In: A.Maia, S. Silva e T. Pires, (orgs). (2009). Desafios da saúde e comportamento: actores, contextos e problemáticas. Actas do 1º Congresso de Saúde e Comportamento dos Países de Língua Portuguesa. Braga: CIPSI edições.

RELAÇÃO ENTRE PERTURBAÇÃO PSICOLÓGICA E SUPORTE SOCIAL EM VÍTIMAS DE ACIDENTES

Freitas, S., Rodrigues, I. & Maia, A.

Universidade do Minho

RESUMO

Introdução: Os acidentes graves são uma problemática recorrente na sociedade e possuem um forte impacto no bem-estar físico e psicológico do indivíduo.
Método: 51 vítimas de acidentes graves (de viação, de trabalho, domésticos e de lazer), maiores de 16 anos, responderam a questionários sobre percepção de ameaça, dissociação peri-traumática, estado de saúde, Perturbação de Stress Pós-Traumático (PTSD na sigla inglesa), depressão e ansiedade.
Resultados: a percepção de ameaça e a dissociação peri-traumática relacionam-se com PTSD. Além disso, quanto mais dissociação peri-traumática, mais ansiedade, e um pior estado de saúde correlaciona-se com mais ansiedade. Quanto menos suporte social mais PTSD, ansiedade e depressão. Há relação elevada entre PTSD, ansiedade e depressão.
Conclusão: Este estudo mostra que a percepção de ameaça do acidente e a dissociação peri-traumática se relacionam com perturbação actual e que o suporte social é uma variável muito importante para a saúde mental após acidentes graves.

INTRODUÇÃO

Os acidentes ocorrem frequentemente na população civil e são considerados acontecimentos potencialmente traumáticos, uma vez que ocorrem repentina e inesperadamente, ameaçam a integridade física das vítimas e são emocionalmente perturbadores (Kühn, Ehlert, Rumpf, Backhaus, Hohagen & Broocks, 2006).

O risco de desenvolver PTSD após sofrer ferimentos graves é estatisticamente baixo, mas dada a elevada frequência dos acidentes que maioritariamente os provocam, os ferimentos graves tornam-se numa das principais causas de desenvolvimento de PTSD (O'Donnell, Creamer, Bryant, Schnyder & Shalev 2003). Um estudo recente de O'Donnell, Bryant, Creamer e Carty (2008) concluiu que a maioria dos estudos que utilizaram amostras de admissões hospitalares após ferimentos traumáticos revelou prevalências de PTSD entre os 10% e os 30% 12 meses após o acontecimento.

Tendo em vista uma melhor compreensão acerca do motivo pelo qual alguns indivíduos possuem mais tendência do que outros para desenvolver perturbações psicológicas após um acontecimento traumático, constitui-se de grande utilidade poder prever a ocorrência destas perturbações. Em relação à PTSD, uma elevada proporção daqueles expostos a trauma não desenvolvem PTSD, pelo que é essencial compreender quais os factores que aumentam (ou diminuem) o risco desta perturbação, embora assumindo que a resiliência e vulnerabilidade individual se devem ter em consideração.

A resposta do sujeito no momento do trauma tem-se revelado como um dos melhores preditores, sobretudo a dissociação peri-traumática (Maia, 2007). Esta diz respeito à dissociação que ocorre durante o acontecimento, e cujos sintomas dissociativos são: "sensação subjectiva de se sentir desligado, de embotamento ou de ausência de reacção emocional; diminuição da consciência em relação ao meio circundante; desrealização; despersonalização; amnésia dissociativa" (APA, 2002, p. 471, 472). A meta-análise de Ozer, Best, Lipsey e Weiss (2003), com estudos publicados entre 1980 e 2000 acerca dos preditores de PTSD, concluiu que a dissociação peri-traumática foi o melhor preditor de PTSD. Por sua vez, uma meta-análise de 2008 debruçou-se exclusivamente sobre a relação entre a dissociação peri-traumática e a PTSD. Os estudos seleccionados revelaram que existe uma relação significativa e positiva entre esta variável e a PTSD, embora as diferenças

metodológicas entre os estudos não permitam estabelecer uma relação causal (Lensvelt-Mulders, van der Hart, van Ochten, van Son, Steele & Breeman, 2008).

A percepção de ameaça relacionada com o medo de morrer ou de poder ter morrido experienciada no momento do trauma constitui-se como outro preditor importante para o desenvolvimento de PTSD e também se revelou um preditor estatisticamente significativo na meta-análise de Ozer e col. (2003). Já uma investigação longitudinal empreendida com 72 vítimas de acidentes de viação com admissões consecutivas num hospital concluiu que as variáveis cognitivas, nomeadamente o distress experienciado e a ameaça percebida à vida/medo de poder morrer foram os melhores preditores de subsequente PTSD aos 3 e 6 meses após o acidente (Jeavons, Greenwood & Horne, 2000). Tendo em conta os resultados da investigação, os seus autores alertaram para a necessidade dos profissionais de saúde explorarem sintomas traumáticos nas vítimas de acidentes que apresentem níveis de distress elevados e medo de poder ter morrido, não se limitando apenas às vítimas dos acidentes mais graves.

Recentemente, os estudos sobre as consequências psicológicas após acidentes têm investigado outras perturbações além da PTSD que podem ter um potencial impacto traumático no indivíduo, influenciando a sua capacidade de *coping* com o acontecimento e a adaptação às suas consequências. Entre estas perturbações encontram-se a depressão e a ansiedade que são alvo deste estudo. A prevalência destas perturbações após acidentes graves é menos conhecida do que a de PTSD mas, por outro lado, é mais constante. No que concerne à depressão, O'Donnell e col. (2008) concluíram que esta é uma condição comum após ferimentos resultantes de acidentes e, já no que diz respeito às perturbações de ansiedade, advogaram que a sua prevalência não tem sido alvo de investigações rigorosas, encontrando-se valores algo díspares.

A depressão e a ansiedade também se encontram muitas vezes em comorbilidade com PTSD. Por exemplo, num estudo de *follow-up* com vítimas de acidentes de viação, Blanchard, Hickling, Freidenberg, Malta, Kühn e Sykes (2004) diagnosticaram depressão em cerca de metade dos indivíduos com PTSD e uma percentagem um pouco menor com perturbações de ansiedade.

Torna-se simples depreender que os acidentes graves têm um impacto pessoal e social muito grande, o que se traduz numa necessidade de suporte social incondicional para reintegrar estes indivíduos no seu contexto familiar, laboral e social e assim

restabelecer a saúde abalada face a estas potenciais adversidades. De facto, segundo Dunbar, Ford e Hunt (1998) o suporte social é um dos principais conceitos na Psicologia da Saúde, podendo contribuir para o aliviar o distress em situações sensíveis.

A literatura postula que o suporte social é visto como um importante factor na diminuição do impacto do stress traumático (Holeva, Tarrier & Wells, 2001), ou seja, um suporte social positivo exerce um papel fundamental no bem-estar e na saúde física e psíquica dos indivíduos, tendo um papel moderador e inibidor no desenvolvimento de PTSD e outras perturbações (Varela & Leal, 2008). Com efeito, os estudos com vítimas de trauma demonstram de uma forma consistente que o apoio adequado está relacionado com a melhor adaptação da vítima, enquanto a sua ausência é preditora de PTSD.

No entanto, e apesar de os estudos referirem que as interacções sociais negativas geram efeitos negativos no ajustamento da vítima, há autores que defendem que as interacções sociais positivas também não parecem ter muito impacto no ajustamento das vítimas (Amir, Foa & Cashman, 1997; Riggs, Dancu, Gershuny, Greenberg & Foa, 1992, cit. in Pires & Maia, 2004). Um dos motivos para tal suceder pode estar relacionado com o facto dos acidentes graves se traduzirem frequentemente num pior estado de saúde. Creamer, Burgess e McFarlane (2001) corroboram que a lesão traumática é uma das principais causas para o desenvolvimento de perturbação, nomeadamente PTSD, pelo que o estado de saúde também se apresenta como um importante preditor no desenvolvimento e/ou manutenção de perturbação psicológica.

MÉTODO

Participantes

No presente estudo participaram 51 vítimas de acidentes de ambos os sexos (84,3% homens e 15,7% mulheres), com idades compreendidas entre os 16 e 85 anos (X= 42,2), vítimas de acidentes graves, nomeadamente acidentes de viação, de trabalho, domésticos e de lazer, internados ou acompanhados na consulta hospitalar do Serviço de Ortopedia do Hospital Senhora da Oliveira – Guimarães e Serviço de Medicina Física e Reabilitação do Hospital de S. Marcos – Braga. No que concerne ao estado civil constatou-se que 35,3% dos participantes são solteiros, 58,8% casados/união de facto, 2% divorciados e 3,9% viúvos. Cerca de 47,1% dos participantes sofreram acidentes de viação, 19,6% de trabalho e 33,3% de Acidentes Domésticos e de Lazer.

Instrumentos

Para avaliar as variáveis em estudo foram utilizados alguns instrumentos. Inicialmente foi administrado o *Questionário Sócio-demográfico* de Pires (2005), que sofreu algumas adaptações para se adequar aos propósitos desta investigação. Neste constam sobretudo algumas perguntas relativas aos dados biográficos das vítimas e relativas ao acidente, bem como questões acerca da percepção de ameaça do acidente. De modo a avaliar a presença de sintomas de PTSD foi administrada a *Escala de Avaliação da Resposta ao Acontecimento Traumático* (EARAT; McIntyre & Ventura (1996); por sua vez, o *The Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS; McIntyre, Pereira, Soares, Gouveia & Silva, 1999, cit in Gouveia, 2004) foi administrado para avaliar a presença de sintomatologia ansiosa e depressiva. Por fim, as respostas peri-traumáticas foram avaliadas através do *Questionário de Experiências Peri-Traumáticas* (QEPT; Maia, Moreira & Fernandes, 2009), o estado de saúde pelo *Sickness Impact Profile* (SIP; McIntyre, McIntyre & Soares, 2000, cit. in. Pires, 2005) e o suporte social pela *Escala de Apoio Social* (EAS; Matos & Ferreira, 1999).

Procedimento

Após o consentimento das instituições iniciou-se a avaliação dos sujeitos num único momento, entre Dezembro de 2008 e Março de 2009, através dos instrumentos de avaliação já referenciados. Este processo desenvolveu-se em contexto hospitalar, designadamente durante o internamento ou após as consultas médicas dos pacientes, explicando-lhes sempre o propósito do estudo de modo a obter o seu consentimento informado, e dando-lhes total liberdade para aceitarem ou recusarem a sua participação no estudo.

RESULTADOS

Os resultados mostram que 43,1% dos participantes apresentam sintomas compatíveis com o diagnóstico de PTSD; 43,1% sintomatologia ansiosa e 27,5% sintomatologia depressiva. Além disso, 72,5% vivenciou o acontecimento como ameaçador, e 58,8% experienciou dissociação durante o acidente. Os resultados revelaram ainda que os participantes apresentam um estado de saúde precário uma vez que a sua média foi de 71,8% (d.p.= 9,5) numa escala que varia de 0 a 100%, e em que

100% representa um pior estado de saúde. Por fim, o suporte social dos participantes foi de encontro aos resultados obtidos no estudo de adaptação portuguesa deste instrumento, que envolveu participantes da população geral (M=65,7; D.P.= 10,8).

A percepção de ameaça no momento do acidente correlaciona-se significativamente com a PTSD (*rsp= .385, p< .01*) ou seja, quanto maior a percepção de ameaça, mais sintomas de PTSD os participantes apresentaram. De modo semelhante a dissociação peri-traumática também se correlaciona significativa e positivamente com os sintomas de PTSD (*rsp= .337, p< .05*).

Por sua vez, os sintomas de PTSD encontram-se negativa e estatisticamente correlacionados com o suporte social (*rsp= - .414, p< .01*). Assim, quanto pior o suporte social dos participantes, mais sintomas de PTSD. Ademais, os sintomas de PTSD estão estatisticamente correlacionados com a sintomatologia ansiosa (*rsp= .692, p< .01*) e depressiva (*rsp= .678, p< .01*), ou seja, quanto mais sintomas de PTSD maior a sintomatologia ansiosa e depressiva.

Os sintomas de ansiedade e depressão apresentam respectivamente uma correlação negativa e estatisticamente significativa com o suporte social (*rsp= .-396, p< .01; rsp= .-499, p<.01*), ou seja, quanto pior suporte social, maior este tipo de sintomatologia. Além disso, a sintomatologia ansiosa e depressiva correlacionam-se significativa e positivamente entre si (*rsp= .641, p< .01*).

Por fim, os participantes que apresentam pior estado de saúde são os que relatam mais sintomas compatíveis com PTSD *(rsp= .234, p< .10)* e pior suporte social (*rsp= -* .286, p< .10), tendo ambos obtido um efeito marginalmente significativo.

DISCUSSÃO

As análises realizadas permitiram concluir que a percentagem de participantes com PTSD é muito elevada, sendo que esta perturbação foi mais frequentemente encontrada nos participantes que revelaram percepção de ameaça à vida e dissociação peri-traumática no momento do acidente. Estes aspectos vão de encontro à literatura, nomeadamente à meta-análise de Ozer e col. (2003) que concluiu que a dissociação peri-traumática foi o melhor preditor de PTSD, enquanto que a percepção de ameaça relacionada com o medo de morrer ou de poder ter morrido também se revelou um preditor estatisticamente significativo para o desenvolvimento de PTSD.

A PTSD também se encontrou associada com o humor depressivo e a sintomatologia ansiosa, o que comprova os resultados de outros estudos sobre a comorbilidade entre estas perturbações ser comum nas vítimas de acidentes graves (e.g., Blanchard et al., 2004). De salientar que neste estudo a sintomatologia ansiosa foi consideravelmente superior ao humor depressivo, facto não passível de ser contrastado com o veiculado pela literatura, uma vez que a prevalência das perturbações de ansiedade não têm sido alvo de investigações rigorosas nesta população (O'Donnell et al., 2008).

Os resultados revelaram ainda que os acidentes graves interferem claramente com a saúde física dos indivíduos, podendo estes ficar com limitações e lesões físicas que prejudicam temporária ou definitivamente o desempenho das suas actividades sociais diárias. Neste estudo, o estado de saúde apresenta uma correlação significativa com a perturbação psicológica, ou seja, os sujeitos que relatam um pior estado de saúde apresentam mais sintomas de PTSD, ansiedade e depressão.

Por outro lado, denota-se que aqueles que revelam ausência de perturbação psicológica beneficiam de um maior suporte social. De facto, o suporte social, tal como mostram alguns estudos, poderá restabelecer a saúde abalada face a potenciais adversidades. A literatura postula que o suporte social é visto como um importante factor na diminuição do impacto do stresse traumático (Holeva, Tarrier & Wells, 2001) ou seja, um suporte social positivo exerce um papel fundamental no bem-estar e na saúde física e psíquica dos indivíduos, tendo um papel moderador e inibidor no desenvolvimento de PTSD e outras perturbações, permitindo um melhor ajustamento ao trauma (Varela & Leal, 2008). De facto, os acidentes graves têm um impacto pessoal e social muito grande, o que se traduz numa necessidade de suporte social incondicional para reintegrar estes indivíduos no seu contexto familiar, laboral e social. O isolamento, dificuldade de sentir amor ou afecto e sentimentos de que não vale a pena planear o futuro são características muito comuns em vítimas de acidentes graves e potencialmente perturbadores (Albuquerque, Soares, Jesus & Alves, 2003), e o suporte social pode contribuir para ultrapassar estas experiências intensas.

Com a realização deste estudo foi permitido concluir que a Psicologia da Saúde poderá ser fulcral e muito utilitária nestes contextos. Ernest Hemingway dizia que *"O mundo fere todas as pessoas, mas depois, muitas tornam-se fortes nos lugares*

feridos...". Assim, é primordial que os indivíduos aprendam a viver com os acontecimentos de vida traumáticos e com as possíveis consequências que deles possam advir. Claro que tudo isto é melhor conseguido se os doentes obtiverem a ajuda de um profissional de saúde que os auxilie e promova a mudança pessoal, ajustamento a uma nova situação, interacção com diferentes técnicos de saúde, adesão a tratamentos e medidas de reabilitação (Trindade & Teixeira, 2000).

Por tudo isto é essencial que exista uma multidisciplinaridade hospitalar, onde diferentes profissionais de saúde colaborem entre si de modo a proporcionar aos seus pacientes um bem-estar físico e psicológico adequado, melhorando assim a sua saúde e qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

Albuquerque, A., Soares, C., Jesus, P. & Alves, C. (2003). Perturbação Pós-Traumática do Stress (PTSD): Avaliação da taxa de ocorrência na população adulta portuguesa. *Acta Médica Portuguesa*, 16; 309-320.

American Psychological Association (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – versão revista* (4ª ed.). Lisboa: Climepsi.

Blanchard, E. B., Hickling, E. J., Freidenberg, B. M., Malta, L. S., Kühn, E., & Sykes, M. A. (2004). Two studies of psychiatric morbidity among motor vehicle accident survivors 1 year after the crash. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 569–583.

Creamer, M., Burgess, P., & McFarlane, A. C. (2001). Post-traumatic stress disorder: Findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-being. *Psychological Medicine*, 31(7); 1237−1247.

Dunbar, M., Ford, G., & Hunt, K. (1998). Why is the receipt social support associated with increased psychosocial distress? An examination of three hypotheses. *Psychology and Health,* 13; 527-544.

Gouveia, J. L. R. V. (2004). *Diferenças ao nível do género na Adaptação Psicossocial a curto prazo no pós Enfarte Agudo do Miocárdio*. Dissertação de Mestrado na área de especialização em Psicologia da Saúde apresentada na Universidade do Minho.

Holeva, V., Tarrier, N. & Wells, A. (2001). Prevalence and Predictors of Acute Stress Disorder and PTSD Following Road Traffic Accidents: Thought Control Strategies and Social Support. *Behaviour Therapy*, 32; 65-83.

Jeavons, S., Greenwood, K., & Horne, D. (2000). Accident cognitions and subsequent psychological trauma. *Journal of traumatic stress*. 13, 359-365.

Kühn, M., Ehlert, U., Rumpf, H., Backhaus, J., Hohagen, F., & Broocks, A. (2006). Onset and maintenance of psychiatric disorders after serious accidents. *European Archieves of Psychiatry Clinical Neuroscience*, 256, 497–503.

Lensvelt-Mulders, G., van der Hart, O., van Ochten, J. M., van Son, M. J. M., Steele, K., & Breeman, L. (2008). Relations among peritraumatic dissociation and posttraumatic stress: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 28,1138–1151.

Maia, A. C. (2007). Factores Preditores de PTSD e Critérios de Selecção em Profissionais de Actuação na Crise. In L. Sales (Coord.), *Psiquiatria da Catástrofe* (pp. 263-275). Coimbra: Almedina.

Maia, A., Moreira, S. & Fernandes, E. (2009). Adaptação portuguesa do Questionário de Experiências Dissociativas Peritraumáticas (QEDP) numa amostra de bombeiros. *Revista Psiquiatria Clínica*, 36, 1-9.

McIntyre, T. & Ventura, M. (1996). Escala de Avaliação de Resposta ao Acontecimento Traumático: versão Adolescentes. In L. S. Almeida, S. Araújo, M. M. Gonçalves, C. Machado & M. R. Simões (Orgs.), *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*, IV, (pp. 567-576). Braga: Associação dos Psicólogos Portugueses.

O'Donnell, M. L., Bryant, R. A., Creamer, M., & Carty, J. (2008). Mental health following traumatic injury: Toward a health system model of early psychological intervention. *Clinical Psychology Review*, 28, 387-406.

O'Donnell, M. L., Creamer, M., Bryant, R. A., Schnyder, U., & Shalev, A. (2003). Posttraumatic disorders following injury: an empirical and methodological review. *Clinical Psychology Review*, 23, 587–603.

Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129, 52–73.

Pires, T. & Maia, A. (2004). Acidentes rodoviários: O impacto nas suas vítimas. *Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Pires, T. (2005). *Perturbação de Stress Pós-traumático em vítimas de acidentes rodoviários*. Dissertação de Mestrado na área de especialização em Psicologia da Saúde apresentada na Universidade do Minho.

Trindade, I. & Teixeira, J. (2000). Aconselhamento psicológico em contextos de saúde e doença – Intervenção privilegiada em psicologia da saúde. *Análise Psicológica*; 1 (XVIII), 3-14.

Varela, M. & Leal, I. (2008). Perturbação de pós-stress traumático, estratégias de *coping* e suporte social. *Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Porto: Universidade do Porto.