

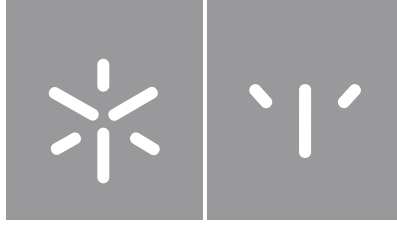


Universidade do Minho
Escola de Psicologia

Ana Catarina Azevedo Fernandes

**Diferentes acidentes, mesmas
consequências?**

Ana Fernandes
**Diferentes acidentes, mesmas
consequências?**



Universidade do Minho

Escola de Psicologia

Ana Catarina Azevedo Fernandes

**Diferentes acidentes, mesmas
consequências?**

Dissertação de Mestrado
Mestrado Integrado em Psicologia

Trabalho realizado sob a orientação da
Professora Doutora Ângela Maia
e da
Doutora Filipa Teixeira

DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos.

Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença abaixo indicada.

Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas no licenciamento indicado, deverá contactar o autor, através do RepositóriUM da Universidade do Minho.

Licença concedida aos utilizadores deste trabalho



Atribuição-NãoComercial-SemDerivações
CC BY-NC-ND

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

Agradecimentos

“Estes anos são viagem...”

Chegado este momento percebo que é real, já se passaram cinco anos, e esta fase está prestes a terminar. Contudo, acredito que umas fases terminam para que outras ainda melhores comecem e assim será!

Os agradecimentos poderiam ser muitos porque de facto tenho muito a agradecer, trilhar este caminho sozinha não tinha sido certamente tão bonito como foi.

Quero começar por agradecer à Professora Doutora Ângela Maia, por todos os ensinamentos e transmissão de profissionalismo. À Doutora Filipa Teixeira por toda a disponibilidade e apoio durante esta caminhada. Ao Grupo de Investigação em Experiências Adversas e Traumáticas pelas enormes partilhas.

Ao meu Mingos, sem ele este percurso teria sido sem dúvida mais difícil, mesmo quando fazemos faísca. À minha família por estar sempre do meu lado e suportar aqueles dias em que o feitiozinho era ainda mais insuportável. Às minhas estrelinhas, sei que me iluminaram muitas vezes.

Às Ninas, às minhas Ninas, por serem tão especiais e por terem permitido que pudesse fazer parte da vida delas ao longo destes cinco anos. Obrigada por nunca terem desistido de mim! Levo-vos para a vida.

Agradecer aos que sei que estarão sempre lá mesmo que os encontros não sejam constantes.

Ao movie club! Àqueles que tornaram muitos dos meus dias mais leves e felizes. Bastava o estar perto mesmo que não houvesse troca de palavras.

E não faria sentido terminar sem agradecer às pessoas que gentilmente aceitaram participar neste estudo porque sem elas nada disto teria sido possível.

Obrigada!

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducente à sua elaboração.

Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho.

Ana Catarina Azevedo Fernandes

Diferentes acidentes, mesmas consequências?

Resumo

A escassez de estudos comparativos, em Portugal, quanto ao impacto psicológico, tanto entre tipologias de acidentes, como entre sexos, salientou a necessidade de investigação neste domínio. Este estudo teve como objetivo conhecer a prevalência, gravidade e perturbação de diferentes acidentes e comparar, em função do acidente e do sexo das vítimas, sintomas psicopatológicos e fatores protetores. Foram selecionadas, através de um serviço de ortopedia e de um questionário online, 127 vítimas de acidentes (rodoviários e outros) que preencheram: PCL-5, BSI, Brief COPE e Escala de Apoio Social. Os resultados mostraram os acidentes rodoviários como os mais prevalentes, graves e perturbadores. Não foram encontradas diferenças estatísticas, entre as vítimas, para a sintomatologia psicológica e fatores protetores. Nas vítimas de acidentes rodoviários, com exceção da ansiedade, o apoio social total correlacionou-se negativamente com a sintomatologia psicopatológica. O *coping* de evitamento emocional correlacionou-se positivamente com todas as variáveis psicopatológicas. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas quanto ao sexo dos participantes, independentemente do tipo de acidente. Este estudo, para além de ter possibilitado conhecer melhor o impacto de diferentes acidentes, salientou a pertinência de futuras investigações que analisem de forma individualizada outras tipologias de acidentes.

Palavras-chave: acidentes, vítimas, psicopatologia, apoio social, *coping*

Different accidents, same consequences?

Abstract

In Portugal, comparative studies regarding the psychological impact of different types of accidents and its victims' sex, are rare which emphasized the need for research in this domain. This study aimed to know the prevalence, severity and impairment of different types of accidents and to compare psychopathologic symptoms and protective factors, according to accident type and victims' sex. A sample of 127 victims of accidents (road-related and others) was selected from an orthopaedics consult and an online questionnaire. Participants filled out: PCL-5, BSI, Brief COPE and the Social Support Scale. Results showed road accidents as the most prevalent, severe, and disturbing. No significant differences were found between victims regarding psychological symptoms and protective factors. Within victims of road accidents, total social support was negatively correlated with psychopathologic symptomatology, with exception of anxiety. Coping through emotional avoidance was positively correlated with all psychopathological variables. No significant differences were found between male and female participants, regardless accident type. This study not only broadened the existing knowledge about the impact of different types of accidents, but also emphasized the importance of future research analysing separately each type of accidents.

Keywords: accidents, victims, psychopathology, social support, coping

Índice

Introdução.....	8
Método.....	13
Participantes	13
Instrumentos	13
Procedimento	16
Análise dos dados.....	17
Resultados	17
Prevalência de Acidentes, Perceção de Gravidade e Grau de Perturbação	17
Acidente perturbador	18
Psicopatologia e fatores protetores.....	18
Associação entre fatores protetores e psicopatologia em função do tipo de acidente	21
Comparação entre sexos em função do acidente.....	21
Discussão.....	21
Referências	29
Anexo - Parecer da Comissão de Ética da Universidade do Minho.....	33

Índice de Tabelas

Tabela 1. <i>Caracterização sociodemográfica dos participantes</i>	14
Tabela 2. <i>Caracterização dos acidentes quanto à prevalência, perceção de gravidade e grau de perturbação</i>	19
Tabela 3. <i>Diferenças entre acidentes relativamente aos sintomas de PSPT e Sintomatologia Psicopatológica</i>	20
Tabela 4. <i>Diferenças quanto ao Apoio Social e às Estratégias de Coping em função do tipo de acidente</i>	20
Tabela 5. <i>Associação entre os sintomas de Sintomatologia Psicopatológica, Apoio Social e Estratégias de Coping</i>	22
Tabela 6. <i>Comparação entre sexos quanto aos sintomas de PSPT, somatização, ansiedade e depressão</i>	23

Tabela 7. *Comparação entre sexos relativamente ao apoio social e estratégias de coping em função do tipo de acidente.....* 24

Diferentes acidentes, mesmas consequências?

Experienciar um acontecimento traumático não é algo raro. Albuquerque, Soares, Jesus, e Alves (2003) constataram que 75.7% da população portuguesa inquirida ($n = 2606$) já tinha estado envolvida, ao longo da vida, em pelo menos um acontecimento traumático.

Os acidentes são apontados pela literatura como um desses acontecimentos potencialmente traumáticos, podendo levar os indivíduos a sofrer tanto danos físicos, como psicológicos (ex.: perturbação de stress pós-traumático [PSPT]; Pires & Maia, 2005). A Organização Mundial de Saúde (OMS) sugere que ocorram cerca de 3.700 mortes por dia devido a acidentes rodoviários, sendo a estimativa de 1.35 milhões para o ano de 2016 (OMS, 2019). Segundo o Programa Nacional de Prevenção de Acidentes, desenvolvido pela Direção Geral de Saúde (DGS, 2010), os acidentes, que vulgarmente podem ser designados como intencionais e não intencionais, surgem como a quarta causa de morte mais comum na Europa.

Em Portugal, os acidentes, para além de considerados um problema de saúde pública, são também uma das principais causas de redução de produtividade, de incapacidade e de perda de anos de vida, provocando um aumento da utilização de serviços de saúde e, por consequência, custos elevados para o país (DGS, 2019). Apesar das melhorias dos últimos anos relativamente ao número de sinistros, os acidentes rodoviários, de trabalho, domésticos e de lazer continuam a ser apontados como as principais causas de morte e incapacidade (DGS, 2010).

De acordo com o último Relatório Anual de Segurança Interna (Sistema de Segurança Interna [SSI], 2019) foram registados, em 2018, 138.823 acidentes rodoviários em Portugal. Enquanto acontecimento traumático são aqueles que ocorrem com mais frequência (Kuhn, Blanchard, & Hickling, 2003). Diversos estudos têm enfatizado o impacto psicológico que estes acidentes podem provocar nas suas vítimas. Pires e Maia (2005), num estudo realizado com 42 vítimas portuguesas de acidentes rodoviários, constataram que, quatro meses após o acidente, 30.9% destas preenchem os critérios necessários para o diagnóstico de PSPT. Para além disso, os indivíduos que apresentam esta perturbação têm 80% mais propensão para satisfazer os critérios de pelo menos uma outra patologia (American Psychiatric Association [APA], 2013), à qual se pode adicionar a sintomatologia somática.

Apesar da existência de estudos no âmbito do impacto psicológico de acidentes rodoviários, verifica-se, igualmente, a ocorrência destas consequências psicológicas negativas com outro tipo de acidentes. Alguns estudos têm vindo a debruçar-se sobre esta temática no campo dos acidentes de trabalho. Porém, a maioria foca-se em profissionais com maior risco de experienciar eventos

potencialmente traumáticos, como bombeiros ou polícias (Ghisi et al., 2013), descurando outros grupos com menor probabilidade. Em Portugal, dados relativos ao ano de 2016 apontam para um total de 207.567 acidentes de trabalho, não estando incluídos nestes números aqueles decorridos em trajeto, apesar de a definição legal os incluir. As profissões sobre as quais há um maior registo de acidentes deste tipo incidem sobre trabalhadores qualificados da metalurgia, metalomecânica e similares, com uma ocorrência de 20.494 acidentes (Gabinete Estratégia e Planeamento [GEP], 2019). Estes factos salientam a pertinência da investigação neste campo incidir mais em outro tipo de profissões. Por exemplo, um estudo comparativo desenvolvido por Ghisi e colaboradores (2013), reunindo indivíduos com diferentes profissões, dos quais 38 eram vítimas de acidentes de trabalho com lesão e 38 nunca tinham sofrido um acidente deste género, demonstrou que as primeiras relataram mais sintomas de depressão, PSPT e ansiedade após o evento.

Embora exista uma vasta literatura sobre acidentes rodoviários e alguma, embora um pouco menos frequente, quanto a acidentes de trabalho, especialmente no âmbito de profissões de risco, o mesmo não se verifica no que concerne a outro tipo de acidentes, como os desportivos, os domésticos e os de lazer.

No âmbito dos acidentes desportivos, a pouca literatura existente parece apontar para uma denominação deste acontecimento mais no sentido de lesão, em detrimento da palavra acidente (Cruz & Dias, 1996). Porém, neste estudo, optamos por adotar esta última designação. Uma revisão de literatura efetuada por Smith (1996) permitiu concluir que os atletas que sofreram acidentes desportivos em competição relataram mais sintomas depressivos e menor autoestima após o ocorrido. Os acidentes desportivos pareceram estar associados a níveis mais elevados de stress quando apresentaram maior gravidade, duração, ou implicaram suspensão/término de prática desportiva (Smith, 1996). Efetivamente, Cruz e Dias (1996) afirmaram que, para atletas de competição, a perceção de um acidente desportivo como traumático tende a basear-se no tempo, energia e esforço despendido para a obtenção de altos níveis de rendimento sendo que, quanto maior a perceção de risco e ameaça à carreira, maior a probabilidade de considerarem o sucedido como traumático. O período pós-acidente surge assim como um momento de risco ao qual deve ser dada atenção, uma vez que a forma como o atleta encara o que lhe aconteceu influencia o seu processo de reabilitação (Cruz & Dias, 1996). Embora não tenham sido encontrados dados estatísticos a nível nacional relativos aos acidentes desportivos, um estudo desenvolvido com futebolistas portugueses demonstrou que por cada 1000 horas de contacto com o desporto, tendem a ocorrer 1.2 acidentes (Brito et al., 2012).

De todos os acidentes referenciados, os domésticos e de lazer são aqueles que menor atenção têm recebido do ponto de vista da investigação, não sendo do nosso conhecimento qualquer estudo empírico que explore o impacto dos mesmos para a saúde física e mental dos indivíduos. Contudo, na União Europeia (UE), estes surgem como a principal causa de recurso ao serviço hospitalar, estimando-se que 24.6 milhões de pessoas sofram, por ano, um acidente desta categoria (Kisser, Walters, Rogmans, Turner, & Lyons, 2017). Segundo a DGS (2010), os acidentes domésticos e de lazer são “todos os acidentes registados durante os tempos livres da população (ocorridos em casa, em práticas desportivas, em períodos de lazer ou diversão), acidentes com crianças na escola, na rua, etc “(p. 15), existindo, em Portugal, um registo de 26.681 acidentes deste tipo entre 2013 e 2015 (Alves, Rodrigues, Neto, Mexia, & Dias, 2017).

O impacto psicológico negativo resultante dos diferentes tipos de acidentes descritos pode também relacionar-se com o sexo do indivíduo. Apesar de existirem diversos estudos sobre a relação entre o sexo dos indivíduos e o desenvolvimento de PSPT, os resultados são por vezes contraditórios, tanto devido a limitações dos estudos, como à utilização de diferentes metodologias (Pires & Maia, 2011). No entanto, a maioria aponta os indivíduos do sexo feminino como os que reportam mais sintomas de PSPT após uma experiência traumática. Efetivamente, uma revisão da literatura desenvolvida por Albuquerque e colaboradores (2013) permitiu concluir que as mulheres têm um maior risco de desenvolver PSPT, apesar de serem os homens aqueles que sofrem mais acontecimentos traumáticos. A apontar no mesmo sentido, Fullerton e colaboradores (2001), num estudo desenvolvido com 122 vítimas de acidente, observaram que 42 (34.43%) desenvolveram PSPT no mês seguinte ao acidente, sendo 30 (51.7%) do sexo feminino e 12 (18.8%) do sexo masculino, e que as mulheres tinham 4.39 vezes mais probabilidade de desenvolver PSPT do que os homens. Também num estudo envolvendo vítimas de acidentes rodoviários, os autores apuraram que, quatro e 12 meses após o acidente, as mulheres apresentavam mais sintomas de PSPT e mais sintomas de psicopatologia geral, tanto na avaliação inicial, como na avaliação quatro meses após o sucedido, em comparação com os homens (Pires & Maia, 2011).

Paralelamente ao estudo do impacto psicológico dos acidentes enquanto acontecimento traumático, a literatura tem também identificado um conjunto de fatores protetores que visam atenuar o impacto de um evento negativo (Pires & Maia, 2005), sendo o apoio social e as estratégias de *coping* os mais frequentemente referenciados (Ning, Guan, & Liu, 2017).

O apoio social corresponde a todo o apoio que o indivíduo considera poder recorrer (Lin, Ensel, Simeone, & Kuo, 1979) e tem sido apontado como um fator importante para prevenção e intervenção

em sintomas de PSPT (Gros et al., 2016). Numa meta-análise desenvolvida por Ozer, Best, Lipsey, e Weiss (2003) verificaram-se correlações médias significativas entre o apoio social percebido pelo indivíduo após o trauma e os sintomas de PSPT em todos os 11 estudos identificados. A força dessa correlação não era afetada pelo tipo de amostra, porém a relação era mais forte quanto maior era o tempo decorrido entre o evento traumático e a avaliação de PSPT. Poucos estudos exploram as diferenças entre sexos no que se refere ao apoio social (Day & Livingstone, 2003). Contudo, alguns indicam que as mulheres tendem a procurar mais apoio social do que os homens (Day & Livingstone, 2003; Ptacek, Smith, & Dodge, 1994), não existindo diferenças quanto ao tipo de apoio procurado (Day & Livingstone, 2003).

As estratégias de *coping*, isto é, as estratégias cognitivas e/ou comportamentais que o indivíduo ativa de forma a conseguir reduzir, dominar ou tolerar uma situação percebida como problemática (Folkman & Lazarus, 1985), podem ser relevantes em caso de experiências traumáticas. Os mecanismos que a pessoa emprega para lidar com estas experiências tanto podem ser eficazes e adaptativos, como ineficazes, contribuindo para o desenvolvimento de psicopatologia (Pires & Maia, 2005). Num estudo desenvolvido por Jeavons, Greenwood, e Horne (2000) 62 vítimas de acidentes rodoviários foram acompanhadas por seis meses, com o objetivo de examinar a relação entre os estilos de *coping* iniciais e os *scores* de trauma após o acontecimento. Os autores verificaram que o *coping* focado na emoção e o *coping* de evitamento estavam positivamente correlacionados com o desenvolvimento de sintomas pós-trauma. Quanto às diferenças entre sexos na utilização de estratégias de *coping* perante situações potencialmente traumáticas, Kelly, Tyrka, Price, e Carpenter (2008) concluíram que as mulheres relataram usar mais apoio emocional como estratégia de *coping* do que os homens. Por outro lado, Sigmon, Stanton, e Snyder (1995) procuraram perceber se existiam diferenças entre os sexos nas estratégias de *coping* usadas quando se tratava de um evento stressante específico ou na generalidade de situações stressantes. Estes autores concluíram que, para ambas as situações, os homens relataram usar mais estratégias de *coping* de evitamento, enquanto as mulheres relataram usar mais estratégias de *coping* focado na emoção, não tendo sido encontradas diferenças entre sexos para o *coping* focado no problema.

Dada a frequência destes acidentes e a escassez de estudos comparativos ao nível do impacto psicológico, tanto entre tipologias de acidentes, como entre sexos, entendemos como necessário o desenvolvimento de uma investigação em Portugal que tentasse colmatar algumas das lacunas identificadas. Assim, surgiu a questão de investigação “Será que diferentes tipos de acidentes produzem, nas suas vítimas, diferenças ao nível do impacto psicológico e do relato de fatores protetores (apoio social

e estratégias de coping)?" . Esta visou avaliar a prevalência, gravidade e perturbação de acidentes rodoviários, de trabalho, desportivos, domésticos e de lazer e comparar, em função do tipo de acidente e do sexo das vítimas, sintomatologia psicopatológica (PSPT, somatização, ansiedade e depressão), apoio social e estratégias de *coping*.

Definiram-se como objetivos desta investigação: 1) estudar a prevalência de acidentes rodoviários, de trabalho, desportivos, domésticos e de lazer e caracterizá-los quanto à sua perceção de gravidade e perturbação; 2) analisar diferenças entre as vítimas de cada um destes tipos de acidentes relativamente a sintomatologia psicopatológica (sintomas de PSPT, somatização, ansiedade e depressão) e a fatores de proteção (apoio social e estratégias de *coping*); 3) estudar a relação entre estes fatores de proteção e o desenvolvimento de PSPT, somatização, ansiedade e depressão após a ocorrência do acidente; 4) analisar, em função do tipo de acidente, as diferenças entre os sexos relativamente às variáveis em estudo.

De acordo com os objetivos mencionados foram estabelecidas quatro hipóteses: 1) os acidentes rodoviários são os mais relatados, mais graves e mais perturbadores; 2) vítimas de acidentes rodoviários relatam mais sintomas de PSPT, somatização, ansiedade e depressão bem como menos fatores de proteção do que as vítimas dos restantes tipos de acidentes em estudo; 3) vítimas de acidentes com mais apoio social e mais estratégias de *coping*, apresentam menos sintomas de PSPT, somatização, ansiedade e depressão pós-evento, independentemente do tipo de acidente sofrido; 4) vítimas do sexo feminino relatam mais sintomas de PSPT, somatização, ansiedade e depressão do que vítimas do sexo masculino e menos fatores de proteção, independentemente do tipo de acidente sofrido. Dada a escassez de literatura, algumas das hipóteses apresentadas assumem um carácter exploratório. Deste modo, apesar de numericamente os acidentes de trabalho serem mais frequentes do que os rodoviários, considerou-se que as pessoas tendem a valorizar mais, e por consequência a relatarem mais frequentemente, os acidentes rodoviários, tendo-se dado, por isso, primazia a esta tipologia. Este mesmo motivo levou à formulação da segunda hipótese, acrescentando o facto de, tal como referido anteriormente, os acidentes rodoviários serem os mais frequentes enquanto acontecimento traumático (Kuhn et al., 2003), com elevada mortalidade e morbilidade associada diariamente (OMS, 2019). Isto sugere uma maior probabilidade de psicopatologia para esta categoria de acidente.

Por fim, dada a diversidade conceptual que alguns dos acidentes descritos assumem em diferentes estudos, operacionalizamos as categorias de acidentes da seguinte forma: acidentes rodoviários disseram respeito a todos os envolvessem a via pública, a viatura (ex.: carro) e a pessoa (fosse ela condutora, passageiro ou peão); os acidentes de trabalho incluíram aqueles ocorridos durante

e no local de trabalho, excluindo-se os que ocorressem em viagens de trabalho, sendo estes considerados como acidentes rodoviários; os acidentes desportivos corresponderam aos ocorridos no âmbito da prática desportiva federada, profissional ou amadora, excluindo-se aqueles que decorram de uma prática de lazer, por exemplo, em atividades com amigos que eram definidos como acidentes de lazer. Relativamente aos acidentes domésticos e de lazer, apesar de surgirem agrupados segundo a DGS (2010), optamos por separá-los em duas categorias por considerarmos retratarem episódios distintos, devendo, por isso, ser analisados isoladamente. Assim, os acidentes domésticos corresponderam a acidentes ocorridos em casa ou em contexto de trabalho para casa (ex.: quedas, cortes, choques elétricos) e os acidentes de lazer contemplaram acontecimentos ocorridos durante os tempos livre da pessoa, numa situação de distração/diversão (ex.: jogo de futebol entre amigos, corridas...).

Método

Participantes

A amostra foi constituída por 127 indivíduos, vítimas de acidentes, selecionadas através da Consulta Externa de Ortopedia de um hospital do Norte do país e da utilização de um questionário online. O recurso a ambos os procedimentos de recolha surgiu com o objetivo de se poder garantir não só uma maior representatividade da amostra, como também de possibilitar a inclusão de sujeitos que não tenham necessitado de qualquer tipo de acompanhamento médico pós-acidente.

Os critérios de inclusão abrangeram indivíduos de ambos os sexos, vítimas de acidentes rodoviários, de trabalho, desportivos, domésticos e de lazer, com idade igual ou superior aos 18 anos; seriam excluídos aqueles que do acidente tivesse resultado amnésia ou lesões neurológicas.

Na recolha em meio hospitalar obtivemos um total de oito questionários respondidos. No questionário online alcançámos 330 respostas das quais, 162 estavam incompletas (mais de 50% do questionário por responder) e 49 pertenciam a pessoas que relataram nunca ter sofrido nenhum acidente, tendo, por isso, sido eliminadas.

Os participantes tinham idades compreendidas entre os 19 e os 67 anos ($M = 33.22$; $DP = 12.42$), sendo 80 do sexo feminino (63.0%) e 47 do sexo masculino (37.0%). Um pouco mais de metade dos participantes era solteira (56.7%), encontrava-se empregada (50.4%) e possuía formação universitária (51.9% com licenciatura e mestrado). Os resultados podem ser consultados na Tabela 1.

Instrumentos

Os sujeitos foram solicitados a responder a um protocolo constituído pelos instrumentos apresentados seguidamente.

Questionário sociodemográfico e de caracterização da experiência ao nível dos diferentes acidentes. O questionário iniciava-se com a recolha de dados sociodemográficos dos participantes, tais como, idade, sexo, habilitações literárias, estado civil e ocupação.

Tabela 1
Caracterização sociodemográfica dos participantes (n = 127)

Variáveis	n (%)
Estado Civil	
Solteiro(a)	72 (56.7)
Casado(a)/União de facto	45 (35.4)
Divorciado(a)	10 (7.9)
Ocupação	
Estudante	38 (29.9)
Empregado(a)	64 (50.4)
Desempregado(a)	9 (7.1)
Trabalhador-estudante	9 (7.1)
De baixa	3 (2.4)
Reformado	4 (3.1)
Habilitações literárias	
Igual ou inferior ao 12º ano	32 (25.2)
Curso Profissional	9 (7.1)
Licenciatura	38 (29.9)
Mestrado	28 (22.0)
Doutoramento	19 (15.0)
Outra: Pós-graduação	1 (.8)

Posteriormente, era-lhes questionado se já tinham estado envolvidos em algum acidente. No caso de resposta afirmativa, e de forma a obtermos uma caracterização dos acidentes experienciados pelos indivíduos, pedia-se que indicassem, de entre o grupo de acidentes apresentados (rodoviários, de trabalho, desportivos, domésticos e de lazer) todos aqueles que já tivessem vivenciado. Posto isto, era solicitado que os avaliassem quanto à perceção de gravidade com base numa escala *likert* de quatro

pontos (0 = nada grave e 3 = muitíssimo perturbador) e quanto ao grau de perturbação, segundo uma escala *likert* de cinco pontos (0 = nada perturbador e 4 = muitíssimo perturbador).

De seguida, requiria-se que, de todos os acidentes anteriormente identificados, indicassem aquele que consideravam ser o mais perturbador, descrevendo não só o acidente, como também o que tinha sido mais perturbador na experiência. Futuramente, era pedido que respondessem às questões subsequentes sempre em função do acidente indicado. As questões tiveram o objetivo de recolher mais informações acerca do acidente como causas, perceção de perigo e informações clínicas posteriores ao acontecimento. Para cada resposta afirmativa foi avaliado o grau de perturbação com base numa escala de *likert* de quatro pontos, variando entre zero (nada perturbador) e quatro (muitíssimo perturbador).

Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5; Weathers et al., 2013, versão portuguesa de Ferreira, Ribeiro, Santos, & Maia, 2016). Instrumento de autorrelato, com 20 itens, que pretendeu avaliar a existência de sintomas para o diagnóstico de PSPT, segundo o DSM-5. Os itens encontram-se agrupados em quatro grupos de sintomas (evitamento; intrusivos; alterações na cognição e humor e; alterações na ativação e reatividade). Foi preenchido com base no acidente que a pessoa considerou como o mais perturbador psicologicamente, a partir de uma escala de *likert* que variava entre zero (“Nada”) e quatro (“Extremamente”). Neste estudo o alfa de *Cronbach* foi de .95.

Brief COPE (Carver, 1997; versão portuguesa Ribeiro & Rodrigues, 2004). Pretendeu avaliar as estratégias empregues pelas pessoas para lidarem com situações stressantes, nomeadamente, o acidente percebido e identificado como o mais perturbador. Este instrumento é constituído por 28 itens, agrupados em 14 dimensões. Este agrupamento foi concetualizado em três formas diferentes de *coping*: *coping* ativo emocional (expressão de sentimentos, reinterpretação positiva, humor, aceitação e suporte emocional), *coping* focado no problema (*coping* ativo, planeamento, suporte instrumental e religião) e *coping* de evitamento emocional (autodistração, negação, desinvestimento comportamental, autoculpabilização e uso de substâncias; Schnider, Elhai, & Gray, 2007). As respostas foram medidas através de uma escala de *likert* de quatro pontos, variando entre zero (“Nunca fiz isto”) e três (“Fiz isto sempre”). Foram obtidos valores de alfa de *Cronbach* entre .84 e .87, para as três escalas avaliadas.

Brief Symptom Inventory (BSI-Brief Symptom Inventory; Derogatis, 1982; versão portuguesa de Canavarro, 1999). Avalia nove dimensões de psicopatologia e é constituído por 53 itens. Porém, neste estudo foram apenas utilizados 19 itens, correspondentes às dimensões de somatização, ansiedade e depressão. Este instrumento foi preenchido com base na ocorrência, ou não, dos sintomas referenciados, durante a última semana e de acordo com uma escala de *likert* de cinco pontos, em que zero corresponde

a nunca e quatro a muitíssimas vezes. Verificou-se uma boa consistência interna nas três escalas examinadas, com valores de alfa de *Cronbach* a variar entre .87 e .98.

Escala de Apoio Social (Matos & Ferreira, 2000). É uma escala de autorresposta que pretendeu perceber como o indivíduo percebe o seu apoio social, mais especificamente o apoio informativo (conselho e informação que recebe para a resolução de problemas), emocional (sentimento de apoio e segurança) e instrumental (apoio recebido para a resolução de problemas concretos). É formada por 16 itens, avaliados numa escala tipo *likert* de cinco pontos, em que “um” corresponde a “não concordo”, equivalendo a níveis baixos de apoio social e, “cinco” corresponde a “concordo muitíssimo”, respeitante a níveis altos de apoio social. Excetuam-se os itens 2; 5; 12; 13; 14 e 16 que apresentam cotação inversa. Verificou-se uma boa consistência interna nas três escalas examinadas, com valores de alfa de *Cronbach* a variar entre .67 e .81.

Procedimento

Depois de obtido parecer positivo da Comissão de Ética da Universidade do Minho, da Comissão de Ética do hospital contactado e do respetivo diretor do Serviço de Ortopedia, procedemos ao contacto oficial com este último, no sentido de se acordar como seria realizada a abordagem dos participantes.

O recurso ao Serviço de Ortopedia surgiu pela maior probabilidade de encontrarmos vítimas de acidentes que, devido às lesões sofridas, careceram de acompanhamento *follow up* desta especialidade médica, mesmo que não necessitassem de internamento. A abordagem aos participantes efetuou-se nos dias em que estes tinham consulta. Primeiramente, foi efetuado um breve enquadramento do estudo ao sujeito e, caso este concordasse participar, entregava-se uma declaração de consentimento informado na qual, para além de informações referentes à investigação, assegurava-se o anonimato e confidencialidade dos dados fornecidos. Posteriormente, administrava-se o caderno de questionários, reforçando-se a abertura e disponibilidade para o esclarecimento de questões a qualquer momento.

O questionário online foi elaborado com o auxílio do software *esurvey creator*, sendo similar ao questionário administrado presencialmente. Tal como já foi referido, este teve o objetivo principal de alcançar vítimas de acidentes que não necessitaram de qualquer tipo de acompanhamento médico após o sucedido. Todavia, sujeitos que necessitaram deste acompanhamento poderiam, igualmente, responder ao questionário. A partilha do mesmo ocorreu através de diversas plataformas online e contactos próximos.

Análise dos dados

Os dados foram analisados com recurso ao software *SPSS* versão 25.0. Primeiramente, realizamos análises descritivas para caracterizar a amostra e as diferentes variáveis em estudo, identificando-se as medidas de tendência central e de dispersão. Posteriormente, efetuamos uma análise exploratória dos dados para avaliar a distribuição das variáveis e verificar se estariam cumpridos os pressupostos para a utilização de testes paramétricos. Verificado que a nossa amostra não cumpria esses pressupostos, recorreremos ao teste de *Mann-Whitney* (não paramétrico) para testar as diferenças entre o tipo de acidente sofrido e entre sexos quanto ao desenvolvimento de sintomas de PSPT, somatização, ansiedade e depressão assim como, relativamente aos fatores protetores (apoio social e estratégias de *coping*).

Para explorar a associação entre o desenvolvimento de sintomas de PSPT, somatização, ansiedade, depressão e os fatores de proteção para cada um dos tipos de acidentes usamos a correlação de *Spearman*. Foram utilizados como valores de significância, $p < .01$ e $p < .05$.

Resultados

Prevalência de Acidentes, Perceção de Gravidade e Grau de Perturbação

Na tabela 2 encontram-se os dados relativos à prevalência dos acidentes e à perceção de gravidade e de perturbação atribuída pelos participantes.

Relativamente à prevalência dos acidentes sofridos, a maioria das pessoas identificou ter vivenciado pelo menos quatro dos cinco acidentes apresentados. Os acidentes rodoviários foram os relatados com mais frequência (92.2%), seguindo-se os acidentes domésticos (88.1%), os de lazer (66.9%), os desportivos (64.6%) e, por último, os acidentes de trabalho (44.1%).

Quanto à perceção de gravidade, todos os acidentes foram maioritariamente avaliados como sendo *mais ou menos graves*, sendo a percentagem mais elevada para as vítimas de acidentes domésticos (56.7%), seguindo-se as de acidentes rodoviários (52.0%), acidentes desportivos (41.8%), acidentes de lazer (35.4%) e, por fim, as de acidentes de trabalho (29.1%). A segunda opção mais selecionada foi a *nada grave* para todos os acidentes, excetuando-se os rodoviários em que o segundo grupo mais frequente foi *muito grave a muitíssimo grave* (agrupados = 24.4%).

Relativamente ao grau de perturbação, a maioria das tipologias de acidentes foi considerada *nada perturbadora*, com 33.9% para os domésticos, 31.5% para os de lazer, 29.1% para os acidentes desportivos, 20.5% para os de trabalho e 11.8% para os rodoviários. Nesta avaliação, salientam-se, contudo, os acidentes rodoviários: não só foram os que apresentaram menor percentagem para a opção *nada perturbador*, como foram os mais frequentemente avaliados como perturbadores em todas as

opções de perturbação apresentadas (29.1% para *um pouco perturbador*; 26.8% para *mais ou menos perturbador*; 16.5% para *muito perturbador*; e 9.4% para *muitíssimo perturbador*). Destacam-se também os acidentes domésticos e os desportivos que, a seguir aos rodoviários, foram os que apresentaram maior percentagem para a opção *um pouco perturbador*, com 26.8% e 22.8% respetivamente.

Acidente perturbador

Dos 127 participantes, seis identificaram mais do que um acidente como perturbador e quatro indicaram que nada tinha sido perturbador no acidente sofrido (ausência do critério A para o diagnóstico de PSPT). Dado não preencherem os critérios necessários para prosseguir na análise, foram excluídos, sendo a amostra constituída, a partir deste momento, por 117 participantes. Destes, 85 (72.6%) identificaram e descreveram acidentes rodoviários como os mais perturbadores, 11 (9.4%) acidentes de lazer, 10 (8.5%) acidentes domésticos, 5 (4.3%) acidentes desportivos e acidentes de trabalho e 1 (.9) não permitiu identificar com clareza o tipo de acidente sofrido. Devido à diferença numérica verificada entre as diferentes categorias de acidentes, inviabilizando comparações adequadas, optamos por organizar os acidentes considerados perturbadores em dois grupos, nomeadamente, o grupo dos acidentes rodoviários (AR; $n = 85$) e o grupo dos outros acidentes, constituído pelos acidentes de trabalho, desportivos, domésticos e de lazer ($n = 32$). As análises subsequentes foram efetuadas com base nestes dois grupos. O acidente omissivo foi englobado no grupo das vítimas de outros acidentes, por ser certo não se tratar de um acidente rodoviário, correspondendo por isso a qualquer um dos outros acidentes.

Psicopatologia e fatores protetores

No que toca ao total de sintomas de PSPT, o grupo das vítimas de AR apresentou uma média de 8.21, sendo que 5.9% preenchiam os critérios para o diagnóstico provisório de PSPT. Por oposição, o grupo das vítimas dos outros acidentes exibiu uma média de 7.97 ($DP=12.93$), e apenas 1% preenchia os critérios para o diagnóstico provisório de PSPT.

Não se verificaram, contudo, diferenças estatisticamente significativas ao nível da sintomatologia psicopatológica entre o grupo dos AR e o grupo dos outros acidentes (Tabela 3). No que concerne aos fatores protetores, também não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre ambos os grupos (Tabela 4).

Tabela 2

Caracterização dos acidentes quanto à prevalência, percepção de gravidade e grau de perturbação (n = 127)

		Acidentes rodoviários <i>n</i> (%)	Acidentes de trabalho <i>n</i> (%)	Acidentes desportivos <i>n</i> (%)	Acidentes domésticos <i>n</i> (%)	Acidentes de lazer <i>n</i> (%)
Prevalência Acidentes		117 (92.2)	56 (44.1)	82 (64.6)	112 (88.1)	85 (66.9)
	Nada grave	21 (16.5)	17 (13.4)	16 (12.6)	30 (23.6)	25 (19.7)
Percepção gravidade	Mais ou menos grave	66 (52.0)	37 (29.1)	53 (41.8)	72 (56.7)	45 (35.4)
	Muito grave	20 (15.7)	11 (8.7)	12 (9.4)	8 (6.3)	14 (11.0)
	Muitíssimo grave	11 (8.7)	1 (.8)	4 (3.1)	1 (.8)	2 (1.6)
Grau de perturbação	Nada perturbador	15 (11.8)	26 (20.5)	37 (29.1)	43 (33.9)	40 (31.5)
	Um pouco perturbador	37 (29.1)	17 (13.4)	29 (22.8)	34 (26.8)	19 (15.0)
	Mais ou menos perturbador	34 (26.8)	17 (13.4)	10 (7.9)	19 (15.0)	16 (12.6)
	Muito perturbador	21 (16.5)	9 (7.1)	10 (7.9)	13 (10.2)	6 (4.7)
	Muitíssimo perturbador	12 (9.4)	2 (1.6)	1 (.8)	2 (1.6)	4 (3.1)

Tabela 3

Diferenças entre acidentes relativamente aos sintomas de PSPT e Sintomatologia Psicopatológica

	Acidentes Rodoviários	Outros Acidentes	<i>U</i>	<i>p</i>
	(<i>n</i> = 85)	(<i>n</i> = 32)		
	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>		
PSPT TOTAL	8.21 (12.38)	7.97 (12.93)	1280.0	.689
Somatização	.26 (.49)	.40 (.72)	1231.5	.363
Ansiedade	.43 (.62)	.54 (.73)	1238.5	.613
Depressão	.45 (.76)	.61 (.94)	1310.0	.748

Nota. PSPT TOTAL = Total de sintomas de Perturbação de Stress Pós-Traumático

Tabela 4

Diferenças quanto ao Apoio Social e às Estratégias de Coping em função do tipo de acidente

	Acidentes Rodoviários	Outros Acidentes	<i>U</i>	<i>p</i>
	(<i>n</i> = 85)	(<i>n</i> = 32)		
	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>		
Apoio informativo	3.85 (.82)	3.91 (.74)	1347.5	.939
Apoio emocional	4.20 (.78)	4.40 (.52)	1180.5	.268
Apoio instrumental	4.25 (.79)	4.25 (.68)	1291.5	.671
AS Total	12.51 (1.38)	12.27 (2.15)	1357.0	.985
<i>Coping</i> focado no problema	.58 (.56)	.58 (.50)	1294.5	.758
<i>Coping</i> evitamento emocional	.27 (.38)	.19 (.28)	1173.5	.403
<i>Coping</i> ativo emocional	.76 (.57)	.71 (.62)	1299.0	.856

Nota. AS Total = Total de Apoio Social

Associação entre fatores protetores e psicopatologia em função do tipo de acidente

Os resultados das correlações podem ser consultados em maior detalhe na Tabela 5. Para os participantes do grupo dos AR, uma maior percepção de apoio social estava associada a menos sintomas de PSPT, de somatização e de depressão, sendo o apoio emocional aquele que apresentou as correlações mais fortes a este nível. Não foram encontradas associações estatisticamente significativas entre o apoio social e os sintomas de ansiedade. Quanto às estratégias de *coping*, foram encontradas para o *coping* focado no problema e para o *coping* de evitamento emocional correlações positivas e estatisticamente significativas com todas as variáveis psicopatológicas. O *coping* ativo emocional apenas não se correlacionou com os sintomas somáticos.

No grupo dos outros acidentes, não foram encontradas correlações significativas entre o total de apoio social e nenhuma das variáveis psicopatológicas. Ao nível das estratégias de *coping*, o *coping* de evitamento emocional correlacionou-se positivamente com todos os sintomas psicopatológicos, enquanto que o *coping* focado no problema e o *coping* ativo emocional apenas se correlacionaram com o total de sintomas de PSPT. Não foram encontradas correlações estatisticamente significativas tanto para o *coping* focado no problema, como para o *coping* ativo emocional quanto aos sintomas de somatização, ansiedade e depressão.

Comparação entre sexos em função do acidente

Relativamente aos sintomas de PSPT, somatização, ansiedade e depressão, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre sexos quanto às variáveis em estudo, tanto no grupo dos AR, como no grupo dos outros acidentes (Tabela 6).

Em relação aos fatores protetores, também não se verificaram diferenças entre sexos, para ambos os grupos de acidentes (Tabela 7).

Discussão

A presente investigação procurou estudar o relato de vítimas de diferentes tipos de acidentes quanto à prevalência, gravidade e grau de perturbação dos mesmos. Para além disso, pretendeu-se comparar os acidentes, não só entre si, mas também em função do sexo das vítimas, psicopatologia (sintomas de PSPT, somatização, ansiedade e depressão), estratégias de *coping* e apoio social.

Relativamente à prevalência de acidentes, verificamos que os acidentes rodoviários foram os mais reportados, apoiando a nossa hipótese, ao contrário do que é relatado pelo GEP (2019) que aponta os acidentes de trabalho como os mais frequentes. Uma possível explicação para esta divergência pode dever-se à nossa amostra, apesar de constituída maioritariamente

PSICOPATOLOGIA, APOIO SOCIAL E *COPING* EM DIFERENTES TIPOS DE ACIDENTES

Tabela 5

Associação entre os sintomas de Sintomatologia Psicopatológica, Apoio Social e Estratégias de Coping

	AI	AE	AINS	AS Total	CFP	CEE	CAE	PSPT TOTAL	SOM	ANS	DEP
AI	-	.645**	.155	.756**	-.008	-.133	.038	-.097	.122	.191	-.087
AE	.632**	-	.198	.734**	.105	-.087	.076	-.105	-.207	-.169	-.423*
AINS	.558**	.630**	-	.664**	.117	-.048	.217	.056	-.275	-.215	-.150
AS Total	.841**	.862**	.844**	-	-.066	-.316**	-.110	.005	-.171	-.093	-.259
CFP	-.004	-.078	-.101	.139	-	.758**	.831**	.732**	.260	.266	.224
CEE	-.214	-.342	-.321**	-.040	.591**	-	.582**	.624**	.447*	.360*	.434*
CAE	-.033	-.138	-.083	.202	.797**	.598**	-	.679**	.091	.174	.160
PSPT TOTAL	-.222*	-.373**	-.214	-.288**	.532**	.615**	.555**	-	.272	.269	.291
SOM	-.191	-.294**	-.236*	-.234*	.249*	.369**	.181	.241*	-	.824**	.640**
ANS	-.157	-.213	-.212	-.189	.401*	.414**	.276*	.309**	.675**	-	.842**
DEP	-.244*	-.320**	-.289**	-.269*	.331**	.454**	.225*	.335**	.717**	.732**	-

Nota. ($n = 117$). Intercorrelações para as vítimas de acidentes rodoviários ($n = 85$) são representadas abaixo da diagonal e as intercorrelações para as vítimas de outros acidentes ($n = 32$) são apresentadas acima da diagonal. As intercorrelações das variáveis em estudo são aquelas exibidas a negrito. AI = Apoio Informativo; AE = Apoio Emocional; AINS = Apoio Instrumental; AS Total = Total de Apoio Social; CFP = *Coping* focado no problema; CEE = *Coping* evitamento emocional; CAE = *Coping* ativo emocional; PSPT TOTAL = Total de sintomas de Perturbação de Stress Pós-Traumático; DEP = Depressão; ANS = Ansiedade; SOM = Somatização.

* $p < .05$; ** $p < .01$

PSICOPATOLOGIA, APOIO SOCIAL E *COPING* EM DIFERENTES TIPOS DE ACIDENTES

Tabela 6

Comparação entre sexos quanto aos sintomas de PSPT, somatização, ansiedade e depressão

	Acidentes Rodoviários		<i>U</i>	<i>p</i>	Outros Acidentes		<i>U</i>	<i>p</i>
	Feminino (<i>n</i> = 54)	Masculino (<i>n</i> = 31)			Feminino (<i>n</i> = 20)	Masculino (<i>n</i> = 12)		
	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>			<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>		
PSPT TOTAL	8.58 (11.58)	7.58 (13.82)	798.0	.825	10.10 (15.23)	4.42 (6.96)	111.0	.722
Somatização	.30 (.50)	.20 (.47)	753.0	.364	.48 (.84)	.26 (.47)	110.5	.683
Ansiedade	.47 (.61)	.35 (.63)	677.5	.135	.61 (.81)	.43 (.60)	111.5	.917
Depressão	.46 (.74)	.44 (.80)	815.0	.833	.73 (1.05)	.43 (.73)	110.5	.698

Nota. PSPT TOTAL = Total de sintomas de Perturbação de Stress Pós-Traumático

PSICOPATOLOGIA, APOIO SOCIAL E *COPING* EM DIFERENTES TIPOS DE ACIDENTES

Tabela 7

Comparação entre sexos relativamente ao apoio social e estratégias de coping em função do tipo de acidente

	Acidentes Rodoviários				Outros Acidentes			
	Feminino (n = 54)	Masculino (n = 31)	U	p	Feminino (n = 20)	Masculino (n = 12)	U	p
	M (DP)	M (DP)			M (DP)	M (DP)		
Apoio informativo	3.95 (.68)	3.68 (1.00)	763.5	.500	3.98 (.54)	3.79(1.00)	114.0	.814
Apoio emocional	4.26 (.62)	4.08 (1.01)	820.0	.876	4.42 (.48)	4.37(.59)	115.0	.844
Apoio instrumental	4.29 (.78)	4.17 (.81)	746.5	.402	4.25 (.64)	4.25(.79)	114.5	.829
AS Total	12.59 (1.83)	11.87 (2.61)	738.0	.366	12.57 (1.26)	12.41(1.62)	108.5	.654
<i>Coping</i> focado no problema	.66 (.63)	.45 (.38)	721.5	.351	.61 (.51)	.52(.49)	102.0	.479
<i>Coping</i> evitamento emocional	.28 (.40)	.24 (.35)	762.5	.573	.25 (.33)	.09(.12)	82.5	.182
<i>Coping</i> ativo emocional	.82 (.61)	.65 (.48)	673.0	.246	.81 (.63)	.58(.60)	88.0	.211

Nota. AS Total = Total de Apoio Social

por pessoas empregadas, poder desempenhar funções com uma probabilidade de acidente baixa (ex.: especialistas de tecnologias de informação e comunicação) que são a profissão com um registo de apenas 68 acidentes (GEP, 2019). Outra explicação pode resultar do baixo alcance, através do questionário, de pessoas com as profissões onde a probabilidade de acidente é mais elevada (ex.: trabalhadores qualificados da metalurgia, metalomecânica e similares; GEP, 2019). Por outro lado, um motivo que pode explicar também a obtenção dos acidentes rodoviários como mais prevalentes é a idade dos indivíduos. Segundo a Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária (ANSR, 2017), são os sujeitos mais jovens aqueles que sofrem mais esta tipologia de acidentes, quer enquanto condutores, quer enquanto passageiros o que, tendo em conta a média de idades da nossa amostra ($M = 33.22$) vai ao encontro do fenómeno.

Quanto à gravidade e perturbação, os AR são também considerados como os mais graves e perturbadores. Uma possível justificação pode advir, tanto da maior probabilidade de, em caso de ferimentos, estes serem mais graves, sendo um motivo adicional para o desenvolvimento de perturbação psicopatológica (Pires & Maia, 2011), como também, do maior impacto material associado ao acidente.

Na segunda hipótese, esperávamos que as vítimas de AR reportassem de forma estatisticamente significativa mais sintomas psicopatológicos e menos fatores protetores do que as vítimas dos restantes acidentes, o que não foi corroborado. Diversas razões podem ser explicativas deste resultado. Os ferimentos graves são frequentemente referenciados como podendo estar na origem de sintomatologia psicopatológica (Pires & Maia, 2011). O facto de as vítimas de ambos os grupos de acidentes (rodoviários e outros) terem mencionado, frequentemente, não ter sofrido ferimentos pode ser um fator que contribuiu para a ausência de diferenças ao nível da sintomatologia psicopatológica. Adicionalmente a isto, as mesmas autoras concluíram que o desenvolvimento de PSPT após o envolvimento em acidentes rodoviários variava tanto em função do momento em que a avaliação era efetuada, como da metodologia usada. De facto, um estudo longitudinal desenvolvido por Wrenger, Lange, Langer, Heuft, Burgmer (2008) com 208 vítimas de acidentes revelou que, seis meses após o acidente, 10 apresentavam PSPT, sendo que na avaliação efetuada 12 meses depois, somente 4 preenchiam os critérios para o diagnóstico de PSPT. Assim, uma vez que no nosso estudo a média de tempo decorrido pós-acidente foi superior a sete anos, pode ter ocorrido uma possível remissão de sintomas e, por isso, não terem também sido encontradas diferenças.

Outros fatores podem explicar esta ausência de diferenças. Vários autores procuraram perceber a relação entre a perceção de perigo relativamente ao acidente e os sintomas de PSPT. Uma meta-análise desenvolvida por Ozer et al. (2003) revelou que a perceção de perigo era um importante preditor de

PSPT, isto é, quando os indivíduos percecionavam mais perigo tinham maior probabilidade de desenvolver sintomas de PSPT. Schnyder, Moergeli, Klaghofer, e Buddeberg (2001), num estudo com 106 vítimas de acidentes avaliadas dias após o internamento e passado um ano, concluíram que 25% destas reportaram uma sensação de ameaça à vida durante o acidente, a qual era um preditor dos sintomas de PSPT um ano depois. Na presente investigação, a maioria das vítimas relatou não ter percecionado ameaça à vida, o que pode explicar também a baixa sintomatologia apresentada e, conseqüentemente, a ausência de diferenças estatisticamente significativas a este nível. No que toca aos fatores protetores, mais concretamente ao apoio social, a ausência de diferenças igualmente verificada entre os grupos de acidentes pode dever-se ao facto da avaliação dos sujeitos ter sido efetuada em termos de apoio social geral e não em relação ao acidente enumerado.

Como terceira hipótese, esperávamos que mais estratégias de *coping* e mais apoio social estariam relacionados com menos sintomas de PSPT, somatização, ansiedade e depressão, independentemente do tipo de acidente, o que não foi verificado. Tendo em conta as dimensões avaliadas relativamente ao apoio social e às estratégias de *coping*, apuramos que as vítimas de AR apresentaram mais associações significativas destas variáveis com os sintomas psicopatológicos, sendo o apoio social no sentido negativo e o *coping* no sentido positivo. O facto de uma maior perceção de apoio social estar associada com menor sintomatologia psicopatológica, nestas vítimas é um resultado tipicamente encontrado na literatura, e não é facilmente explicável porque é que não ocorre nas vítimas de outros tipos de acidentes. Para além disso, podem ter sido as vítimas de acidentes rodoviários que no momento do acidente requereram maior apoio (por ter sido mais grave), que levou a uma maior importância do mesmo (Pires & Maia, 2011). Contudo, mais investigação neste sentido seria necessária para uma melhor compreensão.

Em relação às estratégias de *coping*, o *coping* de evitamento emocional não só foi a estratégia mais reportada pelos participantes, como foi o que apresentou correlações positivas mais fortes com os sintomas psicopatológicos no grupo dos AR e o único a correlacionar-se com todas as variáveis psicopatológicas, no grupo dos outros acidentes. Assim, esta estratégia parece revelar-se pouco eficaz para estas vítimas. De facto, Soberg, Bautz-Holter, Roise, e Finset (2010) numa investigação com indivíduos com diferentes tipos de ferimentos concluíram que aquelas que usavam mais estratégias de *coping* de evitamento eram mais vulneráveis a desenvolver problemas de saúde mental e PSPT.

Por fim, no que toca às diferenças entre sexos, apesar de hipotetizarmos que seriam as vítimas do sexo feminino as que reportariam mais sintomas psicopatológicos e menos fatores protetores, os dados não comprovaram esta hipótese. Freedman et al. (2002), num estudo longitudinal desenvolvido

com 275 vítimas de acidentes, também não encontraram diferenças entre sexos quanto ao diagnóstico de PSPT um mês ou quatro meses após o acontecimento. Uma possível explicação para esta ausência de diferenças relativamente às variáveis em estudo, pode relacionar-se com a gravidade associada ao acidente. Habitualmente, as mulheres tendem a exibir respostas mais acentuadas do que os homens perante um acontecimento traumático similar (Freedman et al., 2002). Neste estudo, mesmo os acidentes tendo demonstrado, no geral, baixa gravidade, aqueles relatados pelos homens pareceram ter, contudo, uma maior gravidade associada (ex.: despistes/capotamento, acidentes desportivos) do que os das mulheres (ex.: colisões leves entre veículos, pequenos cortes com facas). Este facto pode ter potenciado níveis mais elevados de sintomatologia psicopatológica por parte do sexo masculino. Assim, mesmo que as mulheres tenham exacerbado no relato dos seus sintomas, dado os acidentes parecerem ser menos graves, pode ter levado a que os sintomas relatados, entre os sexos, se equiparassem e, por isso, não fossem verificadas diferenças ao nível da sintomatologia psicopatológica.

Este estudo apresenta algumas limitações, que se prendem maioritariamente com a construção e desenvolvimento do questionário. Primeiramente, tendo em conta que pretendíamos englobar as cinco tipologias de acidente, independentemente da sua gravidade, o facto de 49 pessoas indicarem, nunca terem sofrido nenhum acidente pareceu-nos indicativo de que a questão inicial poderia não estar formulada corretamente. O facto de esta incidir apenas sobre se a pessoa já tinha sofrido algum acidente pode ter levado a que, na hipótese de estas não terem percecionado algum grau de perturbação/gravidade no momento do acidente, não se percecionassem como vítimas e, por isso, respondessem negativamente à questão. Adicionalmente, no caso específico dos acidentes desportivos, a diferença da nomenclatura utilizada neste âmbito (acidente vs. lesão) pode ter originado a que muito sujeitos não se tenham considerado como elegíveis para participar.

Outra limitação incide sobre o número de respostas incompletas obtido, podendo dever-se à extensão do questionário. Também o programa utilizado para a criação do questionário online se demonstrou limitativo, dado não permitir a obrigatoriedade para todas as questões, originando dados omissos que impossibilitaram conclusões acerca de alguns dados.

Quanto a futuras investigações, sugerimos que a questão inicial seja reformulada. Não só é importante que os sujeitos percebam de forma clara o que se entende por “ser vítima de acidente”, como compreendam que podem estar incluídos diferentes tipos de acidente e, acima de tudo, que não é necessário estar-lhes associada gravidade. Além disto, seria importante ser delimitado o tempo decorrido pós-acidente. Também, apesar de as diferenças não terem sido estatisticamente significativas entre as vítimas de acidentes quanto aos sintomas de somatização, ansiedade e depressão, as vítimas

de outros acidentes evidenciaram médias um pouco superiores às vítimas de AR, o que denota a pertinência de futuramente estas serem analisadas separadamente por tipo de acidente. Seria igualmente relevante adicionar uma análise em função de vitimação direta e indireta, pois são raros os estudos que avaliam separadamente estes dois tipos de exposição e os que existem demonstram que ser indiretamente exposto a um acontecimento traumático pode despoletar sintomas similares aos provocados pela exposição direta (Suvak, Maguen, Litz, Silver, & Holman, 2008). No que toca aos instrumentos utilizados, consideramos que, tal como a escala de *coping*, também a escala referente ao apoio social deveria ser avaliada em relação, ao evento em específico, e não no geral. Aditivamente, neste estudo, a avaliação da sintomatologia psicopatológica foi efetuada num único momento, pelo que um estudo longitudinal, com a finalidade de perceber o comportamento dos sintomas ao longo do tempo seria também uma mais valia.

Em suma, como forma de resposta à questão “*Diferentes acidentes, mesmas consequências?*”, apesar de não termos encontrado diferenças estatisticamente significativas entre os diferentes acidentes, salienta-se a necessidade de ser dada mais atenção ao conjunto de acidentes que não os rodoviários. Independentemente das várias limitações, esta investigação possibilitou um melhor conhecimento acerca da prevalência, perceção de gravidade e de perturbação de diferentes tipologias de acidentes a nível nacional, funcionando como um ponto de partida para futuras investigações.

Referências

- Albuquerque, A., Soares, C., Jesus, P., & Alves, C. (2003). Perturbação pós-traumática do stress (PSPT). Avaliação da taxa de ocorrência na população adulta portuguesa. *Acta Médica Portuguesa*, 16, 309 – 320.
- Alves, T., Rodrigues, E., Neto, M., Mexia, R., & Dias, C. M. (2017). *Acidentes domésticos e de lazer: resultados do sistema de vigilância EVITA apurados para o período 2013-2015*. Disponível em http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/4718/1/Boletim_Epidemiologico_Observacoes_N18_2017_artigo10.pdf
- American Psychiatry Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders - DSM-5*. 5th.ed. Washington: American Psychiatric Association.
- Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária. *Relatório Anual Sinistralidade Rodoviária 2017 – 24horas*. Disponível em <http://www.ansr.pt/Estatisticas/RelatoriosDeSinistralidade/Pages/default.aspx>
- Brito, J., Malina, R., Seabra, A., Massada, J., Soares, J., Krustrup, P., & Rebelo, A. (2012). Injuries in Portuguese Youth Soccer Players During Training and Match Play. *Journal of Athletic Training*, 47(2), 191–197.
- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de sintomas psicopatológicos - B. S. I. In M. R. Simões & M. M. Gonçalves (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (Vol. 2, pp. 95–109). Braga, Portugal: APPORT/SHO.
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4, 92-100.
- Cruz, J. F., & Dias, M. A. (1996). Factores psicológicos associados às lesões desportivas [Psychological factors associated to sport injuries]. In J. F. Cruz (Ed.), *Manual de Psicologia do Desporto* (pp. 467-480). Braga: SHO - Sistemas Humanos e Organizacionais.
- Day, A. L., & Livingstone, H. A. (2003). Gender differences in perceptions of stressors and utilization of social support among university students. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 35, 73–83.
- Derogatis, L. R. (1982). BSI: Brief Symptom Inventory. Minneapolis: National Computers Systems.
- Direção Geral de Saúde. (2010). *Programa Nacional de Prevenção de Acidentes 2010-2016*. Disponível em <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-de-prevencao-de-acidentes.aspx>

- Direção Geral de Saúde. (2019). *Programa Nacional de Prevenção de Acidentes*. Disponível em <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-de-prevencao-de-acidentes.aspx>
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process: A study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 150-170.
- Freedman, S. A., Gluck, N., Tuval-Mashiach, R., Brandes, D., Peri, T., & Shalev, A. Y. (2002). Gender differences in responses to traumatic events: A prospective study. *Journal of Traumatic Stress*, 15(5), 407–413. <https://doi.org/10.1023/A:1020189425935>
- Fullerton, C., Ursano, R., Epstein, R., Crowley, B., Vance, K., Kao, T., ... Baum, A. (2001). Gender differences in posttraumatic stress disorder after motor vehicle accidents. *The American Journal of Psychiatry*, 158, 1486-1491.
- Gabinete de Estratégia e Planeamento. (2018). *Boletim Estatístico – maio 2018*. Disponível em <http://www.gep.msess.gov.pt/estatistica/gerais/bemai2018.pdf>
- Ghisi, M., Novara, C., Buodo, G., Kimble, M., Scozzari, S., Natale, A., ... Palomba, D. (2013). Psychological Distress and Post-traumatic Symptoms Following Occupational Accidents. *Behavioral Sciences*, 3(4), 587-600.
- Gros, D.F., Flanagan, J.C., Korte, K.J., Mills, A.C., Brady, K.T., Back, S.E. (2016). Relations among social support, PTSD symptoms, and substance use in veterans. *Psychology Addictive Behaviors*, 30(7), 764–770. doi:10.1037/adb0000205
- Jeavons, S., Greenwood, K. M., & Horne, D. J. (2000). Accident cognitions and subsequent psychological trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 13(2), 359–365.
- Kelly, M.M., Tyrka, A.R., Price, L.H., Carpenter, L.L., (2008). Sex differences in the use of coping strategies: predictors of anxiety and depressive symptoms. *Depression and Anxiety*, 25, 839–846.
- Kisser, R., Walters, A., Rogmans, W., Turner, S., & Lyons, R. A. (2017). *Injuries in the European Union 2013-2015*. Disponível em http://www.eurosafe.eu.com/uploads/inline-files/IDB%202013-2015_suppl%20to%206th%20edition%20Injuries%20in%20the%20EU.pdf
- 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.

- Lin, N., Simeone, R. S., Ensel, W. M., & Kuo, W. (1979). Social support, stressful life events, and illness: A model and an empirical test. *Journal of Health and Social Behavior*, 20(2), 108-119.
- Matos, A.P., & Ferreira, A. (2000). Desenvolvimento de uma escala de apoio social: alguns dados sobre a sua fiabilidade. *Psiquiatria Clínica*, 21(3), 243-253.
- Ning, L., Guan, S. & Liu, J. (2017). Impact of personality and social support on posttraumatic stress disorder after traffic accidents. *Medicine* 96.
- Organização Mundial de Saúde. (2019). *Global status report on road safety 2018*. Disponível em https://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2018/en/
- 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.
- Pires, T. & Maia, A. (2005). *Perturbação de stress pós-traumático em vítimas de acidentes rodoviários*. (Dissertação de Mestrado não publicada) Braga: Universidade do Minho.
- Pires, T. & Maia, A. (2011). *Impacto psicológico dos acidentes rodoviários nas suas vítimas diretas*. (Dissertação de doutoramento não publicada) Braga: Universidade do Minho.
- Ptacek, J. T., Smith, R. E., & Dodge, K. L. (1994). Gender differences in coping with stress: When stressor and appraisals do not differ. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 20(4), 421-430. <http://dx.doi.org/10.1177/0146167294204009>
- Ribeiro, J., & Rodrigues, A. (2004). Questões acerca do coping: A propósito do estudo de adaptação do Brief Cope. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(1), 3-15.
- Schnider, K., Elhai, J., & Gray, M. (2007). Coping style use predicts posttraumatic stress and complicated grief symptom severity among college students reporting a traumatic loss. *Journal of Counseling Psychology*, 54(3), 344–350. doi:10.1037/0022-0167.54.3.344
- 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.
- Sigmon, S. T., Stanton, A. L., & Snyder, C. R. (1995). Gender differences in coping: A further test of socialization and role constraint theories. *Sex Roles*, 33(9/10), 565–587.
- Sistema Segurança Interna. (2019). *Relatório Anual de Segurança Interna – Ano 2018*. Disponível em <https://www.portugal.gov.pt/download-ficheiros/ficheiro.aspx?v=ad5cfe37-0d52-412e-83fb-7f098448dba7>
- Smith, A. M. (1996). Psychological Impact of Injuries in Athletes. *Sports Medicine*, 22 (6): 391-405.

- Soberg, H.L., Bautz-Holter, E., Roise, O., Finset, A. (2010). Mental health and posttraumatic stress symptoms 2 years after severe multiple trauma: self-reported disability and psychosocial functioning. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation*, 91(3), 481–489.
- Suvak, M., Maguen, S., Litz, B. T., Silver, R. C., & Holman, E. A. (2008). Indirect exposure to the September 11 terrorist attacks: Does symptom structure resemble PTSD? *Journal of Traumatic Stress*, 21, 30–39. doi:10.1002/jts.20289
- Weathers, F. W., Litz, B. T., Keane, T. M., Palmieri, P. A., Marx, B. P., & Schnurr, P. P. (2013). The PTSD Checklist for DSM–5 (PCL-5). Boston: National Center for PTSD.
- 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.

Anexo - Parecer da Comissão de Ética da Universidade do Minho



Universidade do Minho

Conselho de Ética

Conselho de Ética – Comissão de Ética para a Investigação em Ciências Sociais e Humanas

Identificação do documento: CEICSH 006/2019

Título do projeto: Diferentes *acidentes, mesmas consequências?*

Investigador(a) responsável: Catarina Fernandes, aluna do 5º ano do Mestrado Integrado em Psicologia, Escola de Psicologia, Universidade do Minho; Professora Doutora Professora Doutora Ângela Maia (Orientadora), Escola de Psicologia, Universidade do Minho; Doutora Filipa Teixeira (Coorientadora), Bolseira de investigação do Centro de Investigação em Psicologia (CIPSI), Escola de Psicologia, Universidade do Minho

PARECER

A Comissão de Ética para a Investigação em Ciências Sociais e Humanas (CEICSH) analisou o processo relativo ao projeto de investigação acima identificado, intitulado *Diferentes acidentes, mesmas consequências?*.

Os documentos apresentados revelam que o projeto obedece aos requisitos exigidos para as boas práticas na investigação com humanos, em conformidade com as normas nacionais e internacionais que regulam a investigação em Ciências Sociais e Humanas.

Face ao exposto, a CEICSH nada tem a opor à realização do projeto, emitindo o seu parecer favorável.

Braga, 9 de abril de 2019.

O Presidente da CEICSH

Assinado por: **ACÍLIO DA SILVA ESTANQUEIRO
ROCHA**
Num. de Identificação Civil: B1042754054
Data: 2019.05.10 11:08:39 Hora de Verão de GMT



Anexo: Formulário de identificação e caracterização do projeto