

Instituto Superior de Psicologia Aplicada



PERTURBAÇÃO DE STRESS PÓS-TRAUMÁTICO NA PESSOA COM
INCAPACIDADE PERMANENTE AQUIRIDA EM ACIDENTES DE
VIAÇÃO

Carlos António Ferreira Moreira

nº 12207

Orientador de Dissertação:

Prof. Doutora Judite Corte-Real

Coordenador do Seminário de Dissertação:

Prof. Judite Doutora Corte-Real

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de:

Mestre em Psicologia

Especialidade em Psicologia Clínica

2010

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Prof. Doutora Judite Corte-Real, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica conforme despacho da DGES, nº 19673 / 2006 publicado em Diário da República 2ª série de 26 de Setembro, 2006.

Agradecimentos

Gostaria de agradecer ao Prof. Doutor Rui Aragão, pela orientação do tema, pela disponibilidade ao longo do desenvolvimento deste estudo. Pelo inteligente debate de ideias e na incansável ajuda nos contactos necessários à execução da investigação.

À Prof. Doutora Judite Corte-Real, independentemente de ter orientado a investigação na fase final, agradeço o apoio na celeridade solicitada e na incansável disponibilidade oferecida.

À Shamsah Bhaloo, pelo apoio incondicional ao longo deste ano, pela amizade, alegria, boa disposição e inteligência. Pela ajuda no debate de ideias acerca da temática estudada e no entusiasmo para a execução das mesmas.

Ao grupo Caixa Seguros, nomeadamente à Dra. Sandra Mendonça e à Dra. Margarida Pereira, pela disponibilidade, simpatia e colaboração no esforço para contactar os participantes da investigação.

À Associação Salvador, pelo auxílio, disponibilidade e interesse em ajudar no desenvolvimento deste trabalho de investigação. Uma observação positiva pela aposta nas novas tecnologias da informação que contribuiu para encurtar distâncias.

Aos Participantes da investigação, por terem aceite colaborar neste estudo, por me terem dado a oportunidade de os entrevistar pessoalmente. Por me terem dado a conhecer as suas histórias. Pelo respeito que demonstraram pela temática da investigação e na simpatia que foi estabelecida nas entrevistas. Agradeço imenso com enorme respeito e consideração a todos estes participantes que me ensinaram muito com as suas narrativas dum mundo pejado de dificuldades e de sofrimento, mas onde reside um sinal de evolução e esperança.

Resumo

Os acidentes deixam marcas nos acidentados como lesões que em alguns casos traduzem-se em incapacidade permanente (IP). Este estudo pretende tratar dessas situações e perceber a dinâmica da incapacidade provocada pelo acidente de viação e relacioná-la com a perturbação do stress pós-traumático (PSPT). O presente estudo teve como objectivo avaliar a incidência da perturbação do stress pós-traumático numa população proveniente de acidentes de viação num espaço temporal mínimo de dois anos após o acidente e com um grau de incapacidade adquirida ($= >$ a 60% de incapacidade permanente - IP). O grupo de participantes é composto por vinte indivíduos de ambos os sexos. Na recolha dos dados foram utilizados dois instrumentos: Questionário Geral do Acidente (QGA) adaptado a partir do questionário de Oliveira (2009) para caracterizar os dados sócio-demográficos; Escala de Avaliação da Resposta ao Acontecimento Traumático (EARAT) de MacIntyre & Ventura (1996) para avaliar a incidência de stress pós traumático no grupo de participantes. Os resultados demonstram que 55% dos sujeitos da amostra desta investigação tiveram sintomatologia da perturbação do stress pós-traumático (PSPT). A análise das associações entre a perturbação de stress pós-traumático com o género e a idade dos participantes determinou que a associação não foi significativa. A relação entre o nível de perturbação do stress pós-traumático (PSPT) com o tempo decorrido após o acidente e a reincidência de acidentes sofridos demonstrou também não ser significativa para a incidência de stress pós-traumático na população estudada.

Palavras-chave: acidentes de viação, perturbação de stress pós-traumático (PSPT), deficiência adquirida

Abstract

Accidents leave marks like lesions which in some cases translates into permanent disability. This study aims to address these situations and understand the dynamics of disability caused by traffic accidents and relate it to the disturbance of post traumatic stress disorder (PTSD). This study aims to assess the impact of the disruption of post-traumatic stress in a population from road accidents within a given time of least two years after the accident itself and with a degree of acquired disability (=> 60% permanent disability - PD). The chosen group of twenty participants consists of both sexes. In collecting data we used two instruments: a General Accident Questionnaire (GAQ) adapted from Oliveira (2009) to characterize the socio-demographic data; a Rating Scale Response to Traumatic Event (RSRTE) by MacIntyre & Ventura (1996) to assess the incidence of post-traumatic stress in the group of participants. The results show that 55% of the subjects of this research have had symptoms of the post-traumatic stress disorder (PTSD). The analysis of associations between post traumatic stress disorder with and the age of the participants resulted in a non significant relation. The relationship between the level of disturbance of post traumatic stress disorder (PTSD) with the time elapsed since the accident and the recurrence of accidents also showed to be non significant for the incidence of post-traumatic stress in this population.

Key words: traffic accidents, posttraumatic stress disorder (PTSD), acquired deficiency

Índice

I – Introdução.....	1
II – Enquadramento Teórico.....	2
1 – Perturbação do Stress Pós-Traumático.....	2
1.1 - Definição do Conceito.....	2
1.2 – O Acontecimento Traumático – algumas características.....	3
1.3 – Perspectiva Psicanalítica do Trauma.....	5
2 – Os Acidentes de Viação e Suas Consequências.....	7
2.1 - Definição de Deficiência e Incapacidade.....	8
2.2 – Os Acidentes de Viação e o Stress Pós-Traumático.....	10
2.3 – Investigações Empíricas.....	11
3 – Problema, Objectivos e Questões de Investigação.....	15
III – Método.....	16
1 – Tipo de Estudo.....	16
2 – Caracterização do Grupo de Participantes.....	16
3 – Instrumentos.....	22
4 – Procedimento.....	25
IV – Apresentação dos Resultados.....	26
V – Discussão dos Resultados.....	30
IV – Considerações Finais.....	35
Referencias.....	37
Anexos.....	44

Índice dos Anexos

Anexo 1 – Questionário Geral do Acidente.....	45
Anexo 2 – Escala de Avaliação da Resposta ao Acontecimento Traumático.....	49
Anexo 3 – Carta de Consentimento Informado ao Participante (autorização)	51
Anexo 4 – Carta de Consentimento Informado do Participante.....	52
Anexo 5 – Termo de Responsabilidade do Autor da Investigação.....	53
Anexo 6 – Pedido de Autorização Escala (EARAT).....	54
Anexo 7 – Outputs da Caracterização da Amostra – SPSS 17.....	55
Anexo 8 – Outputs da Análise dos Resultados – SPSS 17.....	70

Índice de Gráficos

Gráfico 1 – Idades dos Sujeitos.....	17
Gráfico 2 – Habilitações Literárias.....	17
Gráfico 3 – Ocupação Profissional.....	18
Gráfico 4 – Agregado Familiar.....	19
Gráfico 5 – Número Acidentes Sofridos.....	19
Gráfico 6 – Tempo Decorrido Desde a Lesão.....	20
Gráfico 7 – Incapacidade Permanente.....	21
Gráfico 8 – Percentagem do total de sintomas da Escala de Avaliação da Resposta ao Acontecimento Traumático (EARAT).....	26

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Incidência de PSPT na Amostra (n = 20) obtidos pela avaliação da Escala de Avaliação da Resposta ao Acontecimento Traumático (EARAT).....	27
Tabela 2 – Análise correlacional entre o sintoma de PSPT com a idade dos participantes.....	27
Tabela 3 – Análise correlacional entre o sintoma de PSPT com o sexo dos participantes.....	28
Tabela 4 – Correlações entre o sintoma de PSPT e a incapacidade permanente (= > 60%).....	28
Tabela 5 – Correlações entre o sintoma de PSPT com o ano do acidente e com os indivíduos que tiverem mais quem um acidente.....	28

I – Introdução

A nível mundial actualmente morrem cerca de 1.200.000 pessoas, em acidentes de viação, e mais de 50 milhões ficam com lesões graves de natureza física e psíquica (World Health Organization; WHO, 2002). Presentemente os acidentes ocupam o nono lugar no ranking mundial de doenças, a WHO projecta que irão passar até 2020 para a terceira causa de doenças a nível mundial. Em Portugal, entre 1987 e 2002 registaram-se 851025 feridos leves e 161719 feridos graves, vítimas de acidentes de viação (Direcção Geral Viação, 2002).

Pires & Maia (2004) ressaltam que os acidentes rodoviários constituem um potencial acontecimento traumático com implicações significativas no funcionamento quotidiano dos indivíduos, no plano da saúde, familiar, social, psicológico, económico e legal. As investigações sobre o impacto psicológico são ainda escassas, sobretudo em Portugal. Neste sentido, esta investigação pretende alargar o conhecimento desta desafortunada realidade no panorama nacional.

Os acidentes deixam marcas visíveis nos acidentados, como lesões irreversíveis em alguns casos, que se traduzem em incapacidade permanente (IP). Este estudo pretende tratar precisamente dessas situações e perceber a dinâmica desta incapacidade provocada pelo acidente de viação e relacioná-la com a perturbação do stress pós-traumático (PSPT).

Resick (2000) elabora que a exposição a acontecimentos traumáticos afecta o funcionamento interpessoal e a relação que as pessoas estabelecem consigo próprias a nível da auto-estima, autoconfiança, confiança no seu próprio julgamento ou nas crenças dos outros sobre o próprio. Os acontecimentos traumáticos desencadeiam diversas reacções nos sujeitos, a perturbação do stress pós-traumático (PSPT) é um acontecimento exterior ao indivíduo, fora dos acontecimentos comuns da vida humana (Kaplan & Sadock, 1998; Davidson, Hughes & Blazer, 1991; Breslau, Davis & Andreski, 1991).

Schnurr & Vielhauer (1999) demonstram que as situações de stress pós-traumático (SPT) correspondem à incapacidade de exprimir reacções mais adequadas a uma exposição traumática. Esta situação pode tornar-se numa doença psiquiátrica crónica, marcada por surtos e/ou remissões.

II – Enquadramento Teórico

1 - Perturbação do Stress Pós-Traumático

1.1 - Definição do conceito

A perturbação do stress pós-traumático (PSPT) é uma das poucas perturbações do DSM em que é estabelecida uma relação linear entre a exposição a experiências traumáticas e o desenvolvimento de psicopatologia. A Associação Americana de Psiquiatria (2005) define trauma 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 (...). A resposta da pessoa ao acontecimento tem de envolver medo intenso, impotência ou horror (...)*”.

Actualmente reconhece-se que a exposição a trauma não é um acontecimento raro, e que este pode e deve ser caracterizado pela repentividade, extrema força (impacto) e causa externa. Na edição anterior do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM III-R, APA, 1987), acontecimento traumático foi definido como algo que ultrapassa a usual experiência humana. A constatação de que os episódios de ameaça à vida não são uma experiência rara levou à exclusão da raridade na definição de trauma. Embora actualmente se reconheça que não é raro, um acontecimento traumático é caracterizado pela repentividade, força extrema (impacto) e causa externa, suscitando medo, desespero e horror às pessoas que o vivenciam. Os diferentes stressores traumáticos podem ser categorizados de acordo com o impacto sobre a vítima, o controlo, a previsibilidade e a duração da exposição. Os acidentes e raptos, por exemplo, são acontecimentos de elevada intensidade, limitados no tempo, para os quais as vítimas não tiveram oportunidade de se preparar previamente. Os acontecimentos também podem ter efeitos cumulativos inerentes à exposição repetida a situações traumáticas e a stressores sequenciais com particular predomínio no exercício de algumas profissões de risco. Por último, a exposição de longa duração envolve incerteza, desesperança e altera a sensação de segurança, como acontece

por exemplo em situações de abusos continuados, violência intrafamiliar, situações de combate e outros (McFarlane & Girolamo, 1996).

A perturbação de stress pós-traumático (PSPT) é uma forma de ansiedade, que se segue à experiência de um acontecimento particularmente traumático sobre o plano psicológico (Breslau, 1998). A experiência “*stressante*” é exterior ao indivíduo, fora dos acontecimentos comuns da vida humana, como sejam as situações de guerra, tortura, abuso sexual, catástrofes naturais, acidentes de tráfego e desastres provocados pelo homem (Kaplan & Sadock, 1998; Davidson, Hughes & Blazer, 1991; Breslau, Davis & Andreski, 1991).

Schnurr & Vielhauer (1999) demonstram que as situações de stress pós-traumático (SPT) correspondem à incapacidade de exprimir reacções mais adequadas a uma exposição traumática. Esta situação pode tornar-se numa doença psiquiátrica crónica, marcada por surtos e remissões.

De acordo com Resick (2000), a exposição a acontecimentos traumáticos afecta o funcionamento interpessoal, o desempenho sexual, o funcionamento familiar, a capacidade de formar ou manter relações de amizade, a relação que as pessoas estabelecem consigo próprias a nível da auto-estima, autoconfiança, confiança no seu próprio julgamento ou nas crenças dos outros sobre o próprio. Podem ainda alterar o sentimento de segurança e de auto-suficiência bem como a susceptibilidade de ligação com outros, colocando as pessoas no caminho da fatalidade (afectando a saúde, o emprego, os relacionamentos interpessoais, e o confronto com a morte); (Valentine, 2003). Investigações clínicas apontam para a ocorrência de alterações neurobiológicas do sistema nervoso central e periférico nestes casos (Horowitz, 1997).

1.2 - O Acontecimento Traumático – algumas características

O facto do trauma surgir, inevitavelmente, associado a situações desagradáveis e que leva a sociedade a confrontar-se com o lado obscuro das famílias, instituições sociais e da própria natureza humana, activou mecanismos de defesa sociais para a rejeição deste problema. As atenções da comunidade científica para a problemática do trauma emergem, efectivamente, após a Guerra Civil Americana, com a literatura médica acerca dos relatos de traumas de guerra. Pesquisas mais cuidadas neste âmbito têm início com o crescente interesse pelo estudo do Stress Pós-Traumático, baseado nas descrições e sintomas dos combatentes da Segunda Guerra Mundial (1939-1945) e da Guerra do Vietname (1955-1976). No entanto, foi necessária uma transformação social para que os estudos acerca do trauma se intensificassem.

O aparecimento do movimento do Feminismo Moderno (anos 70) e a crescente cobertura dos média sobre situações de violência e abuso, foi fundamental para que não fosse mais possível negar a existência destas situações e para que se criasse um clima de abertura e apoio às vítimas. Parece então, óbvio que o material de estudo acerca do trauma tivesse aumentado consideravelmente com a multiplicação dos relatos das vítimas, que se sentiam agora encorajadas e seguras para expor as suas experiências (Conte, 2005).

Conte (2005) remete uma definição do DSM-IV para o acontecimento traumático, agregando elementos que se encontram na definição anterior para uma descrição mais ampla deste conceito. O autor defende que o trauma ocorre quando um indivíduo é exposto a um súbito acontecimento ameaçador à vida ou integridade (física e emocional), sobre o qual não se tem controlo, e manifesta uma resposta reveladora de intenso medo a esse acontecimento.

O autor alerta para a impossibilidade de se generalizar o impacto de um estímulo potenciador de uma resposta traumática, dada a natureza altamente subjectiva e pessoal do trauma. Não obstante a falta de evidências empíricas, Conte (2005) salienta a predisposição genética (temperamento) da vítima, a fase de desenvolvimento em que esta se encontra, o sistema de suporte social em que se insere, a existência de anteriores situações traumáticas no percurso da vítima e a severidade do próprio acontecimento traumático, enquanto factores determinantes da subjectividade com que é percebida a situação traumática e da subsequente resposta da vítima.

Os efeitos das experiências traumáticas podem surgir imediatamente após a sua ocorrência ou manifestar-se num período de tempo distante, e podem manifestar-se quer a nível emocional (depressão, ansiedade, comportamentos obsessivos ou compulsivos, entre outros), quer a nível físico (pouca energia, distúrbios alimentares e/ou de sono, disfunções sexuais, entre outros), bem como a nível cognitivo (lapsos de memória, problemas de concentração, dificuldades em tomar decisões, etc).

No caso de traumas severos, de que são exemplos situações de violação ou catástrofes naturais, as repercussões são bem mais intensas. A nível comportamental, é comum registar-se o abuso de substâncias e agravar-se a tendência auto-destrutiva, surgindo muitas das vezes sintomas dissociativos. No que refere ao nível emocional verifica-se, em geral, incapacidade de escolher adequadamente parceiros ou amigos e a criação de relações interpessoais hostis. As vítimas de traumas severos são assombradas por pensamentos intrusivos, pesadelos e “*flashbacks*” que conduzem à re-experiência da situação traumática. Algumas manifestam

amnésias, dificuldades na sequência temporal como formas de evitamento emocional do evento traumático.

A intensidade emocional da situação traumática conduz a que as memórias retidas pelas vítimas surjam fragmentadas, manifestem alterações temporais e/ou apresentem enviesamentos resultantes da interferência da emoção com factos concretos da situação (Conte, 2005).

O conceito de trauma é bastante amplo, podendo assumir diferentes focagens, conforme a perspectiva teórica e prática em que assenta (Magalhães, 2004).

1.3 - Perspectiva Psicanalítica do Trauma

Sigmund Freud introduz o conceito de trauma quando procura explicar a etiologia da Histeria, período em que a sexualidade era considerada a área, com mais probabilidade de produzir conflito psíquico. Deste modo, os sintomas histéricos eram compreendidos através da análise das experiências de carácter sexual com efeito traumático com origem na infância que permaneciam na lembrança sob a forma de traço mnésico (Freud, 1896). Mais tarde, Freud conceptualiza a situação traumática como resultante de uma experiência de defesa da parte do ego face a um excesso de estimulação que este não consegue controlar, perfurando o seu escudo protector, induzindo desequilíbrio e um intenso mal-estar. O excesso de excitação provoca um distúrbio tal que se assemelha à neurose traumática, pondo em causa a dominância do princípio do prazer (Freud, 1920). Deste modo, Freud considera a situação traumática como um descendente directo dos estados de tensão acumulada no aparelho psíquico (Freud, 1926 [1925]).

Winnicott (1975) refere como situações traumáticas as falhas constantes da mãe em fornecer um «meio seguro» – «*holding environment*» – no seio do qual o bebé é experienciado e contido, e a partir do qual a criança integra as partes dispersas do seu eu. A falta de uma “mãe suficientemente boa” obriga a criança a abandonar o seu estado de quietude, sofrendo o seu *eu* uma clivagem: «*eu verdadeiro*» com todas as suas necessidades e gestos espontâneos que não podem ser satisfeitas pois não existe uma mãe suficientemente boa; e um «falso Eu» que se esforçará para responder a todas as necessidades do Eu verdadeiro de acordo com o que ele imagina serem as expectativas da mãe (Greenberg & Mitchell, 2003).

Segundo Laplace e Pontailles (2001), o trauma define-se como um acontecimento de intensidade – excitações – tal, capaz de sabotar a capacidade do indivíduo em dominar e elaborar tais excitações, provocando efeitos patogénicos no seu psiquismo.

A experiência traumática é pela sua definição chocante, inesperável e imprevisível. Os sentidos de segurança e protecção foram perdidos. Instala-se uma ameaça à vida, não existindo meios emocionais que lhe permitam fazer frente, exercendo um impacto preponderante na mente, emoções e alma do indivíduo (Lanyado, 1999). “*O traumatismo cria um facto novo que modifica a ordem simbólica preexistente. A realidade psíquica preexistente torna-se estranha e enigmática face à violência do impacto traumático, pela desorganização da ordem do simbólico*” (Ferreira, 1999, p.679). O trauma pode ir do severo ao menos severo, ser resultado de uma só experiência ou de uma acumulação de várias, ser agudo ou crónico, sendo que, de acordo com Lanyado (1999), existem factores-chave que interagem entre si de forma complexa, afectando a criança traumatizada: a) *o impacto do acontecimento externo chocante* vivido pela criança sob a forma de lesão, perigo real e medo excessivo; b) *o significado pessoal* que o acontecimento traumático teve para a criança; c) *a pré-disposição da criança para lidar com o acontecimento traumático*, ou seja, estado emocional de bem-estar, auto-estima, factores de coesão familiar, ambientes contentores – holding -, etc., anteriores ao acontecimento; d) *amplitude, qualidade e intensidade das defesas psicológicas* utilizadas para lidar com a vida depois do acontecimento traumático; e) *a qualidade das relações passadas e actuais*, internas e externas, que podem ajudar a criança lidar com a situação de forma a que as repercussões do trauma sejam mínimas.

O trauma diz respeito a qualquer experiência nociva para o desenvolvimento, desde as suas formas mais subtis, como as falhas parentais na atenuação e responsividade às necessidades da criança. Os seus efeitos passam pela capacidade por parte desta em organizar e integrar os seus afectos e percepções, até à perda da sua identidade, ou seja, do sentido de unidade do seu *self*. Os danos emocionais que daqui advém são graves pois interferem com o desenvolvimento psicológico da criança, ameaçando a construção ou o sentido do *self*-relação (Vega, Liria & Pérez, 2005). O modo como o indivíduo irá integrar e ajustar-se ao trauma depende de vários factores, incluindo a vulnerabilidade genética, personalidade, e história anterior de trauma (Van der Kolk, 1987, cit. por Miliora, 1998), e o seu efeito traumático será resultado do significado psicológico que o indivíduo lhe atribui, o que nos permite compreender porque determinados acontecimentos são traumatizantes para um sujeito e não para outro (Sugarman, 1994).

A exposição a determinadas situações obriga a criança – o seu ego imaturo - a sair do seu estado de equilíbrio e mobilizar toda a energia e capacidades que tem para fazer frente à situação desprazerosa, perturbadora e traumatizante que deixa as suas marcas. Marcas essas que podem permanecer adormecidas ou então manifestarem-se face às exigências desenvolvimentais posteriores. Dependendo do nível de desenvolvimento da criança, os acontecimentos traumáticos entram em ressonância com os desejos e medos fantasmáticos desta, podendo provocar uma regressão ou desorganização grave (Marcelli, 2005). Podemos falar de falhas parentais na relação de prestação de cuidados oferecidos à criança pequena, como a falha na contenção e alívio das tensões, do estado de desamparo, ou a falta de estimulação das funções autónomas do ego precoce, etc., todos estes aspectos oprimem as capacidades do ego e colocam-no num estado de dissociação, criando pontos de fixação que afectam as experiências subsequentes, podendo estas ser vividas como traumáticas (Sugarman, 1994).

A experiência traumática é composta por elementos verbais e não verbais, bem como por fenómenos sensoriais, afectivos, motores - *acting-out* -, e somáticos - *acting-in*. Os efeitos do trauma psíquico influenciam o modo como o indivíduo se relaciona com o seu mundo, pois permanece sempre a dúvida do que é esperável e previsível. Muitos são os casos em que as repercussões para o desenvolvimento do *self*, da auto-estima, da auto-regulação são devastadoras, mas existem casos de crianças e adultos que conseguem reverter a regressão e resolver o conflito, progredindo no desenvolvimento saudável, graças à sua capacidade de resiliência (Blum, 2003), ou seja, falamos da capacidade maior ou menor da criança para resistir aos efeitos negativos de tais experiências no seu desenvolvimento (Houzel, 2005).

2 - Os Acidentes de Viação e Suas Consequências

Ao nível das consequências dos acidentes de viação, as preocupações têm-se concentrado habitualmente nos danos físicos. Porém, recentemente alguns autores como Lauritsen, Carstensen, Rasmussen & Norby Hansen (2000) têm alertado para o facto de que as consequências físicas são apenas parte dos danos provocados pelos acidentes de viação, já que estes constituem igualmente uma ameaça para o bem-estar psicológico das vítimas deste acontecimento. De facto, os acidentes de viação têm algumas características que permitem pensar que possam levar ao desenvolvimento de perturbações da ansiedade e do humor, designadamente, por serem acontecimentos percebidos como imprevisíveis, que envolvem

experiências de perda, e que podem implicar grandes mudanças de vida para uma série de pessoas (por exemplo, vítima, colegas e família).

Os acidentes de viação poderão ainda desencadear uma série de outros acontecimentos com efeitos relevantes e em longo prazo na vida do sinistrado e das pessoas que o rodeiam (por exemplo, lesões e incapacidade permanente), os quais representam grandes exigências de adaptação, nem sempre acompanhadas por recursos e formas de apoio adequadas. Carstensen, Pasupathi & Nesselroad (2000) defendem que os acidentes de viação são geralmente acontecimentos com uma forte carga emocional e traumática, podendo-se associar assim, ao desenvolvimento de diversas reacções psicológicas, especificamente perturbação pós-stress traumático e comorbilidades diversas.

2.1 - Definição de Deficiência e Incapacidade

A utilização dos termos deficiência e incapacidade relacionam-se essencialmente com a identificação das diferenças visíveis, quer sejam de ordem física, psicológica ou comportamental na caracterização das pessoas (Hesbeen, 1994). O modelo conceptual da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002) permite relacionar esquematicamente estes conceitos:

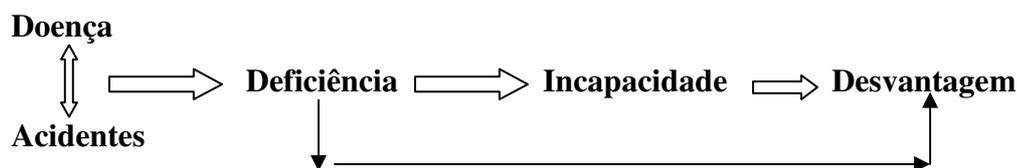


Figura 1. Esquema da interacção entre Deficiência, Incapacidade e Desvantagem, segundo a OMS, 2002.

Podemos observar que a *deficiência* é consequência de um distúrbio permanente, ou transitório, no organismo, comparativamente ao que se aceita como “normal”. Um indivíduo de baixa ou elevada estatura pode ser considerado deficiente, dependendo do contexto em que se encontre, ou do meio onde vive, adquirindo este um cariz transitório. Um indivíduo que se vê privado de um membro (perna ou braço) é considerado um deficiente, neste caso com um cariz definitivo. Por sua vez, a *incapacidade* poderá ser, ou não, devida a uma deficiência,

existindo, por isso, uma grande ligação entre ambas, objectivando uma limitação para a realização de actividades por parte do indivíduo num período de tempo considerado adequado. Todavia, se estes indivíduos conseguem desenvolver estas actividades, não tendo por isso incapacidade para a execução, não deixam de ser deficientes.

Santos (1997) refere que a incapacidade pode instalar-se associada a uma deficiência, ou ser a objectivação de uma deficiência no quotidiano das actividades de vida. A *desvantagem* ganha operacionalidade enquanto tradutora das dificuldades que a pessoa portadora de uma deficiência, ou incapacidade, enfrenta no desempenhar das actividades de vida diária (Hesbeen, 1994). Consultando o *Guia Jurídico do Deficiente* (Eira, 1992), encontramos um conjunto de ideias e conceitos que nos ajudam a ver de forma mais explícita todas as situações relativas às limitações, ou aos portadores de uma incapacidade. No referido guia define-se *deficiente* como sendo o indivíduo “portador de qualquer restrição ou falha da capacidade, resultante de uma diminuição, para desempenhar uma actividade de um modo, ou segundo uma ordem considerada normal para um ser humano. (Eira, 2002; p. 26.) Define-se *diminuição* como sendo “qualquer perda ou anormalidade da função ou estrutura psicológica, ou anatómica” (Eira, 1992; p. 27).

A *incapacidade* é definida como “uma desvantagem para um dado ser humano resultante de uma diminuição ou de uma deficiência que limita ou impede a realização de uma qualquer tarefa, em função da idade, do sexo e dos factores sócio-culturais, normal para um ser humano” (Eira, 1992; p. 27). Continuando ainda a leitura do *Guia Jurídico do Deficiente* (Eira, 1992), pensamos ser importante apontar certos conceitos e ideias. Permite-nos, ao consultá-lo, ter ideias mais concretas sobre o assunto da deficiência e, acima de tudo, podermos falar todos recorrendo a uma mesma linguagem, impedindo falsos conceitos e a criação de preconceitos, que por vezes envolvem os deficientes.

Em Portugal existe a Lei de Bases da Prevenção e da Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência (Ministério das Finanças, 2000) que define pessoa com deficiência como “aquela que, por motivo de perda ou anomalia, congénita ou adquirida, de estrutura ou função psicológica, intelectual, fisiológica ou anatómica susceptível de provocar restrições da capacidade, pode estar considerada em situações de desvantagem para o exercício de actividades consideradas normais, tendo em conta a idade, o sexo e os factores sócio-culturais dominantes”.

De acordo com a lei Portuguesa o Grau de Incapacidade está de acordo com directivas nacionais e internacionais e confere alguns benefícios/direitos às pessoas portadoras de deficiência. Para se ser abrangido por esses benefícios e direitos é necessário apresentar-se um grau de incapacidade igual ou superior a 60% – Tabela Nacional de Incapacidades (Decreto Lei: 341/93 de 30/09) e obter-se um atestado de incapacidade multiuso (Decreto Lei: 202/96 de 23/10 e DL 174/97 de 19/07).

2.2 - Os acidentes de viação e o stress pós-traumático

De acordo com o exposto anteriormente sobre o conceito de trauma e acontecimento traumático, verificamos que os referidos pressupostos são cumpridos pelos acidentes rodoviários. Para além da imprevisibilidade, não controlo, percepção de perigo para a vida do próprio ou outrem, decorrem da exposição ao acidente consequências psicológicas de âmbito diverso que interferem com o funcionamento individual e na relação com o exterior. A acrescer ao que qualquer outro acontecimento traumático abrange, os acidentes rodoviários revestem-se de algumas particulares, nomeadamente a perda de vidas e a responsabilidade humana, tal como acontece, por exemplo, no terrorismo. As vítimas de acidentes poderão estar directamente envolvidas em acidentes que ocorram com o próprio e podem ser testemunhas de acidentes de outros. Pode ainda contactar-se de forma mais continuada com os acidentes através dos "mídia" ou outros meios de comunicação (Rajalin & Summala, 1997).

Serra (2003) organiza os acontecimentos stressantes em quatro níveis: (1) dificuldades diárias na resolução de determinadas situações, (2) situações pontuais que induzem stress e que provocam algum desgaste psicológico até o problema ser resolvido e ultrapassado, (3) situações que induzem stress crónico, cujo desgaste psicológico se prolonga ao longo do tempo, até o problema estar resolvido, e finalmente, (4) acontecimentos traumáticos, cuja gravidade dos efeitos se prolongam no tempo, mesmo após o desaparecimento da causa que lhe deu origem. A exposição a acidentes rodoviários, tal como já referimos, não constitui uma experiência rara.

Segundo Norris (1992) os acidentes rodoviários são o acontecimento que, isolado, mais significativo é em termos de severidade e frequência de trauma, o que torna pertinente o estudo mais aprofundado do impacto deste tipo de acontecimento na vida das pessoas. A

investigação mostra que colisões sérias de carro ou com outros veículos motorizados constituem o segundo tipo de acontecimentos traumáticos com mais prevalência durante a vida (28%); (Mayou & Farmer, 2002).

No estudo comunitário realizado por Albuquerque, Soares, Jesus e Alves (2003) cerca de 5,6% dos indivíduos podem apresentar a perturbação do stresse pós-traumático (PSPT) após terem estado expostos a acidentes graves de viação. Por seu turno, os estudos americanos revelam que 11,5% das vítimas de acidentes rodoviários desenvolvem PSPT (Norris, 1992). Se for considerado este último dado, contabilizando apenas os feridos dos últimos 20 anos em Portugal, pode-se estimar que aproximadamente 124 mil vítimas portuguesas desenvolveram PSPT; (DGV, 2002).

A relação entre os acontecimentos de vida traumáticos, como sejam os acidentes rodoviários, e a saúde poderão ter repercussões directas, nos comportamentos de risco para a saúde e nos sintomas da somatização. Para além disso, o acidente pode estar na origem de danos e lesões físicas (paralisias, amputações, fracturas e outras) e o estado de saúde poderá constituir um importante preditor no desenvolvimento de perturbação psicológica, particularmente PSPT; (Pires & Maia, 2006).

Os estudos realizados sobre o assunto apresentam alguns resultados importantes, onde a percentagem de PSPT encontrada é superior nas avaliações efectuadas após o acidente, sendo que, estes valores diminuem à medida que o tempo passa, Blanchard et al. (1997). A severidade do acidente, o envolvimento de mortes, a gravidade de danos físicos envolvidos e as suas repercussões na vida de cada um, a responsabilidade e sentimentos de culpa, as questões litigiosas e com as seguradoras que frequentemente se levantam são, entre outras, referenciadas pelos autores como fundamentais na análise desta problemática com as vítimas dos acidentes de viação (Blanchard et al., 1997), e são importantes na percepção e significado com que são vividos os acidentes. Estes estudos foram na sua maioria realizados com as vítimas dos acidentes que necessitaram de cuidados médicos, pelo que a maioria dos participantes estava internada no momento do estudo.

2.3 - Investigações Empíricas

Inúmeras investigações têm documentado os efeitos psicológicos de vários eventos traumáticos. No entanto, a investigação de acompanhamento psicológico do rescaldo de acidentes de viação, tem sido limitado (Tsay, Halstead & McCrone, 2001).

Em Portugal, um estudo recente denominado “Perturbação pós-traumática do stress (PPTS). Avaliação da taxa de ocorrência na população portuguesa”, Albuquerque, Soares, Martins & Alves (2003) demonstraram que nos acidentes graves rodoviários, a incidência de sujeitos com (PPTS) teve uma taxa de 5,6% numa população de 499 sujeitos.

Pires & Maia (2006) na investigação intitulada "perturbação de stress pós-traumático em vítimas de acidentes rodoviários", visam estudar o impacto psicológico dos acidentes rodoviários nas suas vítimas mais directas, em particular a incidência de perturbação de stress pós-traumático (PSPT) numa amostra de 42 participantes que estiveram envolvidos em acidentes e necessitaram de cuidados médicos. Esta investigação decorreu em dois momentos, alguns dias após o acidente e 4 meses após a primeira avaliação. Os resultados sugerem que 54.8% dos participantes na primeira avaliação e 30.9% na segunda apresentam sintomas compatíveis com o diagnóstico de PSPT. Cerca de 31% dos participantes que na primeira avaliação tinham sintomas da perturbação deixaram de os apresentar na segunda. Daqueles que inicialmente não apresentam os sintomas de PSPT (45.2%) cerca de 7.1% passaram a apresentar esses sintomas na segunda avaliação. Os dados mostram também que a percepção de perigo se relaciona com os sintomas de PSPT em ambos os momentos da avaliação; a dissociação relaciona-se com o estado geral de saúde na segunda avaliação, com o funcionamento físico e psicossocial, e com os sintomas de PSPT em ambos os momentos. Os sintomas de PSPT da primeira avaliação, o estado geral de saúde e o funcionamento físico e psicossocial relacionam-se com os sintomas de PSPT da segunda avaliação. Para além das relações estabelecidas, verificamos que a percepção de perigo, as respostas dissociativas, o estado geral de saúde e os sintomas de PSPT (da primeira avaliação) constituem importantes preditores para o desenvolvimento de PSPT 4 meses após o acidente. Estes dados permitem-nos concluir que a prevalência de PSPT em vítimas de acidentes rodoviários não é rara, à qual estão associados factores de âmbito diverso. Destacamos o papel da saúde e o bem-estar emocional no desenvolvimento da perturbação e no comprometimento do funcionamento nas diversas áreas a vida pelo que a intervenção precoce e a prevenção deverão ser objecto de análises e planificações cuidadas pela estrutura política e social.

Num estudo de Cunha (2007) em que o objectivo principal foi investigar a prevalência do distúrbio de stress pós-traumático em vítimas de acidentes rodoviários nacionais e averiguar as suas consequências a nível psicológico, a amostra foi constituída por 67 adultos (sendo 37 do sexo masculino e 30 do sexo feminino, variando as idades dos indivíduos entre os 22 e os 55 anos) vítimas de acidentes rodoviários ocorridos na Zona Norte de Portugal. Estes foram

avaliados com um protocolo de avaliação constituído pelos seguintes instrumentos: questionário sociodemográfico, questionário de qualidade de vida, questionário de vulnerabilidade ao stress (23QVS), uma escala de avaliação da resiliência, o inventário de depressão de Beck versão BDI – II e a escala de auto-avaliação do distúrbio de stress pós-traumático. Os resultados obtidos evidenciam que 33% dos indivíduos inquiridos desenvolveram o distúrbio de stress pós-traumático. Os indivíduos sem diagnóstico de distúrbio de stress pós-traumático apresentam uma maior capacidade de resiliência e melhor qualidade de vida do que os sujeitos que desenvolveram este distúrbio. Verificou-se ainda a existência de comorbilidade entre depressão e o distúrbio de stress pós-traumático. Salienta-se que os indivíduos com diagnóstico de distúrbio de stress pós-traumático são mais vulneráveis ao stress do que os que não desenvolveram este distúrbio. São referidas algumas implicações, nomeadamente a necessidade de se efectuar uma prevenção mais eficaz e funcional, principalmente junto dos mais jovens.

Teles (2007), numa investigação denominada "diferenças individuais no processamento emocional entre acidentados de viação", refere que a prevalência de PSPT crónica ronda, grosso modo, os 10-30% de sobreviventes seguidos durante 3-12 meses depois do acidente. A amostra incluiu 71 acidentados de viação (64,8% homens e 35,2% mulheres) com uma média de idades de $37,2 \pm 13,6$ anos, observados na Delegação do Porto do Instituto Nacional de Medicina Legal, Gabinete Médico-Legal de Braga e Gabinete Médico-Legal de Santa Maria da Feira.

Kessler et al. (1999) numa investigação em que se analisou a distribuição de PSPT por género demonstrou que os indivíduos de sexo masculino apresentaram 4.2 % e os elementos do sexo feminino 8.6 %. As mulheres apresentaram maiores níveis de PSPT, em relação aos homens em vítimas de acidentes ameaçadores para a própria vida.

Outras investigações empíricas realizadas em vários países do mundo demonstram que o PSPT é uma das consequências de perturbação de inúmeros acidentes de viação. Wang, Tsay & Bond (2005) num estudo empírico demonstraram a relação de PSPT com a depressão, ansiedade e qualidade de vida em sujeitos com lesões graves provenientes de acidentes de viação. Os resultados tiveram uma incidência de 5 a 8 % dos sujeitos que apresentaram sinais de PSPT onde se demonstrou que tem impacto no bem-estar psicossocial dos indivíduos afectados.

Num estudo longitudinal de seis meses Kitty & Wu and Mike e Cheung (2006) para analisar a severidade do PSPT nos sujeitos após acidentes de viação grave, demonstrou que cerca

de 20 % dos sobreviventes de acidentes de viação demonstram sintomas de PSPT nos primeiros seis meses após o acidente, apresentando sintomas de stresse pós-traumático relevantes.

Brom, Kleber & Hofman (1993) tentaram demonstrar as consequências psicológicas nos sujeitos em acidentes de viação numa abordagem longitudinal ao longo de seis meses. Os resultados permitiram perceber que em 8% dos indivíduos os sintomas de PSPT incidiram em complicações ao nível da estabilidade psicológica dos sujeitos.

Num estudo de Harms & Talbot (2007) relacionam o PSPT em homens e mulheres vítimas de acidentes graves que ficaram com lesões graves físicas. Os resultados apontam para diferenças entre os sexos, com os sujeitos do sexo masculino com 19 % de incidência da perturbação do stress pós-traumático, enquanto que os elementos do sexo feminino obtiveram 25 %, neste sentido ressalva-se que o género, cultura e extracto socioeconómico influenciam os sintomas de PSPT.

Como se pode verificar a perturbação de stresse pós-traumático tem uma relevância notória nos indivíduos que sofrem acidentes de viação graves. Scott e Stradling (1992) consideram que esta perturbação tem uma ocorrência diferente entre os vários acontecimentos traumáticos, como também na intensidade do estado psicológico e físico.

3 - Problema, Objectivos e Questões de Investigação

Em Portugal não existem muitos estudos sobre a relação dos acidentes de viação e a perturbação do stresse pós-traumático (PSPT), contudo as investigações têm documentado os efeitos psicológicos deste evento traumático em particular, "*o acidente de viação*". No entanto, a sistemática ou estudo de acompanhamento psicológico do rescaldo de acidentes de viação, tem sido limitado (Tsay, Halstead & McCrone, 2001).

Albuquerque, Soares, Martins & Alves, 2003; Pires & Maia, 2006; Cunha, 2007; Teles, (2007) iniciaram estudos na população Portuguesa sobre a problemática da perturbação do stresse pós-traumático e a sua relação com os acidentes de viação. Estas investigações demonstraram que existem níveis de incidência de PSPT nas populações estudadas e apontam para valores significativos.

Posto isto, o objectivo desta investigação é avaliar a incidência da perturbação do stress pós-traumático numa população proveniente de acidentes de viação, num espaço temporal mínimo de dois anos após o acidente, com um grau de incapacidade adquirida ($= >$ a 60% de Incapacidade Permanente - IP) adquirida em acidentes de viação.

Deste modo, pretende-se estudar vários aspectos caracterizadores desta população, nomeadamente os níveis de perturbação do stress pós-traumático, bem como a sua incidência nesta população em particular.

Tendo em conta o objectivo apresentado colocam-se as seguintes questões de investigação:

- Qual a incidência da perturbação do stress pós-traumático (PSPT) na população com acidentes de viação com uma incapacidade permanente ($= >$ 60 %)?
- Que relação existe entre a PSPT e variáveis como o sexo e idade dos participantes?
- Qual a relação entre o nível de PSPT com o tempo decorrido desde o acidente e numero de acidentes sofridos?

III – Método

1 - Tipo de Estudo

O tipo de estudo utilizado é quantitativo, observacional e transversal. Quantitativo porque se pretende generalizar os resultados de determinada população em estudo a partir de uma amostra, avaliando se existe ou não a relação entre as variáveis independentes e a variável dependente, não estabelecendo uma relação causa-efeito (Carmo, Ferreira, 1998; Mausner & Bahn, 1999; Fortin, 1999). Através deste tipo de estudo é possível verificar a natureza (força e direcção) das relações entre determinadas variáveis, apoiando-se em trabalhos de investigação anteriores (Fortin, 1999).

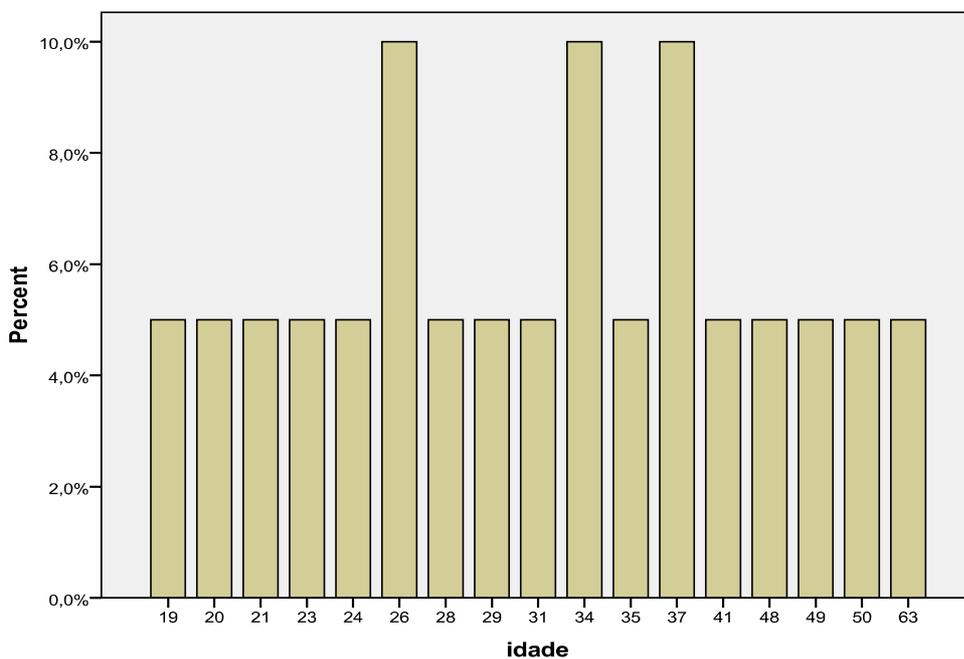
Observacional porque não se manipula as variáveis independentes (Carmo & Ferreira, 1998; Mausner & Bahn, 1999), isto é, as variáveis são expostas conforme são apresentadas, não havendo interferência por parte do investigador.

Transversal porque se pretende determinar a incidência da perturbação do stress pós-traumático numa população proveniente de acidentes de viação (2 após o acidente), com grau de incapacidade adquirida (Incapacidade Permanente – IP; = > a 60%), num determinado momento temporal, ou seja na altura da aplicação do instrumento de colheita de dados.

2 - Caracterização do Grupo de Participantes

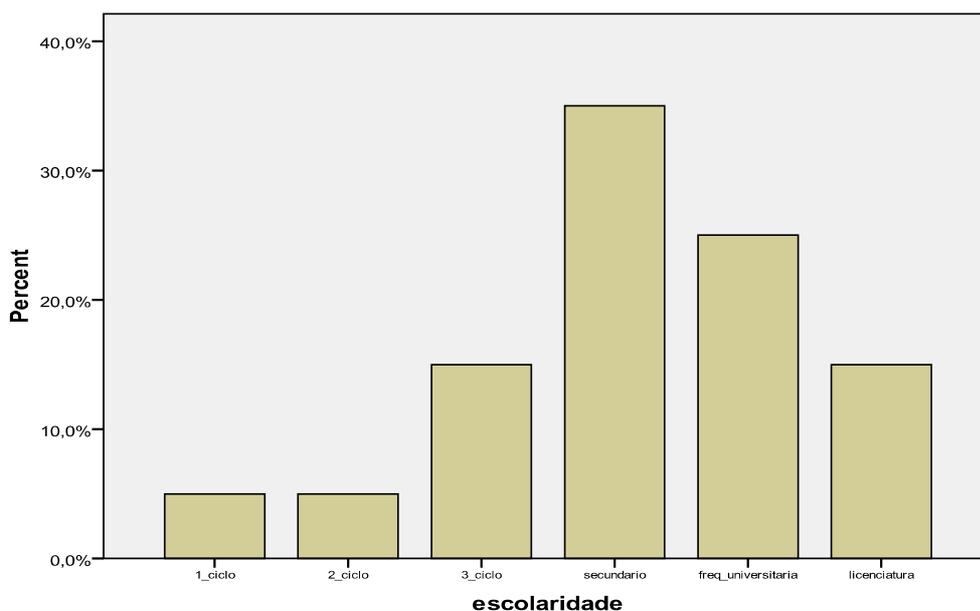
O grupo de participantes é composto por vinte indivíduos (n = 20). Destes, 75 % (15 indivíduos) são do sexo masculino e 15 % (5 indivíduos) do sexo feminino.

Gráfico 1 – Idades dos participantes



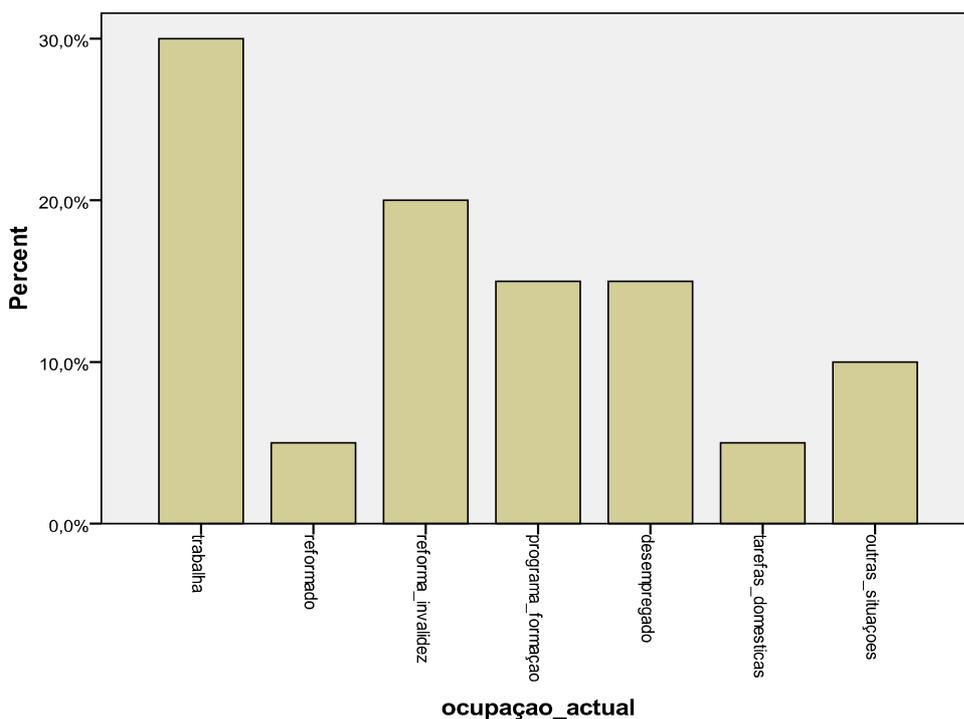
No que respeita à idade, os sujeitos que avaliámos, variaram entre os 19 e os 63 anos de idade, sendo a média de idades de 33,75, estando o maior grupo de pessoas na faixa etária compreendida entre os 19 e os 50 anos de idade.

Gráfico 2 – Habilitações literárias



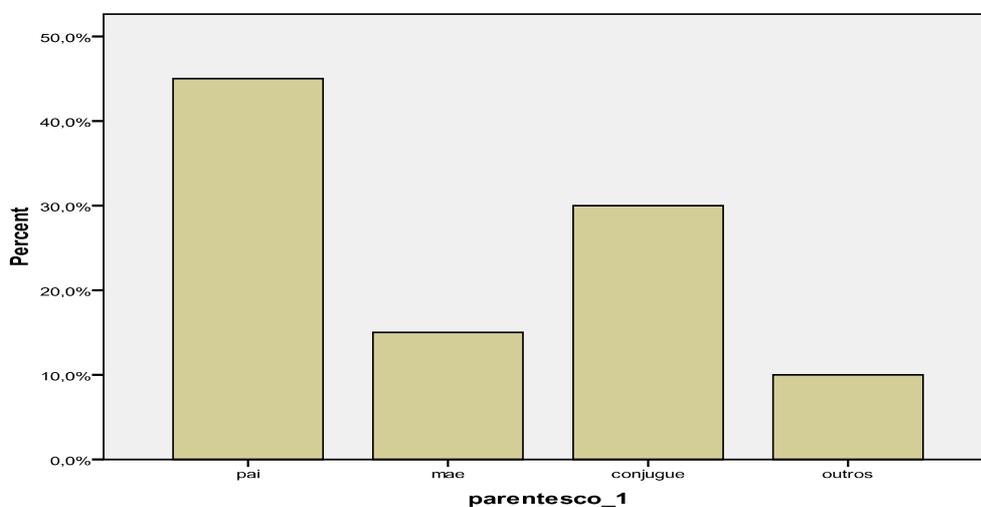
Sobre as habilitações literárias dos participantes, de referir que a grande percentagem do nosso grupo (60 %) tem o ensino básico e secundário de escolaridade completos, enquanto que 40 % dos nossos participantes tem mais que o ensino secundário (frequência universitária e licenciatura).

Gráfico 3 – Ocupação profissional



No que diz respeito à ocupação profissional, no momento em que foram entrevistados, 30 % dos participantes encontravam-se no activo, a trabalhar, 20 % dos indivíduos ficaram inactivos devido ao acidente (reforma por invalidez), 15 % inactivos por desemprego, 5 % por reforma e 15 % frequentam, cursos de formação profissional. Ressalva-se ainda que 35 % dos participantes realizam trabalho voluntário (25 % com regularidade semanal e 10 % mensal).

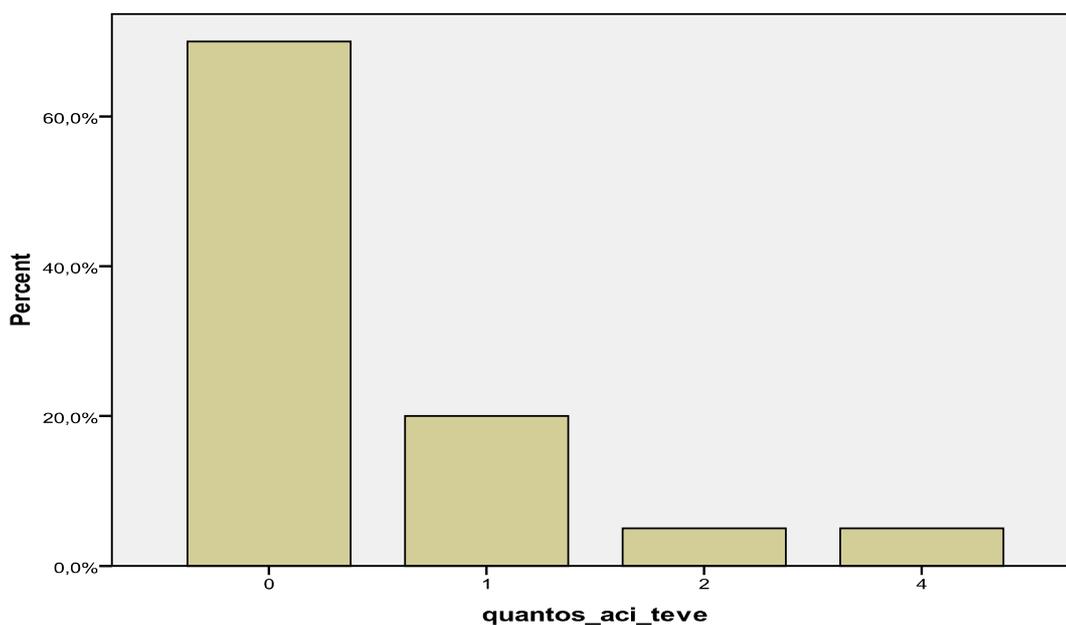
Gráfico 4 – Agregado familiar



Em relação às pessoas com quem os participantes habitam (agregado familiar), 45% vivem com o pai, 15 % com a mãe, 30 % com o conjugue e 10 % vivem com outras pessoas.

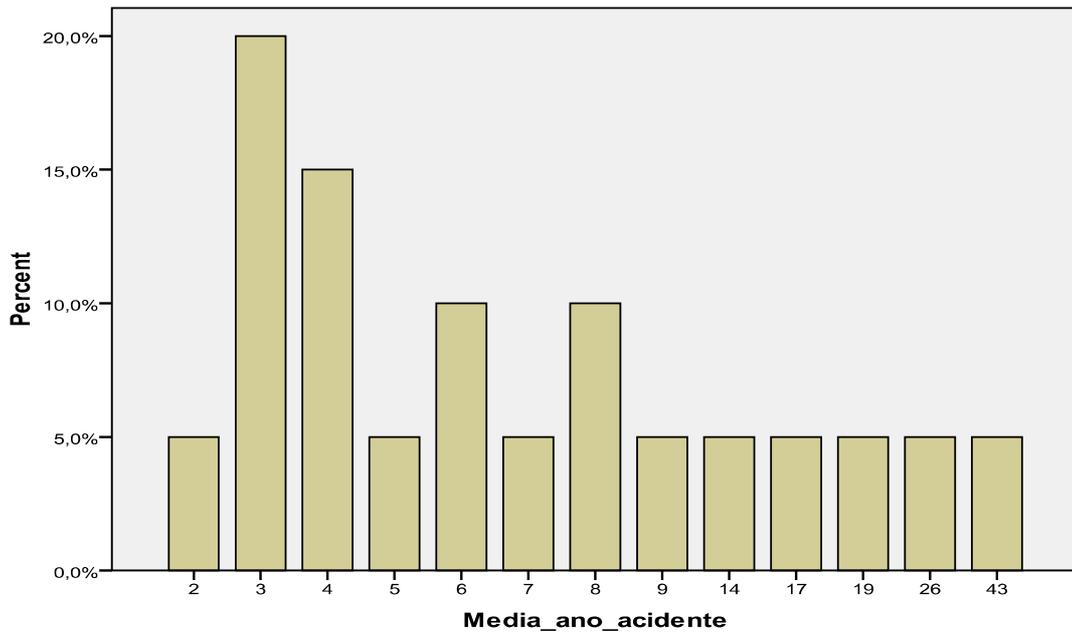
Os participantes foram também caracterizados quanto ao número de acidentes sofridos com baixa médica, tempo decorrido desde a lesão, existência ou não de reincidência, tipo e grau de incapacidade e tipo de diagnóstico. Descreveremos também, o tipo de lesões mais frequentes na população estudada.

Gráfico 5 – Número de Acidentes sofridos



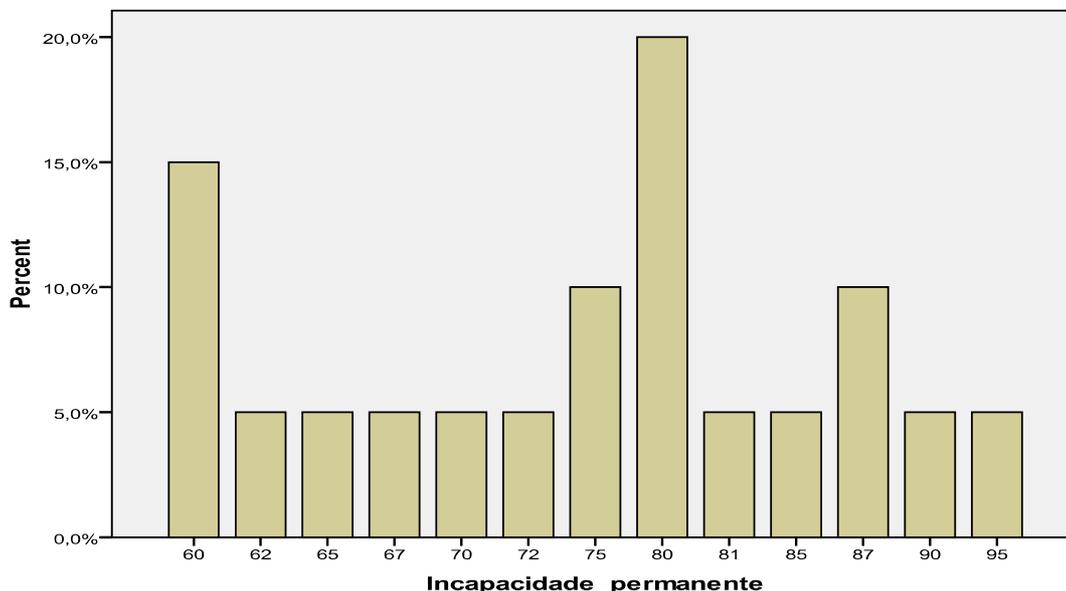
Relativamente a esta variável apurámos 70% dos participantes não tiveram mais acidente nenhum, 20% tiveram mais um acidente, 5% mais dois e 5% mais quatro; ressalva-se que o acidente de viação que provocou esta lesão está excluído deste campo, pretende-se perceber a reincidência no historial do nosso grupo de participantes.

Gráfico 6 – Tempo decorrido desde a lesão



Relativamente ao tempo decorrido desde a lesão, a maior parte dos participantes, cerca de 75% (15 indivíduos) teve o acidente há menos de 9 anos e 25% (5 indivíduos) teve o acidente há mais de nove anos. A amplitude do espaço temporal dos acidentes no grupo está compreendida entre os 2 e os 43 anos. Por fim a média dos participantes situa-se nos 9.70 (anos).

Gráfico 7 – Incapacidade permanente



Quanto ao tipo de incapacidade de todos os participantes ($n = 20$) que estudámos com incapacidade permanente, a media é 75.5%, a amplitude desta, vai dos 60% aos 95% (incapacidade permanente - IP).

Diagnóstico Médico: no que diz respeito ao diagnóstico das lesões apresentadas, os participantes que avaliámos apresentaram diagnósticos variados. Considerando que estes indivíduos possuem diagnósticos múltiplos, fizemos uma caracterização destes quanto às lesões apresentadas. As lesões mais frequentes encontradas na população estudada foram o traumatismo ao nível do tronco (50% dos participantes), 35% apresentaram lesões do membro inferior, 20% do membro superior, ressalva-se que a maior parte dos participantes apresentavam politraumatismos, isto é, expunham mais que uma lesão no critério do questionário utilizado para o efeito (70%), enquanto que somente 30% apresentavam somente uma lesão específica, todas elas indutoras de incapacidade permanente ($= > 60%$)

Procura de ajuda especializada: de referir, por fim, que de toda a população estudada, grande parte, 60%, nunca procuraram ajuda especializada (Psicólogo, Psiquiatra, Terapeuta, grupos de ajuda mútua, etc.) e 40% procuraram esta ajuda especializada.

3 - Instrumentos

Para a caracterização do grupo e para o estudo da avaliação da perturbação do stress pós-traumático (PSPT) seleccionamos 2 instrumentos:

a) Questionário Geral do Acidente (QGA); (vd. anexo 1), adaptado a partir do questionário de Oliveira (2009); é um questionário de resposta fechada (sempre que possível), com categorias de resposta pré-definidas. Os casos de resposta aberta são assinalados abaixo com *r.a.* (resposta aberta). A maioria das variáveis está operacionalizada numa escala nominal.

Caracterização demográfica operacionalizada a partir das seguintes variáveis:

- Género
- Idade
- Nível de escolaridade
- Composição do agregado familiar: idades, parentesco, e ocupação (r.a)
- Origem do acidente (viação)

Para a caracterização do acidente são analisadas as seguintes variáveis:

- Reincidência (aos sinistrados reincidentes é pedido que respondam ao questionário com a informação referente apenas ao acidente que consideram mais grave)
- Hora do acidente (resposta aberta, *r.a.*)
- Idade do sinistrado na data do acidente

A avaliação das implicações do acidente ao nível do QGA, é feita exclusivamente no que se refere a aspectos de natureza médica, e comporta a análise das seguintes variáveis:

- Tipo de incapacidade
- Grau de incapacidade (para os casos de incapacidade permanente) (r.a.)
- Existência e número e duração (r.a.) dos internamentos (até um máximo de 3)
- Duração da incapacidade temporária absoluta (vulgo “baixa”) (r.a.)

- Zona da lesão
- Diagnóstico
- Recurso a equipamentos de ajuda técnica
- Procura de ajuda especializada na área da saúde mental

Para a área implicação das companhias seguradoras foram definidas as seguintes variáveis:

- Participação dos rendimentos à companhia de seguros (percepção do sinistrado sobre a correcta participação dos seus rendimentos à seguradora, pela entidade empregadora)
- Avaliação da actuação das companhias de seguros
- Motivos que justificam a avaliação anterior (r.a)

b) Escala de Avaliação da Resposta ao Acontecimento Traumático (EARAT); (MacIntyre & Ventura, 1996).

Para efectuar o diagnóstico perturbação do stress pós-traumático (PSPT) é necessário considerar os sintomas estabelecidos pelos critérios de diagnóstico do DSM-IV (2004). A utilização desta escala (vd. anexos 2 e 3), com 18 itens, facilita a avaliação, uma vez que considera os critérios de diagnóstico de forma sistematizada, explícita e discriminada.

Os estudos de validação inicial desenvolvidos numa amostra de 150 adolescentes angolanos num cenário de guerra, mostra que o instrumento apresenta uma boa validade e fidelidade ao conteúdo. As sub-escalas que correspondem aos critérios 2 e 4 do diagnóstico do DSM-IV, apresentam uma boa consistência interna (MacIntyre & Ventura, 1996). Num outro estudo realizado com 90 adolescentes vítimas de maus-tratos, encontrou-se um coeficiente de *Alpha de Cronbach* de 0.71, situando-se no limiar necessário para uma boa consistência interna. A análise factorial explica 60.30% da variância.

A escala de PSPT é constituída por duas partes. De uma forma geral, a primeira parte é descritiva e qualitativa. Procura 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, pelo que na segunda parte esta escala remete para cada um dos critérios de diagnóstico de PSPT e está dividida em três partes. A primeira, *revivência do acontecimento traumático*, corresponde

à fase 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, remetendo para a negação, 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 grupos têm questões de “Sim” ou “Não”.

As respostas à segunda parte é que permitem fazer o diagnóstico de PSPT, às quais, segundo o DSM-IV (1994), o sujeito deve responder afirmativamente:

- I – pelo menos uma questão do agrupamento *vivência do acontecimento*;
- II – pelo menos três questões do agrupamento *resposta ao acontecimento*;
- III – pelo menos duas questões do agrupamento *respostas prolongadas*.

Pode ainda obter-se um total dos sintomas de PSPT, somando-se a pontuação obtida em cada uma das sub-escalas (no total 17 itens), avaliando-se o total de sintomatologia de PSPT.

4 – Procedimento

Após a escolha dos instrumentos de investigação, solicitou-se as autorizações para a sua aplicação (vd. anexos 4, 5, 6). Seguidamente foram contactadas algumas instituições onde seria possível encontrar indivíduos com deficiência adquirida e com uma incapacidade permanente (= > 60%). Esta tarefa não foi simples, num primeiro momento algumas instituições e associações não mostraram disponibilidade de colaboração, em contraste houve algumas que se disponibilizaram sem reservas, mas a sua população não preenchia os requisitos desta investigação.

Foi uma fase de constante procura e de diversas deslocações e entrevistas em vários locais da grande Lisboa. Contudo estas visitas deram frutos e conseguimos encontrar os participantes pretendidos. Ressalvamos que as novas tecnologias da informação deram um enorme contributo para a localização de instituições e pessoas, através da pesquisa através da *world wide web* e pelo correio electrónico (*e-mail*).

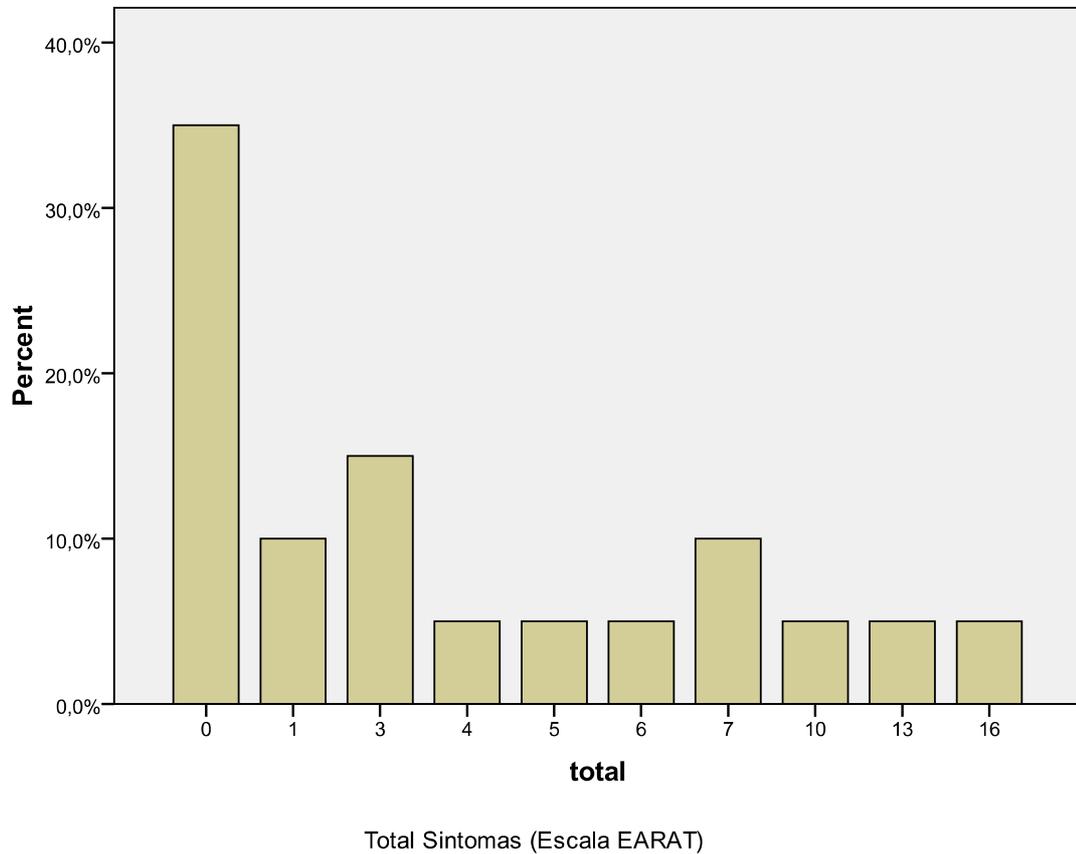
Após os contactos efectuados com algumas instituições, foi iniciado o processo de recolha de dados, este processo teve uma duração maior que o esperado, por ser não ser fácil encontrar os participantes que eram necessários para a amostra pretendida.

As entrevistas foram efectuadas pelo investigador que realizou a aplicação dos questionários em contexto institucional, nomeadamente em consultórios médicos de clínicas e associações de deficientes, ressalva-se ainda que existiram quatro questionários que foram enviados via e-mail, por serem de indivíduos pertencentes a associações colaborantes.

Depois de recolhidos os dados, foi então iniciada a análise quantitativa, para a realização dos procedimentos e análises estatísticas apresentadas foi utilizado o *Statistical Package for Social Sciences (SPSS)*, versão 17. O tratamento de dados teve a colaboração do *Centro de Apoio Estatístico e Análise de Dados (CAEAD)* do Instituto Superior de Psicologia Aplicada de Lisboa.

IV – Apresentação dos Resultados

Gráfico 8 – *Percentagem do total de sintomas da Escala de Avaliação da Resposta ao Acontecimento Traumático (EARAT)*



No *gráfico 8* relativo à percentagem do total de sintomas da escala de avaliação da resposta ao acontecimento traumático (EARAT), constatámos que 35% dos participantes não apresentaram sintoma algum da perturbação do stress pós-traumático (PSPT), 10 % tiveram um sintoma, 15% revelaram três sintomas, com quatro sintomas 5%, cinco sintomas existiram também 5%, com seis sintomas 5% do grupo, 10% revelaram sete sintomas de PSPT, 5% dez sintomas. Por último, com treze sintomas apareceram 5% dos sujeitos e por último com dezasseis sintomas houve 5%.

Ressalva-se que para ser considerada a existência da perturbação do stress pós-traumático (PSPT) um individuo tem de ter mais de três sintomas no resultado global das três sub-escalas. A *Escala de Avaliação da Resposta ao Acontecimento Traumático (EARAT)* foi construída por MacIntyre & Ventura (1996) com base no DSM-IV, por conseguinte para se obter um total dos sintomas de PSPT, soma-se a pontuação obtida em cada uma das sub-

escalas (no total dos 17 itens), avaliando-se o total de sintomatologia da perturbação do stress pós-traumático (PSPT).

Tabela 1 – Incidência de PSPT no grupo de participantes (n = 20) obtidos pela avaliação da Escala de Avaliação da Resposta ao Acontecimento Traumático (EARAT)

Incidência de PSPT na Amostra (n = 20)		
	Com sintomas de PSPT	Sem sintomas de PSPT
Participantes (n = 20)	55% (11 participantes)	45% (9 participantes)

Através da análise da *tabela 1* pode-se constatar que 55% (11 participantes) tiveram sintomatologia da perturbação do stress pós-traumático (PSPT) e 45% (9 participantes) não apresentaram sintomas de PSPT.

Tabela 2 – Análise correlacional entre o sintoma de PSPT com a idade dos participantes

Correlations		
		Idade
Total (Sintoma PSPT)	Pearson Correlation	-,120
	Sig. (2-tailed)	,613
	N	20
*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).		

De acordo com a *tabela 2* não se observam correlações significativas entre o sintoma de perturbação do stress pós-traumático (PSPT) com o sexo dos participantes ($\alpha 0.05 < \text{sig. } 0.613$).

Tabela 3 – *Análise correlacional entre o sintoma de PSPT com o sexo dos participantes*

Correlations		
Total (Sintoma PSPT)	Spearman's correlation coefficient	Sexo -,246
	Sig. (2-tailed)	,296
	N	20
*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).		

Analisando agora os dados da *tabela 3* relativos a associação entre o total de sintomas de PSPT e o sexo é: $\alpha 0.05 < \text{sig. } 0.296$; verifica-se que não existe uma correlação significativa entre estas duas variáveis analisadas.

Tabela 4 – *Correlações entre o sintoma de PSPT e a incapacidade permanente (= > 60%)*

Correlations		
Total (Sintoma PSPT)	Pearson Correlation	Incapacidade -,214
	Sig. (2-tailed)	,364
	N	20
*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).		

De acordo com a *tabela 4* observa-se que a correlação entre sintoma de PSPT e a incapacidade permanente (= > 60%) não é significativa ($\alpha 0.05 < \text{sig. } 0.364$). Logo não se averigua uma correlação significativa entre estes dois factores relevantes deste estudo.

Tabela 5 – *Correlações entre o sintoma de PSPT com o ano do acidente e com os indivíduos que tiverem mais quem um acidente*

Correlations			
Total (Sintoma PSPT)		Ano Acidente	Mais que um Acidente
	Pearson Correlation	,182	-,333
	Sig. (2-tailed)	,443	,152
	N	20	20
*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).			

Através da análise da *tabela 5* que pretende estabelecer correlações entre o sintoma de PSPT com o ano do acidente que provocou a incapacidade e com os participantes que tiverem

mais quem um acidente, observa-se uma vez mais que não existam correlações significativas entres estes dois factores.

Como se pode observar na *tabela 5* no caso da correlação entre o total de sintoma PSPT e o ano do acidente é $\alpha 0.05 < \text{sig. } 0.443$, por fim a correlação entre o total de sintoma PSPT e os sujeitos que tiveram mais quem um acidente é $\alpha 0.05 < \text{sig. } 0.152$.

V – Discussão dos Resultados

Com base na literatura e nas questões de investigação do presente estudo, procede-se à discussão dos resultados obtidos.

- **Qual a incidência da perturbação do stress pós-traumático (PSPT) na população com acidentes de viação com uma incapacidade permanente (= > 60%)?**

No presente estudo, relativamente à incidência da perturbação do stress pós-traumático (PSPT) na população com acidentes de viação com uma incapacidade permanente (= > 60%) constatamos que 55% dos sujeitos da amostra desta investigação tiveram sintomatologia da perturbação do stress pós-traumático (PSPT).

Neste sentido, o nível de PSPT encontrado no grupo de participantes deste trabalho apresenta um valor significativamente superior às investigações apresentadas na revisão da literatura.

Albuquerque, Soares, Martins & Alves (2003) demonstraram que nos acidentes graves rodoviários, a incidência de pessoas com a perturbação pós-traumática do stress (PPTS) teve uma taxa de 5,6% numa população de 499 sujeitos. Noutras investigações realizadas em Portugal, Pires & Maia (2006) numa amostra de 42 participantes que estiveram envolvidos em acidentes e necessitaram de cuidados médicos e que foi efectuada em dois momentos, alguns dias após o acidente e quatro meses após a primeira avaliação, verificaram que 54.8% dos participantes na primeira avaliação e 30.9% na segunda apresentam sintomas compatíveis com o diagnóstico de PSPT. Cerca de 31% dos participantes que na primeira avaliação tinham sintomas da perturbação deixaram de os apresentar na segunda. Daqueles que inicialmente não apresentam os sintomas de PSPT (45.2%) cerca de 7.1% passaram a apresentar esses sintomas na segunda.

Cunha (2007), em que o objectivo principal foi investigar a prevalência do distúrbio de stress pós-traumático em vítimas de acidentes rodoviários nacionais e averiguar as suas consequências a nível psicológico, numa amostra foi constituída por 67 adultos. Evidenciaram que 33% dos indivíduos inquiridos desenvolveram o distúrbio de stress pós-traumático. Teles (2007) numa investigação denominada "diferenças individuais no processamento emocional entre

acidentados de viação", refere que a prevalência de PSPT crónica ronda, grosso modo, os 10-30%.

Ressalva-se que o grupo de participantes da presente investigação foi constituída por pessoas que tinham particularidades diferentes da maioria dos estudos apresentados, um dos factores que julgamos poder influenciar é o nível de incapacidade permanente dos sujeitos ($= > 60\%$). Este factor pode em nosso entender influenciar os níveis de stress pós-traumático, devido às condições de natureza funcional, emocional e de suporte social destes indivíduos.

Pensamos que os resultados obtidos relacionam-se com o facto de todos os domínios serem bastante condicionados por variáveis subjectivas, nomeadamente variáveis pessoais e ambientais, onde a percepção de incapacidade, o funcionamento mental, ou o suporte social e familiar, poderão desempenhar um papel fundamental (Malec et al., 2007; Oliveira, Milliner & Page, 2004; Hayeems et al., 2005; Yates, Henwood, Gracey & Evans, 2007; Hui, Elliott & Rivera, 2007).

Outra situação relevante é o facto do grupo de participantes desta investigação ser demasiado pequeno. Os vinte participantes são uma limitação à obtenção de resultados e à possibilidade de generalização. Objectivo prioritário em muitas investigações (Carmo, Ferreira, 1998; Mausner & Bahn, 1999; Fortin, 1999).

Nos estudos apresentados pelos outros investigadores as amostras são de maior dimensão e muitas delas não têm indivíduos com incapacidades graves, de cariz permanente; assim a divergência de resultados, ou seja o alto nível de PSPT da nossa investigação (55%) nos participantes pode estar ligada ao nível de incapacidade permanente.

Contudo esta situação pode parecer paradoxal quando analisamos a correlação entre os indivíduos com sintomas de PSPT e a incapacidade permanente ($= > 60\%$), nesta situação não existe correlação significativa entre estes factores, isto é, o nível de incapacidade permanente não está relacionado com a perturbação do stress pós-traumático (PSPT).

Segundo Malec, Testa, Rush, Brown & Moessner (2007) a auto-percepção e a experiência pessoal de incapacidade são mais determinantes para o nível de sofrimento psicológico, nomeadamente para a ocorrência de manifestações depressivas como a PSPT, do que o nível de incapacidade física e funcional propriamente dito. Desta forma parecem existir confrontos entre as reais limitações físicas dos sujeitos e a percepção que estes têm da sua própria situação. Esta situação leva-nos a formular algumas questões: será que os indivíduos têm uma enorme capacidade de resiliência psicológica? Existem factores inerentes ao sujeito que o instrumento

não conseguiu medir? A incapacidade permanente pode ter diferentes formas de ser sentida e acima de tudo vivida pelos sujeitos que a possuem?

Estas reflexões remetem-nos para novos problemas e questões para investigações futuras, as quais, julgamos serem importantes para compreender melhor esta problemática.

Uma das dificuldades sentida no desenvolvimento deste trabalho foi encontrar investigações com o tipo de variáveis aqui exploradas. Apesar dos inúmeros estudos da perturbação do stress pós-traumático no contexto dos acidentes de viação. Neste sentido o nosso estudo tem um cariz exploratório, nomeadamente na relação das variáveis da incapacidade permanente e o PSPT, pelo que ponderamos a hipótese de em estudos futuros realizar-se um aprofundamento das temáticas da PSPT e da incapacidade adquirida. Sugerimos um estudo com instrumentos projectivos e com estudos de caso de carácter longitudinal para uma maior percepção das situações individuais dos sujeitos em questão.

- **Que relação existe entre a PSPT e variáveis como o sexo e idade dos participantes?**

Da análise das correlações entre a perturbação do stress pós-traumático com o género e a idade dos indivíduos, concluímos que a relação não é significativa.

Relativamente ao género Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes & Nelson (2005) confirmam os nossos resultados demonstrando que não encontraram diferenças significativas entre homens e mulheres na perturbação de stress pós-traumático em sobreviventes de acidentes de viação.

Uma vez mais apontamos o baixo número de participantes da amostra para podermos obter resultados consistentes: extrapolar ilações a partir deste pequeno grupo é pouco fiável, pois o número de elementos do sexo feminino foi pequeno (somente 5 elementos, numa amostra de $n = 20$). Assim se tivéssemos um grupo mais representativo poderiam talvez ter aparecido algumas diferenças significativas a nível do género. Numa investigação de Harms & Talbot (2007) que relacionaram o PSPT em homens e mulheres vítimas de acidentes graves que ficaram com lesões graves físicas, verificou-se diferenças entre os sexos. Nos sujeitos do sexo masculino observa-se 19% de incidência da perturbação de stress pós-traumático, enquanto que os elementos do sexo feminino obtiveram 25%, ou seja, neste estudo o género encontra-se relacionado com os sintomas de PSPT.

Entre os factores que podem de alguma forma explicar a diferença entre o nosso trabalho e o dos autores atrás mencionados, podemos considerar o tipo e gravidade da lesão que homens e mulheres apresentavam e o nível de incapacidade apresentado; contudo existem factores individuais que podem fazer emergir diferenças nas reacções a um determinado estado físico e psicológico, nomeadamente a importância da variável “identificação com a incapacidade”, ou aceitação da situação de incapacidade (Hayeems, Geller, Finkelstein & Faden, 2005).

Relativamente à relação da perturbação do stress pós-traumático e à idade dos participantes, não se encontrou correlação significativa entres estes factores. Ao interpretar esta situação podemos depreender que no respeito à idade, os indivíduos que avaliámos, variaram entre os 19 e os 63 anos de idade, sendo a média de idades de 33.75 anos, concentrando-se o maior grupo de participantes nos níveis etários compreendido entre os 19 e os 50 anos.

Estes factos parecem indicar-nos a possibilidade da incapacidade física adquirida, assumir uma natureza crónica nos participantes, que os acompanha ao longo da vida, durante muitos anos após a data do acidente que provocou a lesão (Turner, Lloyd & Taylor, 2006; Ullrich, Loeser & Cardenas, 2007). Estes factores poderão talvez ter associação ao facto de não se verificar uma correlação significativa entre o sintoma de PSPT e a idade dos participantes; ao longo dos anos os indivíduos parecem independentemente da sua idade, adaptarem-se à sua incapacidade adquirida e à sua nova realidade física. Esta perspectiva poderá ser explorada em futuras investigações com um maior número de indivíduos a fim de se compararem diferentes faixas etárias.

- **Qual a relação entre o nível de PSPT e o tempo decorrido após o acidente e o número de acidentes sofridos?**

A análise correlacional entre o nível de perturbação do stress pós-traumático (PSPT) com o tempo decorrido após o acidente e o número de acidentes sofridos não é significativa. O objectivo desta análise era compreender se o espaço temporal (desde o acidente que provocou a lesão ate a actualidade) e a reincidência de acidentes ao longo da vida dos indivíduos estavam relacionados com a sintomatologia de PSPT.

Focando-nos no espaço temporal desde o acidente que provocou a incapacidade permanente, subentende-se que para o grupo de participantes, este não foi um factor relevante

para a taxa de ocorrência da perturbação de stress pós-traumático. Posto isto, ressaltamos que relativamente ao tempo decorrido desde a lesão, a maior parte dos participantes, cerca de 75% (15 indivíduos) teve o acidente há menos de 9 anos e 25% (5 indivíduos) teve o acidente há mais de nove anos. A amplitude do espaço temporal dos acidentes no grupo está compreendido entre os 2 e os 43 anos e a média do grupo situa-se nos 9.70 (anos), ou seja, estes valores apontam para uma média de ocorrência do acidente no limiar dos dez anos, havendo indivíduos que tiveram o acidente que provocou a incapacidade há muitos anos e outros há relativamente pouco tempo.

Talvez devido ao número reduzido de participantes, não foi possível neste trabalho encontrar relações significativas entre algumas variáveis, sugeridas na literatura científica como intervenientes na perturbação de stress pós-traumático (PSPT). Outros autores como Harvey & Bryant, 1998; McNally, Bryant & Ehlers, (2003) salientam que aparecem condições inerentes à individualidade do sujeito que podem influenciar os níveis de PSPT; existem características sócio-demográficas cujo impacto se pode relacionar com o desenvolvimento de perturbações consequentes aos acidentes rodoviários, como o grau e gravidade de exposição ao acontecimento traumático, as cognições e interpretações sobre o acontecimento e a história de perturbações anteriores.

Blanchard & Hickling, 1997; Ehlers, Mayou & Bryant, (1998) enfatizam factores que são identificados, à semelhança do que acontece com outras variáveis relacionadas com o próprio acidente, como sejam a responsabilidade, a culpa, o lugar ocupado na viatura e o controlo percebido sobre as situações, o envolvimento de morte e o número de vítimas. O conjunto destas situações pode também ter influência na predisposição para se desenvolverem nos indivíduos, perturbações como a perturbação de stress pós-traumático ou outras comorbilidades.

VI - Considerações Finais

Os acidentes de viação constituem um acontecimento de vida, ao qual todos estamos potencialmente expostos. Apesar do elevado número de vítimas que Portugal apresenta, constatamos que esta é uma área que no nosso país carece de investigação, em particular no que se refere ao impacto psicológico nas vítimas.

Com a nossa investigação procurámos contribuir um pouco mais para o conhecimento das consequências psicológicas dos acidentes de viação nas suas vítimas mais directas, designadamente em termos de perturbação de stress pós-traumático (PSPT) na população com incapacidade permanente.

Apesar da relevância dos aspectos estudados para a compreensão de tão abrangente fenómeno, temos noção das limitações desta investigação. O facto do nosso grupo de participantes ser reduzido talvez tivesse limitado a percepção dos fenómenos a investigar.

Outra situação que reconhecemos que pode possivelmente ter limitado este estudo foi a origem da lesão nos indivíduos, visto que tínhamos indivíduos com variados traumatismos, ao nível do tronco, vértebro-medular, paraplégicos, tetraplégicos e politraumatizados. Este complexo e abrangente grupo de lesões que provocou a incapacidade permanente, poderá em futuras investigações centrar-se num só tipo de incapacidade específico (e.g. grupo de paraplégicos, grupo tetraplégicos, grupo amputados, etc.).

Dada a pertinência e contornos que este tema tem assumido, a identificação da existência da perturbação de stress pós-traumático (PSPT) com outras comorbilidades seria também um factor interessante a estudar em futuras investigações, para se tentar compreender se foi a PSPT que despoletou outra perturbação (personalidade, ansiedade, depressão, etc.), ou o contrario, se esta já existia no individuo. Neste sentido, ao pretender-se efectuar estudos sobre a personalidade, que carecem duma análise mais abrangente, dever-se-á utilizar um leque de instrumentos mais abrangente (e.g. provas projectivas, entrevistas clínicas e baterias de teses da personalidade), para aprofundar os conhecimentos acerca dos indivíduos a estudar.

Para se tentar compreender as inúmeras possibilidades de investigação que este estudo suscitou, podemos num futuro próximo dar continuidade a este estudo ou poderemos sugerir para investigações futuras as nossas limitações e questões de investigação:

Limites do Estudo

- Dimensão reduzida da amostra.
- Poderão ter existido factores inerentes ao sujeito que o instrumento não conseguiu medir.
- Grande variedade de traumatismos que originaram a incapacidade permanente.

Futuras Investigações

- Avaliar os recursos pessoais (e.g. *coping*, sentimentos de esperança e significado para a vida; competências valorizados por si e pelos outros; fé e afiliação religiosa) e os recursos sociais (e.g. apoio social; recursos socioeconómicos; oportunidades para aprender e evoluir).
- Investigações centradas num só tipo de incapacidade específico (e.g. grupo de paraplégicos, grupo tetraplégicos, grupo amputados, etc.).
- Analisar a existência de comorbilidade (personalidade, ansiedade, depressão, etc.), através de provas projectivas e entrevistas clínicas.
- Para o melhor conhecimento da realidade a médio e longo prazo, só seriam possíveis através da realização de estudos de *follow-up*, longitudinais, para tentar compreender esta população em particular.
- Criar investigações com grupos de controlo de acidentados, mas sem lesão física.

Referencias

- Albuquerque., A. Soares., C. Martins., P. Alves., C. (2003). Perturbação pos-traumática do stress (PTSD). Avaliação da taxa de ocorrência na população portuguesa. *Acta Medica Portuguesa*, 16, 309-320.
- American Psychological Association (2005). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Lisboa: Climepsi.
- Blanchard, E. B. & Hickling, E. J. (1997). *After the crash: assessment and treatment of motor vehicle accident survivors*. Washington: American Psychological Association.
- Blanchard, E. B.; Hickling, E. J.; Taylor, A. E.; Loss, W. R., Forneris, C.A. & Jaccard, J. (1996). Who develops PTSD from motor vehicle accidents? *Behavioural Research Therapy*, 34, 1-10.
- Blum, H. (2003). Psychic trauma and traumatic object loss. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 51 (2), 415-432.
- Breslau, N., Davis, G.C. & Andreski, P. (1991). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of general psychiatry*, 48, 216-222.
- Breslau, N. (1998). *Epidemiology of trauma and posttraumatic stress disorder*. Cap.1: pp. 1-29. American Psychiatric Press: Washington, DC. London.
- Brom, D., Kleber, J.R., Hofman, M. (1993). Victims of traffic accidents: incidence and prevention of post-traumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 49 (2), 131-140.
- Carmo, H., Ferreira, M. (1999). *Metodologia de Investigação: Guia para Auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.

- Carstensen, L., Pasupathi, M., Mayr, U., Nesselroad, J. (2000). Emotional experience in everyday life across the adult life span. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79 (4), 644-655.
- Conte, J. (2005). Understanding Trauma: The american experience. Seminário de Formação, *O Trauma no Abuso Sexual de Crianças*. Lisboa, Portugal.
- Cunha, S. (2007). *Distúrbio de stresse pós-traumático em acidentes de viação: consequências psicológicas*. Dissertação de Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento – Universidade de Aveiro, Aveiro. 175 pp.
- Davidson, J.R.T., Hughes, D., & Blazer, G.G. (1998). Post-traumatic stress disorder in the community; an epidemiology study. *Psychological Medline*, 21, 713-721.
- Direcção Geral de Viação (2002). *Sinistralidade rodoviária 2002 – elementos estatísticos*. Ministério da Administração Interna. Observatório de Segurança Rodoviária.
- Eira, F.F. (1992). *Guia Jurídico do Deficiente*. Coimbra: Editora.
- Ehlers, A.; Mayou, R. & Bryant (1998). Psychological predictors of chronic posttraumatic stress disorder after motor vehicle accidents. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 508-519.
- Fortin, M. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Freud, S. (1920). Além do princípio do prazer. In *Sigmund Freud*, vol. XVIII (1925-1926). *Além do princípio do prazer, psicologia de grupo e outros trabalhos* (pp.13-75). Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Freud, S. (1926[1925]). Inibições, sintomas e ansiedade. In (1969) *Phylogenetic trees made easy: a how-to manual for molecular biologists* (pp.81-171). Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Greenberg, J.R., & Mitchell, S.A. (2003). *Relações de objecto na teoria psicanalítica*. Lisboa: Climepsi.

- Harms., L., Talbot., M. (2007). The aftermath of road trauma: survivors' perceptions of trauma and growth. *Health & Social Work, 32* (2), 129-137.
- Harvey, A. & Bryant, R. (1998). 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.
- Hayeems, R., Geller, G., Finkelstein, D., & Faden, R. (2005). How patients experience progressive loss of visual function: a model of adjustment using qualitative methods. *British Journal of Ophtalmology, 5*, 615-620.
- Hesbeen, W. (1994). *La Réadaptation: Du Concept au Soins*. Paris: Éditions Lamarre.
- Horowitz et al. (1997). Diagnostic criteria for complicated grief disorder. *Amercican Journal of Psichiatry, 154*, 904-911.
- Hui, S., Elliott, T. & Rivera, R. (2007). Communal behaviors and psychological adjustment of family caregivers and persons with spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology, 52* (1), 113-119.
- Laplanche, J., & Pontalis, J.B. (2001). *Vocabulário de psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.
- Lanyado, M. (1999). The treatment of traumatization in children. In Lanyado, M., & Horne, A. (Eds), *The handbook of child and adolescent psychotherapy: psychoanalytic approaches* (pp.275-291). London: Routledge.
- Lauritsen, J., Carstensen, O., Rasmussen, K., & Nørby Hansen, O. (2000). Post-traumatic stress disorder after occupational accidents. *V- International Conference on Injury Prevention and Control. New Delhi. India.*
- Kaplan, H.I., & Sadock, B.J. (1998). *Posttraumatic stress disorder and acute stress disorder*. pp: 613-623. Williams & Wilkins: New York.

- Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C.B. (2005). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.
- Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., Nelson, C.B., & Breslau, N. (1999). *Epidemiological risk factors for trauma and PTSD*. Cap. 2, pp. 23-57. American Psychiatric Press: Washington, DC. London.
- Kitty, K., Cheung, Wu and Mike, W. L. (2006). Posttraumatic stress after a motor vehicle accident: a six-month follow-up study utilizing latent growth modelling. *Journal of Traumatic Stress*, 19 (6), 923–936.
- Malec, J., Testa, J., Rush, B., Brown, W. & Moessner, A. (2007). Self-assessment of Impairment, Impaired Self-awareness, and Depression after Traumatic Brain Injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 22 (3), 156-166.
- McIntyre, M., & Ventura, M. (1996). Civil war haunts Angolan children. *Psychology International*, 7 (1), 1-4.
- 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.
- Magalhães, T. (2004). Introdução à Medicina Legal. Retirado em 22 de Março de 2009 da World Wide Web: <http://medicina.med.up.pt/legal/IntroducaoML.pdf>
- 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.
- Marcelli, D. (2005). *Infância e psicopatologia*. Lisboa: Climepsi.
- Mausner & Bahn. (1999). *Introdução à Epidemiologia*. 2ª ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

- Miliora, M.T. (1998). Trauma, dissociation, and somatization: a self-psychological perspective. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 26 (2), 273-293.
- Ministério das Finanças (2000). Acedido em: 11 de Março de 2009 em: http://www.igf.min-financas.pt/inflegal/bd_igf/bd_legis_geral/Leg_geral_docs/DL_202_96.htm
- 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.
- Oliveira, R.A. (2009). *Estudo psicossocial das pessoas com deficiências adquiridas por acidentes de trabalho*. 1ª ed. - Lisboa: Instituto Nacional para a Reabilitação.
- Oliveira, R.A., Milliner, E., Page, R. (2004). Psychotherapy with physically disabled patients. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 58, (4), 430-441.
- Pires, T. & Maia, A. (2006). Acidentes rodoviários: Incidentes de PTSD nas vítimas directas. In, Ribeiro, J. & Leal, I. (Eds). *Actas do 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. pp. 811-817.
- Pires, T. & Maia, A. (2004). Acidentes rodoviários: o impacto nas vítimas. In, Ribeiro, J. & Leal, I. (Eds). *Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. pp. 587-592.
- Rajalin, S. & Summala, H. (1997). What surviving drivers learn from a fatal road accident. *Accident Analysis and Prevention*, 29, 277-283.
- Resick, P. (2000). Prevalence of traumatic stress and related disorders. In, P. Resick, *Stress and Trauma* (pp. 29-55). USA: Psychology Press.
- Santos, M.A.Q. (1997). Prevenir incapacidades e reabilitar deficientes. *Integrar*, 12, 5-10.
- Serra, A. V. (2003). *O distúrbio de stress pós-traumático*. Coimbra: Vale & Vale Editores.

- Scunurr, P., & Vielhauer, M.J. (1999). *Personality of a risk factor for PTSD*. Cap. 9, pp. 191-222. American Psychiatric Press: Washington, DC. London.
- Sugarman, A. (1994). Trauma and abuse: an overview. In *Victims of abuse: the emotional impact of child and adult trauma*, Madison: International Universities.
- Teles, S. (2007). *Diferenças individuais no processamento emocional entre acidentados de viação*. Tese de Mestrado em Ciências Forenses. Faculdade de Medicina. Universidade do Porto, Porto. 189 pp.
- Tsay S.L., Halstead M.T. & McCrone S. (2001) Predictors of coping efficacy, negative moods and posttraumatic stress syndrome following major trauma. *International Journal of Nursing Practice*, 7, 74–83.
- Turner, R., Lloyd, D. & Taylor, J. (2006). Physical Disability and Mental Health: An Epidemiology of Psychiatric and Substance Disorders. *Rehabilitation Psychology*, 51 (3), 214-223.
- Wang, C.H., Tsay, S.L., Bond, A. E. (2005). Post-traumatic stress disorder, depression, anxiety and quality of life in patients with traffic-related injuries. *Journal of Advanced Nursing*, 52 (1), 22-30.
- Winnicott, D.W. (1975). *A criança e o seu mundo*. (3ed). Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- World Health Organization (2002). Road traffic injuries. Acedido em: 15 de Novembro de 2008 em: http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_traffic/en/
- Ullrich, P., Loeser, M. & Cardenas, D. (2007). Catastrophizing mediates Associations Between Pain Severity, Psychological Distress, and Functional Disability Among Persons With Spinal Cord Injury. *Rehabilitation Psychology*, 52 (4), 390-398.
- Valentine, P. (2003). Trauma: definição, diagnóstico, efeitos e prevalência. In, M.G. Pereira & J. Monteiro-Ferreira (coords), *Stress traumático: aspectos teóricos e intervenção*. (pp. 91-197). Lisboa: Climepsi.

Vega, B.R., Liria, A.F., & Pérez, C.B. (2005). Trauma, dissociation and somatization. *Annuary of Clinical and Health Psychology, 1*, 27-38.

Yates, G., Henwood, K., Gracey, F. & Evans, J. (2007). Awareness of disability after acquired brain injury and the family context. *Neurophychological Rehabilitation, 17* (2), 151-173.

ANEXOS

Anexo 1

(Questionário Geral de Acidente)

1. Sexo: F ___ M ___

2. Idade: _____

3. Escolaridade: _____

4. Para **as pessoas que vivem consigo**, indique a **idade**, o **parentesco** (filho(a), marido/mulher, sogro(a), pai/mãe, irmã(o), etc) e a **ocupação** (estudante, trabalhador(a), desempregado(a), doméstica, reformado(a)):

Idade	Parentesco	Ocupação

5. Origem do acidente: Viação: ___ Trabalho: ___ Outra? Qual: _____

6. Ano do acidente: _____

7. A que horas se deu o acidente? ___h:___m (das 0 às 24 horas)

8. Que idade tinha na altura do acidente? _____ anos.

9. Teve mais de um acidente? Sim ___ Não ___ (passe para a pergunta 12)

10. Se sim, quantos acidentes já teve? _____

11. Em quantos acidentes teve de ficar de baixa médica? _____

12. Sabe qual é o tipo de incapacidade que lhe está atribuído? (assinale a resposta com uma cruz)

<input type="checkbox"/>	Nenhuma incapacidade
<input type="checkbox"/>	Incapacidade Temporária Total
<input type="checkbox"/>	Incapacidade Temporária Parcial
<input type="checkbox"/>	Incapacidade Permanente → Grau de incapacidade: _____%
<input type="checkbox"/>	Não sei

13. A seguir ao acidente esteve internado? Sim ___ Não___ (passe para a pergunta 15)

14. Onde esteve internado, e durante quanto tempo? (complete os espaços)

	Local	Número de dias
1º internamento		
2º internamento		
3º internamento		

15. Quanto tempo esteve de baixa a seguir ao acidente? _____

16. Zona da lesão: (assinale a(s) resposta(s) com uma cruz)

<input type="checkbox"/>	Cabeça (couro cabeludo)
<input type="checkbox"/>	Face e orelhas
<input type="checkbox"/>	Membro superior
<input type="checkbox"/>	Mãos
<input type="checkbox"/>	Tronco, costas, barriga
<input type="checkbox"/>	Membro inferior
<input type="checkbox"/>	Pés
<input type="checkbox"/>	Olhos
<input type="checkbox"/>	Órgãos internos
<input type="checkbox"/>	Outra →Qual? _____

17. Utiliza: (assinale a(s) resposta(s) com uma cruz)

<input type="checkbox"/>	Próteses
<input type="checkbox"/>	Talas ou ortóteses
<input type="checkbox"/>	Auxiliares de marcha (ex: bengala, canadianas, andarilho)
<input type="checkbox"/>	Aparelhos ou instrumentos para ajuda técnica
<input type="checkbox"/>	Não utilizo nenhum destes tipos de ajuda

18. Actualmente qual é a sua ocupação? (Assinale com uma cruz e complete os espaços)

<input type="checkbox"/>	Ainda estou de baixa devido ao acidente.
<input type="checkbox"/>	Estou a trabalhar.
<input type="checkbox"/>	Estou reformado(a).
<input type="checkbox"/>	Estou aposentado(a) devido ao acidente.
<input type="checkbox"/>	Estou num programa de formação ou reabilitação profissional. →Qual e onde? _____
<input type="checkbox"/>	Estou desempregado(a) e procuro emprego.
<input type="checkbox"/>	Estou em casa e ocupo-me das tarefas domésticas
<input type="checkbox"/>	Outra situação. → Qual? _____

19. Realiza trabalho voluntário, não remunerado, ou participa activamente, em associações, colectividades, grupos religiosos, clubes desportivos, ou outros?

Sim ___ Não ___

20. Se respondeu SIM, com que regularidade? (Assinale com uma cruz)

<input type="checkbox"/>	Diariamente
<input type="checkbox"/>	Semanalmente
<input type="checkbox"/>	Mensalmente

21. Fez algum tipo de formação profissional, depois do acidente? Sim ___ Não___

22. Se respondeu SIM, por favor complete a tabela:

Que formação fez?	Onde fez a formação?	Trabalhou depois na área para a qual fez formação? (Sim/Não)

23. Todos os seus rendimentos de trabalho, antes do acidente (vencimento, prémios, horas extraordinárias,

<input type="checkbox"/>	Sim
<input type="checkbox"/>	Não
<input type="checkbox"/>	Não sei

24. Considera a actuação da companhia de seguros na sua situação: (assinale a resposta com uma cruz)

<input type="checkbox"/>	Satisfatória
<input type="checkbox"/>	Insatisfatória

25. Porquê?

26. Após o acidente, alguma vez procurou ajuda especializada de psicólogo, psiquiatra, ou grupo de auto-ajuda? Sim ____ Não ____

Anexo – 2

ESCALA DE AVALIAÇÃO DA RESPOSTA AO ACONTECIMENTO TRAUMÁTICO (EARAT)

Teresa McIntyre, Ph.D. Universidade do Minho (1996)

INSTRUÇÕES

As pessoas respondem aos acontecimentos de forma variada. Neste questionário encontram-se perguntas e afirmações que têm por objectivo descrever as respostas perante os acidentes.

Não há respostas certas ou erradas, só maneiras diferentes de reagir aos acontecimentos. Responda com exactidão e veracidade a todas as perguntas.

I – ACONTECIMENTO

No contexto do acidente é-se confrontado com experiências muito particulares. As questões que se seguem referem-se ao impacto que essa experiência poderá ter em si.

A. No último mês esteve exposto a acontecimentos relacionados com o seu acidente?

Sim ___ Não ___

B. Há quanto tempo experienciou esse acontecimento? _____ anos.

Assinale com uma **crux** (X) se as afirmações abaixo são **verdadeiras** ou **não** para si presentemente.

II – VIVÊNCIA DO ACONTECIMENTO

1. Tenho tido muitos sonhos maus ou pesadelos repetidos acerca dessa experiência.

Sim ___ Não ___

2. Tenho tido pensamentos desagradáveis acerca dessa experiência mesmo quando não os quero ter (contra a minha vontade).

Sim ___ Não ___

3. Às vezes sinto que essa experiência vai acontecer outra vez.

Sim ___ Não ___

4. Fico muito nervoso(a) ou estranho(a) quando vejo ou ouço alguma coisa parecida com essa experiência ou que me faz lembrar dela.

Sim ___ Não ___

5. O meu corpo começa a transpirar e a tremer, e o meu coração bate mais depressa quando tenho uma experiência parecida com o acidente.

Sim ___ Não ___

III – RESPOSTA AO ACONTECIMENTO

6. Tenho tentado não ter pensamentos ou sentir coisas dessa experiência

Sim Não

7. Tenho tentado não fazer coisas que me fazem lembrar essa experiência.

Sim Não

8. Não consigo lembrar-me de coisas importantes dessa experiência.

Sim Não

9. Desde que tive essa experiência tenho sentido menos vontade de estar com os amigos, jogar ou fazer coisas que gostava de fazer anteriormente.

Sim Não

10. Desde essa experiência tenho-me sentido estranho e diferente dos meus amigos, como se não me importasse com eles.

Sim Não

11. Por vezes, sinto-me tão triste que não consigo falar nem chorar.

Sim Não

12. Tenho-me sentido incapaz de pensar no futuro.

Sim Não

IV – RESPOSTAS PROLONGADAS

Assinale com uma cruz (X) se tem notado ou não as seguintes dificuldades

13. Tenho dificuldade em adormecer ou manter-me a dormir.

Sim Não

14. Sinto irritabilidade ou sentimentos de raiva que não consigo controlar.

Sim Não

15. Não consigo prestar atenção, distraio-me com facilidade.

Sim Não

16. Estou sempre alerta com medo de que aconteça alguma coisa.

Sim Não

17. Sinto-me muito nervoso(a) ou fico assustado(a) com barulhos fortes ou inesperados.

Sim Não

Anexo – 3

Re: Pedido de Autorização Escala (EARAT)

De: **Teresa McIntyre** (teresamcintyreusa@gmail.com)

Enviada: Terça-feira, 20 de Janeiro de 2009 4:42:24

Para: Carlos Moreira (carlos__moreira@hotmail.com)

📎 1 Anexo (s)



[Autorização.doc](#) (22,5 KB)

Caro Carlos,

Junto envio um pequeno formulário para preencher e reenviar por e-mail que formaliza a autorização de utilização da referida escala na sua tese de mestrado.

O EARAT tem sido largamente utilizado em teses de mestrado e doutoramento, estando as características psicométricas nas várias populações publicadas nas referidas teses. Há uma versão adolescentes e uma adulto, que será a que lhe enviarei assim que receber o documento acima. Poderá consultar na UM a tese da Dra. Margarida Ventura (doutoramento, foi das primeiras a usar a escala), mas mais recentemente há teses de mestrado orientada pela Prof. Ângela Maia da UM, uma com pessoal de emergência média e outra com vítimas de acidentes de viação. Há ainda um projecto de investigação financiado pelo FCT que finalizou em 2007, se não me engano, que utilizou a escala em cerca de 500 veteranos de guerra. Todas estas populações são relevantes para o seu estudo. O e-mail da Prof. Ângela é angelam@iep.uminho.pt

Desejo o maior sucesso no seu trabalho.

Teresa McIntyre

Anexo – 4



ISPA Instituto Superior de Psicologia Aplicada

Carta de Consentimento Informado ao Participante

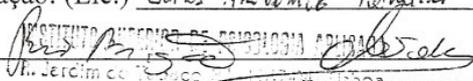
A presente investigação científica enquadra-se no âmbito do Mestrado Integrado em Psicologia clínica, orientada pelo Prof. Doutor Rui Aragão Oliveira, no Instituto Superior de Psicologia Aplicada em Lisboa, procurando estudar a perturbação do stress pós-traumático na deficiência adquirida devido a acidentes de viação e/ou trabalho.

A sua participação neste estudo é voluntária e de livre escolha, podendo a qualquer altura retirar o consentimento. Todos os seus dados são anónimos, e só poderão ser utilizados nesta investigação científica.

Lisboa 23 de Março de 2009

Ispa / Lisboa – O autor da investigação: (Lic.) Carla Antónia Figueira Mourão

O Orientador: Prof. Doutor


R. Jardim de Vasco
Tel.: 21 881 17 00 – Fax: 21 885 09 54
www.ispa.pt - email: info@ispa.pt

ISPA / Lisboa

2009

Anexo – 5

Carta de Consentimento Informado do Participante

Eu, _____, certifico que concordo em participar voluntariamente na Investigação Científica que Carlos António Ferreira Moreira se encontra a efectuar no âmbito do Mestrado Integrado em Psicologia Clínica, no Instituto Superior de Psicologia Aplicada em Lisboa.

A investigação, assim como a minha participação, foram-me definidas e inteiramente explicadas por Carlos António Ferreira Moreira.

Tive oportunidade de formular as questões que considerei oportunas, as quais me foram respondidas satisfatoriamente e na informação do rigoroso sigilo sobre a minha identidade.

Percebo que os procedimentos desta investigação não têm qualquer risco. Sou livre de responder às questões que me são formuladas e posso a qualquer altura retirar o meu consentimento, terminando assim a minha participação na investigação sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo para a minha pessoa.

Lisboa, ____ , de _____ 2009

(O Participante)

Anexo – 6



ISPA Instituto Superior de Psicologia Aplicada

Termo de Responsabilidade do Autor da Investigação

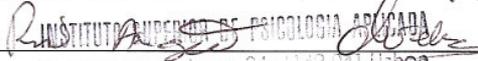
A presente investigação científica enquadra-se no âmbito do Mestrado Integrado em Psicologia clínica, orientada pelo Prof. Doutor Rui Aragão Oliveira, no Instituto Superior de Psicologia Aplicada em Lisboa, procurando estudar a perturbação do stress pós-traumático na deficiência adquirida devido a acidentes de viação e/ou trabalho.

Eu, Carlos António Ferreira Moreira, B.I. nº 10613774, declaro que todos os dados recolhidos são anónimos, e só poderão ser utilizados nesta investigação científica.

Lisboa 23 de Março de 2009

Ispa / Lisboa – O autor da investigação: (Lic.) Carlos António Ferreira Moreira

O Orientador: Prof. Doutor _____


INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA
R. Jardim do Tabaco 31-1132-041 Lisboa
Tel.: 21 881 17 00 – Fax: 21 033 09 54
www.ispa.pt - email: info@ispa.pt

ISPA / Lisboa

2009

Anexo – 7

(Outputs da Caracterização da Amostra – Spss 17)

```

FREQUENCIES VARIABLES=Sum_II Sintoma_II Sum_III sintoma_III Sum_IV Sintoma
s_IV total
  /STATISTICS=STDDEV VARIANCE MINIMUM MAXIMUM MEAN MEDIAN MODE SUM
  /ORDER=ANALYSIS.

```

Frequências

[DataSet1] C:\Documents and Settings\Utilizador\Os meus documentos\Psychology\Master Thesis\Base - Final.sav

Statistics

		Sum II	Sintoma II	Sum III	sintoma III	Sum IV
N	Valid	20	20	20	20	20
	Missing	0	0	0	0	0
	Mean	1,00	,45	2,05	,40	,90
	Median	,00	,00	1,00	,00	,00
	Mode	0	0	0	0	0
	Std. Deviation	1,376	,510	2,350	,503	1,373
	Variance	1,895	,261	5,524	,253	1,884
	Minimum	0	0	0	0	0
	Maximum	5	1	7	1	4
	Sum	20	9	41	8	18

Statistics

		Sintomas IV	total
N	Valid	20	20
	Missing	0	0
	Mean	,25	3,95
	Median	,00	3,00
	Mode	0	0
	Std. Deviation	,444	4,685
	Variance	,197	21,945
	Minimum	0	0
	Maximum	1	16
	Sum	5	79

Frequency Table

Sum_II

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	11	55,0	55,0	55,0
	1	2	10,0	10,0	65,0
	2	5	25,0	25,0	90,0
	3	1	5,0	5,0	95,0
	5	1	5,0	5,0	100,0
Total		20	100,0	100,0	

Sintoma_II

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sem sintomas	11	55,0	55,0	55,0
	Com sintomas	9	45,0	45,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

Sum_III

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	8	40,0	40,0	40,0
	1	3	15,0	15,0	55,0
	2	1	5,0	5,0	60,0
	3	3	15,0	15,0	75,0
	4	2	10,0	10,0	85,0
	5	1	5,0	5,0	90,0
	7	2	10,0	10,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

sintoma_III

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sem sintomas	12	60,0	60,0	60,0
	com sintomas	8	40,0	40,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

Sum_IV

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	12	60,0	60,0	60,0
	1	3	15,0	15,0	75,0
	2	2	10,0	10,0	85,0
	3	1	5,0	5,0	90,0
	4	2	10,0	10,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

Sintomas_IV

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sem sintomas	15	75,0	75,0	75,0
	com sintomas	5	25,0	25,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

total

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	7	35,0	35,0	35,0
	1	2	10,0	10,0	45,0
	3	3	15,0	15,0	60,0

total

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	4	1	5,0	5,0	65,0
	5	1	5,0	5,0	70,0
	6	1	5,0	5,0	75,0
	7	2	10,0	10,0	85,0
	10	1	5,0	5,0	90,0
	13	1	5,0	5,0	95,0
	16	1	5,0	5,0	100,0
Total		20	100,0	100,0	

```

FREQUENCIES VARIABLES=sexo idade escolaridade parentesco_1 origem_acidente
ano_acidente Media_ano_acidente horas_acidente idade_alt_
aci mais_1_acidente quantos_aci_teve baixa_medica tipo_incapacidade Inc
apacidade_permanente seguir_aci_internamento
Local_interna_temp_1 tempo_dias_1 Local_2_internamento tempo_dias_2 local_
internamento_3 tempo_dias_3 tempo_baixa zona_lesao_a_cabeç
a b_face_e_orellhas c_membro_superior d_maos e_tronco f_membro_inferior
g_pes h_olhos i_orgaos_internos j_outra
utliza_protases_a b_talas_ortotoses c_auxiliares_de_marcha d_aparelhos_aju
da e_nao_utlizada_aparelhos ocupacao_actual trabalho_volun
tario regularidade formacao_profissional procura_ajuda_especializada
/STATISTICS=STDDEV VARIANCE RANGE MINIMUM MAXIMUM MEAN MEDIAN MODE SUM
/ORDER=ANALYSIS.

```

Frequências

[DataSet1] C:\Documents and Settings\Utilizador\Os meus documentos\Psychology\Master Thesis\Base - Final.sav

Statistics

		sexo	idade	escolaridade	parentesco_1	origem_acidente
N	Valid	20	20	20	20	20
	Missing	0	0	0	0	0
	Mean	,75	33,75	5,15	2,05	1,00
	Median	1,00	32,50	5,00	2,00	1,00
	Mode	1	26 ^a	5	1	1
	Std. Deviation	,444	11,684	1,309	1,099	,000
	Variance	,197	136,513	1,713	1,208	,000
	Range	1	44	5	3	0
	Minimum	0	19	2	1	1
	Maximum	1	63	7	4	1
	Sum	15	675	103	41	20

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

Statistics

		ano acidente	Media_ano_ acidente	horas_ acidente	idade alt aci
N	Valid	20	20	20	20
	Missing	0	0	0	0
	Mean	1999,30	9,70	17,6500	24,15
	Median	2003,00	6,00	14,0000	21,00
	Mode	2006	3	13,00	20
	Std. Deviation	10,084	10,084	18,21010	8,964
	Variance	101,695	101,695	331,608	80,345
	Range	41	41	89,00	32
	Minimum	1966	2	1,00	13
	Maximum	2007	43	90,00	45
	Sum	39986	194	353,00	483

Statistics

		mais_1_ acidente	quantos_aci_ teve	baixa medica	tipo_ incapacidade
N	Valid	20	20	20	20
	Missing	0	0	0	0
	Mean	,15	,50	,45	4,00
	Median	,00	,00	,00	4,00
	Mode	0	0	0	4
	Std. Deviation	,366	1,000	,510	,000
	Variance	,134	1,000	,261	,000
	Range	1	4	1	0
	Minimum	0	0	0	4
	Maximum	1	4	1	4
	Sum	3	10	9	80

Statistics

		Incapacidade permanente	seguir_aci_ internamento	Local_ interna_ temp 1	tempo_dias_ 1
N	Valid	20	20	20	20
	Missing	0	0	0	0
	Mean	75,55	1,00	2,10	178,55
	Median	77,50	1,00	2,00	60,00
	Mode	80	1	1	15 ^a
	Std. Deviation	10,724	,000	1,210	319,869
	Variance	114,997	,000	1,463	102316,050
	Range	35	0	3	1080
	Minimum	60	1	1	15
	Maximum	95	1	4	1095
	Sum	1511	20	42	3571

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

Statistics

		Local_2_ internamento	tempo_dias_2	local_ internamento_3	tempo_dias_3
N	Valid	20	20	20	20
	Missing	0	0	0	0
	Mean	4,10	48,50	4,60	15,3500
	Median	4,50	4,50	5,00	,0000
	Mode	5	0	5	,00
	Std. Deviation	1,071	72,132	,821	60,08877
	Variance	1,147	5203,000	,674	3610,661
	Range	3	220	3	270,00
	Minimum	2	0	2	,00
	Maximum	5	220	5	270,00
	Sum	82	970	92	307,00

Statistics

		tempo baixa	zona_lesao_ a_ cabeca	b_face_e_ orelhas	c_membro_ superior	d_maos
N	Valid	20	20	20	20	20
	Missing	0	0	0	0	0
	Mean	494,25	,05	,10	,20	,30
	Median	365,00	,00	,00	,00	,00
	Mode	0	0	0	0	0
	Std. Deviation	496,690	,224	,308	,410	,470
	Variance	246700,724	,050	,095	,168	,221
	Range	1460	1	1	1	1
	Minimum	0	0	0	0	0
	Maximum	1460	1	1	1	1
	Sum	9885	1	2	4	6

Statistics

		e_tronco	f_membro_ inferior	g_pes	h_olhos	i_orgaos_ internos	j_outra
N	Valid	20	20	20	20	20	20
	Missing	0	0	0	0	0	0
	Mean	,50	,35	,20	,15	,40	,45
	Median	,50	,00	,00	,00	,00	,00
	Mode	0 ^a	0	0	0	0	0
	Std. Deviation	,513	,489	,410	,366	,503	,510
	Variance	,263	,239	,168	,134	,253	,261
	Range	1	1	1	1	1	1
	Minimum	0	0	0	0	0	0
	Maximum	1	1	1	1	1	1
	Sum	10	7	4	3	8	9

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

Statistics

		utiliza_ proteses_a	b_talas_ ortoses	c_auxiliares_ de marcha	d_aparelhos_ ajuda
N	Valid	20	20	20	20
	Missing	0	0	0	0
	Mean	,20	,10	,35	,45
	Median	,00	,00	,00	,00
	Mode	0	0	0	0
	Std. Deviation	,410	,308	,489	,510
	Variance	,168	,095	,239	,261
	Range	1	1	1	1
	Minimum	0	0	0	0
	Maximum	1	1	1	1
	Sum	4	2	7	9

Statistics

		e_nao_ utilizada_ aparelhos	ocupacao_ actual	trabalho_ voluntario	regularidade
N	Valid	20	20	20	20
	Missing	0	0	0	0
	Mean	,05	4,35	,35	,80
	Median	,00	4,00	,00	,00
	Mode	0	2	0	0
	Std. Deviation	,224	2,033	,489	1,152
	Variance	,050	4,134	,239	1,326
	Range	1	6	1	3
	Minimum	0	2	0	0
	Maximum	1	8	1	3
	Sum	1	87	7	16

Statistics

		formação_ profissional	procura_ ajuda_ especializada
N	Valid	20	20
	Missing	0	0
	Mean	,20	,40
	Median	,00	,00
	Mode	0	0
	Std. Deviation	,410	,503
	Variance	,168	,253
	Range	1	1
	Minimum	0	0
	Maximum	1	1
	Sum	4	8

Frequency Table

sexo

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	feminino	5	25,0	25,0	25,0
	masculino	15	75,0	75,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

idade

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	19	1	5,0	5,0	5,0
	20	1	5,0	5,0	10,0
	21	1	5,0	5,0	15,0
	23	1	5,0	5,0	20,0
	24	1	5,0	5,0	25,0
	26	2	10,0	10,0	35,0
	28	1	5,0	5,0	40,0
	29	1	5,0	5,0	45,0
	31	1	5,0	5,0	50,0
	34	2	10,0	10,0	60,0
	35	1	5,0	5,0	65,0
	37	2	10,0	10,0	75,0
	41	1	5,0	5,0	80,0
	48	1	5,0	5,0	85,0
	49	1	5,0	5,0	90,0
	50	1	5,0	5,0	95,0
	63	1	5,0	5,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

escolaridade

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1_ciclo	1	5,0	5,0	5,0
2_ciclo	1	5,0	5,0	10,0
3_ciclo	3	15,0	15,0	25,0
secundario	7	35,0	35,0	60,0
freq_universitaria	5	25,0	25,0	85,0
licenciatura	3	15,0	15,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

parentesco_1

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid pai	9	45,0	45,0	45,0
mae	3	15,0	15,0	60,0
conjugue	6	30,0	30,0	90,0
outros	2	10,0	10,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

origem_acidente

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid viaçao	20	100,0	100,0	100,0

ano_acidente

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1966	1	5,0	5,0	5,0
1983	1	5,0	5,0	10,0
1990	1	5,0	5,0	15,0
1992	1	5,0	5,0	20,0
1995	1	5,0	5,0	25,0
2000	1	5,0	5,0	30,0
2001	2	10,0	10,0	40,0
2002	1	5,0	5,0	45,0
2003	2	10,0	10,0	55,0
2004	1	5,0	5,0	60,0
2005	3	15,0	15,0	75,0
2006	4	20,0	20,0	95,0
2007	1	5,0	5,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Media_ano_acidente

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 2	1	5,0	5,0	5,0
3	4	20,0	20,0	25,0
4	3	15,0	15,0	40,0

Media_ano_acidente

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	5	1	5,0	5,0	45,0
	6	2	10,0	10,0	55,0
	7	1	5,0	5,0	60,0
	8	2	10,0	10,0	70,0
	9	1	5,0	5,0	75,0
	14	1	5,0	5,0	80,0
	17	1	5,0	5,0	85,0
	19	1	5,0	5,0	90,0
	26	1	5,0	5,0	95,0
	43	1	5,0	5,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

horas_acidente

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1,00	1	5,0	5,0	5,0
	3,00	1	5,0	5,0	10,0
	5,00	2	10,0	10,0	20,0
	11,00	1	5,0	5,0	25,0
	12,00	1	5,0	5,0	30,0
	13,00	4	20,0	20,0	50,0
	15,00	1	5,0	5,0	55,0
	17,00	2	10,0	10,0	65,0
	18,00	1	5,0	5,0	70,0
	19,00	1	5,0	5,0	75,0
	21,00	2	10,0	10,0	85,0
	22,00	1	5,0	5,0	90,0
	24,00	1	5,0	5,0	95,0
	90,00	1	5,0	5,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

idade_alt_aci

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	13	1	5,0	5,0	5,0
	14	1	5,0	5,0	10,0
	16	2	10,0	10,0	20,0
	17	2	10,0	10,0	30,0
	20	3	15,0	15,0	45,0
	21	2	10,0	10,0	55,0
	23	1	5,0	5,0	60,0
	25	1	5,0	5,0	65,0
	27	1	5,0	5,0	70,0
	28	1	5,0	5,0	75,0
	29	1	5,0	5,0	80,0

idade_alt_aci

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	35	1	5,0	5,0	85,0
	36	1	5,0	5,0	90,0
	40	1	5,0	5,0	95,0
	45	1	5,0	5,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

mais_1_acidente

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nao	17	85,0	85,0	85,0
	sim	3	15,0	15,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

quantos_aci_teve

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	14	70,0	70,0	70,0
	1	4	20,0	20,0	90,0
	2	1	5,0	5,0	95,0
	4	1	5,0	5,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

baixa_medica

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	11	55,0	55,0	55,0
	1	9	45,0	45,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

tipo_incapacidade

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	inc_permanente	20	100,0	100,0	100,0

Incapacidade permanente

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	60	3	15,0	15,0	15,0
	62	1	5,0	5,0	20,0
	65	1	5,0	5,0	25,0
	67	1	5,0	5,0	30,0
	70	1	5,0	5,0	35,0
	72	1	5,0	5,0	40,0
	75	2	10,0	10,0	50,0
	80	4	20,0	20,0	70,0
	81	1	5,0	5,0	75,0

Incapacidade_permanente

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 85	1	5,0	5,0	80,0
87	2	10,0	10,0	90,0
90	1	5,0	5,0	95,0
95	1	5,0	5,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

seguir_aci_internamento

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid sim	20	100,0	100,0	100,0

Local_interna_temp_1

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid santa Maria	8	40,0	40,0	40,0
sao jose	7	35,0	35,0	75,0
outros	5	25,0	25,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

tempo_dias_1

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 15	2	10,0	10,0	10,0
27	1	5,0	5,0	15,0
28	1	5,0	5,0	20,0
29	2	10,0	10,0	30,0
35	1	5,0	5,0	35,0
45	1	5,0	5,0	40,0
55	1	5,0	5,0	45,0
60	2	10,0	10,0	55,0
90	2	10,0	10,0	65,0
120	1	5,0	5,0	70,0
124	1	5,0	5,0	75,0
125	1	5,0	5,0	80,0
144	1	5,0	5,0	85,0
290	1	5,0	5,0	90,0
1095	2	10,0	10,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Local_2_internamento

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid sao jose	2	10,0	10,0	10,0
alcoitao	4	20,0	20,0	30,0
outros	4	20,0	20,0	50,0

Local_2_internamento

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid sem internamento	10	50,0	50,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

tempo_dias_2

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	9	45,0	45,0	45,0
4	1	5,0	5,0	50,0
5	1	5,0	5,0	55,0
6	1	5,0	5,0	60,0
15	1	5,0	5,0	65,0
60	1	5,0	5,0	70,0
90	2	10,0	10,0	80,0
150	2	10,0	10,0	90,0
180	1	5,0	5,0	95,0
220	1	5,0	5,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

local_internamento_3

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid sao jose	1	5,0	5,0	5,0
alcoitao	1	5,0	5,0	10,0
outros	3	15,0	15,0	25,0
sem internamento	15	75,0	75,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

tempo_dias_3

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ,00	15	75,0	75,0	75,0
3,00	1	5,0	5,0	80,0
9,00	1	5,0	5,0	85,0
10,00	1	5,0	5,0	90,0
15,00	1	5,0	5,0	95,0
270,00	1	5,0	5,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

tempo_baixa

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	7	35,0	35,0	35,0
180	1	5,0	5,0	40,0
270	1	5,0	5,0	45,0
365	2	10,0	10,0	55,0
500	1	5,0	5,0	60,0

tempo_baixa

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	540	1	5,0	5,0	65,0
	730	1	5,0	5,0	70,0
	1095	5	25,0	25,0	95,0
	1460	1	5,0	5,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

zona_lesao_a_cabeça

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nao	19	95,0	95,0	95,0
	sim	1	5,0	5,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

b_face_e_orelhas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nao	18	90,0	90,0	90,0
	sim	2	10,0	10,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

c_membro_superior

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nao	16	80,0	80,0	80,0
	sim	4	20,0	20,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

d_maos

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nao	14	70,0	70,0	70,0
	sim	6	30,0	30,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

e_tronco

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nao	10	50,0	50,0	50,0
	sim	10	50,0	50,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

f_membro_inferior

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nao	13	65,0	65,0	65,0
	sim	7	35,0	35,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

g_pes

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nao	16	80,0	80,0	80,0
	sim	4	20,0	20,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

h_olhos

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nao	17	85,0	85,0	85,0
	sim	3	15,0	15,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

i_orgaos_internos

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nao	12	60,0	60,0	60,0
	sim	8	40,0	40,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

j_outra

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nao	11	55,0	55,0	55,0
	sim	9	45,0	45,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

utiliza_protases_a

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nao	16	80,0	80,0	80,0
	sim	4	20,0	20,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

b_talas_ortoses

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nao	18	90,0	90,0	90,0
	sim	2	10,0	10,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

c_auxiliares_de_marcha

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nao	13	65,0	65,0	65,0
	sim	7	35,0	35,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

d_aparelhos_ajuda

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nao	11	55,0	55,0	55,0
	sim	9	45,0	45,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

e_nao_utilizada_aparelhos

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nao	19	95,0	95,0	95,0
	sim	1	5,0	5,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

ocupação_actual

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	trabalha	6	30,0	30,0	30,0
	reformado	1	5,0	5,0	35,0
	reforma_invalidez	4	20,0	20,0	55,0
	programa_formação	3	15,0	15,0	70,0
	desempregado	3	15,0	15,0	85,0
	tarefas_domesticas	1	5,0	5,0	90,0
	outras_situações	2	10,0	10,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

trabalho_voluntario

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nao	13	65,0	65,0	65,0
	sim	7	35,0	35,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

regularidade

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	13	65,0	65,0	65,0
	semanalmente	5	25,0	25,0	90,0
	mensalmente	2	10,0	10,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

formação_profissional

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nao	16	80,0	80,0	80,0
	sim	4	20,0	20,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

procura_ajuda_especializada

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nao	12	60,0	60,0	60,0
	sim	8	40,0	40,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	