

Actas do 2º Congresso Hispano-Português de Psicologia  
2005, Lisboa.

## **ACIDENTES RODOVIÁRIOS: PERTURBAÇÃO AGUDA DE STRESS E PTSD NAS VÍTIMAS DIRECTAS**

**Tânia Pires e Ângela Maia**

*Universidade do Minho*

E-mail: [tanciaspires@portugalmail.pt](mailto:tanciaspires@portugalmail.pt)

### **Introdução**

A perturbação aguda de stress e a perturbação de stress pós-traumática (PTSD) constituem duas das perturbações contempladas no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (APA, 1994). A estas perturbações está associada a exposição ou confronto com um acontecimento que envolveu ameaça de morte ou ferimentos e que despertou no indivíduo respostas de medo intenso. Existe assim uma relação na vivência de um determinado acontecimento de vida (considerado traumático) e as respostas a essa situação. Essas reacções, quando excessivas e intensas, podem influenciar significativamente o funcionamento do indivíduo nas diversas áreas da sua vida: família, emprego, relações sociais e interpessoais, saúde, e noutros contextos em que se esteja inserido.

Os acidentes rodoviários constituem um destes acontecimentos de ameaça, que muitas vezes está associado a ferimentos e perdas. Outras vezes, não é só o próprio, mas também outros significativos que estão envolvidos nestas ameaças, o que contribui para os efeitos cumulativos.

Para além das respostas de perturbação aguda de stress e PTSD, os indivíduos podem apresentar quadros de comorbilidade, onde a depressão e a ansiedade (nomeadamente ansiedade fóbica) são as mais frequentemente descritas.

Os acidentes rodoviários devido à frequência com que estão associados a erros humanos, são experiências adversas com especificidades em relação a factores de risco para o desenvolvimento de perturbação psicológica. Apesar disto, outros factores quer de risco quer de protecção para o desenvolvimento de psicopatologia são comuns a outras experiências traumáticas.

### **Exposição ao trauma: acidentes rodoviários e PTSD**

A exposição a acontecimentos traumáticos, em particular a exposição a acidentes rodoviários não é rara. Os veículos que circulam nas estradas e vias nacionais e mundiais são cada vez mais e tornaram-se num bem essencial de primeira necessidade. Consequentemente a probabilidade de ocorrência de acidentes aumenta, e os cuidados e atenção dos condutores e demais utilizadores da via pública deve também ser maior. De acordo com as Nações Unidas (2003) os acidentes rodoviários são acontecimentos cuja prevenção é possível.

Sabe-se que cerca de 69% das pessoas experimentam pelo menos um acontecimento traumático ao longo da sua vida e que 23% dos indivíduos experimentam acidentes rodoviários ao longo da vida (Norris, 1992), tendo sido descrito por alguns autores (Mayou & Farmer, 2002) que as colisões sérias de carro ou com outros veículos motorizados constituem o segundo tipo de acontecimentos traumáticos com mais prevalência durante a vida (28%) (os assaltos encontram-se em primeiro lugar 38%).

Apesar deste ser o acontecimento que, isolado, mais significativo é em termos de severidade e frequência de trauma (Norris, 1992), não é certamente o único acontecimento traumático a que os indivíduos estão expostos. Há populações, que pelas suas profissões, estão sujeitos aos efeitos cumulativos de exposição repetida a situações traumáticas, como acontece com a polícia, bombeiros, pessoal de emergência médica (Fernandes & Maia, 2001; Maia, Fernandes & Horta, 2003, 2004). Estes profissionais contactam e convivem repetidamente com vítimas deste tipo de acontecimentos e com o seu próprio sofrimento.

A investigação mostra que o desenvolvimento de perturbação psicológica não é raro, designadamente após os acidentes rodoviários. Ehlers, Mayou e Bryant (1998)

sublinham que a sintomatologia de stress pós-traumática é frequente, incapacitante e persistente.

Blanchard e Hickling (1997) estimam que dos três milhões de pessoas envolvidas em acidentes rodoviários 8 a 40% apresentam PTSD. A sintomatologia pode manter-se por períodos de tempo variáveis, da mesma forma que nem todos os indivíduos desenvolvem perturbação ou sintomas de perturbação após exposição a acontecimentos traumáticos. A resiliência e vulnerabilidade individual são dois factores fundamentais nestes processos que permitem compreender porque nem todos os indivíduos expostos a acontecimentos traumáticos desenvolvem perturbação psicológica.

### **Factores de risco e de protecção para desenvolver perturbação**

Os factores de risco *versus* factores de protecção tem sido alvo de bastantes investigações, tendo sido analisados de acordo com o momento em que os sintomas se manifestam relativamente ao momento em que ocorreu o acontecimento traumático (Resick, 2000). Assim podemos encontrar factores de risco pré-traumáticos, peritraumáticos (quando ocorrem durante o acontecimento) e pós traumáticos. Os factores de protecção permitem que os indivíduos lidem adequadamente com a situação, protegendo-se das consequências e evitando que a perturbação se instale.

O primeiro factor de risco para o desenvolvimento de PTSD é a exposição ao acontecimento traumático. No caso dos acidentes, a severidade / violência do acontecimento, o envolvimento / exposição à morte ou a seriedade dos danos físicos, a duração da exposição e a violência do acontecimento constituem pilares fundamentais para a gravidade da exposição (Blanchard & Hickling, 1997; Green, 1993; March, 1993; Pitman, Altman & Macklin, 1989; cit. Bryant & Harvey, 1996) contribuindo para a melhor compreensão do seu impacto na vida dos envolvidos.

Relativamente ao acontecimento, a investigação mostra que os motociclistas estão oito vezes mais predispostos à ocorrência de novos acidentes e as pessoas que ocupam o lugar de passageiro nos veículos têm mais problemas psicológicos (Mayou, Bryant & Ehlers, 2001). Estes últimos sentem-se mais ameaçados e detêm menor controlo sobre o

acontecimento está associado a uma diminuição do funcionamento ajustado do sistema imunitário (Brosschot et al., 1998; Weisse et al., 1990; cit. Dougall & Baum, 2003).

Outro factor de risco para o desenvolvimento de perturbação é ser do género feminino. As mulheres estão 4,64 mais predispostas ao desenvolvimento de PTSD que os homens (Ursano, Fullerton, Epstein, Crowley, Kao, Vance, Craig, Dugall & Baum, 1999; cit. Fullerton, Ursano, Epstein & Crowley, 2001), apresentam mais intensamente a dissociação peritraumática (Lanius, Hopper & Menon, 2003) e tem probabilidade aumentada de descreverem sintomas de activação e entorpecimento (Fullerton, Ursano, Epstein & Crowley, 2001). Ainda assim, os homens são os que mais frequentemente estão envolvidos em acidentes e a taxa de sinistralidade é mais elevada nas faixas etárias jovens (18 a 24 anos), verificando-se que os atropelamentos são mais prevalentes nas camadas mais envelhecidas da população (mais de 65 anos) (DGV, 2003). Assim, a idade está associada à maior exposição dos jovens e a ser vítima de atropelamento nos idosos. Segundo Stevens (2001) a inexperiência dos jovens, as dificuldades no reconhecimento das necessidades e respostas que surgem na estrada e a adopção de mais comportamentos de risco, ajudam a compreender o elevado envolvimento destes em acidentes.

São ainda preditores importantes de desenvolvimento de perturbação aguda de stress e de PTSD pós-acidentes a existência de perturbações anteriores (Barton, Blanchard & Hickling, 1996). A depressão major, PTSD anterior, perturbação de ansiedade e lesões resultantes do envolvimento em acidentes anteriores e história familiar de PTSD são algumas das perturbações que mais vulnerabilizam e predispõem o desenvolvimento de psicopatologia (Blanchard & Hickling, 1997; Fullerton, Ursano, Epstein & Crowley, 2001; Breslau et al., 1991; cit. McNally, Bryant & Ehlers, 2003).

No que concerne às respostas durante o acontecimento traumático – factores de risco peritraumáticos – a investigação tem-se debruçado sobre a importância da dissociação no desenvolvimento de PTSD. Os resultados apontam que a dissociação é o factor preditor mais significativo para o posterior desenvolvimento de PTSD (Barton, Blanchard & Hickling, 1996; Ursano et al., 1999). A agitação psicomotora, os sintomas dissociativos agudos, as imagens recorrentes e a sensação de reexperimentação do trauma são frequentemente descritos pelas vítimas de acidentes rodoviários, e tem um papel preponderante no desenvolvimento de PTSD (Bryant & Harvey, 1998). Os

sintomas cognitivos (de ruminação e reexperiência) aumentam 4 a 7 vezes a probabilidade de desenvolvimento de PTSD (Mayou, Bryant & Ehlers, 2001).

A percepção que as pessoas têm do facto do acontecimento ter constituído um momento de ameaça às suas vidas e o receio de morrer ou de poder ter morrido são indicadores importantes de perturbação psicológica aos 3 e 6 meses após o acidente rodoviário ter ocorrido (Jeavons, Greenwood & Horne, 2000).

Em relação aos factores pós-traumáticos, os persistentes problemas de saúde e financeiros (Mayou, Ehlers & Bryant, 2002) que resultam do acidente, se relacionam com a PTSD até um ano após o dano inicial. Os problemas de saúde comprometem o funcionamento do sistema imunitário (Resick, 2000) e vulnerabiliza os indivíduos a desenvolver outros problemas de saúde (Dougall & Baum, 2003). A extensão das lesões físicas, segundo um estudo realizado por Blanchard, Hickling, Mitnick, Taylor, Loos e Buckley (1995), são um importante factor na predição de posterior perturbação.

A cronicidade da PTSD parece também estar relacionada com a persistência de problemas financeiros resultantes dos acidentes (Ehlers, Mayou & Bryant, 1998). Uma percentagem de 46,5% das pessoas envolvidas em acidentes rodoviários, com PTSD, descreveu problemas financeiros (na avaliação efectuada 3 meses após a situação traumática). Essa percentagem elevou-se para 56% ao fim de um ano (Ehlers, Mayou & Bryant, 1998).

Sabe-se ainda que o suporte social é um factor importante para o ajustamento psicológico. As interações sociais negativas geram efeitos negativos no ajustamento (Amir, Foa & Cashman, 1997; Riggs, Dancu, Gershuny, Greenberg & Foa, 1992; cit. Jaycox et al., 1998). A partilha do acontecimento com a rede de suporte social, ajuda à compreensão, processamento e atribuição de significado da experiência a que se esteve exposto (Serra, 2003). Estas redes sociais, podem fazer parte das estratégias de coping que o indivíduo têm à sua disposição e das quais poderá usufruir.

A forma como o próprio indivíduo organiza e gere a situação a que esteve exposto constituem indicadores importantes de ajustamento. A este nível sabe-se que as estratégias de evitamento e compensação mantêm a sintomatologia intrusiva (McNally, Bryant & Ehlers, 2003; Bryant & Harvey, 1995).

Não raras vezes, na sequência do envolvimento em acidentes rodoviários, ou outros acontecimentos traumáticos, os indivíduos modificam as crenças, a representação que têm do mundo e de si próprios (Jaycox et al., 1998).

### **Outras consequências dos acidentes rodoviários**

A perturbação aguda de stress e PTSD não são as únicas perturbações que podem ocorrer na sequência dos acidentes rodoviários. Os indivíduos podem experimentar sintomas compatíveis com outras perturbações psicopatológicas, que podem existir isoladamente ou associadas à PTSD ou à Perturbação Aguda de Stress. A ansiedade fóbica, ansiedade generalizada, depressão e pânico são as perturbações mais frequentemente comorbadas com a PTSD subsequente a acidentes rodoviários (Blanchard, Hickling, Taylor, Forneris, Loos, & Jaccard, 1995; Mayou, Bryant & Ehlers, 2001).

Os custos dos acidentes rodoviários são avultados, quer para os indivíduos quer para o país. Custos esses que surgem devido à ocorrência dos acidentes. São de destacar as faltas laborais temporárias ou permanentes, a baixa de produtividade com repercussões para o indivíduo, sua família, entidade patronal (Magalhães, 1998) e, em última análise para o próprio país. Acrescem os custos com as seguradoras e indemnizações, que a investigadora supracitada também considera. Haegi (1996) considera que o custo mais avultado inerente aos acidentes é a perda de mão-de-obra, portanto, a perda das vidas humanas, cujos custos não são calculáveis.

As consequências de saúde (internamentos, intervenções cirúrgicas, tratamentos, consultas e medicamentos) e legais reflectem-se na adaptação do indivíduo e da sua família ao acidente e as consequências do mesmo. O apuramento da culpa e responsabilidade levam geralmente a processos litigiosos morosos e com custos avultados e que recorrentemente recordam o acontecimento traumático, não facilitando que os indivíduos o integrem como algo passado (Mayou & Farmer, 2002)

As consequências físicas mais frequentemente descritas são as fracturas, paralisias, amputações, lesões neurológicas (Mayou, Bryant & Ehlers, 2001), lesões no pescoço (Quinlan, Annet, Myers, Ryan & Hill (2004). As limitações inerentes aos problemas

físicos temporários ou definitivos incorrem em dificuldades na manutenção da actividade laboral, na redução da qualidade das relações interpessoais, no aumento do número de divórcios, no aumento da taxa de suicídio de experimentação de desesperança perante a vida e tudo o que a envolve (Comissão da União Europeia. Federação Europeia das Vítimas de Circulação, 1995).

## **Conclusão**

Para além das limitações funcionais que o desenvolvimento e perturbação psicológica acarreta nas vítimas de acidentes rodoviários e suas famílias, as estatísticas divulgadas impelem-nos a fazer uma análise cuidada da sinistralidade. Em Portugal, sabemos que em 2003 se contabilizaram 41495 acidentes com vítimas, 1222 acidentes com mortos e 55258 acidentes com feridos (DGV, 2003). Dados disponibilizados pela Organização Mundial de Saúde refere que em 1998 morreram 1,2 milhões de pessoas nas estradas do mundo e estima-se que em 2020 a sinistralidade seja a terceira causa de danos e lesões.

Para além dos factores de risco de desenvolvimento de perturbação psicológica associada aos acidentes rodoviários, há diversas condições envolvidas na ocorrência dos acidentes, designadamente a adopção de comportamentos de risco e alguns factores ambientais. O facto dos indivíduos conduzirem em excesso de velocidade, a não utilização de equipamentos de protecção (cinto de segurança, capacete), a condução sob o efeito de álcool e outras substâncias, de forma geral, o não cumprimento das normas, são apontados como factores de risco para a ocorrência de acidentes, dos quais depende ainda a gravidade dos mesmos (Plano Nacional de Prevenção Rodoviária, PNPR, 2003).

Nos factores ambientais há a destacar as condições de planeamento e construção das vias, a sinalização (ou falta dela), as condições de iluminação, entre outras, de acordo com o PNPR (2003) merecem uma reflexão cuidada para o combate integrado da sinistralidade.

Dada a complexidade de factores envolvidos nos acidentes rodoviários e a diversidade de aspectos conducentes ao desenvolvimento de perturbação psicológica, é fundamental que estes acontecimentos sejam cada vez mais alvo de investigação.

Conhecer os factores de risco de forma mais aprofundada permite planear futuras intervenções que visem ajudar os indivíduos e suas famílias na gestão das consequências subsequentes aos acidentes. São estas consequências, sobretudo a nível físico e psicológico (Perturbação aguda de stress e PTSD) que nos propomos estudar.

## **Bibliografia**

(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*. Resumo de uma pesquisa conduzida em colaboração com a Comissão da União Europeia. Federação Europeia das Vítimas de Circulação. Suíça.

American Psychological Association (1994). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Lisboa: Climepsi.

Barton, K.; Blanchard, E. & Hickling, E. (1996). Antecedents and consequences of acute stress disorder among motor vehicle accident victims. *Behaviour Research Therapy*. 34, 805-813.

Blanchard, E. B. & Hickling, E. J. (1997). *After the crash: assessment and treatment of motor vehicle accident survivors*. Washington: American Psychological Association.

Blanchard, E.; Hickling, E.; Mitnick, N.; Taylor, A.; Loos, W. & Buckley, T. (1995). The impact of severity of physical injury and perception of life threat in the development of post-traumatic stress disorder in motor vehicle accident victims. *Behaviour research therapy*. 33, 529-534.

Blanchard, E.; Hickling, E.; Taylor, A.; Forneris, C.; Loos, W. & Jaccard, J. (1995). Effects of varying scoring rules of the clinician-administered PTSD scale (CAPS) for the diagnosis of PTSD in motor vehicle accident victims. *Behaviour Therapy Research*, 33, 471-475.

Bryant, R. & Harvey, A. (1995). Avoidant coping style and post-traumatic stress following motor vehicle accidents. *Behaviour Research Therapy*, 33, 631-635.



- Bryant, R. & Harvey, A. (1996). Inicial posttraumatic stress responses following motor vehicle accidents. *Journal of traumatic stress*. 9, 223-234.
- 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.
- Direcção Geral de Viação (2003). *Sinistralidade rodoviária 2003 – elementos estatísticos*. Ministério da Administração Interna. Observatório de Segurança Rodoviária.
- Dougall, A. & Baum, A. (2003). Psychoneuroimmunology and trauma. In, Schurr, P. & Green, B. (Eds.). *Trauma and health: physical health consequences of exposure to extreme stress*. American Psychological Association: Washington DC. 129-155.
- Ehlers, A.; Mayou, R. & Bryant (1998). Psychological predictors of chronic posttraumatic stress disorder after motor vehicle accidents. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 508-519.
- Fullerton, C.; Ursano, R.; Epstein, R. & Crowley, B. (2001). Gender differences in posttraumatic stress disorder after motor vehicle accidents. *The American Journal of Psychiatry*. 158 (9), 1486-1491.
- Jaycox, L. H. & Foa, E. B. (1998). Post-traumatic stress disorder. In, A. S. Bellack & M. Hersen (Eds). *Comprehensive clinical psychology*. New York: Elsevier Science
- Jeavons, S.; Greenwood, K. & Horne, D. (2000). Accident cognitions and subsequent psychological trauma. *Journal of traumatic stress*. 13, 359-365.
- Lanius, R.; Hopper, J. & Menon, R. (2003). Individual differences in a husband and wife who developed PTSD after a moto vehicle accident: a functional MRI case study. *The American Journal of Psychiatry*. 160, 667-669.
- Magalhães, T. (1998). *Estudo tridimensional do dano corporal: lesão, função e situação (sua aplicação médico-legal)*. Almedina: Coimbra.

- Maia, A. & Fernandes, E. (2003). Questões de avaliação da resposta ao trauma e PTSD. In, M.G. Pereira e M. Ferreira (eds). *Stress Traumático*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Maia, A. & Fernandes, E. (in press). Avaliação do dano em processo civil. In, C. Machado e R. Abrunhosa Gonçalves. *Manual de psicologia forense*.
- Mayou, R. & Farmer, A. (2002). ABC of psychological medicine. *British Medical Journal*. August, 325, 426-429.
- 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 Therapy and Research*. 40, 665-675.
- 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.
- Ministério da Administração Interna (Março, 2003). *Plano Nacional de Prevenção Rodoviária*.
- Nações Unidas. (2002). *Global road safety crisis*. 20 October. A/58/228.
- 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.
- Quinlan, K.; Annett, 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.
- Resick, P. (2000). Post-trauma risk factors and resources: coping, cognitions and social support. In, Resick, P. *Stress and Trauma*. USA: Psychology Press: 95-115.

- Resick, P. (2000). Prevalence of traumatic stress and related disorders. In, Resick, P. *Stress and Trauma*. USA: Psychology Press: 29-55.
- Resick, P. (2000). Psychological risk factors: pre-trauma and peri-trauma influences. In, Resick, P. *Stress and Trauma*. USA: Psychology Press: 95-115.
- Serra, A. V. (2003). *O distúrbio de stress pós-traumático*. Coimbra: Vale & Vale Editores.
- Stevens, L. (2001). Teenaged drivers. *Journal of the American Medical Association*. 286, 1668.
- 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.
- Haegi, M (1996). Le role des associations de victims de la routes dans le réseau de partenaires sociaux. *VII<sup>th</sup> World Congress of the International Road Safety Organisation*, 15-16 June, Budapest, Hungary, 80-84.