designadamente um ponto para a resposta “não concordo”, dois pontos para a opção “concordo pouco”, três pontos quando “concordo moderadamente”, quatro pontos nos casos em que “concordo muito” e cinco pontos quando “concordo muitíssimo”. Nos itens 2, 5, 12, 13, 14 e 16 a cotação deverá ser invertida, ou seja, cota-se um ponto quando a resposta é “concordo muitíssimo”, dois pontos para “concordo muito”, três pontos para “concordo moderadamente”, quatro pontos para “concordo pouco” e cinco pontos para “não concordo”.

Na presente investigação verifica-se que na avaliação inicial o *alpha de cronbach* é de .84, na avaliação efectuada aos quatro meses verifica-se que o *alpha de cronbach* é de .85 e na última avaliação efectuada, 12 meses após a avaliação inicial, verifica-se que o *alpha de cronbach* é de .87. Estes dados apontam para uma boa consistência interna.

Sickness impact profile (Bergner et al., 1976; Trad. McIntyre, McIntyre & Araújo-Soares, 2000 – versão experimental)

O *Sickness Impact Profile* (SIP) foi desenvolvido com o intuito de medir o estado de saúde das pessoas com doenças crónicas ou agudas. Assim, a doença é avaliada em relação ao seu impacto nas actividades e comportamentos diários do indivíduo.

Este questionário pode ser auto-administrado ou administrado pelo entrevistador, demorando aproximadamente 20 a 30 minutos a aplicar-se. A versão final do SIP é constituída por 136 itens, agrupados num total de 12 categorias: locomoção, cuidados pessoais e movimento, mobilidade, tarefas domésticas, actividades recreativas e passatempos, interacção social, emoções, alerta, sono e repouso, alimentação, comunicação e trabalho (Gouveia, 2004).

Estas categorias permitem avaliar duas dimensões: o funcionamento físico e o funcionamento psicossocial. As categorias que avaliam o funcionamento físico são a locomoção, mobilidade e cuidados pessoais e movimento. A dimensão psicossocial integra as categorias de interacção social, comunicação, emoções e alerta. As categorias de sono e repouso, alimentação, trabalho, tarefas domésticas e actividades recreativas e passatempos são comuns a ambas as categorias. Aquando da resposta ao instrumento deve ter-se em conta se o item se aplica à pessoa e, em caso afirmativo, se é devido ao estado de saúde. Se assim for o item deve ser cotado.

Em 2001, Pollard e Johnston apontaram alguns problemas a este instrumento: cotação incorrecta, natureza e significado dos resultados globais, ambiguidade dos itens, ordenação dos itens, extensão do questionário e a categoria “trabalho”. No sentido de minimizar alguns dos problema identificados as investigadoras sugeriram um noutra forma de cotação. Para se obter o total de cada categoria deve considerar-se o item assinalado pelo indivíduo como o mais elevado nessa categoria (somando-os) e posteriormente dividindo-se pelo número de categorias válidas (aquelas a que o indivíduo respondeu).

Relativamente à cotação podemos calcular as percentagens relativamente ao estado de saúde, variando a escala entre 0 e 100. Para esta cotação dividimos o valor assinalando em cada subescala pelo máximo da respectiva subescala, multiplicando cada resultado por 100. Através da soma destes resultados obtemos o valor em

percentagem que deveremos dividir pelo número de escalas a que o indivíduo respondeu. Esta foi a cotação utilizada no presente estudo, tendo-se realizado apenas a análise dos resultados totais do SIP.

Na investigação realizada por Gouveia (2004), onde utilizou a versão experimental do SIP traduzida para português por McIntyre, McIntyre e Soares (2000), procurou-se avaliar a validade e fidelidade do instrumento numa população de doentes. Esta versão é constituída por 127 itens que se distribuem por 11 categorias: locomoção, cuidados pessoais e movimento, mobilidade, tarefas domésticas, actividades recreativas e passatempos, actividades sociais, emoções, alerta, sono e repouso, alimentação e, comunicação. Para a avaliação da validade e fidelidade desta versão foram retiradas as categorias dos *cuidados pessoais e movimento*, e *comunicação*, pois os investigadores apenas incluíram itens cuja frequência de resposta foi igual ou superior a 5. Assim, o estudo de validade e fidelidade apenas integra as restantes nove categorias. Obteve-se um alfa global de .70, o que indica que o instrumento tem uma consistência interna adequada. As correlações de cada categoria com o total do SIP variam entre .11 e .69, à excepção da subescala da *alimentação* que apresenta uma correlação na ordem dos .20 com o total da escala. É de referir que o estudo que Gouveia (2004) desenvolveu foi com uma amostra de doentes com enfarte de miocárdio, que apresentam características muito peculiares inerentes à doença.

Na presente investigação apenas utilizamos o *score* total do SIP, as análises de consistência interna efectuadas na presente investigação revelaram uma boa consistência interna. Na avaliação inicial (dias após o acidente) obteve-se um *alpha de cronbach* igual a .71; na avaliação efectuada aos quatro meses o *alpha de cronbach* foi de .92 e na última avaliação o *alpha de cronbach* foi de .94.

Procedimento

Foram contactadas todas as instituições de saúde com serviços de internamento que recebem feridos decorrentes de acidentes na zona Norte de Portugal, mas alguns não aceitaram participar e de outros nunca obtivemos resposta. O Centro Hospitalar do Nordeste – Hospital de Bragança, Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro – Hospital de Vila Real, Hospital S. João, Centro Hospitalar do Porto – Hospital de Santo António, Unidade de Saúde Local de Matosinhos - Hospital Pedro Hispano, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho – Hospital de Vila Nova de Gaia, Centro

Hospitalar do entre o Douro e Vouga – Hospital S. Sebastião, Hospital Militar Regional Nº1 foram os que aceitaram participar e nos quais a recolha de dados teve lugar. Estes contactos iniciais foram estabelecidos com as Comissões de Ética e com os Directores dos Serviços de Ortopedia, Traumatologia e Cirurgia.

Após as autorizações das comissões de ética terem sido concedidas, acordamos os procedimentos a adoptar para contactarmos com as vítimas de acidentes rodoviários sem prejudicar o regular funcionamento dos serviços. Para este efeito houve também necessidade de ajustar os procedimentos com as diferentes equipas de enfermagem.

A recolha de dados decorreu em três momentos diferentes. No contacto inicial, os doentes / vítimas de acidentes foram abordados nas Unidades de saúde, Hospitais e Centros Hospitalares. Neste momento a investigadora expôs às vítimas e potenciais participantes os objectivos e pertinência do estudo em curso. Após esclarecidas as questões dos participantes recolheu-se o consentimento informado dos que aceitaram participar e procedeu-se à primeira avaliação. Os participantes foram informados dos dois momentos de avaliação subsequentes ao contacto inicial e todos acederam participar e colaborar nas avaliações posteriores, tendo fornecido o contacto telefónico.

A avaliação inicial decorreu em média 5,6 dias após o acidente, os participantes responderam ao Questionário Sócio-Demográfico, ao Questionário de Experiências Dissociativas Peritraumáticas (QEDP), ao Questionário de Avaliação de Perturbação Aguda de Stress (QAPAS), à Lista de Acontecimentos de Vida (LAV), ao *Brief Symptom Inventory* (BSI), à sub-escala de neuroticismo do NEO-FFI, à Escala de Apoio Social, ao *Ways of Coping Questionnaire* (W.C.Q.) e ao *Sickness Impact Profile* (SIP).

Devido às dificuldades e limitações que muitos participantes apresentaram na escrita devido a lesões nos membros superiores e outras associadas à postura, o preenchimento dos questionários foi concretizado com a ajuda da investigadora. Esta lia as questões e assinalava as respostas que os indivíduos referiam ser a sua opção.

No segundo e terceiro momentos de avaliação (4 meses e 1 ano após o contacto inicial) foram utilizados os seguintes instrumentos de avaliação: Escala de Avaliação da resposta ao Acontecimento Traumático (EARAT), Lista de Acontecimentos de Vida (LAV), *Brief Symptom Inventory* (BSI), subescala de neuroticismo do NEO-FFI, Escala de Apoio Social, *Ways of Coping Questionnaire* (W.C.Q.) e *Sickness Impact Profile* (SIP). Estes contactos foram estabelecidos através do telefone e mais uma vez a investigadora assegurou que as vítimas participavam no estudo de livre vontade,

questionando-os sobre esse facto. Nestas avaliações as questões também foram colocadas pela investigadora.

A recolha dos dados teve início em Março de 2008 e concluiu-se em Fevereiro de 2010. Perante tal, o nosso estudo é uma investigação de *design ex post facto*, uma vez que não houve manipulação de variáveis. Segundo Kiess e Bloomquist (1985) este tipo de investigação integra algo que é avaliado e estudado depois de um acontecimento específico ter ocorrido e ter sido experimentado pelos indivíduos. Ter estado directamente envolvido em acidentes rodoviários era condição *sine qua non* para participar neste estudo.

No sentido de evitar enviesamentos nos dados devido a variáveis relacionadas com a administração dos instrumentos, a investigadora foi sempre a mesma (a autora).

Análise dos dados

Para as análises estatísticas utilizou-se a versão 18.0 do SPSS.

A análise dos dados através da *Skewness*, da *Kurtosis* e do teste *Kolmogorov-Smirnov* verificou que nenhuma das variáveis apresenta uma distribuição normal. As tentativas de normalização da distribuição sugeridas por Field (2005) e Pestana e Gageiro (2003) não foram eficazes, uma vez que se verificou que os dados continuaram a não apresentar uma distribuição normal. Tal levou-nos a optar por estatística não paramétrica.

Para além dos dados descritivos, realizamos análises univariadas, nomeadamente análises correlacionais, e de comparação de médias. Realizamos também análises de medidas repetidas para averiguar a evolução dos sintomas.

Para as análises de medidas repetidas, de acordo com o descrito na literatura (Field, 2005; Pestana & Gageiro, 2003), quando cumpridos os pressupostos inerentes a normalidade da distribuição (dentro de cada grupo tem que haver uma distribuição normal), à homogeneidade da variância (pressupõem-se que a variância seja a mesma nos diferentes momentos de avaliação, recorrendo-se ao testes de Levine), ao intervalo dos dados (assumindo-se que as medidas escalares utilizadas apresentam os mesmos intervalos) e a independência (os dados de um participante não vão influenciar os dados e resultados dos outros participantes) pode recorrer-se a análises estatísticas paramétricas, designadamente a análises ANOVA para medidas repetidas.

Atendendo a que o pressuposto da normalidade da distribuição não foi cumprido, optamos pelos testes não-paramétricos, designadamente ao teste de *Friedman* para três ou mais amostras emparelhadas (Field, 2005; Pallant, 2001; Pestana & Gageiro, 2003).

Uma vez que os dados facultados pelo teste de *Friedman* não permitem identificar entre que momentos as diferenças ocorrem, realizamos testes *post-hoc*, designadamente o teste de *Wilcoxon*, tal como sugere Field (2005).

Para analisar as diferenças nas variáveis que apenas foram medidas em dois momentos, como os sintomas de PSPT, recorreremos aos testes *t* para amostras emparelhadas. Apesar de este ser um teste paramétrico, Field (2005) sugere que quando em cada um dos momentos de avaliação temos mais de 50 dados, pode optar-se por esta solução.

O teste de *Qui-Quadrado* foi utilizado para averiguar a associação entre ter ou não ter sintomas compatíveis com o diagnóstico de PSPT e os dois momentos de avaliação (quatro e 12 meses).

Para analisar as variáveis predictoras de PAS, PSPT e psicopatologia realizamos análises de regressão. Segundo Tabachnick e Fidell (2007) pode recorrer-se à regressão para investigar a relação entre a variável dependente e várias variáveis independentes, analisando-se a importância que cada variável independente tem na relação. Pode ainda a recorrer-se à regressão para analisar a relação existente entre a variável dependente e uma determinada variável independente quando eliminado o efeito de outra variável independente, para analisar o poder preditivo de diferentes variáveis independentes numa determinada variável dependente, e ainda para encontrar modelos que melhor possam predizer algum fenómeno.

Quando se efectuam análises de regressão simples, segundo Tabachnick e Fidell (2007), apenas se analisa o poder preditivo de cada uma das variáveis e não são incluídos os pontos de intercepção entre as variáveis. Quando se utiliza a análise de regressão múltipla é possível que uma determinada variável seja muito importante mas o seu poder preditivo (ou parte dele) já foi explicado por variáveis independentes incluídas anteriormente no modelo, uma vez que os pontos de intercepção das variáveis são considerados neste tipo de regressão sem que se verifique sobreposição.

Para tal foi necessário considerar alguns pressupostos. Relativamente à dimensão da amostra, Field (2005) sugere que para cada variável preditora devem

existir pelo menos entre 10 a 15 sujeitos enquanto Tabachnick e Fidell (2007) recorre à fórmula $N \geq 50 + 8m$ (em que m é o número de variáveis independentes).

As análises de regressão exigem a verificação de alguns pressupostos, designadamente a independência das observações, a ausência de multicolinearidade e a singularidade, a verificação dos outliers, a normalidade, linearidade, homocedasticidade e independência dos *residuals* (Field, 2005; Pallant, 2001). A independência das observações pretende garantir que os sujeitos não se influenciaram uns aos outros, sendo avaliada através do teste *Durbin-Watson*, cujos resultados devem variar entre um e três. A ausência de multicolinearidade e a singularidade pretendem assegurar que as variáveis independentes não têm correlações elevadas entre si e é analisado pelos dados das correlações simples (que não devem ultrapassar .90), pela *tolerance* e pelo *VIF* (*Variance Inflation Factor*). Quando se verifica que existe elevada multicolinearidade entre duas variáveis aumenta a probabilidade desta ser um bom preditor da variável dependente. Quando existem várias variáveis independentes, aquela que revela elevada multicolinearidade com a variável dependente pode explicar demasiada variância da variável dependente, sendo removido o poder preditivo das variáveis anteriores. Perante tal, Field (2005) sugere que a variável com elevada multicolinearidade seja removida da equação de preditores. Na análise dos *outliers* recorreremos aos resultados do *standardized residual*, cujo valor se deve inserir no intervalo compreendido entre 3 e -3, e através dos resultados do *Cook's D* que não deve ser superior a 1. Para os restantes pressupostos a análise cuidada dos gráficos é fundamental.

No presente estudo, como existem 101 sujeitos, poderemos utilizar até seis variáveis independentes. Considerando o exposto por Tabachnick e Fidell (2007), recorreremos a análises de regressão lineares simples para analisar o poder preditivo de cada uma das variáveis independentes em relação à variável dependente. Considerando o elevado número de variáveis, começamos por realizar regressões múltiplas com as variáveis independentes concorrentes da variável dependente em causa, isto é, com as variáveis que foram avaliadas no mesmo momento da variável dependente. Seguiram-se análises que incluíram as variáveis não concorrentes que se revelaram bons preditores independentes, através de análises de regressão múltipla hierárquica. Assim foi possível identificar aquelas que contribuía para explicar a variância da variável dependente, organizando-se os modelos de regressão. Estes modelos foram organizados tendo por base os resultados estatísticos, mas também os pressupostos teóricos.

CAPÍTULO VI
APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo focaliza-se nos resultados obtidos junto das vítimas dos acidentes rodoviários. Começaremos por fazer a análise descritiva dos dados relativamente à caracterização do acidente, percepção da causa do acidente, percepção de perigo aquando do acidente, percepção de culpa e responsabilidade, percepção de auxílio, participação do acidente ao seguro e apoio psicológico, exposição a acidentes anteriores, consumo de fármacos.

De seguida apresentamos os resultados das análises descritivas dos sintomas psicológicos e das dimensões psicossociais avaliadas nos diferentes momentos, designadamente no que se refere aos acontecimentos de vida anteriores, sintomas de dissociação peritraumática, sintomas de perturbação aguda de stress, sintomas de perturbação de stress pós-traumático, psicopatologia geral, características de neuroticismo, apoio social, estratégias de *coping* e situação de saúde.

No sentido de testar as hipóteses, referimos os critérios que contribuíram para fundamentar as análises estatísticas efectuadas, e apresentamos os resultados das análises inferenciais com vista ao seu teste.

De modo a melhor sistematizarmos a informação, apresentamos no final deste capítulo uma síntese dos resultados que se destacaram nesta investigação.

Análises Descritivas

Caracterização do Acidente e das Respostas das Vítimas no Momento do Acidente

A caracterização do acidente foi efectuada através da análise da informação recolhida no Questionário Sócio-Demográfico e Caracterização da Experiência do Acidente.

Os dados reportados na tabela 17 indicam que os participantes circulavam a pé (10.9%), em veículos não motorizados, tais como bicicletas (7.9%) e em veículos motorizados (81.2%). Verificou-se que 3% dos participantes que circulavam a pé foram atropelados na passadeira e 7.9% foram atropelados na rua.

Os veículos motorizados utilizados pelos participantes foram sobretudo as motos (42.6%), seguidos dos automóveis (10.7%) e de outros tipos de veículos motorizados (7.9%) designadamente camiões e moto 4. Destes participantes que seguiam em veículos motorizados, verificou-se que a maioria ocupava a posição de condutor do veículo (75.2%) enquanto 13.9% dos participantes ocupavam a posição de passageiro. Nos veículos, para além do próprio, verificou-se que em 24.8% dos casos circulavam outras pessoas (entre 1 e 8 pessoas) e em 59.4% dos casos estiveram envolvidos outros veículos no acidente. Dos acidentes que ocorreram com veículos motorizados e não motorizados verificou-se que em 54.9% dos casos as próprias vítimas eram as legítimas proprietárias dos veículos. Nos casos em que a propriedade dos veículos era de outros foram referidos familiares (10%), amigos (9.9%) e as empresas para as quais as vítimas trabalhavam (8.9%).

Apesar de se saber que os veículos motorizados devem ter seguro de acidentes para poderem circular legalmente na via pública, verificou-se que apenas 69.3% dos participantes que seguiam em veículos referiram que estes estavam devidamente segurados.

Quando analisamos a possibilidade de outras pessoas, para além do participante, terem ficado feridas na sequência do acidente, verificou-se que houve outros feridos em 26.9% dos casos, sendo que apenas 2% dos participantes referiram que as outras vítimas ficaram em piores condições físicas e de saúde. Na sequência do acidente, em 2% dos casos ocorreu a morte de outras pessoas.

Tabela 17
Características do acidente (N=101)

Características	N	%
Modo de circulação na via pública		
<i>A pé</i>	11	10.9
Atropelado na rua	8	7.9
Atropelado na passadeira	3	3.0
<i>Veículo Não motorizado</i>	8	7.9
<i>Veículo motorizado</i>	82	81.2
Mota	43	42.6
Automóvel	31	30.7
Outro	8	7.9
<i>Lugar ocupado no veículo</i>		
Condutor	76	75.2
Passageiro	14	13.9
Pessoas no veículo para além do próprio		
Nenhuma	65	64.4
de 1 a 8 pessoas	25	24.8
Envolvimento de mais veículos para além do próprio	60	59.4
Mais 1 veículo	58	57.4
Mais 2 veículos	2	2.0
Proprietário do veículo	60	59.4
Seguro do veículo regularizado	70	69.3
Outros feridos		
Ficaram melhor	25	24.8
Ficaram pior	2	2.0
Vítimas mortais	2	2.0

Percepção da causa do acidente

Relativamente às causas do acidente, procuramos analisar as causas que apontam para responsabilidade humana e as causas associadas a factores ambientais. Nas primeiras procuramos ainda verificar se estas estão associadas ao veículo em que o participante seguia ou se estariam associadas a outros veículos que estiveram envolvidos no acidente. Estas dimensões foram analisadas com base nas questões avaliadas com base na segunda parte do Questionário sócio-demográfico e de Caracterização da Experiência do Acidente

Numa análise dos dados das causas humanas (tabela 18), verificou-se que as causas mais frequentemente reportadas referiam a distração do condutor (34.7%), excesso de velocidade (29.8%) e não cumprimento das normas (20.8%). Ao focarmos as causas apontadas como inerentes ao comportamento do condutor e do veículo em que o participante seguia, verificou-se que o excesso de velocidade (14.9%), a distração do

condutor (13.9%) e o sono / pouco descanso do condutor (8.9%) foram as mais frequentes. Quando estamos atentos às causas humanas associadas ao outro veículo, destacaram-se a distração do condutor (20.8%), o não cumprimento das regras (20.8%) e o excesso de velocidade (14.9%). Na totalidade verificou-se que foram atribuídas mais causas humanas ao outro veículo (65.5%) do que ao próprio veículo ou àquele em que cada participante circulava aquando do acidente (42.7%).

Tabela 18
Causas humanas do acidente

Causa do Acidente	Próprio veículo		Outro Veículo		Total	
	N	%	N	%	N	%
Excesso de Álcool	5	5	4	4	9	9
Excesso de velocidade	15	14.9	15	14.9	30	29.8
Distracção do condutor	14	13.9	21	20.8	35	34.7
Não cumprimento das regras do condutor do...	0	0	21	20.8	21	20.8
Condutor distraído por algum dos passageiros do...	0	0	3	3	3	3
Sono, pouco descanso do condutor do...	9	8.9	1	1	19	9,9
TOTAL	43	42.7	65	64.5		

As causas ambientais (Tabela 19) mais referenciadas foram as más condições da estrada (9.9% dos participantes).

Tabela 19
Causas ambientais do acidente

Causas do acidente	N	%
Más condições atmosféricas	2	2
Má sinalização da estrada	2	2
Más condições da Estrada	10	9.9
TOTAL	14	13.9

Há ainda alguns participantes que referiram desconhecer as causas que estiveram na origem do acidente (5.9%) e 26.7% apontaram outras causas. De entre estas outras causas contam-se, por exemplo, o atravessamento de animais na via pública e problemas mecânicos nos veículos.

Avaliação da experiência do acidente e percepção de perigo

Os dados em relação às questões colocadas no âmbito das ocorrências durante o acidente (tabela 20) revelaram que 24.8% dos participantes disse ter ficado preso / encarcerado na viatura, 29.7% referiram ter ouvido pessoas a gritar e 82.2% disseram ter ficado incapaz de ajudar outras pessoas.

Verificou-se ainda que 18.8% dos participantes referiram ter temido muito pela sua vida, 21.8% assumiram ter temido bastante e muito pela vida de outras pessoas, 44.7% dos participantes teve muito receio de ficar seriamente ferido, 29.7% referiram ter tido bastante e muito medo de morrer e 62.4% considerou que a experiência do acidente foi bastante ou muito ameaçadora.

Tabela 20
Avaliação da experiência do acidente

Características	%				
	<i>Sim</i>		<i>Não</i>		
Ficou preso / encarcerado na viatura	24.8		75.2		
Ouviu pessoas a gritar	29.7		70.3		
Ficou incapaz de ajudar outras pessoas	82.2		17.8		
	<i>Nunca / nada</i>	<i>Muito pouco</i>	<i>Mais ou menos</i>	<i>Bastante</i>	<i>Muito / sempre</i>
Temeu pela sua vida	44.6	5.9	13.9	16.8	18.8
Temeu pela vida de outras pessoas	71.3	2	5	10.9	10.9
Temeu ficar seriamente ferido	5.9	6.9	10.9	31.7	44.6
Teve medo de morrer	53.5	3	13.9	9.9	19.8
Quão ameaçador foi o acidente	3	3	31.7	22.8	39.6

Tal como referimos na descrição do instrumento, calculamos um índice de percepção de perigo. Os dados (Tabela 21), mostraram que as respostas dos participantes têm como valor mínimo e máximo da percepção de perigo os três pontos e os oito pontos, sendo a média da percepção de perigo de 4.38 pontos (Desvio Padrão = 1.74).

Tabela 21
Dados descritivos do índice de percepção de perigo

	M (DP)	Min – Máx	95% IC
Percepção de Perigo	4.38 (1.74)	1.00 – 8.00	[4.03, 4.73]

Nota: IC = Intervalo de Confiança

Percepção de culpa e responsabilidade

Na análise da percepção de culpa e responsabilidade (tabela 22) verificou-se que a maioria dos participantes não se considerou culpado pelo acidente (62.3%) nem se considerou responsável (55.4%). No entanto 15.8% consideraram ser parcialmente culpados e 19.8% referiram ser parcialmente responsáveis.

Tabela 22

Culpa e responsabilidade percebida em relação ao acidente

	Sim		Em Parte		Não	
	N	%	N	%	N	%
Culpa	22	21.8	16	15.8	63	62.3
Responsabilidade	25	24.8	20	19.8	56	55.4

Percepção de auxílio

Relativamente à dimensão da percepção de auxílio (tabela 23), verificou-se que mais de metade dos participantes foi socorrido rapidamente, pois 55.4% referiram ter sido socorrido entre os 0 e os 10 minutos após o acidente. Salienta-se o facto de 18.8% dos participantes desconhecer o período de tempo que decorreu desde o acidente até ao momento em que foram socorridos.

O auxílio foi primordialmente prestado pelos bombeiros, como referiram 43.6% dos participantes; enquanto 22.8% foram socorridos pelo INEM e 25.7% foram socorridos por outras pessoas, designadamente por pessoas que passavam nas ruas e estavam nas imediações do local do acidente, pela Cruz Vermelha, por amigos, colegas e familiares, por outras pessoas que também estiveram envolvidas no acidente, mas que ficaram em melhores condições.

Tabela 23
Dados sobre o auxílio recebido

Características	N	%
Tempo decorrido até ter sido socorrido (minutos)		
Até 10	56	55.4
De 11 a 20	9	8.9
De 21 a 30	7	6.9
De 31 a 40	4	4
Mais de 41	6	6
Desconhece	19	18.8
Quem prestou o auxílio		
Bombeiros	44	43.6
INEM	23	22.8
Outros	26	25.7

Participação ao seguro e apoio psicológico

Os dados recolhidos mostraram que cerca de 69.7% dos participantes equacionava fazer participação aos seguros, enquanto 29.7% dos participantes referiram que não pensavam fazer a referida participação. Alguns participantes referiram ainda que não sabiam se iriam ou não fazer a participação às seguradoras (2%).

Quando sondamos os participantes sobre a possibilidade de terem beneficiado de apoio psicológico na sequência do acidente, os dados mostraram que apenas 9 indivíduos (8.9%) tinham beneficiado deste acompanhamento.

Consumo de medicação

O consumo de psicofarmacos anterior ao acidente foi referido por 28.7% dos participantes. Após o envolvimento em acidentes o consumo de psicofarmacos (antidepressivos e sedativo-hipnóticos) foi relatado por 89.1% dos participantes. Não se encontram diferenças estatisticamente significativas no consumo de psicofarmacos antes e após o acidente ($\chi^2_{(1)}=2.32, p=.128$).

Envolvimento em Acidentes Anteriores

Verificou-se que 57.4% dos participantes já estiveram envolvidos em acidentes rodoviários anteriores (tabela 24), de tal forma que 26.7% referiram ter tido um outro

acidente, 16.8% referiram ter estado envolvidos em dois acidentes anteriores e 5.9% dos participantes estiveram envolvidos em 3 ou mais acidentes. Na sequência dos acidentes anteriores 24.8% dos participantes referiram ter ficado ferido, 15.9% disseram que outras pessoas ficaram feridas e 35.6% disseram que estiveram envolvidos outros veículos nesses acidentes.

Tabela 24
Envolvimento em acidentes anteriores

Características	N	%
Acidentes anteriores	58	57.4
Nº acidentes anteriores		
1 Acidente	27	26.7
2 Acidentes	17	16.8
3 Acidentes	6	5.9
4 Acidentes	5	5
5 Acidentes	3	3
Ferimentos nos acidentes anteriores	25	24.8

Exposição a Experiências Adversas

Recolhemos juntos das vítimas de acidentes rodoviários informação em relação à exposição a situações de vida adversas. Para este efeito utilizamos a Lista de Acontecimentos de Vida (LAV). No primeiro momento de avaliação os indivíduos reportavam situações a que tinham sido expostos ao longo da vida. No segundo momento de avaliação os indivíduos reportavam-se a acontecimentos de vida a que tinham sido expostos entre as avaliações, ou seja referindo-se aos acontecimentos a que tinham sido expostos nos últimos quatro meses. No terceiro momento de avaliação as vítimas reportavam-se aos acontecimentos e experiências adversas de vida que tinham sido expostos desde a segunda avaliação, referindo-se por isso aos últimos oito meses.

Tabela 25
Dados descritivos dos acontecimentos de vida adversos no período que antecedeu os diferentes momentos de avaliação

LAV (av1)			LAV (av2)			LAV (av3)		
M (DP)	Mín – Máx	95% IC	M (DP)	Mín – Máx	95% IC	M (DP)	Mín – Máx	95% IC
20.82 (8.94)	4 – 41	[4.03, 4.72]	13.23 (8.80)	0 – 36	[19.06, 22.59]	16.93 (9.64)	0 - 29	[11.49, 14.98]
Friedman $\chi^2_{(2)} = 20.09, p = .000$								

Nota: LAV = Lista de Acontecimentos de Vida; IC = Intervalo de Confiança; av1 = avaliação inicial; av2= avaliação quatro meses; av3 = avaliação 12 meses.

A análise dos dados apresentados na tabela 25 mostra que os indivíduos referem ter estado, em média, expostos a mais situações e acontecimentos de vida adversos na primeira avaliação. Decorridos quatro meses (na segunda avaliação), e como seria de esperar, assiste-se a uma diminuição dos acontecimentos a que os indivíduos reportaram ter estado expostos e na terceira avaliação (oito meses depois) voltamos a assistir a um aumento da média de situações adversas a que os participantes estiveram expostos.

As análises estatísticas utilizando o teste de *Friedman* permitiram verificar que se assistiu a mudanças estatisticamente significativa nos acontecimentos de vida reportados entre as diferentes avaliações efectuadas ($\chi^2_{(2)}=20.09, p=.000$).

No sentido de identificarmos em relação a que momentos é que se encontram essas diferenças, realizamos o teste de *Wilcoxon 2x2* (Field, 2005). A análise dos dados revela que se assistem a diferenças estatisticamente significativas na média de acontecimento de vida reportados da primeira para a segunda avaliação ($Z = -5.88, p=.000$); e da primeira para a terceira avaliação ($Z = -3.53, p=.000$), bem como da segunda para a terceira avaliação ($Z = -2,94, p=.003$).

Sintomas

Dissociação peritraumática

Através da análise do Tabela 26, verificamos que são muitos os itens em que os indivíduos reportam como ”*muitíssimo verdadeiro*” ou “*muito verdadeiro*”.

Os dados mostraram que 48.5% dos participantes referiram como *muitíssimo verdadeiro* que o que estava a acontecer parecia irreal, um sonho ou um filme (item 4), 36.6% referiram que o sentido do tempo mudou (item 3), 30.7% escolheram a referida opção para referir que tiveram momentos de perda de consciência do que se passava (item 1), 21.8% consideraram ser *muitíssimo verdadeiro* que parecia que estavam em “piloto automático” (item 2), 15.8% dos participantes referiram ter ficado muito surpreendidos ao saber depois que tinham acontecido muitas coisas naquele momento de que não estavam conscientes (item 8), 14.8% referiram ter-se sentido desorientados, com momentos em que não tinham a certeza de onde estavam e que horas eram (item 10) e 13.9% relataram que sentiram como se as coisas que estavam a acontecer aos outros lhe estavam a acontecer a eles (item 7).

À questão “*senti-me confuso, isto é, houve momentos em que tive dificuldades em fazer sentido do que estava a acontecer*” 17.8% referiram ser “*muito verdadeiro*” e 17.8% referiram ser “*multíssimo verdadeiro*”.

Os participantes relataram ainda outras situações como “*muito verdadeiro*”, designadamente os 20.8% participantes que referiram que se sentiram como espectadores a ver o que estava a acontecer, como se estivessem a flutuar por cima da cena ou a observá-la de fora (item 5), 13.9% dos participantes disseram que houve momentos em que a percepção do corpo parecia distorcida ou alterada (item 6).

Tabela 26
Respostas dissociativas peritraumáticas aquando do acidente (%)

	Itens	Respostas				
		Nada verdadeiro	Um pouco verdadeiro	Bastante verdadeiro	Muito verdadeiro	Muitíssimo verdadeiro
1	Tive momentos de perda de consciência do que se passava – “Fiquei em branco” ou “atordoado” ou de alguma forma senti que não fazia parte do que se estava a passar	43.6	6.9	6.9	11.9	30.7
2	Parecia que estava em “piloto automático” – acabei por fazer coisas que mais tarde percebi que não tinha decidido	52.5	3.0	12.9	9.9	21.8
3	O meu sentido de tempo mudou – parecia que as coisas estavam a acontecer em câmara lenta	41.6	6.9	9.9	5.0	36.6
4	O que estava a acontecer parecia-me irreal – como se fosse um sonho ou se estivesse a ver um filme	32.7	4.0	4.0	10.9	48.5
5	Eu senti-me como se fosse um espectador a ver que me estava a acontecer, como se estivesse a flutuar por cima da cena ou a observá-la de fora	55.4	6.9	1.0	20.8	15.8
6	Houve momentos em que a percepção do meu próprio corpo parecia distorcida ou alterada – sentia-me desligado(a) do meu próprio corpo ou como se fosse maior ou mais pequeno do que o costume	62.4	10.9	2.0	13.9	10.9
7	Senti como se as coisas estavam a acontecer aos outros estivessem a acontecer a mim – por exemplo como eu estivesse preso(a) quando de facto não estava	65.3	6.9	4.0	9.9	13.9
8	Fiquei surpreendido(a) ao saber depois que tinham acontecido muitas coisas naquele momento de que eu não estava consciente, especialmente coisas em que eu normalmente teria reparado	50.5	5.9	12.9	14.9	15.8
9	Senti-me confuso(a), isto é, houve momentos em que tive dificuldades em fazer sentido do que estava a acontecer	55.4	5.0	4.0	17.8	17.8
10	Senti-me desorientado(a), isto é, houve momentos em que não tinha a certeza de onde estava ou de que horas eram	63.4	5.0	12.9	4.0	14.9

Verificou-se que as vítimas de acidentes rodoviários apresentaram um resultado médio de 24.65 pontos ($DP = 10,13$) no Questionário de Experiências Peritraumáticas e as respostas variaram entre os 10 e os 45 pontos (Tabela 27).

Tabela 27
Dados descritivos do questionário de experiências peritraumáticas

	M (DP)	Mín – Máx	95%
Dissociação Peritraumática	24.65 (10.13)	10 - 45	[12.64, 16.65]

Nota: IC = Intervalo de Confiança

Perturbação aguda de stress

Os dados das análises descritivas (tabela 28) permitiram verificar que foram referidos como muito frequentes as dificuldades em adormecer ou manter-se a dormir (item 1), reportado por 31.7% dos participantes; e o sentir-se agitado e inquieto (item 2) referido por 26.7%.

Face à opção dos sintomas terem ocorrido “*frequentemente*” destacaram-se as respostas de 26.7% das vítimas que referiram tentar evitar pensar no acidente (item 17), 25.7% dos participantes em relação ao sentir coisas relacionadas com o acidente (item 5) e 21.8% que reportaram que se lembravam repetidamente do acidente, mesmo contra a vontade (item 19) e que se sentiam distantes das próprias emoções (item 20).

Outros itens foram assinalados como tendo ocorrido “*algumas vezes*”. 28.7% dos participantes referiram que algumas vezes se sentiram incomodados perante situações que recordavam algum pormenor do acidente (item 7), 24.8% disseram que frequentemente sentiram que as suas reacções ficaram mais lentas (item 4) e 22.8% relataram que se sentiram hipervigilantes ou nervosos (item 12).

Tabela 28
Frequência das respostas agudas de stress das 101 vítimas (%)

	Itens	Respostas					
		0	1	2	3	4	5
1	Tive dificuldade em adormecer ou manter-me a dormir.	15.8	0	10.9	15.8	25.7	31.7
2	Senti-me agitado, inquieto.	21.8	4.0	6.9	14.9	25.7	26.7
3	Perdi a noção do tempo.	48.5	1.0	7.9	21.8	15.8	5.0
4	Senti que as minhas reacções ficaram mais lentas.	35.6	0	4.0	24.8	24.8	10.9
5	Tentei evitar sentir coisas relacionadas com o acidente.	42.6	1.0	3.0	6.9	25.7	20.8
6	Tive sonhos perturbadores (pesadelos) relacionados com o acidente.	61.4	1.0	5.0	12.9	7.9	11.9
7	Senti-me muito incomodado perante situações que me recordavam algum pormenor do acidente.	42.6	0	3.0	28.7	10.9	14.9
8	Fiquei assustado à mais pequena coisa.	71.3	3.0	3.0	8.9	10.9	3.0
10	Deixei de me sentir eu mesmo.	55.4	2.0	6.9	5.9	19.8	9.9
11	Tentei evitar tarefas que me recordassem o acidente.	70.3	0	1.0	10.9	5.9	11.9
12	Senti-me hipervigilante ou nervoso.	37.6	3.0	3.0	22.8	18.8	14.9
13	Tive a sensação de ser estranho para mim mesmo.	57.4	6.9	2.0	16.8	5.9	10.9
14	Tentei evitar conversar sobre o acidente.	59.4	1.0	5.9	16.8	12.9	4.0
15	O meu corpo reagia quando algo me recordava o acidente.	53.5	2.0	5.9	15.8	12.9	9.9
16	Tive dificuldade em recordar detalhes importantes do acidente.	47.5	2.0	5.0	16.8	19.8	8.9
17	Tentei evitar pensar no acidente.	46.5	0	2.0	5.9	26.7	18.8
18	Via as coisas de maneira diferente daquela que eu sei que elas realmente são.	46.5	0	5.0	19.8	19.8	8.9
19	Lembrei-me repetidamente do acidente, mesmo contra a minha vontade.	55.4	0	5.0	7.9	21.8	9.9
20	Senti-me distante das minhas próprias emoções (anestesiado emocionalmente).	43.6	5.0	5.0	18.8	21.8	5.9
21	Senti-me irritado ou com episódios de raiva e fúria.	50.5	3.0	5.0	19.8	14.9	6.9
23	Agi e senti-me como se o acidente estivesse novamente a acontecer.	75.2	0	5.9	9.9	5.9	3.0
24	A minha mente ficou “em branco”	66.3	1.0	5.0	9.9	13.9	4.0
25	Tive amnésia acerca de grande parte do acidente.	69.3	3.0	3.0	10.9	4.0	9.9
27	Tive dificuldade em concentrar-me.	55.4	2.0	10.9	10.9	14.9	5.9
28	Senti-me estranho e distante das outras pessoas.	67.3	3.0	3.0	14.9	10.9	1.0
29	Tive a nítida sensação de que o acidente se estava a repetir novamente.	85.1	1.0	2.0	5.0	4.0	3.0
30	Tentei afastar-me e evitar lugares que me recordavam o acidente.	72.3	1.0	8.9	5.9	6.9	5.0

Nota: 0 = nunca aconteceu; 1 = aconteceu muito raramente; 2 = aconteceu raramente; 3 = aconteceu algumas vezes; 4 = aconteceu frequentemente; 5 = aconteceu muito frequentemente.

Verifica-se que o resultado médio na Escala de Avaliação de Respostas Agudas de Stress (PAS) é de 44.75 pontos ($DP = 28.08$) (Tabela 29).

Tabela 29
Dados descritivos de PAS

	M (DP)	Mín – Máx	95% IC
QAPAS	44.75 (28.08)	3 - 129	39,21 – 50,30

Nota: IC = Intervalo de Confiança; QAPAS = Questionário de Avaliação de Perturbação Aguda de Stress

Considerando a cotação proposta por Cardeña e seus colaboradores (2000), os itens foram reconvertidos em valores de zero ou um ponto, tal como referido aquando da descrição do instrumento.

Através da análise da tabela 30 verifica-se que 66% dos participantes apresentam três ou mais sintomas dissociativos, 68% apresenta um ou mais sintomas de evitamento, 75% relatam um ou mais sintomas de reexperimentação e 95% reportam um ou mais sintomas de activação.

Tabela 30
Frequência dos sintomas de PAS reportados pelas 101 vítimas de acidentes rodoviários

Subescala	%
Dissociação (≥ 3 sintomas)	66
Evitamento (≥ 1 sintoma)	68
Reexperimentação (≥ 1 sintoma)	75
Activação (≥ 1 sintoma)	95

Atendendo a estes critérios, conclui-se que 32.7% dos participantes relata sintomas compatíveis com o diagnóstico de PAS.

Verificou-se também que dos participantes que inicialmente reuniam as condições necessárias ao diagnóstico de PAS, 22.8% reuniu as condições necessárias ao diagnóstico de PSPT quatro meses após o acidente e que 16.8% reunia estas condições 12 meses após o acontecimento. Alguns dos participantes que não reuniram as condições ao diagnóstico de PAS vieram a apresentar PSPT aos quatro meses (35.6%) e 12 meses (29.7%) após o acidente (Tabela 31).

Tabela 31
Evolução dos sintomas de PAS para PSPT

	Av1			Av 2		Av 3	
	N	%		N	%	N	%
Com PAS	33	32.7	Com PSPT	23	22.8	17	16.8
			Sem PSPT	32	31.7	38	37.6
Sem PAS	68	67.3	Com PSPT	36	35.6	30	29.7
			Sem PSPT	10	9.9	16	15.8

Nota: av1 = avaliação dias após o acidente; av2 = avaliação quatro meses; av3 = avaliação 12 meses.

Perturbação de stress pós-traumático

Tal como referimos no capítulo anterior, a PSPT foi avaliada aos quatro (avaliação dois) e aos 12 meses (avaliação três) com a Escala de Avaliação de Resposta ao Acontecimento Traumático. Este instrumento não foi utilizado na avaliação inicial uma vez que a PSPT apenas pode ser diagnosticada quatro semanas após a exposição à situação traumática.

Tabela 32
Dados descritivos de PSPT na segunda e terceira avaliação

M (DP)	PSPT (av2)		M (DP)	PSPT (av3)	
	Mín – Máx	95% IC		Mín – Máx	95% IC
8.82 (4.46)	0 -16	[7.94, 9.70]	7.51 (5.28)	0 - 17	[6.47, 8.56]

Nota: IC = Intervalo de Confiança; av2 = avaliação quatro meses; av3 = avaliação 12 meses.

A realização do teste *t* para amostras emparelhadas para aferir se existiam diferenças estatisticamente significativas nos sintomas de PSPT revelou que se assistiu a uma diminuição estatisticamente significativa nos sintomas do momento dois ($M = 8.82$; $DP = 4.46$) para o momento três ($M = 7.51$; $DP = 5.29$), pois $t_{(100)} = 2,425$, $p = .017$.

Dos 101 participantes que integraram a investigação verificou-se que na avaliação efectuada quatro meses após o acidente rodoviário 58,4% reunia as condições necessárias ao diagnóstico de PSPT (pelo menos um sintoma de revivência do acontecimento, pelo menos três sintomas de entorpecimento e pelo menos dois sintomas de hiperactivação). Na avaliação efectuada 12 meses depois do acidente rodoviário, 46,5% dos participantes reportaram sintomas necessários ao diagnóstico de PSPT. Tal como ilustram os resultados apresentados na Tabela 33, existem diferenças estatisticamente significativas no número de indivíduos que reúnem as condições para o diagnóstico de PSPT aos quatro meses e aos 12 meses ($\chi^2_{(1)} = 9.325, p < .05$).

Tabela 33
Frequência de sujeitos com sintomas compatíveis com o diagnóstico de PSPT na segunda e terceira avaliação e teste de Qui-Quadrado

Av2		Av3		Teste de Qui-Quadrado
N	%	N	%	
59	58.4	47	46.5	$\chi^2_{(1)} = 9.325, p = .002$

Nota: av2 = avaliação quatro meses; av3 = avaliação 12 meses.

Considerando que foram efectuadas duas avaliações de PSPT em momentos diferentes, pode analisar-se a evolução (manutenção, agravamento e remissão) ao longo do tempo.

Os dados apresentados na Tabela 34 mostram que dos 58.4% participantes que quatro meses após o acidente evidenciaram PSPT, quando avaliados 12 meses após o mesmo acontecimento, apenas 34.7% continuaram a reunir as condições necessárias ao referido diagnóstico da perturbação e em 23.8% dos casos os participantes não apresentaram as condições necessárias ao diagnóstico de PSPT, assistindo-se a uma remissão dos sintomas.

Outros indivíduos que aos quatro meses não reuniam as condições necessárias ao diagnóstico de PSPT (41.6%) passaram a apresentar 12 meses depois os sintomas necessários ao diagnóstico de PSPT total (11.8%), enquanto 29.7% continuaram a não reunir as condições necessárias ao diagnóstico de PSPT total.

Tabela 34
Evolução dos sintomas de PSPT da segunda para a terceira avaliação

	Av2		Av3		
	N	%	N	%	
Com PSPT	59	58,4	35	34.7	Continuaram com PSPT (manutenção)
			24	23.8	PSPT Remitiu
Sem PSPT	42	41,6	12	11.8	Passaram a ter PSPT
			30	29.7	Mantiveram-se sem PSPT

Nota: av2 = avaliação quatro meses; av3 = avaliação 12 meses.

Considerando que alguns autores consideram a possibilidade de definir PSPT parcial, analisamos os dados segundo a nomenclatura proposta por Lai, Chang, Connor, Lee, e Davidson (2004) (pelo menos um sintoma de reexperimentação, pelo menos um sintoma de evitamento e pelo menos um sintoma de activação). Quando excluídos os sujeitos com PSPT, verificou-se que na avaliação efectuada quatro meses após o acidente rodoviário 2% dos participantes apresentaram PSPT parcial enquanto aos 12 meses após o acidente esta percentagem foi de 31.7% (Tabela 35).

Tabela 35
Percentagem de PSPT parcial, entre os sujeitos que não cumpriram os critérios para PSPT (n=42 na primeira avaliação e n=54 na segunda avaliação)

	Av 2		Av 3	
	N	%	N	%
Com PSPT parcial	2	2	32	31.7
Sem PSPT Parcial	40	39.6	22	21.8

Nota: av2 = avaliação quatro meses; av3 = avaliação 12 meses.

Psicopatologia geral

Numa análise dos resultados obtidos pelos indivíduos nas diferentes subescalas e nos diferentes momentos, tal como podemos observar na tabela 36, verificou-se que na avaliação inicial os indivíduos revelam-se mais sintomáticos nas subescalas de somatização ($M = 6.09$, $DP = 5.36$), obsessão-compulsão ($M = 6.05$, $DP = 4.58$), ansiedade ($M = 5.86$, $DP = 4.86$) e depressão ($M = 5.52$, $DP = 4.74$); quando decorridos quatro meses da avaliação inicial os indivíduos reportaram mais sintomas de somatização ($M = 8.09$, $DP = 6.65$), ansiedade ($M = 6.75$, $DP = 6.18$), depressão ($M = 6.43$, $DP = 5.58$), obsessão-compulsão ($M = 6.31$, $DP = 5.87$) e ansiedade fóbica ($M = 5.09$, $DP = 4.76$); na avaliação efectuada 12 meses após a avaliação inicial verificou-se que os participantes reportaram mais sintomas de depressão ($M = 5.35$, $DP = 7.24$) e de obsessão-compulsão ($M = 5.18$, $DP = 7.45$).

Numa análise das alterações ao longo do tempo, a primeira constatação é da elevação dos sintomas aos quatro meses em quase todas as escalas. Os dados do teste de *Friedman* (tabela 36) mostram que houve alterações estatisticamente significativas em todas as dimensões avaliadas excepto na subescala da sensibilidade interpessoal.

Tabela 36

Média de sintomas no BSI nos três momentos de avaliação e resultados do teste de Friedman

Subescala	Av 1 M (DP)	Av 2 M (DP)	Av 3 M (DP)	Friedman
Somatização	6.09 (5.36)	8.09 (6.65)	4.47 (6.28)	$\chi^2_{(2)} = 32.03$. $p < .000$
Obsessão-Compulsão	6.05 (4.58)	6.31 (5.87)	5.18 (7.45)	$\chi^2_{(2)} = 19.199$. $p < .000$
Sensibilidade interpessoal	2.78 (2.97)	4.36 (4.87)	3.33 (4.63)	$\chi^2_{(2)} = 4.717$. n.s
Depressão	5.52 (4.74)	6.43 (5.58)	5.35 (7.24)	$\chi^2_{(2)} = 14.47$. $p < .001$
Ansiedade	5.86 (4.86)	6.75 (6.18)	4.70 (5.89)	$\chi^2_{(2)} = 15.93$. $p < .000$
Hostilidade	4.07 (3.58)	4.59 (4.60)	3.51 (4.71)	$\chi^2_{(2)} = 13.24$. $p < .001$
Ansiedade Fóbica	1.94 (2.42)	5.09 (4.76)	3.01 (4.18)	$\chi^2_{(2)} = 25.08$. $p < .000$
Ideação paranóide	4.16 (3.17)	4.20 (5.44)	3.55 (4.82)	$\chi^2_{(2)} = 6.14$. $p < .05$
Psicoticismo	3.02 (3.83)	4.43 (4.35)	4.13 (5.47)	$\chi^2_{(2)} = 7.592$. $p < .05$
Psicopatologia Geral	.67 (.59)	1.04 (.95)	.76 (.96)	$\chi^2_{(2)} = 21.86$. $p < .000$

Nota: Av1 = avaliação dias após o acidente; Av2 = avaliação quatro meses; Av3 = avaliação 12 meses.

O índice geral de sintomas (IGS) (Tabela 36) tem a média de .67 ($DP = .59$) no primeiro momento de avaliação, de 1.04 ($DP = .95$) quando avaliados quatro meses e de .76 ($DP = .96$) na avaliação efectuada 12 meses depois do acidente. Os dados revelaram

ainda que ocorreram mudanças estatisticamente significativas de uns momentos de avaliação para os outros em relação ao IGS ($\chi^2_{(2)} = 21.86, p < .000$).

Quanto às diferenças entre os diferentes momentos, através do teste de *Wilcoxon*, verificou-se que os resultados não são significativos em relação às diferenças da avaliação inicial para a avaliação aos quatro meses ($Z = -1.33, p = .183$), nem quando se considerou o IGS da avaliação inicial e da avaliação efectuada 12 meses após o acidente ($Z = -1.54, p = .123$). Apenas se assistem a mudanças estatisticamente significativas no IGS da segunda avaliação (quatro meses) para a terceira (12 meses) em que $Z = -4.05, p = .000$.

Quando se consideram os resultados do Índice de Sintomas Positivos (ISP) com significado clínico (acima de 1.7), verifica-se que na avaliação inicial o número de sujeitos cuja psicopatologia atinge os valores clínicos é de 72.3%, quatro meses após o acidente corresponde a 84.2% dos participantes e 12 meses após o acidente 50.5% relatam sintomas com significado clínico.

Neuroticismo

Relativamente aos sintomas de neuroticismo, as vítimas apresentam na avaliação inicial um resultado médio de 17.14 ($DP = 5.18$), na avaliação efectuada quatro meses após o acidente o resultado médio de neuroticismo é de 15.81 ($DP = 5.79$) e na avaliação final o resultado médio é de 15.38 ($DP = 9.81$) (tabela 37).

Quando verificamos se existiram diferenças significativas nas características de neuroticismo reportadas pelos participantes nos diferentes momentos de avaliação, através do teste de *Friedman* verificou-se que não ocorreram mudanças significativas ($\chi^2_{(2)} = 2.42, n.s$).

Tabela 37

Dados descritivos de Neuroticismo dos 101 participantes nos diferentes momentos de avaliação e resultados do teste de Friedman

Neuroticismo (av1)			Neuroticismo (av2)			Neuroticismo (av3)		
M (DP)	Mín – Máx	95% IC	M (DP)	Mín – Máx	95% IC	M (DP)	Mín – Máx	95% IC
17.14 (5.17)	3 – 28	[16.12, 18.16]	15.81 (5.79)	5 - 27	[14.67, 16.96]	15.39 (9.81)	2 - 36	[13.39, 17.32]
<i>Friedman</i> $\chi^2_{(2)} = 2.42, p = .299$								

Nota: IC = Intervalo de Confiança; av 1 = avaliação dias após o acidente, av2 = avaliação quatro meses; av3 = avaliação 12 meses.

Coping

Os resultados do WCQ nos diferentes momentos e o teste de *Friedman* estão expostos na tabela 38. O teste de *Friedman* mostra que se assistem as mudanças estatisticamente significativas na subescala de *coping* geral ao longo dos três momentos de avaliação ($\chi^2_{(2)} = 21,43, p < .001$). O teste de *Wilcoxon* permitiu verificar que há diferenças estatisticamente significativas no *coping* geral da avaliação inicial para a última ($Z = -4.48, p = .000$) e da segunda para a última ($Z = -4.41, p = .000$); mas não da primeira para a segunda avaliação realizada ($Z = -.84, p = .399$).

Tabela 38

Dados descritivos do coping nos diferentes momentos de avaliação, resultados do teste de Friedman e testes t

	Av 1			Av 2			Av 3		
	M (DP)	Mín – Máx	95% IC	M (DP)	Mín – Máx	95% IC	M (DP)	Mín – Máx	95% IC
<i>Coping</i> Geral	26.19 (5.89)	1.00 – 37.00	[25.03, 27.36]	26.75 (8.97)	2.00 - 38.00	[24.98, 28.52]	20.96 (9.66)	5.00– 37.00	[19.05, 22.86]
	Friedman			$\chi^2_{(2)} = 21,43, p = .000$					
<i>Coping</i> Directo				-.08 (3.63)	-7.00- 6.00	[-.79, -.64]	1.70 (4.90)	-7.00- 7.00	[.73, 2.67]
				Teste t $t_{(100)} = -3.43, p = .001$					
<i>Coping</i> supressão				1.31 (1.46)	-2.00- 5.00	[1.03, 1.61]	.75 (2.15)	-4.00- 6.00	[.33, 1.18]
				Teste t $t_{(100)} = 2.20, p = .030$					

Nota: IC = Intervalo de Confiança; av 1 = avaliação dias após o acidente, av2 = avaliação quatro meses; av3 = avaliação 12 meses.

Também se verifica que se assiste a um aumento estatisticamente significativo no *coping* directo da segunda para a terceira avaliação ($t_{(100)} = -3.43, p = .001$), bem como no *coping* de supressão ($t_{(100)} = 2.20, p = .030$.)

Apoio social

Os dados referentes às três avaliações, presentes na tabela 39, permitiram verificar que as vítimas de acidentes rodoviários apresentam resultados globais médios de 66.46 pontos ($DP=7.80$) na primeira avaliação, na segunda avaliação os resultados

médios são de 58.61 pontos ($DP=11.61$) e na avaliação final de 61.11 pontos ($DP=10.74$).

Verificou-se que existem diferenças significativas no apoio social relatado pelos participantes nos diferentes momentos de avaliação (teste de *Friedman*, $\chi^2_{(2)} = 20,79$, $p<.001$). Os resultados do teste de *Wilcoxon* revelaram que se assistem a alterações com significado estatístico entre os resultados da avaliação inicial e da avaliação realizada aos quatro meses ($Z = -5.56$, $p = .000$), entre a avaliação inicial e a avaliação realizada aos 12 meses ($Z = -2.12$, $p = .034$) e entre a avaliação realizada aos quatro meses e aos 12 meses ($Z = -2.12$, $p=.034$).

Tabela 39

Dados descritivos de apoio social nos diferentes momentos de avaliação e resultados do teste de Friedman

EAS (av1)			EAS (av2)			EAS (av3)		
M (DP)	Mín - Máx	95% IC	M (DP)	Mín - Máx	95% IC	M (DP)	Mín - Máx	95% IC
66.46 (7.80)	34 - 80	[64.92, 68.01]	58.61 (11.61)	34 - 80	[55.78, 60.36]	61.11 (10.74)	44 - 76	[58.99, 63.23]
<i>Friedman</i> $\chi^2_{(2)} = 20.79$, $p=.000$								

Nota: IC = Intervalo de Confiança; EAS = Escala de Apoio Social; av 1 = avaliação dias após o acidente, av2 = avaliação quatro meses; av3 = avaliação 12 meses.

Saúde

Relativamente ao *Sickness Impact Profile (SIP)* (tabela 40) verificamos que dias após o acidente as vítimas apresentam um resultado médio de 82.78 ($DP = 10.22$) no SIP. Na avaliação efectuada quatro meses após o acidente os resultados médios no SIP são de 64.97 ($DP = 25.54$) e na avaliação efectuada 12 meses depois do acidente os resultados médios rondam um total de 29.02 ($DP = 31.28$).

No sentido de compreendermos a existência de diferenças com significado estatístico entre os momentos de avaliação realizamos o teste de *Friedman*. Este teste revelou que existem diferenças estatisticamente significativas ao longo do tempo ($\chi^2_{(2)} = 125,29$, $p<.000$).

Tabela 40

Dados descritivos do total do SIP e resultados do teste de Friedman

SIP (av1)			SIP (av2)			SIP (av3)		
M (DP)	Mín – Máx	95% IC	M (DP)	Mín – Máx	95% IC	M (DP)	Mín – Máx	95% IC
82.78 (10.22)	.00 – 94.14	[.77, 84.80]	64.97 (25.54)	.00 – 89.81	[59.93, 70.01]	29.02 (31.28)	.00 – 75.99	[22.85, 35.19]
Friedman $\chi^2_{(2)} = 125.29. p < .000$								

Nota: IC = Intervalo de Confiança; av 1 = avaliação dias após o acidente, av2 = avaliação quatro meses; av3 = avaliação 12 meses.

Posteriormente recorreremos ao teste de *Wilcoxon* para identificar os momentos entre os quais as diferenças se situam. Os resultados mostraram que existem diferenças estatisticamente significativas nos resultados do SIP entre a avaliação inicial e a avaliação efectuada aos quatro meses ($Z = -6.54, p = .000$), entre a avaliação realizada aos quatro meses e a avaliação aos 12 meses ($Z = -6.89, p = .000$) e entre a avaliação inicial e a avaliação efectuada 12 meses após o acidente ($Z = -8.66, p = .000$).

Análises Inferenciais

Após termos feito uma descrição dos acidentes e dos sintomas físicos e características psicológicas daqueles que foram vítimas de acidentes rodoviários, descreveremos agora os resultados das análises inferenciais, começando pelas análises correlacionais (*Spearman*) entre as diferentes variáveis e os diferentes momentos de avaliação.

São várias as variáveis que se correlacionam positivamente com os sintomas de PAS. Pela leitura dos dados apresentados na Tabela 41 verifica-se que quanto maior a percepção de perigo ($r = .346, p < .001$), dissociação peritraumática ($r = .628, p < .001$); e neuroticismo ($r = .507, p < .001$), mais sintomas de PAS. Verificou-se que existe uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre o *coping* geral e os sintomas de PAS, de tal forma que quanto mais estratégias de *coping* directo mais sintomas de PAS as vítimas reportam ($r = -.363, p < .001$). Do mesmo modo, quanto maior o neuroticismo ($r = -.507, p < .001$). e a psicopatologia geral ($r = -.651, p < .001$) mais sintomas de PAS.

As variáveis que se correlacionam positivamente com os sintomas de PSPT quatro meses após o acidente incluem percepção de perigo relatada na avaliação inicial

($r=.287, p<.001$); dissociação peritraumática ($r=.420, p<.001$); sintomas de PAS ($r=.424, p<.001$); experiências adversas no período que decorreu entre a avaliação inicial e a avaliação efectuada aos quatro meses ($r=.278, p<.001$) e estratégias de *coping* geral aos quatro meses ($r=.214, p<.001$) e quanto menos estratégias de *coping* directo as vítimas referem utilizar quatro meses após o acidente, mais sintomas de PSPT nesse momento de avaliação ($r=-.254, p<.005$). Verificou-se ainda que quanto mais neuroticismo as vítimas de acidentes reportam na avaliação inicial e na avaliação efectuada quatro meses após o acidente, mais sintomas de PSPT apresentam no segundo momento de avaliação, sendo as correlações respectivamente de $r=.219, p<.005$ e $r=.463, p<.001$. Os resultados correlacionais entre a psicopatologia geral (IGS) e os sintomas de PSPT quatro meses após o acidente mostraram que quanto maior o IGS na avaliação inicial e quatro meses após o acidente mais sintomas de PSPT as vítimas reportam na avaliação efectuada aos quatro meses com correlações de $r=.357, p<.001$ e $r=.681, p<.001$.

Quando analisamos os resultados que apresentamos na tabela 41 em relação às variáveis que se correlacionam com os sintomas de PSPT 12 meses após o acidente, verifica-se que quanto mais dissociação peritraumática ($r=.352, p<.001$), sintomas de PAS ($r=.323, p<.001$) sintomas de PSPT quatro meses após o acidente ($r=.419, p<.001$), sintomas de psicopatologia geral (quatro $r=.484, p<.001$ e 12 meses após o acidente $r=.721, p<.001$); estratégias de *coping* geral aos 12 meses, ($r=.515, p<.001$) estratégias de *coping* de supressão (12 meses) ($r=.290, p<.001$); neuroticismo (avaliação inicial $r=.234, p<.005$, aos quatro meses $r=.350, p<.001$ e 12 meses após o acidente $r=.655, p<.001$) mais sintomas de PSPT 12 meses após o acontecimento traumático. Quanto menos estratégias de *coping* directo 12 meses após o acidente, mais sintomas de PSPT nesse mesmo momento ($r=-.600, p<.001$). Verificou-se ainda que quanto menor o apoio social ($r=-.277, p<.001$) mais sintomas de PSPT 12 meses após o acidente; quanto pior a situação de saúde 12 meses após o acidente, mais sintomas de PSPT nesse momento ($r=.411, p<.001$).

Tabela41
Correlações de Spearman entre as diferentes variáveis nos três momentos de avaliação

	perc perigo	DP	PAS	PSPT			LAV			Coping Geral			Coping Directo		Coping Supressão			Neuroticismo			Apoio Social			Saúde			IGS		
	1	1	1	2	3	1	2	3	1	2	3	2	3	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3		
perc_perigo	1	-																											
DP	1	,228*	-																										
PAS	1	,346**	,628**	-																									
PSPT	2	,287**	,420**	,424**	-																								
	3	,159	,352**	,323**	,419**	-																							
LAV	1	,165	-,124	-,053	-,066	-,172	-																						
	2	,046	,172	,234*	,278**	,042	,267**	-																					
	3	,022	,105	,045	,004	-,106	,102	,114	-																				
Coping Geral	1	,144	,215*	,363**	,042	,194	,152	,091	-,001	-																			
	2	-,077	,215*	,191	,214*	,053	-,003	,565**	,215*	,163	-																		
	3	,051	,054	,037	,155	,515**	-,167	,176	-,218*	,108	,158	-																	
Coping Directo	2	-,008	-,235*	-,280**	-,254*	-,088	-,070	-,632**	-,065	,008	-,649**	-,140	-																
	3	-,052	-,189	-,215*	-,319**	-,600**	,198*	-,132	,376**	-,017	-,087	-,682**	,250*	-															
Coping de Supressão	2	-,218*	-,135	-,063	-,144	-,041	-,312**	-,115	,132	,033	,220*	,085	,146	-,068	-														
	3	,011	,071	,080	,153	,290**	-,193	,092	-,509**	-,016	,079	,608**	-,162	-,720**	,059	-													
Neuroticismo	1	,146	,404**	,507**	,219*	,234*	-,083	-,094	-,048	,377**	,034	,004	-,068	-,052	-,066	-,079	-												
	2	,231*	,275**	,301**	,463**	,350**	-,114	-,107	-,081	,101	,026	,001	-,205*	-,175	-,216*	,084	,345**	-											
	3	,116	,195	,155	,308**	,655**	-,168	,141	-,276**	,103	,115	,761**	-,230*	-,897**	,045	,659**	,086	,257**	-										
Apoio Social	1	-,075	-,019	,014	,025	,039	-,081	,040	-,111	,219*	-,025	,045	,043	,064	-,058	-,015	-,117	-,039	-,068	-									
	2	-,045	-,077	-,075	-,161	,045	,063	-,003	,022	,128	,045	,070	-,041	,000	-,009	,035	-,041	,061	,095	,185	-								
	3	,030	,022	-,017	-,104	-,277**	,133	-,158	,522**	,099	-,062	-,690**	,158	,729**	-,057	-,704**	,063	,056	-,626**	,072	,158	-							
Saúde	1	-,063	,191	,034	,054	,060	-,054	,093	-,114	-,025	,101	,062	-,100	-,107	-,141	,158	,156	-,108	,133	-,161	,008	-,061	-						
	2	-,020	,061	,172	,122	-,066	,144	,663**	,205*	,009	,652**	,100	-,681**	-,068	-,058	,058	-,027	-,207*	,045	-,066	,083	-,083	,127	-					
	3	,140	,126	,026	,115	,411**	-,072	,098	-,109	,029	,103	,633**	-,220*	-,652**	,059	,642**	,012	,159	,745**	-,114	,003	-,591**	,110	,044	-				
IGS	1	,295**	,537**	,651**	,357**	,189	,135	,155	,095	,298**	,155	-,035	-,262**	-,119	-,112	-,028	,646**	,298**	,090	-,042	,053	,076	,033	,168	,019	-			
	2	,294**	,438**	,487**	,681**	,484**	-,083	,218*	,050	,062	,193	,143	-,354**	-,347**	-,127	,095	,333**	,703**	,369**	-,024	,013	-,100	-,036	,074	,207*	,464**	-		
	3	,089	,197*	,219*	,316**	,721**	-,193	,078	-,234*	,087	,014	,674**	-,210*	-,863**	,046	,525**	,131	,294**	,892**	-,001	,089	-,560**	,016	-,048	,669**	,082	,415**	-	

Análise das Hipóteses

Uma vez que o objectivo central deste estudo se centra na testagem de um modelo preditivo de perturbação psicológica (PAS, PSPT e Psicopatologia Geral), após termos identificado as variáveis que se encontram estatística e significativamente correlacionadas com PAS, PSPT e Psicopatologia Geral, procedemos à análise do poder preditivo de cada uma das variáveis independentes, através da análise de regressão linear simples. Os resultados destas análises orientaram a organização do modelo preditivo final testado através de análise de regressão hierárquica múltipla.

Preditores de PAS

Considerando que, do ponto de vista conceptual, o número de potenciais preditores de PAS ultrapassam o número de variáveis que podem entrar num único modelo de regressão, tomamos em consideração os resultados correlacionais significativos (ver tabela 41). Desta forma, analisamos o poder preditivo da percepção de perigo, dissociação peritraumática, *coping* geral, neuroticismo e psicopatologia geral relatados na avaliação inicial. Para além disso acrescentamos a variável sexo. Optamos por realizar uma regressão múltipla hierárquica usando o método *enter*, de modo a avaliar primeiro o contributo da variável sexo, e depois de esta variável controlada, avaliar o contributo do neuroticismo, seguido das respostas peritraumáticas (percepção de perigo e dissociação peritraumática). Finalmente integramos a variável *coping* geral e psicopatologia geral, enquanto variável pós-traumática, do ponto de vista conceptual.

No modelo apresentado na tabela 42, verifica-se que o sexo (ser mulher), no primeiro *step* contribui de forma significativa para explicar a variância dos sintomas de PAS com $R^2 = .151$, $F_{inc}(1, 99) = 17.60$, $p < .001$). No segundo *step*, após controlado o efeito do sexo, verifica-se que quando incluído o neuroticismo (av 1), ambas as variáveis dão contributos estatisticamente significativos sendo $R^2 = .364$, $F_{inc}(1, 98) = 29.14$, $p < .001$). No terceiro *step*, após controlado o efeito das variáveis incluídas nos *steps* anteriores, e quando se inclui a percepção de perigo e da dissociação peritraumática, o $R^2 = .581$, $F_{inc}(2, 96) = 26.95$, $p < .001$ e todas as variáveis dão contributos estatisticamente significativos. No quarto *step*, após controlado o efeito das variáveis anteriores, verifica-se que quando se inclui o *coping* geral e a psicopatologia o $R^2 = .665$, $F_{inc}(2, 94) = 11.74$, $p < .001$.

O modelo final explica 66.5% da variância dos sintomas de PAS ($R^2 = .665$, $F(6, 94) = 31.04$, $p < .001$), sendo que para tal contribuem de forma estatisticamente significativa o sexo (feminino), a dissociação peritraumática e a psicopatologia geral (av 1).

Tabela 42
Resultados da regressão múltipla para prever PAS

Preditor	R^2 (R^2 Adj)	ΔR^2	β	t	F (__, __)
Step 1					
Sexo	.151 (.142)	.151	-.388	-4.20**	17.60 (1, 99)**
Step 2					
Sexo	.946 (.332)	.195	-.350	-4.27**	25.87 (2, 98)**
Neuroticismo (av 1)			.443	5.40**	
Step 3					
Sexo	.581 (.563)	.235	-.258	-3.81**	33.26 (4, 96)**
Neuroticismo (av 1)			.251	3.52**	
Percepção de Perigo			.162	2.34*	
Dissociação Peritraumática			.468	6.368**	
Step 3					
Sexo	.665 (.643)	.084	-.215	-3.45**	31.04 (6, 94)**
Neuroticismo (av 1)			.042	.541	
Percepção de Perigo			.123	1.96	
Dissociação Peritraumática			.374	5.34**	
Coping geral (av 1)			.121	1.86	
Psicopatologia Geral (av 1)			.347	4.18**	

* $p < .05$ ** $p < .001$

Nota: av 1 = avaliação dias após o acidente;

Análise dos Preditores de PSPT

Quatro meses após o acidente

Quando, a partir da tabela de correlações, analisamos as variáveis que estabelecem correlações significativas com PSPT (4 meses), verificamos que entre essas variáveis, e por ordem decrescente do valor da correlação, estão a psicopatologia geral (av 2), o neuroticismo (av 2), a dissociação peritraumática, os sintomas de PAS, a psicopatologia geral (av 1), a percepção de perigo, os acontecimentos de vida (av 2), o neuroticismo (av 1) e o coping directo (av 2). Também analisamos o poder preditivo

que o sexo, como variável independente, pode ter em relação aos sintomas de PSPT quatro meses após o acidente.

Atendendo ao número elevado de preditores, optámos por realizar regressões simples, de modo a verificar se cada um deles era preditor de PTSD (av2) quando considerado individualmente. Os dados das análises de regressão simples das variáveis que se correlacionaram de forma estatisticamente significativa com os sintomas de PSPT quatro meses após o acidente e da variável sexo mostraram que, quando testadas individualmente, todas deram origem a modelos significativos (tabela 43).

Tabela 43

Resultados das análises de regressão simples para prever PSPT aos quatro meses

Preditores	R² (R² Adj)	β	t	F (__, __)
Sexo	.076 (.067)	-.276	-2.86*	8.19 (1,99)*
Percepção de Perigo	.083 (.073)	.288	2.99*	8.93 (1,99)*
Dissociação Peritraumática	.184 (.176)	.429	4.73**	22.40 (1, 99)**
PAS	.188 (1.80)	.433	4.79**	22.88 (1, 99)**
Neuroticismo (av 1)	.053 (.044)	.231	2.36*	5.58 (1, 99)**
Psicopatologia geral (av 1)	.114 (.105)	.337	3.57**	12.72 (1, 99)**
Neuroticismo (av 2)	.273 (.265)	.522	6.09**	37.09 (1, 99)**
Psicopatologia geral (av 2)	.435 (.430)	.660	8.74**	76.35 (1, 99)**
Acontecimentos de Vida (av 2)	.117 (.108)	.343	3.63**	13.17 (1, 99)**
<i>Coping</i> Directo (av 2)	.116 (.107)	-.341	-3.61**	13.029 (1, 99)**

* p<.05 ** p<.001

Nota: av 1 = avaliação dias após o acidente; av 2 = avaliação aos quatro meses;

Uma vez que todas as variáveis que se correlacionam de forma estatisticamente significativa e são preditores independentes dos sintomas de PSPT (av 2), e atendendo a que o seu número ultrapassa o número de variáveis que podem entrar simultaneamente num modelo para prever PSPT, realizamos uma análise de regressão múltipla das variáveis avaliadas nesse mesmo momento (av 2), designadamente a psicopatologia geral (av 2), o neuroticismo (av 2), o *coping* directo (av 2) e os acontecimentos de vida (av 2). Os resultados revelaram que a psicopatologia (av 2) e o neuroticismo (av 2) são colineares com os sintomas de PSPT (av 2), pelo que tiveram de ser retiradas.

O modelo que integrou acontecimentos de vida (av 2) e o *coping* directo (av 2) deu origem a um modelo significativo que explica cerca de 13% da variância, mas

nenhuma das variáveis dá um contributo estatisticamente significativo para explicar a variância dos sintomas de PSPT (av 2) (Tabela 44).

Tabela 44

Resultados da análise de regressão múltipla para prever PSPT aos quatro meses a partir das variáveis avaliadas nesse mesmo momento

Preditor	R^2 (R^2 Adj)	β	t	F (__, __)
Coping Directo (av 2)		-.208	-1.73	
Acontecimentos de Vida (av 2)	.143 (.126)	.212	1.76	8.201 (2,98)**

* $p < .05$ ** $p < .001$

Nota: av 2 = avaliação aos quatro meses;

De seguida analisamos o valor preditivo das variáveis previamente avaliadas, isto é, as variáveis que foram avaliadas dias após o acidente através de uma análise de regressão múltipla hierárquica.

Tal como ilustra a tabela 45, o sexo (feminino) dá um contributo significativo para o modelo ($R^2 = .076$, $F_{inc}(1, 99) = 8.19$, $p < .05$). No segundo *step*, quando se inclui o neuroticismo (av 1) verifica-se que ambas dão contributos significativos para o modelo ($R^2 = .120$, $F_{inc}(1, 98) = 4.80$, $p < .05$). No terceiro *step*, depois de controlado o efeito das variáveis dos *steps* anteriores, ao incluir-se a percepção de perigo e a dissociação peritraumática verifica-se que são o sexo e a dissociação peritraumática que dão contributos significativos para a variância dos sintomas de PSPT quatro meses após o acidente ($R^2 = .256$, $F_{inc}(2, 96) = 8.77$, $p < .001$). No quarto *step*, após controlado o efeito das variáveis dos *steps* anteriores, quando se inclui a psicopatologia geral (av 1) e os sintomas de PAS, verifica-se que estas não contribuem de forma estatisticamente significativa para explicar a variância dos sintomas de PSPT (av 2) ($R^2 = .265$, $F_{inc}(2, 94) = .524$).

O modelo final explica 21.8% da variância ($R^2 = .218$, $F(6, 94) = 5.64$) dos sintomas de PSPT (av 2) e apenas a dissociação peritraumática dá contributos significativos para explicar os sintomas de PSPT quatro meses após o envolvimento directo em acidentes rodoviários.

Tabela 45

Resultados da análise de regressão múltipla para predizer PSPT quatro meses após o acidente a partir das variáveis avaliadas dias após o acidente

Preditor	R^2 (R^2 Adj)	ΔR^2	β	t	F (__, __)
Step 1					
Sexo	.076 (.067)	.076	-.276	-2.86**	8.19 (1, 99)*
Step 2					
Sexo	.120 (.102)	.043	-.258	-2.71*	6.65 (2, 98)*
Neuroticismo (av 1)			.209	2.19*	
Step 3					
Sexo	.256 (.225)	.136	-.186	-2.06*	8.24 (4, 96)**
Neuroticismo (av 1)			.066	.698	
Percepção de Perigo			.162	1.77	
Dissociação peritraumática			.331	3.38**	
Step 4					
Sexo	.265 (.218)	.009	-.150	-1.54	5.64 (6, 94)**
Neuroticismo (av 1)			.012	.106	
Percepção de Perigo			.140	1.48	
Dissociação peritraumática			.265	2.26*	
Psicopatologia geral (av 1)			.056	.422	
PAS			.109	.724	

* $p < .05$ ** $p < .001$

Nota: av 1 = avaliação dias após o acidente;

Doze meses após o acidente

Na tabela seguinte (tabela 46) encontram-se os resultados das análises de regressão simples das variáveis que revelam correlações mais elevadas com os sintomas de PSPT 12 meses após o acidente. Verifica-se que todas as variáveis que estabelecem correlações estatisticamente significativas com os sintomas de PSPT 12 meses após o acidente são preditoras independentes da variância. No entanto o sexo não se revela preditor dos sintomas de PSPT 12 meses após o acidente.

Tabela 46

Resultados das análises de regressão simples para prever PSPT aos 12 meses.

Predictores	R ² (R ² Adj)	β	t	F (__, __)
Sexo	.029 (.019)	-.171	-1.72	2.97 (1,99)
Dissociação peritraumática	.113 (.104)	.336	3.55**	12.62 (1, 99)**
PAS	.122 (.113)	.349	3.71**	13.77 (1, 99)**
PSPT (av 2)	.154 (.145)	.392	4.24**	17.99 (1, 99)**
Neuroticismo (av 2)	.147 (.138)	.383	4.13**	17.03 (1,99)**
Psicopatologia geral (av 2)	.187 (.179)	.432	4.77**	22.78 (1, 99)**
Coping Geral (av 3)	.255 (.247)	.505	5.82**	33.84 (1, 99)**
Coping Directo (av 3)	.376 (.369)	-.613	-7.72**	59.56 (1, 99)**
Neuroticismo (av3)	.497 (.492)	.705	9.87**	97.15 (1, 99)**
Psicopatologia geral (av 3)	.620 (.616)	.787	12.71**	161.44 (1, 99)**
Situação de Saúde (av 3)	.182 (.173)	.426	4.69**	21.98 (1, 99)**
Coping Supressão (av 3)	.063 (.054)	.252	2.59*	6.71 (1, 99)*
Apoio Social (av 3)	.093 (.084)	-.306	-3.19*	10.193 (1, 99)*

* p<.05 ** p<.001

Nota: av 1 = avaliação dias após o acidente; av 2 = avaliação aos quatro meses; av 3 = avaliação 12 meses após o acidente;

Face aos resultados anteriores, e atendendo a que mais uma vez o número de potenciais preditores ultrapassa o número de variáveis que podem entrar simultaneamente num modelo, procuramos num modelo de regressão múltipla analisar o poder preditivo das variáveis concorrentes de PSPT (av 3), isto é, das variáveis independentes que foram avaliadas nesse mesmo momento. Verificou-se que o *coping* directo (av 3), o neuroticismo (av 3) e a psicopatologia geral (av 3) são colineares com PSPT (av 3). Por essa razão, o modelo de regressão para testar o valor preditivo das variáveis avaliadas no momento três incluiu apenas as seguintes variáveis: *coping* geral (av 3), situação de saúde (av 3), apoio social (av 3) e *coping* passivo (av 3).

Tal como ilustra a tabela 47 verifica-se que apenas o *coping* geral e a situação de saúde dão contributos estatisticamente significativos para explicar a variância dos sintomas de PSPT 12 meses após o envolvimento directo em acidentes rodoviários.

Tabela 47

Resultados da análise de regressão múltipla das variáveis avaliadas 12 meses após o acidente para prever PSPT nesse mesmo momento

Preditor	R² (R² Adj)	β	t	F (__, __)
<i>Coping</i> Geral (av 3)		.471	3.81**	
<i>Coping</i> Passivo (av 3)	.293 (.263)	-.009	-.070	9.94 (4, 96)**
Apoio Social (av 3)		.170	1.20	
Situação de saúde (av 3)		.256	2.07*	

* $p < .05$ ** $p < .001$

Nota: av 3 = avaliação 12 meses após o acidente;

Para analisarmos o poder preditivo das variáveis avaliadas nos momentos um e dois para a PSPT (av 3) utilizamos a regressão múltipla hierárquica. Como se verificou que a psicopatologia IGS (av 2) é colinear com os sintomas de PSPT (av 3), esta variável não foi incluída nas análises.

Deste modo, no primeiro *step* incluímos a dissociação peritraumática, no segundo *step* incluímos os sintomas de PAS, no terceiro *step* incluímos o neuroticismo avaliado no momento dois e no quarto *step* incluímos os sintomas de PSPT avaliado também quatro meses após o acidente.

De acordo com os resultados (apresentados na tabela 48), verificou-se que no primeiro *step* a dissociação peritraumática contribui de forma estatisticamente significativa para explicar a variância de PSPT (av 3) ($R^2 = .113$, $F_{inc}(1, 99)=12.62$, $p < .001$). No segundo *step*, após controlado o efeito da variável do *step* anterior, ao incluir os sintomas de PAS, verifica-se que esta não contribui de forma significativa para explicar a variância dos sintomas de PSPT 12 meses após o acidente ($R^2 = .143$, $F_{inc}(1, 98)=3.41$). No terceiro *step*, após controlado o efeito das variáveis dos *steps* anteriores, incluindo a variável neuroticismo (av 2), verifica-se que esta contribui de forma estatisticamente significativa para explicar a variância dos sintomas de PSPT (av 3) ($R^2 = .205$, $F_{inc}(1, 97)=7.95$, $p < .05$). No último *step*, após controlado o efeito das variáveis anteriores, verifica-se que quando se incluem os sintomas de PSPT avaliados quatro meses após o acidente, estes não contribuem de forma estatisticamente significativa para explicar a variância dos sintomas de PSPT avaliados 12 meses após o acidente rodoviário ($R^2 = .229$, $F_{inc}(1, 96)=2.93$).

No total este modelo explica cerca de 22.9 % da variância de PSPT 12 meses após o acidente.

Tabela 48

Resultados da análise de regressão múltipla para prever PSPT 12 meses após o acidente a partir das variáveis medidas nas duas primeiras avaliações

Preditor	R^2 (R^2 Adj)	ΔR^2	β	t	F (__, __)
Step 1					
Dissociação Peritraumática	.113 (.104)	.113	.336	3.55**	12.62 (1, 99)**
Step 2					
Dissociação Peritraumática	.143 (.125)	.030	.189	1.54	8.17 (2, 98)**
PAS			.227	1.85	
Step 3					
Dissociação Peritraumática	.205 (.181)	.062	.134	1.11	8.34 (3, 97)**
PAS			.158	1.30	
Neuroticismo (av 2)			.274	2.76*	
Step 4					
Dissociação Peritraumática	.229 (.196)	.024	.100	.828	7.11 (4, 96)
PAS			.126	1.04	
Neuroticismo (av 2)			1.99	1.85	
PSPT (av 2)			.191	1.72	

** $p < .001$

Nota: av 2 = avaliação aos quatro meses;

Verifica-se que quando são controladas as variáveis avaliadas previamente, as variáveis avaliadas quatro meses após o acidente não dão contributos significativos para explicar a variância dos sintomas de PSPT 12 meses após o acidente rodoviário.

Hipóteses Exploratórias

Diferenças em função do sexo

Os procedimentos estatísticos para analisar as diferenças entre os sexos em relação aos sintomas de dissociação peritraumática, percepção de perigo, sintomas de PAS e PSPT tiveram em consideração que se trata de dois grupos diferentes, mas que os dados não apresentam uma distribuição normal. Por isso recorreremos a testes estatísticos não paramétricos, designadamente ao teste de *Mann-Whitney U*.

A leitura da tabela 49 permite verificar que se observam diferenças estatisticamente significativas entre os sexos nos sintomas de PAS, nos sintomas de PSPT (av 2) e na psicopatologia geral (av 1 e av 2).

Relativamente aos sintomas de PAS constata-se que o sexo feminino ($Mdn=56.0$) apresenta mais sintomas que os homens ($Mdn=32.5$) com $U=478.00$, $p < .000$. Também nos sintomas de PSPT (av 2) o sexo feminino ($Mdn=12$) apresenta mais sintomas do que o masculino ($Mdn=8.00$) com $U=615.50$, $p < .05$. Também na

avaliação efectuada 12 meses após o acidente se assistem a diferenças estatisticamente significativas entre os sexos, com as mulheres a reportarem mais sintomas de PSPT ($Mdn=9.00$) do que os homens ($Mdn=4.00$), $U=703.50$, $p=.05$. Situação similar é encontrada em relação à psicopatologia geral, verificando-se que o sexo feminino reporta mais sintomas na avaliação inicial ($Mdn=1.00$) e na avaliação realizada quatro meses após o acidente ($Mdn=1.62$) do que o sexo masculino (avaliação inicial $Mdn=.623$ e na avaliação quatro meses após o acidente $Mdn=.509$), sendo $U=583.5$, $p=.004$ na primeira avaliação e $U=540.0$, $p=.001$ na segunda avaliação.

Perante estes resultados, os dados confirmam a hipótese de que as mulheres reportam mais sintomas de PAS, mais sintomas de PSPT e psicopatologia geral (av1 e av2) do que os homens.

Tabela 49

Resultados do teste de Mann-Whitney – comparação das respostas de percepção de perigo, dissociação peritraumática e sintomas de perturbação psicológica (PAS, PSPT e psicopatologia geral) em função do sexo (n=101)

	Sexo	Ordem média	Mann-Whitney Test (U)	
			Z	
Percepção de Perigo	Masculino	48,05	-1.806	$U=727.0$, $p=.071$, $r=72.34$
	Feminino	59,98		
Dissociação Peritraumática	Masculino	48,26	-1.638	$U=742.0$, $p=.101$, $r=73.83$
	Feminino	59,32		
PAS	Masculino	44,79	-3.715	$U=478.0$, $p=.000$, $r=47.56$
	Feminino	69,88		
PSPT (av 2)	Masculino	46,40	-2.654	$U=615.5$, $p=.008$, $r=61.19$
	Feminino	64,38		
PSPT (av 3)	Masculino	47,76	-1.990	$U=703.5$, $p=.047$, $r=70.00$
	Feminino	60,86		
Psicopatologia geral (av 1)	Masculino	46.18	-2.225	$U=583.5$, $p=.004$, $r=58.06$
	Feminino	65.55		
Psicopatologia geral (av 2)	Masculino	45.61	-3.246	$U=540.0$, $p=.001$, $r=53.73$
	Feminino	67.40		
Psicopatologia geral (av 3)	Masculino	48.51	-1.545	$U=761.0$, $p=.122$, $r=75.72$
	Feminino	58.56		

* $p<.05$ ** $p<.001$

Nota: av 2 = avaliação quatro meses após o acidente; av 2 = avaliação 12 meses após o acidente;

Diferenças em função da posição ocupada aquando do acidente

Para analisar as diferenças na dissociação peritraumática, e sintomas de PAS e PSPT em função da posição ocupada aquando do acidente recorreremos ao teste *Kruskal-Wallis*, que se utiliza em alternativa ao teste da análise de variância entre grupos quando

os pressupostos deste não estão assegurados (normalidade ou igualdade de variância, ou quando as variáveis são de nível ordinal com duas ou três categorias). Este teste visa comparar os resultados obtidos em variáveis contínuas de três ou mais grupos diferentes (Pallant, 2001). Neste caso, os dados analisados não apresentam uma distribuição normal e pretendemos analisar três categorias de dados (condutores, passageiros e peões).

Os resultados das análises mostram que não existem diferenças estatisticamente significativas quando se considera a posição ocupada aquando do acidente (condutores, passageiros e peões) em relação à percepção de perigo, aos sintomas de dissociação peritraumática, aos sintomas de PAS, aos sintomas de PSPT e à psicopatologia geral (tabela 50).

Tabela 50

Resultados do teste de Kruskal-Wallis relativamente às respostas de percepção de perigo, dissociação peritraumática e sintomas de perturbação psicológica (PAS, PSPT e psicopatologia geral) em função da posição ocupada aquando do acidente (n=101)

	Posição Ocupada	Teste de Kruskal-Wallis	
		Ordem média	KS
Dissociação peritraumática	Condutor	47.96	$\chi^2 (2) = 3.337$. n.s.
	Passageiro	61.07	
	Peão	59.18	
PAS	Condutor	48.86	$\chi^2 (2) = 2.759$. n.s.
	Passageiro	52.04	
	Peão	64.45	
PSPT (av 2)	Condutor	51.45	$\chi^2 (2) = .213$. n.s.
	Passageiro	51.54	
	Peão	47.18	
PSPT (av 3)	Condutor	52.46	$\chi^2 (2) = .1.435$. n.s.
	Passageiro	42.54	
	Peão	51.68	
Psicopatologia geral (av 1)	Condutor	49.09	$\chi^2 (2) = 1.85$. n.s.
	Passageiro	53.00	
	Peão	61.68	
Psicopatologia geral (av 2)	Condutor	50.71	$\chi^2 (2) = .109$. n.s.
	Passageiro	50.43	
	Peão	53.73	
Psicopatologia geral (av 3)	Condutor	52.11	$\chi^2 (2) = .866$. n.s.
	Passageiro	44.50	
	Peão	51.64	

* $p < .05$ ** $p < .001$

Nota: n.s. = não significativo; av 2 = avaliação quatro meses após o acidente; av 2 = avaliação 12 meses após o acidente;

Síntese dos Resultados

- (I) Trata-se de uma amostra constituída por adultos jovens ($M=33.16$ anos; $DP=13.14$), maioritariamente por homens (75.2%) e participantes solteiros (57.4%) cuja escolaridade se situa entre o 5º e 9º ano de escolaridade (45.5%) desempenhando funções não especializadas (24.7%) e especializadas (33.7%).
- (II) Aquando do acidente mais de 81% dos participantes utilizava veículos motorizados e 75.2% eram os condutores dos veículos. Apenas 59.4% dos participantes eram os proprietários dos veículos e o seguro estava regularizado em 69.3% dos casos.
- (III) Relativamente às causas humanas do acidente, verificou-se que o excesso de velocidade (14.9%) e a distração do condutor (13.9%) do veículo em que os participantes seguiam foram as mais referidas. Relativamente às causas humanas associadas a outros veículos que estiveram envolvidos no acidente salientou-se a distração do condutor do outro veículo (34.7%), o excesso de velocidade (29.8%) e o não cumprimento das regras do condutor desse outro veículo (20.8%). Quanto às causas ambientais, verificou-se que as más condições da estrada (9.9%) são as mais associadas à ocorrência do acidente.
- (IV) Relativamente à experiência do acidente, verificou-se que alguns participantes ficaram presos/encarcerados nos veículos (24.8%), ouviram pessoas gritar (29.7%) e ficaram incapazes de ajudar outras pessoas (82.2%). Para além disso, verificou-se que 44.6% dos participantes teve muito receio de ficar seriamente feridos e 39.6% considerou que o acidente foi muito ameaçador.
- (V) A culpa e responsabilidade pelo acidente são assumidas pelas vítimas em 21.8% e 24.8% dos casos, respectivamente.
- (VI) O auxílio prestado aos participantes foi maioritariamente disponibilizado pelos bombeiros (43.6%) e ocorreu nos primeiros 10 minutos após o acidente (55.4%).

- (VII) Cerca de 70% dos participantes tencionava apresentar participação do acontecimento às seguradoras.
- (VIII) Apenas 8.9% dos participantes beneficiou de acompanhamento psicológico ou psiquiátrico após o envolvimento no acidente.
- (IX) 28.7% dos participantes consumia psicofarmacos (antidepressivos e sedativo-hipnóticos) antes do acidente e após o acidente 89.1% começou a consumir essas substâncias. Ainda assim, não se encontraram diferenças estatisticamente significativas no consumo de psicofarmacos antes e após o acidente rodoviário.
- (X) A exposição anterior a acidentes foi referida por 57.4% dos participantes, verificando-se que 49.4% esteve envolvido em um a três acidentes rodoviários.
- (XI) Assistem-se a alterações estatisticamente significativas na exposição a experiências de vida adversas ao longo do tempo. Verificou-se que a exposição a situações de vida adversas diminuiu quando se considera a avaliação inicial (dias após o acidente) e a avaliação efectuada quatro meses após o acidente. Da avaliação efectuada quatro meses após o acidente para a avaliação efectuada 12 meses após o acidente assiste-se a um aumento na exposição a situações de vida adversas. Quando se compara a avaliação inicial com a avaliação 12 meses após o acidente assiste-se a uma diminuição na exposição a situações de vida adversas.
- (XII) As sensações de “estar num sonho ou (...) a ver um filme” (48.5%) e as alterações no sentido do tempo – “parecia que as coisas estavam a acontecer em câmara lenta” (36.6%) foram as respostas peritraumáticas mais frequentemente descritas.
- (XIII) As dificuldades em adormecer (31.7%) e sentir agitação e inquietude (26.7%) foram as respostas que os participantes referiram como algo que aconteceu muito frequentemente após o acidente.
- (XIV) Relativamente aos sintomas de PAS, avaliados dias após o acidente, verificou-se que 66% dos participantes apresentou três ou mais sintomas de dissociação, 68% apresentou um ou mais sintomas de evitamento, e 75% apresentou um ou mais sintomas de reexperimentação e 95% apresentou um ou mais sintomas de activação. No primeiro momento de avaliação, 32.7%

dos participantes apresentou sintomas compatíveis com o diagnóstico de PAS.

- (XV) Daqueles participantes que não apresentaram diagnóstico de PAS, 22.8% e 16.8% vieram a reunir as condições necessárias ao diagnóstico de PSPT quatro e 12 meses após o acidente, respectivamente. Os que não tinham diagnóstico inicial de PAS, 35.6% apresentaram PSPT aos quatro meses e 29.7% aos 12 meses.
- (XVI) Quanto à PSPT, assistiu-se a uma diminuição estatisticamente significativa nos sintomas de PSPT reportados quatro meses após o acidente para os relatados 12 meses após o mesmo acontecimento.
- (XVII) Quatro meses após o acidente 58.4% dos participantes reunia as condições necessárias ao diagnóstico de PSPT e 12 meses após o mesmo acidente essa percentagem decresceu para 46.5%. Assistiu-se a uma diminuição estatisticamente significativa no diagnóstico de PSPT dos quatro para os 12 meses após o envolvimento no acidente.
- (XVIII) Dos participantes que quatro meses após o acidente apresentaram PSPT (58.4%) verificou-se que em 23.8% se assistiu a uma remissão do diagnóstico 12 meses após o acidente, enquanto 34.7% mantêm as condições necessárias ao diagnóstico. Também se verificou que daqueles participantes que quatro meses após o acidente não reuniam as condições necessárias ao diagnóstico de PSPT (41.6%), 12 meses após o acidente 11.8% passaram a reunir as condições para PSPT.
- (XIX) Dos participantes que não apresentavam condições para o diagnóstico de PSPT, verificou-se que alguns apresentavam PSPT parcial quatro meses (2%) e 12 meses (31.7%) após o acidente rodoviário.
- (XX) Relativamente à psicopatologia geral, verificou-se que apenas se assiste a uma diminuição estatisticamente significativa da segunda para a terceira avaliação.
- (XXI) Quanto à psicopatologia geral, verificou-se que muitos participantes apresentaram sintomas com significado clínico: 72.3% na avaliação inicial, 84.2% quatro meses após o acidente e 50.5% na avaliação realizada 12 meses após o mesmo acontecimento.
- (XXII) Não se encontraram diferenças estatisticamente significativas no neuroticismo ao longo dos diferentes momentos de avaliação.

- (XXIII) Relativamente ao *coping* geral, assiste-se a uma diminuição estatisticamente significativa nas estratégias utilizadas dias após o acidente e 12 meses após o acidente e das estratégias utilizadas quatro meses após o acidente para as utilizadas 12 meses após o mesmo acontecimento. Não se assistem a alterações estatisticamente significativas nas estratégias de *coping* geral do primeiro para o segundo momento de avaliação.
- (XXIV) Também se assiste a um aumento estatisticamente significativo nas estratégias de *coping* directo utilizadas quatro meses após o acidente e 12 meses após o mesmo acontecimento.
- (XXV) O *coping* de supressão também parece diminuir de forma estatisticamente significativa do segundo para o terceiro momento de avaliação.
- (XXVI) Assiste-se a uma diminuição estatisticamente significativa no apoio social da avaliação inicial para a avaliação efectuada quatro meses após o acidente; também se assistiu a um aumento no apoio social da avaliação realizada quatro meses após o acidente para a avaliação efectuada 12 meses após o mesmo acidente.
- (XXVII) Assiste-se a uma melhoria na situação de saúde ao longo do tempo uma vez que, da avaliação inicial para a avaliação efectuada quatro meses após o acidente e desta para a efectuada 12 meses após o mesmo acontecimento, há uma diminuição estatisticamente significativa nos problemas de saúde reportados pelos participantes.
- (XXVIII) O sexo (feminino), a dissociação peritraumática e a psicopatologia geral (av 1) são as variáveis que contribuem de forma estatisticamente significativa para explicar 66.5% da variância dos sintomas de PAS no modelo final.
- (XXIX) O sexo, a percepção de perigo, a dissociação peritraumática, os sintomas de PAS, o neuroticismo (av 1 e av 2), a psicopatologia geral (av 1 e av 2), os acontecimentos de vida (av 2) e o *coping* directo (av 2) são preditores independentes dos sintomas de PSPT quatro meses após o acidente.
- (XXX) Quando consideramos os preditores de PSPT quatro meses após o acidente, verifica-se que, no modelo final, apenas a dissociação peritraumática contribui de forma estatisticamente significativa para explicar 26.5% da variância dos sintomas de PSPT.
- (XXXI) Verifica-se que a dissociação peritraumática, os sintomas de PAS, os sintomas de PSPT (av 2), o neuroticismo (av 2 e av 3), a psicopatologia

geral (av 2 e av 3), o *coping* geral, de supressão e directo (av 3) e o apoio social (av 3) são preditores independentes de PSPT 12 meses após o envolvimento no acidente rodoviário.

- (XXXII) 12 meses após o acidente rodoviário, as estratégias de *coping* geral e a situação de saúde avaliados nesse mesmo momento dão contributos estatisticamente significativos para, no modelo final, explicar 29.3% da variância dos sintomas de PSPT (av 3).
- (XXXIII) As mulheres apresentam mais sintomas de PAS, mais sintomas de PSPT (quatro meses após o acidente) e mais psicopatologia geral (aos quatro e 12 meses) do que os homens.
- (XXXIV) Não se encontram diferenças estatisticamente significativas entre a posição ocupada aquando do acidente (peão, passageiro e condutor) e os sintomas de PAS, PSPT e psicopatologia nos diferentes momentos de avaliação.

CAPÍTULO VII
DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Enquanto decorria este estudo (entre os anos de 2008 a 2010), dos acidentes registados em Portugal resultaram 2260 vítimas mortais, 7809 feridos graves e 127348 feridos leves (ANSR, 2008, 2009, 2010). A questão central a que esta tese procura responder é: qual o custo, em termos de saúde psicológica, de ser vítima de um acidente rodoviário?

Discutiremos os resultados obtidos a partir dos objectivos que estabelecemos em relação ao funcionamento psicológico das vítimas de acidentes nos diferentes momentos de avaliação, analisando também os preditores de perturbação psicológica (PAS, PSPT e psicopatologia geral).

Características do Acidente

Participaram neste estudo 101 vítimas directas de acidentes rodoviários que na sequência desse acontecimento necessitaram de atenção médica, e que foram avaliadas em três momentos diferentes (dias após o acidente, quatro e 12 meses após o mesmo evento). Os participantes, maioritariamente homens (75.2%) solteiros (57.4%), eram em média jovens adultos, com habilitações até ao 12º ano (87.1%) que seguiam em veículos motorizados (81.2%), sendo que 75.2% ocupava o lugar de condutor. Note-se que segundo os relatórios de sinistralidade rodoviária da Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária, verifica-se que é entre os 20 e os 34 anos que se registam mais vítimas mortais, mais feridos graves e mais feridos leves em acidente rodoviários, contabilizando-se, no ano de 2010, 747 vítimas mortais, 2579 feridos graves e 42231 feridos ligeiros, perfazendo cerca de dois mortos e sete feridos graves por dia (ANSR, 2011).

Os resultados da presente investigação corroboram os dados de Resick (2000a) e McNally et al. (2003) que verificaram que entre as vítimas de acidentes se encontram os indivíduos mais jovens, sobretudo do sexo masculino e com baixas habilitações literárias.

Relativamente às causas do acidente, a distração do condutor (34.7%), o excesso de velocidade (29.8%) e o não cumprimento de regras (20.8%) são as mais referenciadas pelos participantes, quer em relação ao veículo em que seguiam, quer em relação a outros veículos que estiveram envolvidos no acidente. Quanto às causas ambientais, as condições da estrada são as mais referidas, por 9.9% dos participantes, enquanto as más condições atmosféricas e a má sinalização da estrada são referidas por apenas 4% dos participantes. Já em 2005, verificamos que o excesso de velocidade era uma das causas mais frequentemente referida pelas vítimas de acidentes rodoviários como causas de acidentes (Pires, 2005). O relatório da ANRS (2009) é omissivo em relação ao que designamos por causas humanas, sendo apenas claro que a maior parte dos acidentes com vítimas mortais, com ferido graves e feridos ligeiros ocorrem quando está “bom tempo”, o que a presente investigação corrobora.

Envolvimento em Acidentes Anteriores e Exposição a Experiências Adversas

Os dados revelaram que 57.8% dos participantes referiram ter estado envolvidos em acidentes rodoviários anteriores, o que é um dado preocupante e ateste a elevada frequência deste tipo de acontecimento. Para além da experiência anterior com acidentes, outras experiências de vida potencialmente traumática integram a história de vida destes sujeitos. A exposição a situações de vida adversas e a sua relação e poder preditivo para o desenvolvimento de perturbação psicológica em vítimas de acidentes rodoviários tem sido uma dimensão pouco explorada por parte dos investigadores (Blanchard et al., 1994; Brewin, Andrews, & Valentine, 2000).

Como esperado, verificamos que as vítimas de acidentes rodoviários referem ter estado expostas a mais situações adversas de vida na primeira avaliação, assistindo-se a uma diminuição na avaliação realizada quatro meses após o acidente e, aos 12 meses, reportam novamente uma maior exposição. Estas mudanças na exposição a situações de vida adversas ao longo do tempo tem significado estatístico, mas devemos considerar que na primeira avaliação as experiências descritas se reportam à vida do indivíduo até àquela data, na segunda avaliação se referem aos quatro meses que decorreram entre a primeira e segunda avaliação e, na avaliação realizada 12 meses após o acidente as experiências se reportam aos oito meses que decorreram entre a segunda e terceira avaliação.

Blanchard et al. (1994) e Brewin et al. (1996) referem que a história prévia de trauma está associada com o desenvolvimento de perturbação psicológica, designadamente PAS e PSPT. Por sua vez, Maes et al. (2001) consideram que o envolvimento em acidente também parece aumentar a probabilidade de reexposição e, conseqüentemente, de desenvolver perturbação psicológica.

Estes dados são parcialmente corroborados pelos resultados do presente estudo, pois os dados correlacionais não evidenciam correlações estatisticamente significativas entre os acontecimentos de vida anteriores e os sintomas de PAS e psicopatologia geral (av 1). Contudo, quatro meses depois do acidente, verifica-se que aqueles que reportam mais acontecimentos de vida adversos quatro meses após o acidente tendem a apresentar mais PSPT e psicopatologia geral nesse mesmo momento. Apesar de não haver dados significativos no primeiro momento de avaliação, verifica-se que após o acidente as vítimas que estiveram expostas a mais situações potencialmente traumáticas têm mais perturbação psicológica, corroborando o proposto por Maes et al. (2001).

Assim, consideramos importante analisar o papel que outras experiências de vida adversas têm nos sintomas psicológicos pós-traumáticos. Quando se considera o poder preditivo da história traumática anterior no desenvolvimento de perturbação psicológica, Irish et al. (2008) concluem que a história traumática anterior explica 30% a 36% da variância dos sintomas de PSPT 12 meses após o envolvimento em acidente rodoviário. Neste estudo verificamos que os acontecimentos de vida relatados quatro meses após ao acidente são preditores independentes de PSPT (explicando 11.7% da variância) e psicopatologia geral (explicam 5.7% da variância) nesse mesmo momento. Quando integrados em modelos mais complexos, verifica-se que os acontecimentos de vida relatados quatro meses após o acidente não contribuem de forma estatisticamente significativa para predizer PSPT (av 2).

Relativamente à PSPT 12 meses após o acidente, os dados não corroboram o exposto por Irish et al. (2008). O passado das vítimas, sobretudo quando adverso tem impacto quando considerado como variável independente, podendo, como Horowitz (1983) defendeu, accionar sintomas de evitamento e negação que visem diminuir e gerir as memórias intrusivas. No entanto, a partir do momento em que nos modelos preditores se incluem outras variáveis, os acontecimentos de vida anteriores deixam de dar um contributo significativo, sugerindo que outras variáveis se sobrepõem em termos de variância explicada.

Avaliação da Experiência do Acidente e Respostas no Momento do Acidente

Percepção de Perigo

Green (1990) refere que os acontecimentos traumáticos que resultam de actos humanos apresentam severidade elevada, na sequência dos quais se tem mais probabilidade de desenvolver perturbação psicológica. Os acidentes rodoviários podem ser um exemplo desse tipo de acontecimento.

A avaliação da experiência do acidente no momento em que o mesmo ocorre, designadamente o medo de morrer e de ficar seriamente ferido, foi descrita que Jaycox e Foa (1998) como percepção de perigo. Na presente investigação constatou-se que 75.2% dos participantes ficaram encarcerados/presos nas viaturas e 70.3% ouviram pessoas gritar, 35.6% temeram bastante e muito pela própria vida, 76.3% temeram bastante / muito ficar seriamente ferido e 62.4% consideraram que o acidente como bastante / muito ameaçador.

A investigação tem mostrado a relação existente entre a percepção de perigo, o risco de vida e o desenvolvimento de perturbação psicológica (Blanchard & Hickling, 1997; Ehlers et al., 1998; Ehring et al., 2008; Jeavons et al., 2000). Os dados dos estudos citados apontam para uma relação positiva entre a percepção de perigo e o desenvolvimento de perturbação psicológica, o que foi confirmado numa meta-análise (Ozer et al., 2003). Segundo Schnyder et al. (2001) e Wrenger et al. (2008) a percepção de perigo é preditor de PSPT 12 meses após o envolvimento em acidentes rodoviários.

Os resultados da nossa investigação vão neste sentido, verificando-se que quanto maior a percepção de perigo no momento do acidente, mais sintomas de PAS as vítimas reportam na avaliação inicial, mais sintomas de PSPT (quatro meses após o evento) e mais psicopatologia geral (dias e quatro meses após o acidente). Relativamente ao poder preditivo, verificou-se que a percepção de perigo é preditor independente dos sintomas de PSPT (explica 8% da variância) quatro meses após o acidente, mas deixa de o ser num modelo final.

O modelo de Rachman (2001) e a síntese apresentada por Ehlers e Clark (2000) acerca dos factores cognitivos, sugerem que após a exposição a situações traumáticas, tais como são os acidentes rodoviários, é esperado que as vítimas evidenciem alguma perturbação emocional que se pode traduzir pela percepção de perigo e avaliação imediata do acidente. No nosso estudo verificamos que considerado de forma isolada,

esta variável dá um contributo explicativo para a perturbação psicológica, mas quando é associado a outras variáveis o seu efeito deixa de ser evidente.

Dissociação Peritraumática

A dissociação peritraumática tem sido um dos factores mais estudado, e é referido na literatura como um dos principais, senão o principal, factor de risco peritraumático que melhor prediz perturbação psicológica, designadamente PAS (Harvey & Bryant, 1999a) e PSPT (Briere et al., 2005; Bryant, 2007; Hart et al., 2008). Apesar destes dados, outros investigadores que realizaram estudos com vítimas de acidentes rodoviários referem que o contributo da dissociação peritraumática para explicar a variância de perturbação psicológica, especificamente PSPT, pode não ser muito significativo quando integrado num modelo em que existem outros predictores (Zatzick et al., 2002) e pode não ser muito elevado uma vez que pode partilhar variância explicada com outras variáveis (Wittman et al., 2006).

Os resultados do presente estudo mostraram que quanto mais dissociação peritraumática as vítimas reportam mais sintomas de PAS e PSPT tendem a apresentar nos diferentes momentos de avaliação. Tal corrobora a ideia de que a dissociação peritraumática está associada ao desenvolvimento de perturbação psicológica. Quando se considera o poder preditivo da dissociação peritraumática, verifica-se que esta é uma das variáveis que contribui significativamente para o desenvolvimento dos sintomas de PAS (dias após o acidente). Enquanto predictor independente a dissociação peritraumática explica 18.4% da variância dos sintomas de PSPT quatro meses após o acidente, e 11.3% da variância dos sintomas de PSPT aos 12 meses. Quando integrada em modelos preditivos, juntamente com outras variáveis, a dissociação peritraumática dá contributos estatisticamente significativos para explicar 66.5% da variância dos sintomas de PAS e 26.5% da variância dos sintomas de PSPT quatro meses após o acidente rodoviário. No entanto a dissociação peritraumática não tem poder preditivo de PSPT medido aos 12 meses.

Como foi defendido por Coyne e Thompson (2007), apesar de a dissociação peritraumática integrar processos automáticos, nem sempre perceptíveis pelas vítimas, a verdade é que estes podem ter influências importantes no desenvolvimento de perturbação psicológica, por dificultarem a integração da informação traumática nos esquemas cognitivos dos sujeitos. Alguns investigadores têm tecido considerações em relação ao facto da PAS incluir respostas dissociativas como critério essencial ao

diagnóstico (Bryant, 2003). Na presente investigação verificou-se que quando se incluem os sintomas de PAS e dissociação peritraumática para predizer PSPT aos quatro meses, é a dissociação peritraumática que dá contributos significativos para explicar a variância. Tal leva-nos a considerar que os sintomas e reacções no momento do acidente tem maior significado do que os sintomas dissociativos que as vítimas podem começar a evidenciar 24 horas após o acidente (critério G da PAS).

Funcionamento Psicológico

PAS

Para avaliar a Perturbação Aguda de Stress, recorremos ao Questionário de Avaliação da Perturbação Aguda de Stress de Cardeña et al. (2000), cujos dados psicométricos exploramos neste estudo. Relativamente à estrutura, as análises factoriais efectuadas nesta investigação não se aproximaram dos resultados que Cardeña et al. (2000) apresentaram e os dados nem se organizaram de acordo com os pressupostos teóricos definidos nos critérios de diagnóstico de PAS (APA, 2002). Atendendo a que neste estudo apenas no interessava usar o valor global da escala, optamos por descrever as subescalas em função dos pressupostos teóricos do diagnóstico de PAS, tal como já fizeram outros investigadores (cf. Silver et al., 2002).

As respostas agudas de stress incluem um conjunto de reacções que os indivíduos evidenciam nas primeiras quatro semanas após a exposição a situações traumáticas (APA, 2004). Os estudos que analisam a frequência de PAS em vítimas de acidentes rodoviários escasseiam, sabendo-se que esta varia entre os 7% (Kuhn, 2000) e os 13% (Harvey & Bryant, 1998a, 1999a). Neste estudo obtivemos dados superiores, pois 32.7% dos participantes reunia as condições necessárias ao diagnóstico de PAS.

Segundo Kuhn (2000) são as mulheres que mais apresentam PAS após envolvimento em acidentes diversos, inclusive rodoviários, dados que são também corroborados na presente investigação.

Alguns indivíduos podem apresentar PAS e mais tarde vir a apresentar PSPT, enquanto outros não reúnem as condições necessárias ao diagnóstico de PAS, mas vêm a apresentar PSPT (Harvey & Bryant, 1999; Difede et al., 2002; Bryant et al., 2003; Bryant et al., 2007), tal como também neste estudo se verificou. Daqueles participantes que apresentaram diagnóstico de PAS, 22.8% e 16.8% vieram reunir as condições

necessárias ao diagnóstico de PSPT quatro e 12 meses após o acidente, respectivamente. Os que não tinham diagnóstico inicial de PAS, 35.6% apresentam PSPT aos quatro meses e 29.7% aos 12 meses. No entanto, a investigação tem revelado que as vítimas de acidentes que apresentam mais sintomas de PAS têm probabilidade acrescida de vir a desenvolver PSPT (Holeva & Tarrier, 2001) e que a PAS é um bom preditor de PSPT (Creamer et al., 2004). A este respeito, verificamos que quanto mais sintomas de PAS as vítimas de acidente reportam nos primeiros dias após o acidente, mais sintomas de PSPT apresentam quando decorridos quatro e 12 meses do mesmo acontecimento. Na análise de preditores de PSPT, verificou-se que os sintomas de PAS são preditores independentes dos sintomas de PSPT aos quatro meses (explicam 18.8% da variância) e aos 12 meses (explicam 12.2% da variância). Creamer e a sua equipa (2004) também verificaram que os sintomas de PAS predizem PSPT uma ano após o envolvimento em acidentes.

Quando integrados em modelos para predizer PSPT, os sintomas de PAS não dão contributos estatisticamente significativos.

Poucos estudos realizados com vítimas de acidentes rodoviários se centram na análise dos preditores de PAS. O *coping* de evitamento e os sintomas depressivos (Harvey & Bryant, 1998b, 1999b), a história anterior de tratamento psiquiátrico, a história anterior de PSPT e o envolvimento em acidentes anteriores (Harvey & Bryant, 1999c, 2000) parecem ser importantes preditores de PAS após o envolvimento em acidentes rodoviários.

Na presente investigação incluímos variáveis cujo poder preditivo em relação aos sintomas de PAS não foi reportado por nenhum dos estudos. Os dados revelaram que no modelo final os preditores de PAS foram o sexo (feminino) a dissociação peritraumática e a psicopatologia geral (av 1) que contribuíram de forma estatisticamente significativa para explicar 66.5% da variância. No estudo de Harvey e Bryant (1998b) o neuroticismo também foi incluído como variável preditora de PAS, contudo o seu contributo não se revelou estatisticamente significativo no nosso estudo. Na presente investigação, verificamos que o neuroticismo contribui para explicar os sintomas de PAS nos modelos simples, mas perde poder preditivo quando, no modelo, é incluído o *coping* geral (que não dá contributos significativos para o modelo) e a psicopatologia geral (av 1).

Estes dados mostram que, para além da vulnerabilidade associada ao sexo, as respostas dissociativas peritraumáticas e a psicopatologia contribuem para o

desenvolvimento de PAS. Ainda assim, importa salientar que a dissociação é um dos grupos de sintomas que integra o diagnóstico de PAS e que alguns dos sintomas de PAS podem ser comuns a outras psicopatologias. Perante tal, a leitura destes dados deve ser cuidada e não generalizada, mas cremos que também é importante que os estudos procurem identificar os factores de risco da PAS.

PSPT

O desenvolvimento de PSPT após envolvimento em acidentes rodoviários varia em função do momento em que a avaliação é efectuada e dos instrumentos e metodologia seguida. Norris (1992) refere que a PSPT pode ocorrer em 11% dos indivíduos expostos a acidentes rodoviários, enquanto a equipa de Blanchard (1995, 1996) refere que 39% a 40% das vítimas directas de acidentes rodoviários desenvolvem PSPT. Outros dados apontam para uma frequência de 31% de PSPT aos quatro meses (Pires, 2005), 25% seis meses após o acidente (Harvey & Bryant, 1998a), entre 2% (Schnyder et al., 2001) e 26% (Koren et al., 2002) aos doze meses. Os dados da presente investigação revelaram resultados superiores, pois aos quatro meses 58.4% das vítimas apresentava PSPT e aos 12 meses essa percentagem foi de 46.5%.

A metodologia seguida nas investigações e os instrumentos utilizados para avaliar PSPT (McNally, 2004), bem como o tipo de participantes, podem explicar algumas das discrepâncias encontradas nos resultados entre os estudos. Há estudos que apenas realizaram uma avaliação com as vítimas, enquanto outros realizaram várias avaliações, situando cada uma delas em períodos que vão de dias até três semanas após o acidente e até entre os três a quatro meses após o mesmo evento. Para além disso, a generalidade dos estudos utiliza a Clinician - Administered PTSD Scale (CAPS) de Blake, Weathers, Nagy et al. (1990) ou *Impact of Event Scale* (Horowitz, Wilner, & Alvarez, 1979). Tal como a Escala de Avaliação de Resposta ao Acontecimento Traumática, utilizada neste estudo, o CAPS tem 17 itens, de acordo com os critérios do DSM-IV-TR para PSPT, mas esta última, para além da presença ou ausência do sintoma, avalia a frequência e intensidade do mesmo (cf. Maia & Fernandes, 2003). O facto de no instrumento que utilizamos a intensidade dos sintomas não ter sido medida, pode levar a que sintomas menos graves sejam cotados como positivos. Note-se ainda que o facto de os participantes neste estudo terem sido vítimas de acidentes graves, dos quais resultaram lesões, pode contribuir para os números que nós encontramos

Sabe-se que algumas vítimas não reúnem as condições para o diagnóstico de PSPT e alguns investigadores sugerem e analisam o desenvolvimento de PSPT parcial (Lai et al., 2004). A este respeito, os estudos desenvolvidos pelas equipas de Blanchard et al. (1995, 1996) apontam para uma frequência de 25% a 29% de PSPT nas vítimas directas de acidentes rodoviários enquanto Wrenger et al. (2008) verificou que aos seis meses 11% das vítimas apresenta PSPT parcial e aos 12 meses essa percentagem é de 9%. Neste estudo verificou-se que quatro meses após o acidente 2% apresentava PSPT parcial e quando decorridos 12 meses do acontecimento essa percentagem era de 32%. Neste âmbito, a diferença nos critérios que os investigadores utilizam para analisar a PSPT parcial resultam em diferentes prevalências. No presente estudo obteve-se uma prevalência superior à dos demais estudos, sendo que, consideramos que quando as vítimas reportavam pelo menos um sintoma de reexperimentação, um sintoma de evitamento e um sintoma de activação (Lai et al., 2004) reuniam as condições necessárias ao referido quadro.

A análise da evolução dos sintomas de PSPT ao longo do tempo mostra que os sintomas podem remitir ou agravar-se (Blanchard et al., 1997). Segundo Zatzick et al. (2001) a evolução dos sintomas ao longo do tempo pode oscilar, isto é, pode assistir-se a uma diminuição, seguida de um agravamento e novamente uma remissão total ou parcial. No presente estudo, verificou-se que da avaliação efectuada quatro meses após o acidente para a avaliação realizada 12 meses mais tarde se assistiu em muitos participantes a uma remissão (total ou parcial) dos sintomas de PSPT (23.8% dos participantes deixaram de reunir as condições para o diagnóstico de PSPT aos 12 meses). No entanto noutras situações aos quatro meses não estavam reunidas as condições para PSPT, mas aos 12 meses os sujeitos passaram a apresentar o diagnóstico (11.8%). Houve ainda situações em que o diagnóstico de PSPT se manteve (34.7%) e ainda os sujeitos em que em nenhum dos momentos estiveram reunidas as condições para PSPT (29.7%). Apesar destas nuances, em termos gerais constatou-se que houve uma diminuição estatisticamente significativa do diagnóstico de PSPT.

Segundo os investigadores, as discrepâncias podem, uma vez mais, estar relacionadas com a metodologia de investigação seguida e com as características dos instrumentos utilizados nas avaliações (McNally, 2004).

Os investigadores também se têm questionado sobre os factores que podem explicar a manutenção e remissão dos sintomas de PSPT, questão que também emerge nos dados da presente investigação.

Sabe-se que alguns indivíduos apresentam o que na literatura (cf. Buckley et al., 1996) e no DSM-IV-TR (APA, 2002) é designado por “PSPT com início tardio”, isto é, podemos encontrar indivíduos que nas avaliações iniciais não reportam sintomas compatíveis com o diagnóstico da perturbação, mas que, após algum tempo se evidenciam e tornam perturbadores.

Diferentes estudos têm sido realizados para identificar os factores que contribuem para a remissão ou manutenção dos sintomas. Relativamente à remissão, McNally et al. (2004) referem que três meses após o envolvimento em situações traumáticas se assiste a uma recuperação espontânea e natural, isto é, sem que seja necessária qualquer intervenção psicológica. Blanchard, Hickling, Forneris et al. (1996) no estudo realizado especificamente para avaliar a remissão dos sintomas de PSPT (que avaliou vítimas de acidentes em sete momentos diferentes - dias após o acidente e posteriormente com periodicidade mensal) observaram que se assiste a uma diminuição estatisticamente significativa nos sintomas de PSPT ao fim de três meses e aos seis meses a remissão (ainda que parcial) na ordem dos 55%. Segundo esta equipa, os sintomas iniciais de PSPT (ausência ou PSPT parcial), a não ocorrência de outras situações traumáticas na família durante o período do *follow-up*, a situação de saúde inicial (mais favorável) e a situação de saúde aos quatro meses (mais favorável) explicaram cerca de 84% da variância da remissão dos sintomas de PSPT.

No que concerne ao agravamento da sintomatologia 12 meses após o acidente rodoviário Blanchard, Hickling, Barton, Taylor et al. (1996) referem que o aniversário do acidente pode ser um factor importante. Os sintomas iniciais de PSPT, a existência de depressão na história anterior ao acidente, a qualidade das relações com os membros da família (pouca qualidade) e a percepção subjectiva inicial em relação à vulnerabilidade individual parecem contribuir para o agravamento dos sintomas de PSPT (Blanchard, Hickling, Barton, Taylor et al., 1996). Outros autores, consideram que a dissociação persistente (Briere et al., 2005), a dissociação peritraumática (Holeva & Tarrier, 2001; Ozer et al., 2003), a percepção de perigo (McNally et al., 2003), a PAS (Creamer et al., 2004) podem contribuir para a manutenção e agravamento da sintomatologia de PSPT.

Os estudos empíricos têm demonstrado que para explicar a variância dos sintomas de PSPT dão contributos importantes: o sexo (Harvey & Bryant, 2003), a percepção de perigo (Ozer et al., 2003), a dissociação peritraumática (Briere et al., 2005; Bryant, 2007), a PAS (Creamer et al., 2004; Holeva & Tarrier, 2001),

psicopatologia (Oquendo et al., 2005). Relativamente ao papel do neuroticismo (Engelhard et al., 2003; Mayou et al., 2003), e da situação de saúde (Blanchard et al., 1995, Mayou et al., 2002) os resultados ainda são ambíguos e pouco conclusivos. Quanto ao papel contributo as variáveis supramencionadas e ao contributo do *coping* (Bryant, 2000b) e do apoio social (baixo) (Holeva et al., 2001) no desenvolvimento de perturbação psicológicas, as equipas de investigação tem sido consensuais sobre a necessidade de realizar mais investigação.

Relativamente aos preditores de PSPT quatro meses após o acidente, constatou-se que, no modelo final, apenas a dissociação peritraumática contribui de forma estatisticamente significativa para explicar 26.5% da variância. O sexo e a psicopatologia geral (av 1) perdem poder preditivo. Estes dados corroboram a importância da dissociação peritraumática, que já tivemos oportunidade de analisar.

Doze meses após o acidente rodoviário, verificou-se que os melhores preditores de PSPT foram o *coping* geral e a situação de saúde, avaliadas nesse mesmo momento. A dissociação peritraumática também se revelou importante, contudo no modelo final esta não deu contributos estatisticamente significativos para explicar a variância dos sintomas de PSPT. Estes dados corroboram o papel que a dissociação peritraumática tem no desenvolvimento de perturbação psicológica, sobretudo na PAS e PSPT, podendo considerar-se, como referem Halligan, Michael, Clark e Ehlers (2003) que os indivíduos que após exposição a acontecimentos traumáticos reportam mais dissociação tendem a revelar mais desorganização nas memórias do acontecimento e a fazer mais descrições intrusivas do acontecimento. É também enfatizado o papel da saúde, tão pouco referenciado pelas investigações, verificando-se que quanto mais grave a situação de saúde e quanto mais tempo as limitações se prolongam no tempo, dificultando o ajustamento e retorno à vida “normal” mais dificuldade as vítimas tem em gerir os sintomas psicológicos de PSPT. Tal como Blanchard et al. (1995) refere, as limitações físicas fazem com que as vítimas se confrontem diariamente com estímulos que lhes recordam e evocam o acidente. Poucos estudos abordam esta dimensão, mas poderemos equacionar que as marcas físicas visíveis (e.g. cicatrizes no rosto e mãos, amputações), dores, ou a necessidade prolongada de necessitarem de apoios à locomoção (e.g. muletas, andarilhos, cadeiras de rodas) ou até de necessitarem de frequentar fisioterapia, recordam e levam à revivência do acidente. Estas limitações impedem o processamento da informação cognitiva e emocional do acidente num curto espaço de tempo, impedindo-o de ser processado como algo que aconteceu no passado, uma vez que as

consequências estão no presente, o que poderá conduzir à cronicidade dos sintomas psicológicos e até a eventuais alterações neurobiológicas de forma que, perante futuras situações de vida adversas, a probabilidade de desencadear respostas de PAS e PSPT esteja aumentada. Quanto ao *coping*, e ao pode preditivo deste, poderemos considerar que o *coping* geral incluiu uma variedade de respostas cognitivas e comportamentais que as vítimas dizem utilizar para gerir a situação e os sintomas que experimentam 12 meses após o acidente, contudo estas respostas podem não ser as mais adequadas aos processamento cognitivo e emocional do acontecimento. Considerando as abordagens cognitivas e a importância que a avaliação das respostas desempenha na manutenção dos sintomas de perturbação psicológica (Ehlers & Clark, 2000), poderemos afirmar que, apesar das vítimas elencarem o recurso a uma série de estratégias, não significa que estas sejam adequadas, e que estejam a ter o efeito desejado (com vista á adaptação) para gerir eventuais sintomas de intrusão, evitamento, reexperimentação. Para além disso, as estratégias adoptadas após o acidente podem não corresponder à concepção que as vítimas tecem sobre o próprio e sobre o mundo após o acidente, podendo de alguma forma haver dissonância cognitiva que dificulta a integração do acontecimento na memória, sobretudo na memória autobiográfica.

Psicopatologia geral

Na sequência da exposição a acidentes rodoviários as vítimas podem apresentar outras psicopatologias para além da PSPT, tal como tem descrito vários investigadores (Witmann et al., 2008; Moergeli et al., 2008 Wrengler et al., 2008). A depressão, fobias e ansiedade (Mayou et al., 1993; Mayou et al., 2001a; Mayou et al., 2001b; Ehring et al., 2006), consumo de substâncias, perturbação de pânico, agorafobia e perturbação obsessivo-compulsiva (Maes et al., 2000) não são raras após os acidentes rodoviários. Segundo Oquendo et al. (2005) as vítimas que apresentam mais sintomas depressivos tendem a reportar mais PSPT ao longo da vida e, como referem O'Donnell et al. (2004) a depressão e a PSPT podem co-existir e manter-se ao longo do tempo.

Na presente investigação verificou-se que ao longo do tempo se assistem a mudanças estatisticamente significativas nas diferentes subescalas do BSI, designadamente na somatização, obsessão-compulsão, depressão, ansiedade, hostilidade, actividade fóbica, ideação paranóide e psicoticismo. No que se refere à psicopatologia geral, as diferenças são mais evidentes da avaliação realizada quatro

meses após o acidente para a avaliação realizada 12 meses após o mesmo acontecimento, assistindo-se a uma diminuição da sintomatologia. Apesar destes dados, também se constata que, uma parte das vítimas de acidentes rodoviários apresenta sintomatologia psicológica com significado clínico nos diferentes momentos de avaliação (72.3% na avaliação inicial, 84.2% quatro meses após o acidente e 50.5% aos 12 meses).

Para além dos exposto, verificou-se que quanto mais psicopatologia no momento inicial mais psicopatologia quatro meses após o acidente e, quanto mais psicopatologia (av 2) mais psicopatologia geral 12 meses após o mesmo acontecimento.

A história de perturbação (Creamer et al., 2005; Delahanty & Nugent, 2006) parece vulnerabilizar os indivíduos ao desenvolvimento de perturbação psicológica após a exposição a situações potencialmente traumáticas. Perante tal, no presente estudo, verificou-se que a psicopatologia geral da avaliação inicial, quando integrada num modelo, revelou-se um importante preditor dos sintomas de PAS, explicando 66.5% variância de PAS mesmo quando controladas outras variáveis. Relativamente ao poder preditivo da PSPT, constatou-se que a psicopatologia geral (av 1 e av 2) é bom preditor independente da PSPT quatro meses após o acidente, explicando, respectivamente, 5.3% e 43.5% da variância. Quando integrada num modelo global, verifica-se que a psicopatologia geral (av 2) é colinear com a PSPT nesse mesmo momento, enquanto a psicopatologia geral (av 1) vai perdendo poder preditivo para explicar a variância dos sintomas de PSPT aos quatro meses. Para explicar os sintomas de PSPT 12 meses após o acidente, enquanto preditor independente, a psicopatologia geral (av 2) explica 18.7% da variância e a psicopatologia geral (av 3) explica 62.0% da variância. Quando integrada num modelo preditor global, verificou-se que a psicopatologia geral (av 2 e av 3) é colinear com os sintomas de PSPT (av 3).

Na presente investigação constatou-se que a psicopatologia geral (av 2 e av 3) é colinear com os sintomas de PSPT avaliados nos mesmos momentos. Segundo Field (2005) tal ocorre quando duas variáveis estabelecem entre si correlações muito fortes de tal forma que, se fossem incluídas estas variáveis nos modelos, tenderiam a anular o poder preditivo de outras variáveis com contributos importantes para o modelo. Blanchard et al. (1998) concebem a possibilidade da PSPT e da depressão serem manifestações de um constructo único, pelo que poderemos considerar que o instrumento utilizado para avaliação psicopatologia geral estaria a medir sintomas muito similares aos sintomas de PSPT de tal forma que, em alguns momentos de avaliação se

verificou existir colinearidade, ainda que, quando tal não ocorre, a psicopatologia possa ser um importante preditor de PSPT:

Neuroticismo

Enquanto característica da personalidade, o neuroticismo pode ser considerada uma característica relativamente estável (Costa & McCrae, 1987). Nas diferentes avaliações que efectuamos neste estudo (alguns dias, quatro meses e 12 meses após o acidente) verificou-se que não se assistem a alterações estatisticamente significativas em relação ao neuroticismo.

Alguns estudos têm mostrado que os indivíduos com mais neuroticismo tendem a apresentar mais PSPT, tal como revelam os estudos realizados com militares (Bramsen et al., 2000) e com equipas de emergência médica (Conlon, et al., 1999). Em vítimas de acidentes rodoviários, os dados são controversos, e enquanto Holeva e Tarrier (2001) encontraram uma relação significativa entre o neuroticismo e a PSPT, Mayou et al. (1993) não encontraram resultados significativos.

Na presente investigação, os resultados corroboram o descrito por Holeva e Tarrier (2001) na medida em que quando mais neuroticismo as vítimas reportam alguns dias após o acidente mais sintomas de PAS tendem a apresentar nesse mesmo momento. Também se verifica que quanto mais neuroticismo na avaliação inicial e na avaliação efectuada quatro meses após o acidente, mais sintomas de PSPT no segundo momento de avaliação. Constatou-se ainda que quanto mais neuroticismo nos três momentos de avaliação (avaliação inicial, avaliação aos quatro meses e avaliação aos 12 meses) mais sintomas de PTSD 12 meses após o acidente. Apesar de se obterem estes dados correlacionais, o papel do neuroticismo enquanto variável preditora de PAS e PSPT não é tão claro.

O presente estudo mostrou que o neuroticismo (av 1), quando integrado num modelo com outras variáveis, não contribui de forma estatisticamente significativa para explicar a variância dos sintomas de PAS. Constatou-se que o neuroticismo (av 1 e av 2) é preditor independente de PSPT quatro meses após o acidente, explicando 5.3% e 27.3% da variância, respectivamente. Quando integrado num modelo preditor, o neuroticismo (av 2) é colinear com os sintomas de PSPT nesse mesmo momento. Ao analisar o poder preditivo em relação aos sintomas de PSPT 12 meses após o acidente, o neuroticismo (av 2 e av 3), enquanto preditor independente explica 14.7% e 49.7% da

variância. Num modelo global, preditor de PSPT (av 3) verifica-se que existe colinearidade do neuroticismo (av 3) com a variável predita e o neuroticismo (av 2) não dá contributos estatisticamente significativos. Assim, o neuroticismo (av 2) prediz PSPT (av 3).

Sobre estes dados parece-nos importante reflectir sobre a colinearidade entre o neuroticismo (av 3) e os sintomas de PSPT (av 3). Efectivamente a correlação entre estas variáveis é elevada ($r=.665$, $p<.001$) e considerando o referido por Field (2005) a inclusão do neuroticismo num modelo preditor anularia o poder preditivo de outras variáveis importantes para explicar a variância dos sintomas de PSPT. Perante os dados obtidos e já reportados, que apontaram para a não existência de mudanças estatisticamente significativas no neuroticismo ao longo das avaliações efectuadas, seria de esperar que o neuroticismo avaliados nos três momentos fosse também colinear com os sintomas de PSPT (av 2 e av 3), mas tal não acontece, isto é o neuroticismo (av 1) correlaciona-se com os sintomas de PAS ($r=.507$, $p<.001$), o neuroticismo (av 2) correlaciona-se com os sintomas de PSPT nesse mesmo momento ($r=.463$, $p<.001$) mas não há colinearidade entre as variáveis. Uma vez que, devido à colinearidade, o neuroticismo não pode ser incluído nos modelos preditores de PSPT e não se revelando preditor significativo de PAS, constata-se que o contributo do neuroticismo para o PSPT tem de ser melhor explorado. Na literatura a relação entre o neuroticismo e os sintomas de PSPT após a exposição a situações traumáticas permanecem por esclarecer, não apenas nas vítimas de acidentes rodoviários, mas também em estudos que envolvem outros participantes, tal como também referem Engelhard, Hout e Miriam (2009) no estudo que realizaram com militares que serviram no Iraque. Esta equipa concluiu que não há diferenças nos indivíduos com mais neuroticismo ou com menos neuroticismo no aumento dos sintomas anteriores e posteriores à exposição traumática, de tal forma que os indivíduos com mais neuroticismo não são necessariamente mais reactivos face a acontecimentos de vida adversos.

Coping

As estratégias de *coping*, segundo Ribeiro e Santos (2001), são um processo dinâmico que implica avaliações e reavaliações constantes para que, tal como Tiet et al (2006) advogam, o indivíduo consiga responder e gerir as situações com que se confronta. Relativamente a este processo e à sua evolução ao longo do tempo, verificamos que as estratégias de *coping* gerais, tal como Parkes (1984) as descreve,

sofrem alterações. Verificou-se que se assiste a uma diminuição estatisticamente significativa nas estratégias de *coping* gerais que as vítimas reportam da avaliação inicial para a avaliação realizada 12 meses após o acidente, e também nas estratégias utilizadas dos quatro para os 12 meses. Relativamente ao *coping* directo, verifica-se que as vítimas de acidente referem utilizar menos este tipo de estratégias quatro meses após o acidente do que 12 meses após o mesmo acontecimento, alterações também com significado estatístico. Por outro lado, verifica-se que as estratégias de supressão são mais relatadas na avaliação realizada quatro meses após o acidente do que aos 12 meses, assistindo-se a uma diminuição significativa no recurso a este tipo de estratégias ao longo do tempo. Estes dados, corroboram a ideia de que as estratégias de *coping* constituem recursos que implicam (re)avaliação constante, senso mutáveis ao longo do tempo.

Os estudos têm revelado que o *coping* de evitamento se relaciona com o desenvolvimento de PAS (Harvey & Bryant, 1999b) e de PSPT (Bryant & Harvey, 1995; Bryant et al., 2000b). Neste estudo verificou-se que quanto mais estratégias de *coping* geral (av 1), mais sintomas de PAS e psicopatologia geral nesse mesmo momento, quanto mais estratégias de *coping* geral aos quatro meses mais sintomas de PSPT nesse mesmo momento e quanto mais estratégias de *coping* geral (av 3) mais sintomas de PTSP e psicopatologia geral 12 meses após o acidente. Relativamente ao *coping* directo, os dados revelaram que quanto menos estratégias de *coping* directo (av 2 e av 3) mais sintomas de PTSD e psicopatologia geral nos respectivos momentos de avaliação. Considerando o *coping* de supressão, verificou-se que quando menos estratégias de supressão quatro meses após o acidente mais sintomas de PSPT nesse mesmo momento, enquanto na avaliação realizada aos 12 meses se verificou que quanto mais estratégias de *coping* de supressão mais sintomas de PSPT e de psicopatologia geral. Isso significa que, tal como a investigação tem demonstrado, contactou-se que as estratégias passivas e de inibição de acção (*coping* de supressão) estão associadas com o desenvolvimento de perturbação psicológica, mas apenas na avaliação realizada um ano após o acidente. Note-se que no instrumento usado nesta investigação, o *coping* geral se refere a um conjunto de estratégias cognitivas e comportamentais que o indivíduo usa, pelo que inclui aquelas que podem ser menos funcionais.

Relativamente ao poder preditivo, Jeavons (2000) constatou que o estilo de *coping* mais centrado nas emoções é um importante preditor de PSPT. Nesta investigação verificou-se que, enquanto preditores independentes, o *coping* directo (av

2), que alude a estratégias mais racionais e centradas no problema, se correlaciona negativamente com os sintomas de PSPT nesse mesmo momento ($r=-.254$, $p<.05$) e explica 11.6% da variância dos sintomas de PSPT. Também contribuem para explicar a variância de PSPT 12 meses após o acidente, o *coping* geral (av 3), o *coping* directo (av 3) e o *coping* de supressão (av 3), explicando 25.5%, 37.6% e 6.3% da variância, respectivamente.

Quando integrado num modelo a par de outras variáveis, o *coping* geral (av 1) não dá contributos significativos para explicar a variância de PAS e o *coping* directo (av 2) também não dá contributos estatisticamente significativos para explicar a variância de PTSD aos quatro meses. Apenas o *coping* geral (av 3), quando integrado num modelo preditor de PSPT 12 meses após o acidente, dá contributos estatisticamente significativos para explicar a variância.

Apesar de estes resultados não corroborarem linearmente os dados das investigações anteriores, estes podem ser uma mais-valia na medida em que focam dimensões que ainda estão pouco exploradas pela investigação, especialmente na área dos acidentes rodoviários.

Para além disso, os dados levam-nos a considerar a possibilidade de os indivíduos que apresentam estratégias de *coping* pouco diferenciadas em relação à acção e à emoção / passividade comprometerem a adaptação e gestão favorável das reacções e sintomas pós-traumáticos, tornando-os mais vulneráveis ao desenvolvimento de perturbação. Isto é, os indivíduos utilizam uma série de estratégias cognitivas e comportamentais que não são necessariamente as mais adequadas ou simplesmente podem não estar a ser devidamente rentabilizadas pelas vítimas para gerir as consequências psicológicas que permanecem na sequência do acidente. Importa ainda salientar que, sob o ponto de vista cognitivo, tal como sintetizam Ehlers e Clark (2000) a avaliação que as vítimas fazem em relação à eficácia das suas respostas serem fundamentais para a gestão dos sintomas psicológicos e integração do acontecimento na memória autobiográfica.

Apoio social

Dados de investigações realizadas com vítimas de acidentes rodoviários revelaram que a proximidade da relação com a família diminui os sintomas de perturbação (Blanchard, Hickling, Taylor et al., 1996), sendo que quanto menor apoio social mais perturbação (Coronas et al., 2008) nomeadamente PSPT (Buckley et al.,

1996; Holeva et al., 2001) quando decorridos quatro a seis meses do acidente rodoviário. O poder preditivo que o apoio social (baixo apoio social) tem em relação à PAS (Holeva et al., 2001) também tem sido estudado.

Estes dados são corroborados apenas parcialmente na presente investigação. Os dados revelaram que o apoio social não estabelece correlações estatisticamente significativas com os sintomas de PAS, mas quanto menor o apoio social que as vítimas de acidentes rodoviários reportam 12 meses após o acidente mais sintomas de PSPT e psicopatologia geral evidenciam nesse mesmo momento de avaliação. Nos demais momentos de avaliação não se encontram dados estatisticamente significativos.

Salientamos ainda que, na primeira avaliação, as vítimas ainda se encontravam no hospital, contexto no qual ainda tinham apoio social (informativo, emocional e instrumental) muito próximo, o que possivelmente acontece também na avaliação efectuada quatro meses após o acidente, sobretudo nos casos em que as vítimas ainda apresentavam algum grau de dependência física. Para além disso, nos primeiros dias após o acidente, por norma, os familiares e amigos questionam e interessam-se pelo sucedido. Quando decorridos 12 meses do acidente, as pessoas que disponibilizaram o apoio social inicial podem já ter retomado as suas rotinas diárias, sendo nesse momento que as vítimas percebem e dão valor ao apoio social, de tal forma que, quando não dispõem desse apoio, ao fim de um ano, as vítimas evidenciam mais sintomas de perturbação.

A este respeito, verificamos que o apoio social aos 12 meses, enquanto variável independente explica 9.3% dos sintomas de PSPT. Quando integrado num modelo explicativo, verificou-se que o apoio social (av 3) não contribui de forma estatisticamente significativa nem para explicar a variância dos sintomas de PSPT nesse mesmo momento.

Estes dados não descredibilizam completamente o papel do apoio social, contudo este parece não ter um impacto relevante nos primeiros dias após o acidente, apenas se evidenciando um papel mais preponderante quando os sintomas e a perturbação psicológica se mantêm no tempo. Note-se no entanto que o contributo se perde quando outras variáveis entram simultaneamente no modelo, mostrando que a relevância do apoio social parece diluir-se quando são consideradas outras dimensões que, neste estudo, se revelaram melhores preditores dos sintomas psicológicos nos diferentes momentos de avaliação.

Situação de saúde

Na sequência do envolvimento em acidentes rodoviários os problemas de saúde e as limitações físicas (temporárias ou permanentes) são uma possibilidade, e no nosso estudo, onde todos os participantes tinham sido vítimas de acidentes graves dos quais tinham decorrido lesões para eles, são a realidade. Alguns estudos, sobretudo internacionais, têm procurado analisar a relação entre a gravidade da situação de saúde e o desenvolvimento de perturbação psicológica. A equipa de Blanchard (1995, 1997) mostrou que a situação de saúde estava correlacionada com os sintomas de PSPT e que estes explicavam uma parte dos sintomas da perturbação. Contrariamente, Mayou et al. (2002) concluíram que os sintomas de PSPT não eram influenciados pelo funcionamento físico dos indivíduos.

Neste estudo, em que os participantes foram avaliados em diferentes momentos após a experiência do acidente, constatou-se, tal como seria de esperar, que se assiste a uma melhoria gradual da situação de saúde ao longo do tempo, pois os indivíduos reportam menos problemas de saúde da avaliação inicial para a segunda avaliação e desta para a avaliação realizada 12 meses após o acontecimento traumático.

Os dados correlacionais da presente investigação apenas permitem verificar que quanto pior foi a situação de saúde das vítimas um ano após o acidente mais sintomas de PSPT tendem a evidenciar nesse mesmo momento. Para além disso, enquanto preditor independente, a situação de saúde (av 3) explica 18.2% dos sintomas de PTSD (av 3) e, quando integrada num modelo global, a situação de saúde 12 meses após o acidente dá um contributo estatisticamente significativo para explicar a variância dos sintomas de PSPT nesse mesmo momento.

Deste modo verificamos que aqueles indivíduos que evidenciam mais problemas de saúde ou problemas de saúde mais graves 12 meses após o acidente são também os que permanecem mais sintomáticos (PSPT), de tal forma que a situação de saúde é fundamental para explicar os referidos sintomas.

Neste âmbito importa reflectir sobre o facto de nas avaliações anteriores a situação de saúde não ser preditor de perturbação psicológica. Uma das primeiras considerações que poderemos fazer prende-se com o facto de, na avaliação inicial as vítimas ainda se encontrarem hospitalizadas, muitas delas a aguardar diagnósticos, ou a sua confirmação, a aguardar cirurgias e a terem acesso privilegiado a cuidados de saúde imediatos caso sentissem dores ou outros desconfortos físicos. Uma vez que as vítimas

que participaram no estudo estiveram envolvidas em acidentes graves, as limitações físicas reais e mais graves tornaram-se mais evidentes quando decorrido um ano do acidente, momento em que as expectativas em relação a condição física começavam a ser questionadas. Assim se poderá compreender que as vítimas cuja com situação de saúde era mais grave um ano após o acidente evidenciassem mais PSPT. Mayou et al. (2003) também concluíram que as consequências psicológicas dos acidentes rodoviários constituem um “problema” maior quando os participantes tinham de recorrer à utilização dos serviços de saúde.

Diferenças entre os Sexos e na Posição Ocupada aquando do Acidente

As diferenças entre os sexos no desenvolvimento de perturbação psicológica (PAS, PSPT) têm sido analisadas por vários estudos que têm concluído que as mulheres são mais frequentemente expostas a situações traumáticas e que desenvolvem mais perturbação (Breslau & Kessler, 2001; Coronas et al., 2008; Harvey & Bryant, 2003; Tolin & Foa, 2006). Estes dados são corroborados pela presente estudo em que o sexo feminino reporta mais sintomas de PAS, PSPT (aos quatro meses) e psicopatologia geral (aos quatro e 12 meses) do que o sexo masculino.

De acordo com a literatura as mulheres podem ocupar a posição de passageiro nos veículos, evidenciar alterações respostas neurobiológicas, apresentar mais sintomas depressivos (Bryant & Harvey, 2003), mais perturbações ansiosas anteriores, história familiar de perturbação mental e ausência de relações de confiança com a figura materna (Bromet, Sonnega, & Kessler, 1998), dimensões que se relacionam com a PSPT. Note-se no entanto que no nosso caso não existiram diferenças entre os homens e as mulheres.

Os dados sobre a relação entre a posição ocupada aquando do acidente (condutor ou passageiro) e os sintomas psicológicos não são consensuais. Há estudos que referem que os passageiros tendem a apresentar mais problemas psicológicos que os condutores (Mayou et al., 2001a) enquanto outros não encontraram qualquer relação entre a posição ocupada e o desenvolvimento de perturbação psicológica (Mayou et al., 2001b, Ongecha-Owuor et al., 2004; Pires, 2005). Neste estudo, não encontramos qualquer diferença estatisticamente significativa entre a posição ocupada aquando do acidente (peão, passageiro e condutor) em relação à dissociação peritraumática, aos sintomas de PAS, aos sintomas de PSPT e à psicopatologia geral nos diferentes momentos de avaliação.

CAPÍTULO VIII

CONCLUSÃO

Todos os cidadãos e utilizadores da via pública são potenciais vítimas de acidentes e, como vimos ao longo deste trabalho, o desenvolvimento de perturbação psicológica após a vivência de uma experiência desta natureza não é algo raro.

Se considerarmos as respostas a curto prazo, o nosso estudo verificou que as respostas agudas de stress, conceptualizadas sob a forma dos sintomas e/ou o diagnóstico de PAS, são frequentes.

A PSPT é talvez a perturbação psicológica mais estudada após o envolvimento em acidentes rodoviários, sendo que quer a literatura, quer este estudo, mostram que tanto os indivíduos que inicialmente apresentam PAS, como os que não apresentam PAS podem, mais tarde, reunir condições para PSPT. O desenvolvimento de sintomas compatíveis com outras psicopatologias (e.g. fobias, ansiedade, depressão) também é frequente neste tipo de população. Apesar de termos optado por medir psicopatologia geral, os dados deste estudo mostram que a percentagem de indivíduos que nas diferentes avaliações apresentam sintomas de psicopatologia geral com significado clínico é muito elevada. A este respeito, se consideramos o defendido por Coyne e Thompson (2007) relativamente ao sobrediagnóstico, podemos concluir que existe um padrão nos diferentes instrumentos que mostram uma acentuada sintomatologia. Atendendo a que os participantes neste estudo não tiveram necessidade de acentuar ou fingir a presença de sintomas psicológicos, pois os dados de investigação não seriam cruzados nem partilhados com outras entidades (e.g. seguradoras, tribunais) no sentido de poderem ter benefícios secundários, é questionável se os números de pessoas afectadas que foram identificadas neste estudo correspondem a sobrediagnósticos.

A identificação dos factores de risco associados ao desenvolvimento de perturbação psicológica após exposição traumática tem sido uma constante na investigação, quer com as vítimas de acidentes rodoviários, quer com outro tipo de populações expostas a acontecimentos potencialmente traumáticos. No caso particular dos acidentes rodoviários, verificamos que algumas variáveis pré e pós-traumáticas nem sempre são analisadas, designadamente as características de personalidade (neuroticismo), a situação de saúde, o apoio social e as estratégias de *coping*. Neste

âmbito procuramos contribuir quer para análise do poder preditivo dessas variáveis para a perturbação psicológica, quer para enriquecer o debate em torno destas questões.

Relativamente aos factores de risco pré-traumáticos, o sexo tem sido bastante analisado, ainda que os resultados sejam ambíguos na medida em que o sexo nem sempre é um preditor com contributo significativo para PSPT. Neste estudo a representatividade dos homens foi superior à das mulheres, sendo o sexo feminino que evidencia mais sintomas de PAS, mais sintomas de PSPT e mais sintomas de psicopatologia geral (av 2 e av 3). No entanto o sexo não é um preditor de PTSD aos 12 meses. No sentido de analisar a vulnerabilidade biológica entre homens e mulheres, para o desenvolvimento de PSPT em particular a alteração nos níveis de cortisol (Delahanty, Nugent, Christopher, & Walsh, 2005), no ritmo cardíaco (Bryant, Harvey, Guthrie, & Moulds, 2000) e até no volume do hipocampo (Heim & Nemeroff, 2001), também em vítimas de acidentes rodoviários seria importante o desenvolvimento de investigações com carácter longitudinal que recolhessem e analisassem os dados destes e de outros indicadores biológicos, mas também de outros factores pessoais e sociais que podem contribuir para as diferenças entre homens e mulheres.

Ainda que pouco exploradas nos estudos realizados com vítimas de acidentes rodoviários, as experiências traumáticas anteriores parecem vulnerabilizar ao desenvolvimento de perturbações psicológicas, designadamente PSPT (Irish et al., 2008) e, como verificamos no presente estudo, no desenvolvimento de psicopatologia geral quatro meses após o acidente. Importa salientar que estes acontecimentos de vida apenas foram analisados através de um instrumento de auto-relato, não tendo sido realizada qualquer entrevista mais estruturada e detalhada sobre a história de vida das vítimas antes do acidente rodoviário. Aliás as limitações do auto-relato são extensíveis a todas as variáveis estudadas.

A percepção de perigo e a dissociação peritraumática, enquanto variáveis peritraumáticas, têm beneficiado de bastante atenção, tendo a literatura mostrado que ambas predizem perturbação psicológica, nomeadamente PSPT. Utilizando um instrumento adaptado à população portuguesa para analisar a dissociação peritraumática, verificou-se que efectivamente esta dá contributos importantes para predizer os sintomas de PAS e PSPT aos quatro meses, vindo a perder poder preditivo em relação aos sintomas de PSPT aos 12 meses. Alguns investigadores sugeriram que a dissociação peritraumática poderá partilhar variância com o neuroticismo e com os sintomas de PSPT ou seja, como referiram Engelhardt et al. (2003), podem existir

semelhanças nos sintomas de neuroticismo e de PSPT, o que também explicaria a colinearidade encontrada entre estas variáveis no nosso estudo. Outras explicações para a relação entre a dissociação peritraumática e a perturbação psicológica incluem alterações psicofisiológicas (Griffin et al., 1997). Importa ainda considerar que, tal como defendem Panatesis e Bryant (2003), Martin e Marchand (2003) e Briere et al. (2005) a dissociação persistente pode ser o tipo de dissociação que aumenta a probabilidade de ocorrência de perturbação psicológica, devido ao facto desta não ser peritraumática, mas sim por se evidenciar a partir da exposição ao acontecimento traumático, interferindo de forma mais significativa nas respostas pós-traumáticas, designadamente nas de evitamento. Neste sentido, a avaliação da dissociação persistente, ainda pouco analisada na generalidade dos estudos, talvez pudesse contribuir para um melhor esclarecimento das concepções tecidas pelos investigadores também em relação às vítimas de acidentes rodoviários.

Relativamente às características de personalidade, verificou-se que o neuroticismo parece ser uma característica estável, tal como previsto. O neuroticismo pode ser associado a uma tendência para exagerar a ameaça, associada à auto-culpabilização e preocupação (Holeva & Tarrier, 2001), o que pode explicar a sua associação ao desenvolvimento de PSPT (Cox et al., 2004), ainda que sobre a mesma sejam necessários mais estudos que possam utilizar o mesmo ou outros instrumentos de avaliação. Uma vez que também a hostilidade parece desempenhar um papel preponderante na PSPT, tal como mostram estudos realizados com bombeiros (Heinrichs et al., 2005) e veteranos de guerra (Schnurr et al., 2003), talvez esta pudesse ser uma dimensão a analisar futuramente.

As dimensões pós-traumáticas analisadas na presente investigação (*coping*, apoio social e situação de saúde) revelam ter um papel importante no poder preditivo de perturbação psicológica, sendo possível que, quando integradas em modelos com outras variáveis, o seu poder preditivo seja partilhado com essas variáveis. As estratégias de *coping* utilizadas nos primeiros dias após o acidente não se revelaram preditoras de PAS. Considerando que nesse momento de avaliação as vítimas ainda se encontravam no hospital, a aguardar diagnósticos, exames, cirurgias e até altas médicas, consideramos que as preocupações das vítimas de poderiam focar na sua situação de saúde física e psicológica e não tanto na forma e estratégias a utilizar para gerir situações associadas ao acidente com que se confrontariam mais tarde. As estratégias de *coping* gerais aos 12 meses têm um papel importante nos sintomas de PSPT nesse

mesmo momento, quando efectivamente os indivíduos têm que lidar com situações e estímulos que lhes possam evocar ou recordar o acontecimento, bem como encontrar estratégias cognitivas e comportamentais que lhes “devolvam” alguma qualidade de vida e lhes permitam continuar a desempenhar as funções e papéis sociais. O instrumento utilizado para avaliar o *coping*, no nosso entender, carece de estudos mais aprofundados em relação à sua estrutura, uma vez que, nesta investigação, houve necessidade de excluir as subescalas de *coping* directo e de supressão da avaliação inicial. Relativamente ao *coping* geral, salientamos que este integra uma série de estratégias cognitivas e comportamentais, umas mais orientadas para a emoção ou e outras para os problemas, não se conseguindo perceber quais são as estratégias que as vítimas utilizam e que melhor predizem o desenvolvimento de perturbação psicológica.

O apoio da família, dos amigos e até de outras redes de apoio têm sido apontadas como fundamentais para diminuir os sintomas de PSPT, o que foi corroborado neste estudo quando decorrido um ano do acontecimento. A este respeito poderemos considerar que nos primeiros dias após o acidente, quando as vítimas ainda estão no hospital, e nos primeiros meses, o apoio social de familiares, amigos, conhecidos se orienta e foca na vítima. Para além disso, nesses momentos, os recursos externos (apoio instrumental) de que beneficiam parece ser ainda o necessário para que seja percebido como positivo. Quando decorrido um ano, é esperado que as vítimas tenham retomado as funções e papéis sociais, ainda que estas possam perceber algum afastamento e descentralização da atenção de que até então beneficiavam por parte das redes de apoio, de tal forma que o baixo apoio social contribui para a perturbação psicológica. Para além do exposto, e tal como defendem alguns investigadores, esta falta de apoio social pode também ser considerada uma estratégia de *coping* (Joseph et al., 1998). Uma vez que no presente estudo apenas utilizamos o *score* total da escala de apoio social, poderemos considerar que a percepção da diminuição do apoio social ao longo do tempo, tanto se refere ao apoio emocional, como ao apoio informativo e instrumental.

Alguns estudos também realizados com vítimas de acidentes rodoviários apontaram a importância da situação de saúde no desenvolvimento de perturbação psicológica algum tempo após o acontecimento, tal como também verificamos na presente investigação. Efectivamente aqueles indivíduos que permanecem com mais limitações na saúde tendem a apresentar mais perturbação psicológica, contribuindo esta para explicar PSPT. O impacto da saúde permanece significativo mesmo quando associadas outras variáveis, o que sublinha e enfatiza a importância que as limitações

físicas e psicossociais têm nas actividades quotidianas dos indivíduos. O facto de esta variável não ter um papel tão destacado nas avaliações realizadas dias e quatro meses após o acidente, poderá estar relacionada com a avaliação subjectiva que as vítimas tecem em relação ao seu real estado de saúde e até às expectativas que têm em relação a possíveis melhoras. Um ano após o acidente os indivíduos que reportam situações de saúde mais graves evidenciam mais perturbação, que pode decorrer do facto de se confrontarem diariamente com as limitações de saúde física, o que os leva a recordar e reviver as emoções e pensamentos associados ao acidente, contribuindo para a manutenção dos sintomas e perturbação psicológica. Dada a importância das questões da saúde física no bem-estar das vítimas, parece-nos que também esta dimensão deveria ser alvo de estudos mais aprofundados que pudessem sensibilizar os profissionais de saúde para a importância das repercussões da saúde física na saúde psicológica.

A temática dos acidentes rodoviários é complexa e plurifacetada. Muitos são os factores que podem contribuir para o desenvolvimento de perturbação psicológica, sendo necessário conhecer estes factores para que melhor se possam definir estratégias e medidas associadas à prevenção dos acidentes, mas também ao desenvolvimento de perturbação.

Este estudo visava contribuir para a compreensão desta realidade no contexto nacional. Consideramos que uma das mais-valias desta investigação decorre do facto de ter um carácter longitudinal e simultaneamente prospectivo, tornando possível analisar a evolução dos sintomas psicológicos nos diferentes momentos e, em relação aos diferentes momentos ter sido possível identificar os factores preditores de perturbação psicológica. Contudo, também temos noção das limitações da investigação.

A recolha dos dados junto das vítimas estava dependente de um acontecimento de vida muito específico e recente, sendo que a disponibilidade por parte dos participantes para colaborar nos diferentes momentos de investigação foi fundamental para que o mesmo pudesse decorrer dentro do período de tempo estabelecido. Isto levou a que o número de sujeitos que pode ser avaliado em três momentos seja reduzido em relação ao número de variáveis que nos interessava estudar, comprometendo algumas das análises que poderiam ter sido feitas. Tal condicionou as análises estatísticas efectuadas em relação ao estudo da estrutura do Questionário de Avaliação de Respostas Agudas de Stress. Neste âmbito consideramos que seria muito importante a realização de investigações complementares que pudessem proceder a uma análise factorial

confirmatória deste instrumento e à sua adaptação e aferição à população portuguesa. Também relativamente a outros instrumentos e variáveis enfatizadas durante a revisão da literatura, consideramos que seria fundamental a análise mais exaustiva da estrutura dos referidos instrumentos (e.g. *coping*, apoio social, situação de saúde), para que se pudesse compreender melhor o papel destas variáveis no desenvolvimento de PSPT. Também o facto de apenas termos avaliados a psicopatologia geral e não um ou outro quadro psicopatológico em particular impedem a análise de dados em relação à comorbilidade.

Não poderemos deixar também de referir que os dados em relação aos preditores de PAS e PSPT se inserem no contexto científico actual, e que se regulam pelos critérios de diagnóstico que actualmente vigoram. Findos os debates em torno dos critérios de diagnóstico a incluir no DSM-V, com publicação prevista para 2012, seria interessante que se pudessem realizar estudos comparativos.

O facto de neste estudo terem participado vítimas de acidentes rodoviários graves que necessitaram de atenção médica, não nos permitem tirar conclusões em relação ao desenvolvimento de perturbação psicológica em vítimas de acidentes leves, em vítimas que evidenciam lesões neurológicas, ou nos familiares das vítimas directas, sabendo-se que estas últimas podem desenvolver PSPT secundária.

Uma vez percebido que muitas vítimas de acidentes se mantêm sintomáticas e com perturbação durante pelo menos 12 meses após a experiência do acidente rodoviário, a identificação dos factores que mantêm a perturbação poderá ser uma mais-valia para o desenvolvimento de estratégias de intervenção mais adequadas. A realização de futuras investigações, que dêem continuidade à investigação de carácter longitudinal (avaliação dois ou mais anos após o acidente), que envolvam um maior número de vítimas graves de acidentes rodoviários de modo a viabilizar outro tipo de análises estatísticas (e.g. GLM, *path analysis*, análises factoriais confirmatórias) também contribuirá para que os dados sejam mais conclusivos.

Para além de se incluírem as variáveis presentes nesta investigação, a análise mais aprofundada da história de vida e acontecimentos de vida adversos anteriores, outras características de personalidade (e.g. hostilidade), outras psicopatologias (e.g. fobias, depressão) e de dissociação persistente Pode ser importante neste tipo de vítimas. Dada a importância dos indicadores biológicos para a PSPT, a realização de outras investigações que pudessem incluir este tipo de indicadores seria igualmente uma mais-valia.

O crescimento pós-traumático é uma das áreas que tem vindo a receber cada vez mais atenção, estando já disponível um instrumento que foi adaptado para a população portuguesa (Costa, Sendas, & Maia, 2008). Ainda que a relação entre crescimento pós-traumático e perturbação psicológica esteja longe de ser clara (cf. Frazier & Kaler, 2006 acerca da validade deste constructo e da sua relação com PSPT), estudos futuros podem ajudar a compreender que significados os sujeitos vítimas de acidentes constroem desta experiência.

Finalmente a compreensão dos factores protectores será central, especialmente quando se considera a intervenção psicológica junto destas vítimas. Ainda que haja um grande debate sobre as estratégias mais eficazes, existe já algum consenso sobre os ingredientes que deve incluir a intervenção em quem tem perturbação psicológica após trauma (Bisson, Ehlers, Matthews, Pilling, Richards, & Turner, 2007), e esse conhecimento deve fundamentar a intervenção.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adler, A., Wright, K., Bliese, P., Eckford, R., & Hoge, C. (2008). A2 Diagnostic criterion for combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 21*, 301-308.
- Alberto, I. (1999). *Avaliação da Perturbação Pós-Stress Traumático (PTSD) e suas consequências psicológicas em crianças e adolescentes vítimas de maltrato*. (Dissertação de Doutoramento não publicada). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Albuquerque, A., Soares, C., Jesus, P., & Alves, C. (2003). Perturbação pós-traumática do stress (PTSD). Avaliação da taxa de ocorrência na população adulta portuguesa. *Acta Médica Portuguesa, 16*, 309 – 320.
- Aldwin, C., & Yancura, L. (2003). Coping and health: a comparison of the stress and trauma literatures. In P. Schnurr, & B. Green (Eds.), *Trauma and health consequences of exposure to extreme stress* (pp.99-125). Washington DC: American Psychological Association.
- Almeida, L., & Freire, T. (1997). *Metodologia de investigação em Psicologia e Educação*. Coimbra: APPORT.
- American Psychological Association (1952). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (2nd ed.). Washington, DC: APA.
- American Psychological Association (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (2nd ed.). Washington, DC: APA.
- American Psychological Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd ed.). Washington, DC: APA.
- American Psychological Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd ed - rev.). Washington, DC: APA.
- American Psychological Association (1994). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4ª ed). Lisboa: Climepsi.
- American Psychological Association (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais –texto revisto*. Lisboa: Climepsi.
- Andreasen, N. (2004). Acute and delayed posttraumatic stress disorders and some issues. *The American Journal of Psychiatry, 161*, 1321-1323.
- Andrews, B., Brewin, C., & Rose, S. (2003). Gender, social support and PTSD in victims of violent crime. *Journal of Traumatic Stress, 16*, 421-427.

- Andrews, B., Brewin, C., Philpott, R., & Stewart, L. (2007). Delayed-onset posttraumatic stress disorder: a systematic review of the evidence. *American Journal of Psychiatry*, *164*, 1319-1326.
- Andrykowsky, M., & Cordova, M. (1998). Factors associated with PTSD symptoms following treatment for breast cancer: test the Andersen Model. *Journal of Traumatic Stress*, *11*, 189-203.
- Armangan, E., Engindeniz, Z., Devay, A., Erdur, B., & Ozcakil, A. (2006). Frequency of post-traumatic stress disorder among relief force workers after the tsunami in asia: do rescuers become victims?, *Prehospital and Disaster Medicine*, *21*, 168-172.
- Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária (2009). *Sinistralidade Rodoviária – ano 2008*. Observatório de Segurança Rodoviária.
- Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária (2010). *Sinistralidade Rodoviária – ano 2009*. Observatório de Segurança Rodoviária.
- Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária (2011). *Vítimas em 2010 – valores provisórios*. Observatório de Segurança Rodoviária.
- Barton, K., Blanchard, E., & Hickling, E. (1996). Antecedents and consequences of acute stress disorder among motor vehicle accident victims. *Behaviour Research and Therapy*, *34*, 805-813.
- Baschnagel, J., Gudmundsdottir, B., Hawk, L., & Beck, G. (2009). Post-trauma symptoms following exposure to the September 11th terrorist attacks: the predictive role of dispositional coping. *Journal of Anxiety Disorders*, *23*, 916-922.
- Beck, J., Gudmundsdottir, B., & Shipherd, J. (2003). PTSD and emotional distress symptoms measured after a motor vehicle accident: relationships with pain coping profiles. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *25*, 219-227.
- Beck, J., Palyo, S., Canna, M., Blanchard, E., & Gudmundsdottir, B. (2006). What factors are associated with the maintenance of PTSD after a motor vehicle accident? The role of sex differences in a help-seeking population. *Journal of Behavior Therapy*, *37*, 256-266.
- Benight, C. & Harper, M. (1999). Coping self-efficacy perceptions as a mediator between acute stress responses and long-term distress following natural disasters. *Journal of Traumatic Stress*, *15*, 177-186.

- Benight, C., Cieslak, R., Molton, I., & Johnson, L. (2008). Self-evaluative appraisals of coping capability and posttraumatic distress following motor vehicle accidents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*, 677-685.
- Benyamini, Y., & Solomon, Z. (2005). Combat stress reactions, posttraumatic stress disorder, cumulative life stress, and physical health among Israeli veterans twenty years after exposure to combat. *Social Science & Medicine, 61*, 1267-1277.
- Bergner, M., Bobbit, R., Carter, W., & Gilson, B. (1981). The sickness impact profile: development and final revision of a health status measure. *Medical Care, 19*, 787-805.
- Bergner, M., Bobbit, R., Kressel, S., Pollard, W., Gilson, B., & Morris, J. (1976). The sickness impact profile: conceptual formulation and methodology for the development of a health status measure. *International Journal of Health Services, 6*, 393-415.
- Bills, C., Levy, N., Sharma, M., Charney, D., Herbert, R., Moline, J., & Katz, C. (2008). Mental health of workers and volunteers responding to events of 9/11: review of the literature. *Mount Sinai Journal of Medicine, 75*, 115-127.
- Birmes, P., Brunet, A., Carreras, D., Ducassé, J., Charlet, J., Lauque, D., Sztulman, H., & Schmitt, L. (2003). The predictive power of peritraumatic dissociation and acute stress symptoms for posttraumatic stress symptoms: a three-month prospective study. *American Journal of Psychiatry, 160*, 1337-1339.
- Bisson, J. I., Ehlers, A., Matthews, R., Pilling, S., Richards, D., & Turner, S. (2007). Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder Systematic review and meta-analysis, *British Journal of Psychiatry, 190*, 97-104.
- Blake, D., Weathers, F., & Nagy, L. (1990). A clinician rating scale for assessing current and lifetime PTSD: The CAPS 1. *Behavior Therapist, 13*, 187-188.
- Blanchard, E., & Hickling, E. (1997). *After the crash: assessment and treatment of motor vehicle accident survivors*. Washington: American Psychological Association.
- Blanchard, E., Buckley, T., Hickling, E., & Taylor, A. (1998). Posttraumatic stress disorder and comorbid major depression: is the correlation an illusion? *Journal of Anxiety Disorders, 12*, 21-37.

- Blanchard, E., Hickling, E., Barton, K., Taylor, A., Loos, W., & Jones-Alexander, J. (1996). One-year prospective follow-up of motor vehicle accident victims. *Behaviour Research and Therapy*, *34*, 775-786.
- Blanchard, E., Hickling, E., Forneris, C., Taylor, A., Buckley, T., Loos, W., & Jaccard, J. (1997). Prediction of remission of acute posttraumatic stress disorder in motor vehicle accident victims. *Journal of Traumatic Stress*, *10*, 215-234.
- Blanchard, E., Hickling, E., Freidenberg, B., Malta, L., Kuhn, E., & Sykes, M. (2004). Two studies of psychiatric morbidity among motor vehicle accident survivors 1 year after the crash. *Behaviour Research and Therapy*, *42*, 569-583.
- Blanchard, E., Hickling, E., Mitnick, N., Taylor, A., Loos, W., & Buckley, T. (1995). The impact of severity on physical injury and perception of life threat in the development of post-traumatic stress disorder in motor vehicle accident victims. *Behaviour Research and Therapy*, *33*, 529-534.
- Blanchard, E., Hickling, E., Taylor, A., Loos, W., & Gerardi, R. (1994) Psychological morbidity associated with motor vehicle accidents. *Behaviour Research and Therapy*, *32*, 283-290.
- Blanchard, E., Hickling, E., Taylor, A., Loss, W., Forneris, C., & Jaccard, J. (1996). Who develops PTSD from motor vehicle accidents? *Behaviour Research and Therapy*, *34*, 1-10.
- Blanchard, E., Hickling, E., Vollmer, A., Loos, W., Buckley, T., & Jaccard, J. (1997). Short-term follow-up of post-traumatic stress symptoms in motor vehicle accident victims. *Behaviour Research and Therapy*, *33* (4), 369-377.
- Blaszczynski, A., Gordon, K., Silove, D., Sloane, D., Hillman, K., & Panasetis, P. (1998). Psychiatric morbidity following motor vehicle accidents: a review of methodological issues. *Comprehensive Psychiatry*. *39*. 111-121.
- Bleisch, A., Gelkopf, M., & Solomon, Z. (2003). Exposure to terrorism, stress-related mental health symptoms, and coping behaviours among a nationally representative sample in Israel. *Journal of the American Medical Association*, *290*, 612- 618.
- Bramsen, I., Dirkzwager, A., & Ploeg, H. (2000). Predeployment personality traits and exposure to trauma as predictors of posttraumatic stress symptoms: a prospective study of former peacekeepers. *American Journal of Psychiatry*, *157*, 1115–1119.
- Breslau, N. & Davis, G. (1987). Posttraumatic stress disorder: the etiologic specificity of wartime stressors. *American Journal of Psychiatry*, *144*, 587-583.

- Breslau, N. (2002). Epidemiologic studies of trauma, posttraumatic stress disorder, and other psychiatric disorders. *Canadian Journal of Psychiatry, 47*, 923-929.
- Breslau, N., & Kessler, R. (2001). The stressor criterion in DSM-IV posttraumatic stress disorder: an empirical investigation. *Biological Psychiatry, 50*, 699-704.
- Breslau, N., Chilcoat, H., Kessler, R., & Davis, G. (1999). Previous exposure to trauma and PTSD effects of subsequent trauma: results from the Detroit Area survey of trauma. *American Journal of Psychiatry, 156*, 902-907.
- Breslau, N., Davis, G., & Andreski, P. (1995). Risk factors for PTSD-related traumatic events: a prospective analysis. *American Journal of Psychiatry, 152*, 529-535.
- Breslau, N., Kessler, R., Chilcoat, H., Schultz, L., Davis, G., & Andreski, P. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit area survey trauma. *Archives of General Psychiatry, 55*, 626-632.
- Brewin, C., & Holmes, E. (2003). Psychological theories of traumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review, 23*, 339-376.
- Brewin, C., Andrews, B., & Rose, S. (2000). Fear, helplessness, and horror in posttraumatic stress disorder: investigating DSM-IV criterion A2 in victims of violent crime. *Journal of Traumatic Stress, 13*, 499-509.
- Brewin, C., Andrews, B., & Valentine, J. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 748-766
- Brewin, C., Andrews, B., Rose, S., & Kirk, M. (1999). Acute stress disorder and posttraumatic stress disorder in victims of violent crime. *American Journal of Psychiatry, 156*, 360-366.
- Brewin, C., Dalgleish, T., & Joseph, S. (1996). A dual representation of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review, 103*, 670-687.
- Brewin, C., Lanius, R., Novac, A., Schnyder, U., & Galea, S. (2009). Reformulating PTSD for DSM-V: life after criterion A. *Journal of Traumatic Stress, 22*, 366-373.
- Briere, J., Scott, C., & Weathers, F. (2005). Peritraumatic and persistent dissociation in the presumed etiology of PTSD. *The American Journal of Psychiatry, 162* (12), 2295-2301.
- Bromet, E., Sonnega, A., & Kessler, R. (1998). Risk factors for DSM-III-R posttraumatic stress disorder: findings from the National Comorbidity Survey. *American Journal of Epidemiology, 147*, 353-361.

- Brown, R. (2002). The cognitive psychology of dissociative states. *Cognitive Neuropsychiatry*, 7, 221–235.
- Bryant, R. (2003). Acute stress disorder: is it a useful diagnosis?. *Clinical Psychologist*, 7, 67-79.
- Bryant, R. (2006). Acute stress disorder. *Psychiatry*, 5 (7), 238-239.
- Bryant, R. (2007). Does dissociation further our understand of PTSD?. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 183-191.
- Bryant, R., & Harvey, A. (1995a). Avoidant coping style and post-traumatic stress following motor vehicle accidents. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 631-635.
- Bryant, R., & Harvey, A. (1996a). Posttraumatic stress reactions in volunteer firefighters. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 51-62.
- Bryant, R., & Harvey, A. (1996b). Initial posttraumatic stress responses following motor vehicle accidents. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 223-234.
- Bryant, R., & Harvey, A. (1997). Attentional bias in posttraumatic stress disorder. *Journal of Posttraumatic Stress*, 10, 635-644.
- Bryant, R., & Harvey, A. (1998). Relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder following mild traumatic brain injury. *American Journal of Psychiatry*, 155, 625-628.
- Bryant, R., & Harvey, A. (2002). Delayed-onset posttraumatic stress disorder: a prospective evaluation. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36, 205-209.
- Bryant, R., & Harvey, A. (2003). Gender differences in the relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder following motor vehicle accidents. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37, 226-229.
- Bryant, R., Harvey, A., Guthrie, R., & Moulds, M. (2000). A prospective study of psychophysiological arousal, acute stress disorder, and posttraumatic stress disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 341-344.
- Bryant, R., Harvey, A., Guthrie, R., & Moulds, M. (2003). Acute psychophysiology arousal and posttraumatic stress disorder: a two-year prospective study. *Journal of Traumatic Stress*, 16, 439-443.
- Bryant, R., Marosszeky, J., Crooks, J., Baguley, I., & Gurka, J. (2000). Coping style and post-traumatic stress disorder following severe traumatic brain injury. *Brain Injury*, 14, 175-180.

- Bryant, R., Salmon, K., Sinclair, E., & Davidson, P. (2007). The relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder in injured children. *Journal of Traumatic Stress, 20*, 1075-1079.
- Buckley, B., Nugent, N., Sledjeski, E., Raimonde, A., Spoonster, E., Bogart, L., & Delahanty, D. (2004). Evaluation of initial posttrauma cardiovascular levels in association with acute PTSD symptoms following a serious motor vehicle accident. *Journal of Traumatic Stress, 17*, 317-324.
- Buckley, T., Blanchard, E., & Hickling, E. (1996). A prospective examination of delayed onset PTSD secondary to motor vehicle accidents. *Journal of Abnormal Psychology, 105*, 617-625.
- Buckley, T., Blanchard, E., & Neill, W. (2000). Information processing and PTSD: a review of the empirical literature. *Clinical Psychology Review, 28*, 1041-1065.
- Burgess, A. W., & Holstrom, L. L. (1976). Coping behavior of the rape victim. *American Journal of Psychiatry, 133*, 413-418.
- Butterfield, M., Forneris, C., Feldman, M., & Backham, J. (2000). Hostility and functional health status in women veterans with and without posttraumatic stress disorder: a preliminary study. *Journal of Traumatic Stress, 13*, 735-741.
- Canavarro, M. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos – B.S.I.. In, M. Simões, M. Gonçalves, & L. Almeida (1999). (Eds), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (vol. II). Braga: APPORT.
- Canavarro, M. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In L. Almeida, M. Simões, C. Machadom & M. Gonçalves (Eds.), *Avaliação Psicológica. Instrumentos Validados Para a População Portuguesa*, vol III. Coimbra: Quarteto Editora.
- Candel, I., & Merckelbach, H. (2004). Peritraumatic dissociation as a predictor of post-traumatic stress disorder: a critical review. *Comprehensive Psychiatry, 45*, 44-50.
- Cardeña, E. (1994). The domain of dissociation. In S. Lynn, & J. Rhue (Eds.), *Dissociation: clinical and theoretical perspectives* (pp. 15-31). New York: The Guildford Press.
- Cardeña, E. (1997). The etiologies of dissociation. In S. Krippner, & S. Powers (Eds.), *Broken images, broken selves: dissociative narratives in clinical practice* (pp.61-87). Washington: Library of Congress.
- Cardeña, E., & Spiegel, D. (2000). Dissociative reactions to the Bay Area Earthquake. *American Journal of Psychiatry, 150*, 474-478.

- Cardeña, E., Koopman, C., Classen, C., Waelde, L., & Spiegel, D. (2000). Psychometric properties of the stanford acute stress reaction questionnaire (SASRQ): a valid and reliable measure of acute stress. *Journal of Traumatic Stress, 13*, 719-734.
- Carlier, I., & Gersons, B. (1995). Partial posttraumatic stress disorder (PTSD): The issue of psychological scars and the occurrence of PTSD symptoms. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 183*, 107-109.
- Carty, J., O'Donnell, M., & Creamer, M. (2006). Delayed-onset PTSD: a prospective study of injury survivors. *Journal of Affective Disorders, 90*, 257-261.
- Chung, M., Dennis, I., Easthope, Y., Werrett, J., & Farmer, S. (2005). A multiple-indicator multiple-cause model for posttraumatic stress reactions: personality, coping, and maladjustment. *Psychosomatic Medicine, 67*, 251-259.
- Chung, M., Werrett, J., Easthope, Y., & Farmer, S. (2004). Coping with posttraumatic stress: young, middle-aged and elderly comparisons. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 19*, 333-343.
- Cieslak, R., Benight, C., & Lahman, V. (2008). Coping self-efficacy mediates the effects of negative cognitions on posttraumatic distress. *Behaviour Research and Therapy, 46*, 788-798.
- Classen, C., Koopman, C., Hales, R., & Spiegel, D. (1998). Acute stress disorder as a predictor of posttraumatic stress symptoms. *American Journal of Psychiatry, 155*, 620-624.
- Cohen, M. (2008). Acute stress disorder in older, middle-aged and younger adults in reaction to the second Lebanon war. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 23*, 34-40.
- Conlon, L., Fahy, T., & Conroy, R. (1999). PTSD in ambulant RTA victims: a randomized controlled trial of debriefing. *Journal of Psychosomatic Research, 46*, 37-44.
- Coronas, R., Pare, G., Viladrich, C., Santos, J., & Menscho, J. (2008). Clinical and sociodemographic variables associated with the onset posttraumatic stress disorder in road traffic accidents. *Depression and Anxiety, 25*, E16-E23.
- Costa, C., Sendas, S., & Maia, A. (2008). Estudo das características psicométricas do Posttraumatic Growth Inventory (PTGI-Inventário de Crescimento Pós-Traumático) para a população portuguesa. In A. P. Noronha, C. Machado, L. Almeida, M. Gonçalves, S. Martins, & V. Ramalho (Coord.) *Actas da XIII*

Conferência Avaliação Psicológica: Formas e Contextos. Braga: Psiquilibrios edições.

- Costa, P., & McCrae, R. (1987). Neuroticism, somatic complaints, and disease: is the bark worse than bite?. *Journal of Personality*, *55*, 299-316.
- Cox, B., Macpherson, P., Enns, M., & McWilliams, L. (2004). Neuroticism and self-criticism with posttraumatic stress disorder in a national representative sample. *Behaviour Research and Therapy*, *42*, 105-114.
- Coyne, J., & Thompson, R. (2007). Posttraumatic stress syndromes: useful or negative heuristics?. *Journal of Anxiety disorders*, *21*, 223-229.
- Creamer, M., McFarlane, A., & Burgess, P. (2005). Psychopathology following trauma: the role of subjective experience. *Journal of Affective Disorders*, *86*, 175-182.
- Creamer, M., O'Donnell, M., & Pattison, P. (2004). The relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder in severely injured trauma survivors. *Behaviour Research and Therapy*, *42*, 315-328.
- Dedert, E., Green, K., Calhoun, P., Yoash-Gantz, R., Taber, K., Mumford, M., Tupler, L., Morey, R., Marx, C., Weiner, R., & Beckham, J. (2009). Association of trauma exposure with psychiatric morbidity in military veterans who have served since September 11, 2001. *Journal of Psychiatric Research*, *43*, 830-6.
- Delahanty, D. L., Raimonde, A. J., Spoonster, E., & Cullado, M. (2003). Injury severity, prior trauma history, urinary cortisol levels, and acute PTSD in motor vehicle accident victims. *Anxiety Disorders*, *17*, 149-164.
- Delahanty, D., & Nugent, N. (2006). Predicting PTSD Prospectively Based on Prior Trauma History and Immediate Biological Responses. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *1071*, 27-40.
- Delahanty, D., Nugent, N., Christopher, N., & Walsh, M. (2005). Initial urinary epinephrine and cortisol levels predict acute PTSD symptoms in child trauma victims. *Psychoneuroendocrinology*, *30*, 121-128.
- Delahanty, D., Raimonde, A., & Spoonster, E. (2000). Initial posttraumatic urinary cortisol levels predict subsequent PTSD symptoms in motor vehicle accidents victims. *Biological Psychiatry*, *48*, 940-947.
- Difede, J., Ptacek, J., Roberts, J., Barocas, D., Rives, W., Apfeldorf, W., & Yurt, R. (2002). Acute Stress Disorder after brain injury: a predictor of posttraumatic stress disorder?. *Psychosomatic Medicine*, *64*, 826-834.

- Dirkzwager, A., Grievink, L., Velden, P., & Yzermans, C. (2006). Risk factors for psychological and physical health problems after a man-made disaster. *British Journal of Psychiatry, 189*, 144-149.
- Dohrenwend, B. (2006). Inventing stressful life events as risk factors for psychopathology: toward resolution of the problem of intracategory variability. *Psychological Bulletin, 132*, 477-495.
- Dörfel, D., Rabe, S., & Karl, A. (2008). Coping Strategies in Daily Life as Protective and Risk Factors for Post Traumatic Stress in Motor Vehicle Accident Survivors. *Journal of Loss and Trauma, 13*, 422.
- Dumais, A., MPhil, A., Boyer, R., Lalovic, A., Chawky, N., Ménard-Buteau, C., Kim, C., & Tureki, G. (2005). Psychiatric risk factors for motor vehicle fatalities in young men. *Canadian Journal of Psychiatry, 50*, 838-844.
- Edwood, L., Hahn, K., Olatunji, B., & Williams, N. (2009). Cognitive vulnerabilities to the development of PTSD: A review of four vulnerabilities and the proposal of an integrative vulnerability model. *Clinical Psychology Review, 29*, 87–100.
- Ehlers, A., & Clark, D. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy, 38*, 319-345.
- Ehlers, A., Mayou, R., & Bryant (1998). Psychological predictors of chronic posttraumatic stress disorder after motor vehicle accidents. *Journal of Abnormal Psychology, 107*, 508-519.
- Ehring, T., Ehlers, A., & Glucksman, E. (2006). Contribution of cognitive factors to the prediction of post-traumatic stress disorder, phobia and depression after motor vehicle accidents. *Behaviour Research and Therapy, 44*, 1699-1716.
- Ehring, T., Ehlers, A., Cleare, A., & Glucksman, E. (2008). Do acute psychological and psychobiological responses to trauma predict subsequent symptom severities of PTSD and depression? *Psychiatry Research, 161*, 67-75.
- Engelhard, I., Hout, M., & Kindt, M. (2003). The relationship between neuroticism, pre-traumatic stress, and post-traumatic stress: a prospective study. *Personality and Individual Differences, 35*, 381-388.
- Engelhard, I., Hout, M., & Lommen, M. (2009). Individuals high in neuroticism are not more reactive to adverse events. *Personality and Individual Differences, 47*, 697-700.
- Evans, S., Patt, I., Giosan, C., Spielman, L., & Difede, J. (2009). Disability and posttraumatic stress disorder in disaster relief workers responding to September

- 11, 2001 World Trade Center Disaster. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 684-694.
- Federação Europeia das Vítimas de Circulação (1995). *Os mortos e os feridos da circulação: causas principais da qualidade e do nível de vida das vítimas e seus familiares – propostas de melhoramento*. Comissão da União Europeia.
- Field, A. (2005). *Discovering statistics using SPSS*. London: Sage Publications.
- Foa, E. B. & Riggs, D. S. (1993). Post-traumatic stress disorder in rape victims. In J. Oldham, M. Riba, & A. Tasman (Eds.), *American Psychiatric Press review of psychiatry* (Vol. 12, pp. 273—303). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Folkman, S., & Lazarus, R. (1988). *Ways of coping questionnaire: sampler set manual test booklet, scoring key*. Redwood City: Consulting Psychologist Press.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health & Social Behavior*, 21, 219-239.
- Foy, D., Resnick, H., Sippelle, R., & Carroll, E. (1987). Preliminary, military and postmilitary factors in the development of combat related stress disorders. *The Behaviour Therapist*, 10, 3-9.
- Fraguas, D., Terán, S., Conejo-Galindo, J., Medina, O., Cortón, E., Ferrando, L., Gabriel, R., & Arango, C. (2006). Posttraumatic stress disorder in victims of the March 11 attacks. *European Psychiatry*, 21, 143–151.
- Frazier, P., & Kaler, M. E. (2006). Assessing the validity of self-reported stress-related growth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 859-869.
- Freedman, S., Gluck, N., Tuval-Mashiach, R., Brandes, D., Peri, T., & Shalev, A. (1999). Gender differences in responses to traumatic events: a prospective study. *Journal of Traumatic Stress*, 15, 407-413.
- Freidenberg, B., Gusmano, R., Hickling, E., Blanchard, E., Bremmer, J., & Frye, C. (2010). Women with PTSD have lower basal salivary cortisol later in the day than do men with PTSD: a preliminary study. *Physiology & Behavior*, 99, 234-236.
- Freitas, S. (2009). *Perturbação Psicológica após Acidente Grave: Estudo da importância da dissociação peri-traumática e da percepção de ameaça na perturbação psicológica* (Tese de Mestrado Integrado em Psicologia da Saúde). Universidade do Minho, Braga.
- Friedman, M. (1996). PTSD diagnosis and treatment for mental health clinicians. *Community Mental Health Journal*, 32, 173-189.

- Frueh, B., Elhai, J., Grubaugh, A., Monnier, J., Kashdan, T., Sauvageot, J., Hamner, M., Burkett, B., & Arana, G. (2005). Documented combat exposure of US veterans seeking treatment for combat-related posttraumatic stress disorder. *British Journal of Psychiatry, 186*, 467–472.
- Fujita, G., & Nishida, Y. (2008). Association of objective measures of trauma exposure from motor vehicle accidents and posttraumatic stress symptoms. *Journal of Traumatic Stress, 21*, 425-429.
- Fullerton, C., Ursano, R., & Wang, L (2004). Acute stress disorder, posttraumatic stress disorder, and depression in disaster or rescue workers. *American Journal of Psychiatry, 161*, 1370-1376.
- Fullerton, C., Ursano, R., Epstein, R., Crowley, B., Vance, K., Kao, T., Dougall, A., & Baum, A. (2001). Gender differences in posttraumatic stress disorder after motor vehicle accidents. *The American Journal of Psychiatry, 158*, 1486-1491.
- Galea, S., Nandi, A., & Vlahov, D. (2005). The epidemiology of post-traumatic stress disorder after disasters. *Epidemiology Review, 27*, 78-91.
- Gaughwin, P. (2007). The PTSD supremacy: criterion F in three voyager cases. *Australasian Psychiatry, 17*, 97-104.
- Gilles, M., Barton, J., & Di Gallo, A. (2003). Follow-up of young road accident victims. *Journal of Traumatic Stress, 16*, 523-526.
- Gold, S., Marx, B., Soler-Baillo, J., & Sloan, D. (2005). Is life stress more traumatic than traumatic stress? *Anxiety Disorders, 19*, 687 – 698.
- Gouveia, J. (2004). *Diferenças ao nível do género na adaptação psicossocial a curto prazo no pós-enfarte agudo de miocárdio*. (Dissertação de Mestrado na área de especialização em Psicologia da Saúde). Universidade do Minho, Braga.
- Green, B. (1990). Defining trauma: terminology and generic stressor dimensions. *Journal of Applied Social Psychology, 20*, 1632-1642.
- Griffin, M., Resick, P., & Mechanie, M. (1997). Objective assessment of peritraumatic dissociative psychophysiological indicators. *American Journal of Psychiatry, 154*, 1081-1088.
- Guay, S., Billette, V., & Marchand, A. (2006). Exploring the links between posttraumatic stress disorder and social support: processes and potential research avenues. *Journal of Traumatic Stress, 19(3)*, 327-338.

- Haden, S., Scarpa, A., Jones, R., & Ollendick, T. (2007). Posttraumatic stress disorder symptoms and injury: the moderating role of perceived social support and coping for young adults. *Personality and Individual Differences, 42*, 1187-1198.
- Haldu, A (1996). Psychological analysis of road traffic accident in africa: a case study of Nigeria. *VIIth World Congress of the International Road Safety Organisation*, Budapest, Hungary, 97-101.
- Halligan, S., Michael, T., Clark, D., & Ehlers, A. (2003). Posttraumatic Stress Disorder Following Assault: The Role of Cognitive Processing, Trauma memory, and Appraisals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 419-431.
- Hambleton, R. (1994). Guidelines for adapting educational and psychological tests: a progress report. *European Journal of Psychological Assessment, 10*, 151-158.
- Harrison, W. (1999). *Serious psychological consequences of crash involvement*. Paper presented at the Australian Road Safety Research, Enforcement, and Education Conference, Canberra.
- Hart, O., Nijenhuis, E., Steele, K., & Brown, D. (2004). Trauma-related dissociation: conceptual clarity lost and found. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 38*, 906-914.
- Hart, O., Ochten, J., Son, M., Steele, K., & Lensvelt-Mulders, G. (2008). Relations among peritraumatic dissociation and posttraumatic stress: a critical review. *Journal of Trauma and Dissociation, 9*(4), 481-505.
- Harvey, A. & Bryant, R. (1998b). Predictors of acute stress following mild traumatic brain injury. *Brain Injury, 12*, 147-154.
- Harvey, A. & Bryant, R. (2002). Acute stress disorder: a synthesis and critique. *Psychological Bulletin, 128*(6), 886-902.
- Harvey, A., & Bryant, R. (1998a). The relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder: a prospective evaluation of motor vehicle accident survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 507-512.
- Harvey, A., & Bryant, R. (1999a). Dissociative symptoms in acute stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 12*, 673-680.
- Harvey, A., & Bryant, R. (1999b). Predictors of acute stress following motor vehicle accidents. *Journal of Traumatic Stress, 12*(3), 519-525.
- Harvey, A., & Bryant, R. (1999c). The relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder: a 2-year prospective evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*, 985-988.

- Harvey, A., & Bryant, R. (2000). Two-year prospective evaluation of the relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder following mild traumatic brain injury. *American Journal of Psychiatry*, *157*, 626-628.
- Heim, C., & Nemeroff (2001). The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: preclinical and clinical issues. *Society of Biological Psychiatry*, *49*, 1023-1039.
- Heinrichs, M., Wagner, D., Schoch, W., Soravia, L., Hellhammer, D., & Ehler, U. (2005). Predicting posttraumatic stress symptoms from pretraumatic risk factors: a 2-year prospective follow-up study in firefighters. *The American Journal of Psychiatry*, *162*, 2276-2286.
- Henriksson, E., Ostrom, M., & Eriksson, A. (2001). Preventability of vehicle-related fatalities. *Accident Analysis and Prevention*, *33*, 467-475.
- Hepp, U., Gamma, A., Milos, G., Eich, D., Ajdacic-Gross, V., Rossler, W., Angst, J., & Schyder, U. (2006). Prevalence of exposure to potentially traumatic events and PTSD: The Zurich cohort study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, *256*, 151-158.
- Hoge, C., Terhakopian, A., Castro, C., Messer, S., & Engel, C. (2007). Association of posttraumatic stress disorder with somatic symptoms, health care visits, and absenteeism among Iraq war veterans. *American Journal of Psychiatry*, *164*, 150–153.
- Holahan, C., Moos, R., & Schaefer, J. (1996). Coping, stress resistance, and growth: conceptualizing adaptive functioning. In Zeidner, M. & Endler, N. (1996). *Handbook of coping: theory, research, applications* (pp.24-43). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Holeva, V., & Tarrier, N. (2001). Personality and peritraumatic dissociation in the prediction of PTSD in victims of road traffic accidents. *Journal of Psychosomatic Research*, *51*, 687-692.
- Holeva, V., Tarrier, N., & Wells, A. (2001). Prevalence and predictors of acute stress disorder and PTSD following road traffic accidents: thought control strategies and social support. *Behaviour Therapy*, *32*, 65-83
- Holmes, E., Brown, R., Mansell, W., Fearon, R., Hunter, E., Frasquilho, F., & Oakley, D. (2005). Are there qualitatively distinct forms of dissociation? A review and some clinical implications. *Clinical Psychology Review*, *25*, 1-23.

- Hooff, M., McFarlane, A., Baur, J., Abraham, M., & Barnes, D. (2009). The stressor criterion-A1 and PTSD: a matter of opinion? *Journal of Anxiety Disorders, 23*, 77-86.
- Horowitz, M. (1983). Post-traumatic stress disorder. *Behavioral Sciences & The Law, 1*, 9-23.
- Horowitz, M. (1986). Stress-response syndromes: a review of posttraumatic and adjustment disorders. *Behavioral Sciences & The Law, 1*, 9-23.
- Horta-Moreira, S. (2004). *Bombeiros e Episódios de Emergência Pré-Hospitalar: O Impacto da Exposição a Acontecimentos Traumáticos* (Dissertação de Mestrado). Universidade do Minho, Braga.
- Hout, M., & Engelhard, I. (2004). Pretrauma neuroticism, negative appraisals of intrusions, and severity of PTSD symptoms. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 26*, 181-183.
- Hoven, C., Duarte, C., Wu, P., Doan, T., Singh, N., Mandell, D., Bin, F., Teichman, Y., Teichman, M., Wicks, J., Musa, G., & Cohen, P. (2009). Parental exposure to mass violence and children mental health: the first responder and WTC evacuee study. *Clinical Child and Family Psychology Review, 12*, 95-112.
- Instituto Nacional de Estatística (2010). *Indicadores Sociais 2009*.INE, Lisboa.
- Irish, L., Ostrowski, S., Fallon, W., Spoonster, E., Dulmen, M., Sledjeski, E., & Delahanty, D. (2008). Trauma history characteristics and subsequent PTSD symptoms in motor vehicle accident victims. *Journal of Traumatic Stress, 21*, 377-384.
- Jaycox, L., & Foa, E. B. (1998). Post-traumatic stress disorder. In A. Bellack, & M. Hersen (Eds). *Comprehensive Clinical Psychology*. New York: Elsevier Science.
- Jaycox, L., Marshall, G., & Orlando, M. (2003). Predictors of acute distress among young adults injured by community violence. *Journal of Traumatic Stress, 16*, 237-245.
- Jeavons, S. (2000). Predicting who suffers psychological trauma in the first year after a road accident. *Behaviour Research and Therapy, 38*, 499 – 508.
- Jeavons, S., Greenwood, K., & Horne, D. (2000). Accident cognitions and subsequent psychological trauma. *Journal of Traumatic Stress, 13*, 359-365.
- Jones, E., & Wessely, S. (2007). A paradigm shift in the conceptualization of psychological trauma in the 20th century. *Journal of Anxiety Disorders, 21*, 164-175.

- Jonsson, A., Segesten, K., & Mattsson, B. (2010). Post-traumatic stress among Swedish ambulance personnel. *Emergence Medicine Journal, 20*, 79-84.
- Joseph, S., Williams, R., & Yule, W. (1998). *Understanding post-traumatic stress: a psychosocial perspective on PTSD and treatment*. England: Wiley & Sons, Inc.
- Kassam-Adams, N., Fleisher, C., & Winston, F. (2009). Acute stress disorder and posttraumatic stress disorder in parents of injured children. *Journal of Traumatic Stress, 22*, 294-302.
- Kendall, E., & Buys, N. (1999). The psychosocial consequences of motor vehicle accidents. *Journal of Personal and Interpersonal Loss, 4*, 47-66.
- Kessler, C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry, 52*, 1048–1060.
- Kiess, H., & Bloomquist, D., (1985). *Psychological research methods: a conceptual approach*. Boston: Allyn and Bacon, Inc.
- Kilpatrick, D., Resnick, H., & Acierno, R. (2009). Should PTSD criterion A be retained?, *Journal of Traumatic Stress, 22*, 374-383.
- King, D., King, L., Foy, D., & Gudanowski, D. (1996). Prewar factors in combat-related posttraumatic stress disorder: Structural equation modeling with a national sample of female and male Vietnam veterans. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 520-53.
- Kivioja, J., Jensen, I., & Lindgren, U. (2005). Early coping strategies do not influence the prognosis after whiplash injuries. *Injury, 36*, 935 – 940.
- Klein, B. (2002). Cataract surgery and motor vehicle crashes – proceed with caution. *Journal of the American Medical Association, 288*, 885-886.
- Koopman, C., Classen, C., & Spiegel, D. (1994). Predictors of posttraumatic stress symptoms among survivors of the Oakland/Berkeley, California firestorm. *American Journal of Psychiatry, 151*, 888-894.
- Koopman, C., Classen, C., Cardeña, E., & Spiegel, D. (1995). When disaster strikes, acute stress disorder may follow. *Journal of Traumatic Stress, 8*, 29-46.
- Koren, D., Arnon, I., & Klein, E. (1999). Acute stress disorder and posttraumatic stress disorder in traffic accident victims: a one-year prospective, follow-up study. *American Journal of Psychiatry, 156*, 367-373.

- Koren, D., Arnon, I., Lavie, P., & Klein, E. (2002). Sleep complaints as early predictors of posttraumatic stress disorder: a 1 – year prospective study of injured survivors of motor vehicle accidents. *The American Journal of Psychiatry*, *159*, 855-857.
- Koss, M., & Burkhardt, B. (1989). A conceptual analysis of rape victimization: long-term effects and implications for treatment. *Psychology of Women Quarterly*, *13*, 27-40.
- Kuhn, E., Blanchard, E., & Hickling, E. (2003). Posttraumatic stress disorder and psychosocial functioning within two samples of MVA survivors. *Behaviour Research and Therapy*, *41*, 1105-1112.
- Kuhn, E., Blanchard, E., Hickling, E., & Broderick, J. (2006). Heart rate of motor vehicle accident survivors in the emergency department, peritraumática psychological reactions, ASD, and PTSD severity: a 6-month prospective study. *Journal of Traumatic Stress*, *19*, 735-740.
- Kuhn, M., Ehlert, U., Rumpf, H., Backhaus, J., Hohagen, F., & Broocks, A. (2006). Onset and maintenance of psychiatric disorders after serious accidents. *European Archives of Psychiatry Clinical Neuroscience*, *256*, 497-503.
- Kutz, I., & Dekel, R. (2006). Follow-up of victims of one terrorist attack in Israel: ASD, PTSD and the perceived threat of Iraqi missile attacks. *Personality and Individual Differences*, *40*, 1579 – 1589.
- Lai, T., Chang, C., Connor, K., Lee, L. & Davidson, J. (2004). Full and partial PTSD among earthquake survivors in rural Taiwan. *Journal of Psychiatric Research*, *38*, 313–322.
- Lanius, R., Hopper, J. & Menon, R. (2003). Individual differences in a husband and wife who developed PTSD after a motor vehicle accident: a functional MRI case study. *The American Journal of Psychiatry*, *160*, 667-669.
- Lazarus, R. (2000). Toward better research on stress and coping. *American Psychologist*, *55*, 665-673.
- Lee, D., & Young, K. (2001). Post-traumatic stress disorder: diagnostic issues and epidemiology in adult survivors of traumatic events. *International Review of Psychiatry*, *13*, 150-158.
- Lensvelt-Mulders, G., Hart, O., Ochten, J., Son, M., Steele, K. & Breeman, L. (2008). Relations among peritraumatic dissociation and posttraumatic stress: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *28*, 1138-1151.

- Lima, M., & Simões, A. (1995). Inventário de Personalidade NEO PI-R. In, Almeida, L., Simões, M. & Gonçalves, M. (Eds). *Provas Psicológicas em Portugal*. APPORT: Braga.
- Lima, M., & Simões, A. (2000). *NEO-PI-R Manual Profissional*, CEGOC: Lisboa.
- Liu, K., Liang, X., Guo, L., Li, Y., Li, X., Xin, B., Huang, M. & Li, Y. (2010). The acute stress disorder in the pediatric surgical children and adolescents injured in the Wenchuan Earthquake of China. *Stress and Health*, 26, 75-81.
- Lucas, J. (2003). Drivers' psychological and physical reactions after motor vehicle accidents. *Transportation Research , Part F* 6, 135-145.
- Maes, M., Mylle, J., Delmeire, L., & Altamura, C. (2000). Psychiatric morbidity and comorbidity following accidental man-made traumatic events: incidence and risk factors. *European Archives of Psychiatry Clinical Neuroscience*, 250, 156-162.
- Maes, M., Mylle, J., Delmeire, L., & Janca, A. (2001). Pré and post-disaster negative life events in relation to the incidence and severity of post-traumatic stress disorder. *Psychiatric Research*, 105, 1-12.
- Magalhães, T. (1998). *Estudo tridimensional do dano corporal: lesão, função e situação (sua aplicação médico-legal)*. Almedina: Coimbra.
- Maia, A. & Fernandes, E. (2003). Epidemiologia da perturbação pós-stress traumático (PTSD) e avaliação da resposta ao trauma. In Pereira, M., & Ferreira, J. (Coord.), *Stress traumático: aspectos teóricos e intervenção* (pp. 35-54). Lisboa: Climepsi.
- Maia, A., Guimarães, C., Magalhães, E., Capitão, L., Campos, M., & Capela, S. (2006). Experiências adversas e funcionamento actual num estudo com jovens portugueses. *Actas do Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*, 6, 54-73.
- Maia, A., McIntyre, T., Pereira, M., & Ribeiro, E. (2010). War exposure and post-traumatic stress as predictors of Portuguese colonial war veterans' physical health. *Anxiety Stress Coping*, 13, 1-17.
- Maia, A., Moreira, S., & Fernandes, E. (2009). Adaptação Portuguesa do questionário de experiências dissociativas peritraumáticas (QEDP) numa amostra de bombeiros. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 36, 1-9.
- Margolis, K., Kerani, R., McGovern, P., Songer, T., Cauley, J., & Ensrud, K. (2002). Risk factors for motor vehicle crashes in older women. *The Journals of Gerontology*, 57A, M186-M191.

- Marmar, C., Metzler, T., & Otte, C. (2004). The peritraumatic dissociative experiences questionnaire. In J. Wilson & T. Keane (Eds). *Assessing Psychological Trauma and PTSD* (pp.144-167). New York: Guilford Press.
- Marmar, C., Weiss, D. & Metzler, T. (1997). The Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire. In J. Wilson, & T. Keane (Eds.), *Assessing Psychological Trauma and PTSD* (pp.412-428). New York: The Guilford Press.
- Marmar, C., Weiss, D., Metzler, T., & Delucchi, K. (1996). Characteristics of emergency services personnel related to peritraumatic dissociation during critical incident exposure. *American Journal of Psychiatry*, *153*, 94-102.
- Marmar, C., Weiss, D., Metzler, T., Ronfeldt, H., & Foreman, C. (1996). Stress responses of emergency services personnel to the Loma Prieta earthquake Interstate 880 freeway collapse and control traumatic incidents. *Journal of Traumatic Stress*, *9*, 63–85.
- Marmar, C., Weiss, D., Schlenger, W., Fairbank, J., Jordan, K., Kulka, R., & Hough, R. (1994). Peritraumatic dissociation and Posttraumatic stress in Male Vietnam theatre veterans. *American Journal of Psychiatry*, *151*, 902-907.
- Marshall, R., Spitzer, R., & Liebowitz, M. (1999). Review and Critique of the New DSM-IV Diagnosis of Acute Stress Disorder. *American Journal of Psychiatry*, *156*, 1677–1685.
- Martin, A., & Marchand, A. (2003). Prediction of posttraumatic stress disorder: Peritraumatic dissociation, negative emotions and physical anxiety among French speaking university students. *Journal of Trauma and Dissociation*, *4*(2), 49–63.
- Mathews, L. (1999). Road trauma, PTSD and occupational functioning: implications for policy development, intervention and rehabilitation. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, *23*, 325-327.
- Matos, A. & Ferreira, A. (2000). Desenvolvimento duma escala de apoio social: alguns dados sobre a sua fiabilidade. *Psiquiatria Clínica*, *21*, 243-253.
- Mayou, R. & Farmer, A. (2002). ABC of psychological medicine. *British Medical Journal*, *325*, 426-429.
- Mayou, R., Bryant, B., & Duthie, R. (1993). Psychiatric consequences of road traffic accidents. *British Medical Journal*, *307*, 647-651.
- Mayou, R., Bryant, B., & Ehlers, A. (2001). Prediction of Psychological Outcomes: One Year After a Motor Vehicle Accident. *American Journal of Psychiatry*, *158*, 1231-1238.

- Mayou, R., Ehlers, A. & Bryant, B. (2002). Posttraumatic stress disorder after motor vehicle accidents: 3-years follow-up of a prospective longitudinal study. *Behaviour Research and Therapy*, *40*, 665-675.
- Mayou, R., Tyndel, S., & Bryant, B. (1997). Long-term outcome of motor vehicle accident injury. *Psychosomatic Medicine*, *59*, 578-584.
- McFarlane, A. & Girolamo, G. (1996). The nature of traumatic stressors and posttraumatic reactions. In B. van der Kolk, A. McFarlane & L. Weisaeth (Eds) *Traumatic stress: the effects of overwhelming experience on mind, body and society* (pp.129-154). New York: The Guilford Press.
- McFarlane, A., Atchinson, M. & Yehuda, R. (1997). The acute stress response following motor vehicle accidents and its relation to PTSD. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *821*, 437-441.
- McHugh, P. & Treisman, G. (2007). PTSD: a problematic diagnostic category. *Journal of Anxiety Disorders*, *21*, 211-222.
- McIntyre, T., & Ventura, M. (1996). Escala de avaliação de resposta ao acontecimento traumático: versão adolescentes. *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*, *IV*, 567-576.
- McIntyre, T., McIntyre, S., Araújo-Soares, V., Figueiredo, M., Johnston, D., & Faria, (2003). *Psychophysiological and psychosocial indicators of the efficacy of stress management program for health professionals*. Maia: Fundação Bial.
- McNally, R. (2003). Psychological Mechanisms in acute response to trauma. *Biological Psychiatry*, *53*, 779-788.
- McNally, R. (2004). Conceptual problems with the DSM-IV criteria for posttraumatic stress disorder. In, Rosen, G. (Ed), *Posttraumatic stress disorder: issues and controversies* (pp. 1-14). England John: Wiley & Sons.
- McNally, R., Bryant, R., & Ehlers, A. (2003). Does early psychological intervention promote recovery from posttraumatic stress?. *Psychological Science in The Public Interest*, *4*, 45-79.
- Mehnert, A., & Koch, U. (2007). Prevalence of acute and post-traumatic stress disorder and comorbid mental disorders in breast cancer patients during primary cancer care: a prospective study. *Psycho-Oncology*, *16*, 181-188.
- Mellman, T., David, D., Bustamante, V., Fins, A., & Esposito, K. (2001). Predictors of post-traumatic stress disorder following severe injury. *Depression and Anxiety*, *14*, 226-231.

- Melo, A. (2009). *Traços de personalidade e percepção de stress em elementos da G.N.R. que participaram em missões internacionais de paz no território de Timor-leste* (Dissertação de Mestrado). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto.
- Miguel-Tobal, J., Vindel, A., Iruarrizaga, I., Ordi, H., & Galea, S. (2005). Psychopathological repercussions of the March 11 Terrorist Attacks in Madrid. *Psychology in Spain, 9*, 75-80.
- Monteiro-Ferreira, J. (2003a). A guerra – aspectos psicológicos. In M. Pereira, & J. Monteiro-Ferreira (coords), *Stress Traumático: Aspectos Teóricos e Intervenção* (pp. 27-146). Lisboa: Climepsi.
- Monteiro-Ferreira, J. (2003b). Trauma e coping: natureza e curso de um processo. In M. Pereira & J. Monteiro-Ferreira (coords), *Stress Traumático: Aspectos Teóricos e Intervenção* (pp. 55-90). Lisboa: Climepsi.
- Moulds, M., & Bryant, R. (2004). Automatic versus effortful influences in the processing of traumatic material in acute stress disorder. *Cognitive Therapy and Research, 28*, 805-817.
- Murray, J., Ehlers, A., & Mayou, R. (2002). Dissociation and post-traumatic stress disorder: two prospective studies of road traffic accident survivors. *British Journal of Psychiatry, 180*, 363-368.
- Mylle, J. & Maes, M. (2004). Partial posttraumatic stress disorder revised. *Journal of Affective Disorders, 78*, 37-48.
- Nações Unidas. (2002). Global road safety crisis. 20 October. A/58/228.
- Nemeroff, C., Bremner, D., Foa, E., Mayberg, H., North, C., & Stein, M. (2006). Posttraumatic stress disorder: A state-of-the-science review. *Journal of Psychiatric Research, 40*, 1–21.
- Nishith, P., Mechanic, M., & Resick, P. (2000). Prior interpersonal trauma: the contribution to current PTSD symptoms in female rape victims. *Journal of Abnormal Psychology, 109*, 20-25
- Nixon, R., Menne, A., Kling, L., Steele, A., Barnes, J., Dohnt, H., Ball, S., & Tyler, H. (2008). Metacognition, working memory, and thought suppression in acute stress disorder. *Australian Journal of Psychology, 60*, 168-174.
- Norris, F. (1992). Epidemiology of trauma - frequency and impact of different traumatic events on different demographic groups. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*, 409–418.

- Norris, F., Friedman, M., Watson, P., Byrne, C., Diaz, E., & Kaniasty, K., (2002). 60,000 disaster victims speak: Part I. An empirical review of empirical literature, 1981-2001. *Psychiatry*, *65*, 207–239.
- Norris, F., Mathews, B., & Riad, J. (2000). Characterological, situational, and behavioural risk factors for motor vehicle accidents: a prospective examination. *Accident Analysis and Prevention*, *32*, 505-515.
- Norris, F., Murphy, A., Baker, C., Perilla, J., Rodriguez, F., & Rodriguez, J. (2003). Epidemiology of Trauma and Posttraumatic Stress Disorder in México. *Journal of Abnormal Psychology*, *112*, 646-656.
- O'Donnell, M., Creamer, M., & Pattison, P. (2004). Posttraumatic stress disorder and depression following trauma: understanding comorbidity. *The American Journal of Psychiatry*, *161*, 1390-1396.
- O'Donnell, M., Elliot, P., Lau, W., & Creamer, M. (2007). PTSD symptom trajectories: from early to chronic response. *Behaviour Research and Therapy*, *45*, 601-606.
- Olf, M., Langeland, W., & Gersons, B. (2005). The psychobiology of PTSD: coping with trauma. *Psychoneuroendocrinology*, *30*, 974-982.
- Oliveira, J. (1993). O problema dos acidentes de viação em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, *11*, 25-27.
- Ongecha-Owuor, F., Mathuku, D., Othieno, C., & Ndeti, D. (2004). Post-traumatic stress disorder among motor vehicle accidents survivors attendind the orthopaedic and trauma clinic at Kenyatta National Hospital, Nairobi. *East African Medical Journal*, *81*, 362-366.
- Oquendo, M., Brent, D., Birmaher, B., Greenhill, L., Kolko, D., Stanley, B., Zelazny, J., Burke, A., Firinciogullari, S., Ellis, S., & Mann, J. (2005). Posttraumatic stress disorder comorbid with major depression: factors mediating the association with suicidal behavior. *American Journal of Psychiatry*, *162*, 560-566.
- Organização Mundial de Saúde (2009). *Global Status Report on Road Safety – time for action*. Geneva: World Health Organization.
- Ozer, E., Best, S., Lipsey, T., & Weiss, D. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, *129*, 52-73.
- Pallant, J. (2001). *SPSS Survival Manual: a step by step guide to data analysis using SPSS*. Philadelphia: Open University Press.

- Palyo, S., & Beck, G. (2005). Post-traumatic stress disorder symptoms, pain, and perceived life control: associations with psychosocial and physical functioning. *Pain, 117*, 121–127
- Panasetis, P., & Bryant, R. (2003). Peritraumatic versus persistent dissociation in acute stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 16*, 563-566.
- Parker, R., & Rosenblum, A. (1996). IQ loss and emotional dysfunctions after mild head incurred in a motor vehicle accident. *Journal of Clinician Psychology, 52*, 32-43.
- Parkes, K. (1984). Locus of control, cognitive appraisal, and coping in stressful episodes. *Journal of Personality and Social Psychology, 46*, 655-668.
- Pedersen, A., & Zachariae, R. (2010). Cancer, acute stress disorder and repressive coping. *Scandinavian Journal of Psychology, 51*, 84-91.
- Pestana, M., & Gageiro, J. (2003). *Análise de dados para as ciências sociais*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pires, T. (2005). *Perturbação de stress pós-traumático em vítimas de acidentes rodoviários* (Tese de Mestrado). Universidade do Minho, Braga.
- Pollard, B., & Johnston, M. (2001). Problems with sickness impact profile: a theoretically-based analysis and a proposal for a new method of implementation and scoring. University of St. Andrews.
- Port, C., Engdahl, B., & Frazier, P. (2001). A longitudinal and retrospective study of PTSD among older prisoners of war. *American Journal of Psychiatry, 158*, 1474-1479.
- Quinlan, K., Annet, J., Myers, B., Ryan, G., & Hill, H. (2004). Neck strains and sprains among motor vehicle occupants – United States, 2000. *Accident Analysis and Prevention, 36*, 21-27.
- Rachman, S. (2001). Emotional processing, with special reference to post-traumatic stress disorder. *International Review of Psychiatry, 13*, 164-171.
- Resick, P. (2000a). Psychological risk factors: pre-trauma and peri-trauma influences. In P. Resick, *Stress and Trauma* (pp. 95-115). USA: Psychology Press.
- Resick, P. (2000b). Prevalence of traumatic stress and related disorders. In P. Resick, *Stress and Trauma* (pp. 29-55). USA: Psychology Press.
- Resick, P. (2000c). Post-trauma risk factors and resources: coping, cognitions and social support. In P. Resick, *Stress and Trauma* (pp.95-115). USA: Psychology Press.

- Ribeiro, J., & Santos, C. (2001). Estudo conservador de adaptação do ways of coping questionnaire a uma amostra e contexto portugueses. *Análise Psicológica*, 4(XIX), 491-502.
- Rosen, G., & Taylor, B. (2007). Pseudo-PTSD. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 201-210.
- Rosen, G., Spitzer, R., & McHugh, P. (2008). Problems with the post-traumatic stress disorder diagnosis and its future in DSM-V. *The British Journal of Psychiatry*, 192, 3-4.
- Rothbaum, B., Foa, E., Riggs, D., Murdock, T., & Walsh, W. (1992). A prospective examination of posttraumatic stress disorder in rape victims. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 455-476.
- Schaefer, C., Coyne, J., & Lazarus, R. (1982). The health-related functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 381-406.
- Schnurr, P., Friedman, M., & Rosenberg, S. (1993). Premilitary MMPI scores as predictors of combat-related PTSD symptoms. *American Journal of Psychiatry*, 150, 479-483
- Schnurr, P., Lunney, C., & Sengupta, A., (2004). Risk factors for the development versus maintenance of posttraumatic stress disorder, *Journal of Traumatic Stress*, 17, 85-95.
- Schnyder, U., Moegeli, H., Trentz, O., Klaghofer, R., & Buddeberg, C. (2001). Prediction of psychiatric morbidity in severely injured accident victims at one-year follow-up. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 164, 653-656.
- Schnyder, U., Moergeli, H., Klaghofer, R., & Buddeberg, C. (2001). Incidence and prediction of posttraumatic stress disorder symptoms in severely injured accident victims. *American Journal of Psychiatry*, 158, 594-599.
- Schuster, M., Stein, B., Jaycox, L., Collins, R., Marshall, G., Elliott, M., et al. (2001). A national survey of stress reactions after the September 11, 2001, terrorist attacks. *New England Journal of Medicine*, 345, 1507-1512.
- Serra, A. V. (2003). *O distúrbio de stress pós-traumático*. Coimbra: Vale & Vale Editores.
- Shalev, A. (1996). Stress versus traumatic stress from acute homeostatic reactions to chronic psychopathology. In, B. van der Kolk, A. McFarlane & L. Weisaeth,

- Traumatic stress: the effects of overwhelming experience on mind, body and society* (pp. 77-101). New York: The Guilford Press.
- Shalev, A. (2002). Acute stress reactions in adults. *Biological Psychiatry*, *51*, 532-543.
- Shelby, R., Golden-Kreutz, D. & Andersen, B. (2008). PTSD diagnosis, subsyndromal symptoms, and comorbidities contribute to impairments for breast cancer survivors. *Journal of Traumatic Stress*, *21*, 165-172.
- Silver, R., Holman, E., McIntosh, D., Poulin, M., & Gil-Rivas, V. (2002). Nationwide longitudinal study of psychological responses to September 11. *Journal of the American Medical Association*, *11*, 1235-1244.
- Smith, T. (1992). Hostility and health: current status of a psychosomatic hypothesis. *Health Psychology*, *11*, 139-150.
- Soeterman, R., Yzermans, J., Kerssens, J., Dirkzwager, A., Donker, G., Bosch, W., & Zee, J. (2006). The course of post-disaster health problems of victims with pre-disaster psychological problems as presented in general practice. *Family Practice*, *23*, 378-384.
- Spiegel, D. & Cardeña, E. (1991). Disintegrated experience: the dissociative disorders revisited. *Journal of Abnormal Psychology*, *100*, 366-378.
- Spitzer, R., First, M., & Wakefield, J. (2007). Saving PTSD from itself in DSM-V. *Journal of anxiety disorders*, *21*, 223-241.
- Staab, J., Grieger, T., Fullerton, C., & Ursano, R. (1996). Acute stress disorder, subsequent posttraumatic stress disorder and depression after a series of typhoons. *Anxiety*, *2*, 219-225.
- Stein, M., Walker, J., Hazen, A., & Forde, D. (1997). Full and partial posttraumatic stress disorder: findings from a community survey. *American Journal of Psychiatry*, *154*, 1114-1119.
- Stevens, L. (2001). Teenaged drivers. *Journal of the American Medical Association*, *286*, 1668.
- Stevenson, M., & Palamara, P. (2001). Behavioural factors as predictors of motor vehicle crashes: differentials between young urban and rural drivers. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, *25*, 245-249.
- Tabachnick, B., & Fidell, L. (2007). *Using Multivariate Statistics*. Boston: Allyn and Bacon.
- Tagay, S., Herpertz, S., Langkafel, M., & Senf, W. (2005). Posttraumatic stress disorder in a psychosomatic outpatient clinic – gender effects, psychosocial functioning,

- sense of coherence, and service utilization. *Journal of Psychosomatic Research*, 58, 439-446.
- Taylor, S., Asmundson, G. (2008). Posttraumatic stress disorder: current concepts and controversies. *Psychological. Injury and Law*, 1, 59-74.
- Tiet, Q., Rosen, C., Cavella, S., Moos, R., Finney, J., & Yesavage, J. (2006). Coping, symptoms, and functioning outcomes of patients with posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 19, 799-811.
- Tillman, J., Nash, M. & Lerner, P. (1994). Does trauma cause dissociative pathology?. In, S. Lyn, & J. Rhue, *Dissociation: clinical and theoretical perspectives* (pp.395-414). New York: The Guilford Press.
- Tolin, D., & Foa, E. (2006). Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: a qualitative review of 25 years os research. *Psychological Bulletin* , 132, 959-992.
- Ursano, R., Fullerton, C., Epstein, R., & Crowley, B. (1999). Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress disorder following motor vehicle accidents. *The American Journal of Psychiatry*, 156, 1808-1810.
- Ursano, R., Fullerton, C., Epstein, R., Crowley, B., Kao, T., Vance, K., Craig, K., Dougall, A., & Baum, A. (1999). Acute and chronic posttraumatic stress disorder in motor vehicle victims. *American Journal of Psychiatry*, 158, 589-595.
- Valentine, P. (2003). Trauma: definição, diagnóstico, efeitos e prevalência. In M. Pereira, & J. Monteiro-Ferreira (coords), *Stress traumático: aspectos teóricos e intervenção* (pp. 91-197). Lisboa: Climepsi.
- Van der Kolk, B. & McFarlane, A. (1996). The black hole of trauma. In B. van der Kolk, A. McFarlane, & L. Weisaeth (Eds.) *Traumatic stress: the effects of overwhelming experience on mind, body and society* (pp. 3-23). New York: The Guilford Press.
- Van der Kolk, B., van der Hart, O. & Marmar, C. (1996). Dissociation and Information pocessing in posttraumatic stress disorder. In van der Kolk, B., McFarlane, A., & Weisaeth, L. (Eds.), *Traumatic stress: the effects of overwhelming experience on mind, body, and society* (pp. 303-327). New York: The Guildford Press.
- Vázquez, C., Pérez-Sales, P., & Matt, G. (2006). Post-traumatic stress reactions following the Madrid March 11, terrorist attacks: A cautionary note about the measurement of psychological trauma. *Spanish Journal of Psychology*, 9, 161-174.

- Velden, P., & Wittmann, L. (2008). The independent predictive value of peritraumatic dissociation for PTSD symptomatology after type I trauma: a systematic review of prospective studies. *Clinical Psychology Review, 28*, 1009-1020.
- Velden, P., Grievink, L., Kleber, R., Drogendijk, A., Roskam, A., Marcelissen, F., Olf, M., Meewisse, M., & Gersons, B. (2006). Post-disaster mental health problems and the utilization of mental health services: a four-year longitudinal comparative study. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 33*, 279-288.
- Velden, P., Kleber, R., Christiaanse, B., Gersons, B., Marcelissen, F., Drogendijk, A., Grievink, L., Olf, M., & Meewisse, M. (2006). The independent predictive value of peritraumatic dissociation for postdisaster intrusions, avoidance reactions, and PTSD symptom severity: a 4-year prospective study. *Journal of Traumatic Stress, 19*, 493-506.
- Vrana, S., & Lauterbach, D. (1994). prevalence of traumatic events and post-traumatic psychological symptoms in a nonclinical sample of college students. *Journal of Traumatic Stress, 7*, 289-302.
- Walker, E., Newman, E. & Koss, A. (2003). Costs and health care utilization associated with traumatic experiences. In P. Schnurr, & B. Green (Eds.), *Trauma and health consequences of exposure to extreme stress* (pp.43-69). Washington DC: American Psychological Association.
- Waller, N. G., Putnam, F. W., & Carlson, E. B. (1996). Types of dissociation and dissociative types: a taxometric analysis of dissociative experiences. *Psychological Methods, 1*, 300–321.
- Weathers, F., & Keane, T. (2007). The criterion A Problem Revised: controversies and challenges in defining and measuring psychological trauma. *Journal of Traumatic Stress, 20*, 107-121.
- Weiss, D., Marmar, C., Metzler, T., & Ronfeldt, H. (1995). Predicting symptomatic distress in emergency services personnel. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*, 361-8.
- Weiss, D., Marmar, C., Schlenger, W., Fairbank, J., Jordan, K., Hough, R., & Kulka, R. (1992). The Prevalence of Lifetime and Partial Post-Traumatic Stress Disorder in Vietnam Theater Veterans. *Journal of Traumatic Stress, 5*, 365-376.
- Wilson, J. (1994). The historical evolution of PTSD diagnostic criteria: from Freud to DSM-IV. *Journal of Traumatic Stress, 7*, 681-697.

- Wittmann, L., Moergeli, H., Martin-Soelch, C., Znoj, H., & Schnyder, U. (2008). Comorbidity in posttraumatic stress disorder: a structural equation modeling approach. *Comprehensive Psychiatry*, *49*, 430-440.
- Wittmann, L., Moergeli, H., & Schnyder, U. (2006). Low predictive power of peritraumatic dissociation for PTSD symptoms in accident survivors. *Journal of Traumatic Stress*, *19*, 639-651.
- Wrenger, M., Lange, C., Langer, M., Heuft, G., & Burgmer, M. (2008). Psychiatric disorders after an accident: predictors and the influence of the psychiatric condition prior to accident. *European Psychiatry*, *23*, 434-440.
- Yahav, R. & Cohen, M. (2007). Symptoms of acute stress in Jewish and Arab Israeli citizens during the second Lebanon war. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *42*, 830-836.
- Yehuda, R. (1998). Neuroendocrinology of trauma and posttraumatic stress disorder. In Yehuda, R. (Eds.). *Psychological Trauma* (pp97-131). Washington: American Psychiatric Stress, Inc.
- Yehuda, R. (2003). Adult neuroendocrine aspects of PTSD. *Psychiatric Annals*, *33*, 30-36.
- Zatzick, D., Kang, S., Muller, H., Russo, J., Rivara, F., Katon, W., Jurkovich, G., & Roy-Byrne, P. (2002). Predicting Posttraumatic Distress in Hospitalized Trauma Survivors with Acute Injuries. *American Journal of Psychiatry*, *159*, 941-964.
- Zhao, G. (2008). Prevalence and predictors of acute stress disorder after earthquake findings from Wenchuan earthquake in China. *Public Health*, *42*, 802-805.
- Zlotnick, C., Franklin, C., & Zimmerman, M. (2002). Does “subthreshold” posttraumatic stress disorder have any clinical relevance? *Comprehensive Psychiatry*, *43*, 413-419.
- Zoellner, L., Foa, E., & Bartholomew, D. (1999). Interpersonal friction and PTSD in female victims of sexual and nonsexual assault. *Journal of Traumatic Stress*, *12*, 689-700.
- Zoellner, L., Jaycox, L., Watlington, C., & Foa, E. (2003). Are the dissociative criteria in ASD useful?. *Journal of Traumatic Stress*, *16*, 341-350.