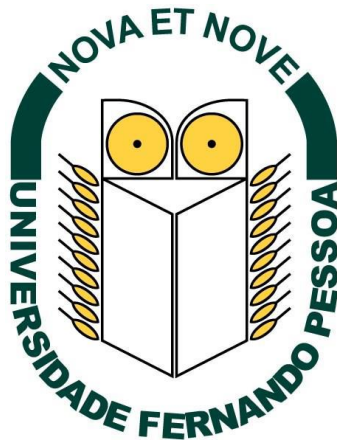


Ana Rita Gomes



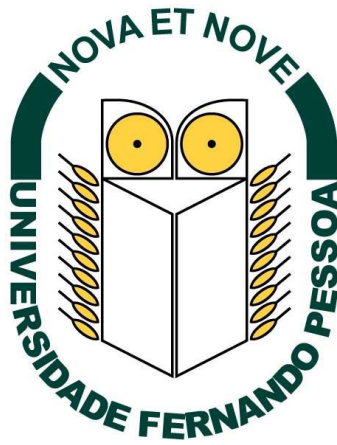
**Intervenção Psicológica em Crise: Respostas
Psicossociais Precoces a Vítimas de Acidentes de
Viação**

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Porto, 2022

Ana Rita Gomes



**Intervenção Psicológica em Crise: Respostas
Psicossociais Precoces a Vítimas de Acidentes de
Viação**

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Porto, 2022

Resumo

Vivemos numa era em que os acidentes de viação se destacam como sendo uma das maiores preocupações de saúde pública e geradores de trauma, provocando um impacto significativo na saúde mental das vítimas (OPP, 2015).

As vítimas de acidentes de viação, ao contrário do que é habitualmente considerado, vão para além dos indivíduos que são diretamente afetados pelo incidente (vítimas primárias), podendo também ser tidas como vítimas os familiares e amigos das vítimas primárias (vítimas secundárias) e, ainda, os profissionais que prestam o socorro (vítimas terciárias) (APAV, 2015).

A intervenção psicológica em crise torna-se, assim, fundamental para os indivíduos que sofreram acidentes de viação, uma vez que atua sobre o funcionamento psicológico do indivíduo e permite aliviar o impacto direto que é sentido devido ao evento traumático (Liria & Veja, 2002).

Nesta dissertação procura-se aprofundar o conhecimento científico sobre a intervenção psicológica em crise no que às vítimas de acidentes de viação diz respeito. Para isso, o principal objetivo do trabalho foi identificar as necessidades psicossociais sentidas pelas vítimas primárias e secundárias de acidentes de viação, assim como, caracterizar os cuidados psicossociais que percebem ter recebido após o acidente de viação e identificar como as vítimas primárias e secundárias acreditam que o impacto psicossocial poderia ser minimizado.

Os dados foram recolhidos através de um Questionário Sociodemográfico e de Caracterização do Acidente de Viação e participaram no estudo 87 indivíduos, 52 do sexo feminino, os quais representam 59,8% da amostra total e 35 são do sexo masculino (40,2%), tendo idades compreendidas entre os 18 e os 55 anos ($M= 30,09$; $DP= 10,187$). Das 87 vítimas de acidente de viação, 69 (79,3%) são vítimas primárias e 18 (20,7%) são vítimas secundárias.

Através da análise dos dados recolhidos, verificou-se que as vítimas de acidentes de viação, devem ser alvo de intervenção psicológica momentos após os acidentes, de modo a minimizar o impacto e prevenir que os sintomas, desvalorizados no momento do acidente, se agravem futuramente.

Palavras-chave: Intervenção Psicológica em Crise, Crise psicológica, Acidentes de Viação, Vítimas Primárias, Vítimas Secundárias

Abstract

We are living in an era in which traffic accidents stand out as one of the greatest public health concerns and trauma generators, causing a significant impact on the mental health of victims (OPP, 2015).

Victims of traffic accidents, contrary to what is usually considered, go beyond the individuals who are directly affected by the incident (primary victims), the family and friends of the primary victims are also considered victims (secondary victims) as well as the professionals who provide assistance (tertiary victims) (APAV, 2015).

Psychological crisis intervention becomes fundamental for individuals who have suffered traffic accidents, since it acts on the individual's psychological functioning and allows to alleviate the direct impact that is felt due to the traumatic event (Liria & Veja, 2002).

This dissertation seeks to deepen the scientific knowledge about psychological crisis intervention with regard to victims of traffic accidents. Thereby, the main objective of the work was to identify the psychosocial needs felt by the primary and secondary victims of traffic accidents, as well as to characterize the psychosocial care that they perceive to have received after the traffic accident and to identify how the primary and secondary victims believe that the psychosocial impact could have been minimized.

The data were collected through a Sociodemographic Questionnaire and Characterization of the Traffic Accident and 87 individuals took part in the study, 52 females, representing 59.8% of the total sample and 35 males (40.2%) aged between 18 and 55 years old ($M= 30.09$; $SD= 10.187$). Among the 87 victims of traffic accidents, 69 (79.3%) were primary victims and 18 (20.7%) were secondary victims.

The analysis of the data collected revealed that victims of traffic accidents should be subject to psychological intervention moments after the accidents, in order to minimize the impact and prevent the symptoms, devalued at the time of the accident, from worsening in the future.

Keywords: Psychological Crisis Intervention, Psychological Crisis, Traffic Accidents, Primary Victims, Secondary Victims

Agradecimentos

Ao longo destes últimos cinco anos as mudanças foram muitas, houve uma constante necessidade de adaptação e, acima de tudo, resiliência. Muitas vitórias, mas também muitas derrotas e, lidar com as derrotas, admito que foi o maior desafio de todos.

Os receios eram muitos, o medo era ainda maior, mas a realização deste trabalho seria a prova que conseguiria ultrapassar tudo a que me propusera. Mas a verdade é que não teria conseguido realizá-lo sem o apoio de algumas pessoas, às quais não posso deixar de agradecer.

À Prof. Dr.^a Isabel Silva, quero agradecer por todo o apoio e orientação. Ao longo de todo o meu percurso académico a sua simpatia, tranquilidade e sabedoria destacaram-se e sem dúvida que essas qualidades me ajudaram a ultrapassar todas as dificuldades e a tornar este caminho, que é dissertação, bastante mais fácil de percorrer.

A todos os que partilharam comigo este percurso académico, desde o corpo docente aos meus colegas, quero agradecer por todos os conhecimentos que me foram transmitidos.

Aos meus pais, obrigada por tornarem todo este percurso possível e por todos os dias lutarem para me dar a oportunidade de alcançar todos os meus sonhos.

Ao Fred pela paciência, pela compreensão e pelo amor. Obrigada por seres a pessoa que mais acredita em mim e nos meus sonhos.

A todos os meus amigos que me ajudaram ao longo de todos estes anos, obrigada por estarem sempre presentes.

Sou eternamente grata a todos os que sempre me apoiaram nesta que foi a fase mais desafiante da minha vida.

Índice

Introdução	1
Capítulo 1 – Enquadramento Teórico	3
1. Intervenção Psicológica em Crise	4
1.1. Crise Psicológica e Reações de Stress.....	4
1.2. Respostas Precoces.....	7
1.3. Intervenção em Crise.....	7
1.4. Serviços de Intervenção em Crise.....	9
1.5. Papel dos Psicólogos na Intervenção em Crise.....	10
1.6. Modelos de Intervenção em Crise.....	11
1.6.1. Modelo das Sete Fases de Roberts.....	12
1.6.2. Princípios de Hobfoll.....	13
1.6.3. Modelo dos Primeiros Socorros Psicológicos.....	15
1.7. Efeitos a Curto, Médio e Longo Prazo.....	19
2. Acidentes de Viação	22
2.1. Vítimas.....	24
Capítulo 2 – Estudo Empírico	25
3. Objetivos do Estudo	27
4. Método	27
4.1. Participantes.....	27
4.2. Material	29
4.2.1. Questionário sociodemográfico e de caracterização do acidente de viação	29
4.3. Procedimento	31

5. Resultados	32
5.1. Contexto do acidente.....	32
5.2. Necessidades psicossociais sentidas por vítimas primárias e secundárias após acidente de viação.....	34
5.3. Cuidados psicossociais que as vítimas primárias e secundárias percebem ter recebido após o acidente de viação.....	37
5.4. Como as vítimas primárias e secundárias acreditam que o impacto psicossocial poderia ser minimizado.....	39
6. Discussão	41
7. Conclusão	44
8. Referências Bibliográficas	46

Índice de Tabelas

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica dos participantes quanto ao sexo, idade, escolaridade, estado civil e situação profissional.....	28
Tabela 2. Características Sociodemográficas Vítimas primárias vs. Vítimas secundárias.....	32
Tabela 3. Contexto do Acidente Vítimas Primárias vs. Vítimas Secundárias..	33
Tabela 4. Necessidades sentidas após o acidente de viação.....	36
Tabela 5. Cuidados psicossociais recebidos após o evento.....	38
Tabela 6. Minimização do impacto psicossocial.....	40

Índice de Anexos

Anexo 1. Questionário sociodemográfico e de caracterização do acidente de viação.....	52
--	----

Introdução

Em Portugal, diariamente são inúmeros os casos de pessoas que passam por eventos potencialmente traumáticos e que necessitam de intervenção psicológica em crise (Ordem dos Psicólogos Portugueses [OPP], 2013).

A(s) crise(s) ocorre(m) quando acontecimentos stressantes sobrecarregam a capacidade dos indivíduos para lidar efetivamente com ameaças ou desafios percebidos. Correspondem a períodos de desequilíbrio (psicológico, social ou económico) que acarretam diversos problemas para o indivíduo, que não os consegue resolver recorrendo unicamente às suas estratégias e recursos habituais (OPP, 2013, p. 3).

Ao contrário do habitual *stress* e conflitos que fazem parte do nosso dia a dia, quer seja no trabalho ou em casa, uma crise psicológica corresponde a um período de desequilíbrio psicológico que resulta de uma situação exigente que foi vivenciada e que provoca, de tal forma, um elevado nível de medo e de ansiedade, que afeta os nossos mecanismos de *coping* e provoca um comportamento disfuncional (Roberts, 2005).

A intervenção psicológica em crise consiste em fornecer cuidados psicológicos às vítimas, aos seus familiares, assim como aos profissionais de emergência, de forma a promover o desenvolvimento de estratégias de adaptação, minimizar o impacto negativo do incidente e prevenir o prolongamento de sintomatologia psicológica, restaurando o nível funcional (Sá, Werlang & Paranhos, 2008).

Em qualquer situação de perigo, em que o ser humano fique sujeito a um sofrimento intenso, é espectável que surja um conjunto de sintomas intensos e duradouros, durante e após algum tempo da ocorrência, dos quais se pode tornar difícil de recuperar (OPP, 2017).

Decorrente destas situações de crise, são esperadas reações emocionais intensas que podem ser consideradas adaptativas de acordo com o momento traumático que é vivenciado. No entanto, torna-se fundamental que haja uma intervenção precoce, porque é a forma mais eficaz de prevenir a manifestação de psicopatologias que tendem a surgir, a médio e a longo prazo, após o evento traumático (Sá et al., 2008).

Os acidentes de viação são um exemplo desse sofrimento, em que o impacto a nível humano é potencialmente negativo na medida em que provoca danos quer a nível material, a nível físico e a nível psicológico (Associação Portuguesa de Apoio à Vítima [APAV], 2015).

Apesar das medidas de confinamento e restrições que foram implementadas devido à pandemia que condicionaram bastante a mobilidade, o último relatório da ANSR (2022), referente ao ano de 2021, apurou que em Portugal Continental registaram-se 29 217 acidentes com vítimas, dos quais 390 vítimas mortais, 2 106 feridos graves e 34 217 feridos leves.

A presente dissertação está organizada em dois capítulos, sendo que o primeiro diz respeito a um enquadramento teórico e o segundo diz respeito ao estudo empírico realizado.

Assim sendo, na primeira parte da presente dissertação encontra-se o primeiro capítulo que possui como principal objetivo apresentar a revisão teórica, onde se pretende expor o estado da arte no que concerne à intervenção psicológica em crise em contextos de acidentes de viação, englobando assim, as respostas psicossociais precoces que são fornecidas às vítimas dos acidentes de viação. Seguindo-se a segunda parte que é constituída por um segundo capítulo que tem como objetivo principal apresentar o estudo empírico, onde é possível encontrar os objetivos do estudo, a caracterização dos participantes, os materiais utilizados na presente investigação, o procedimento adotado, os resultados obtidos e a discussão dos mesmos e a conclusão final.

CAPÍTULO 1

Enquadramento Teórico

1. Intervenção Psicológica em Crise

1.1. Crise Psicológica e Reações de Stress

Vivemos numa constante tentativa de manter o equilíbrio entre nós mesmos e tudo o que se encontra ao nosso redor e quando há uma quebra neste equilíbrio, entramos num estado de crise. Quando o indivíduo, perante uma situação que o afeta emocionalmente, não consegue utilizar as ferramentas que normalmente utiliza na resolução de problemas, por exemplo, no que diz respeito às estratégias de *coping*, dá-se início a uma crise psicológica (Eastham, Coates, & Allodi, 1970).

No entanto, é importante ter em conta que uma crise psicológica não tem que surgir sempre que o indivíduo passa por um evento traumático. Uma pessoa pode ficar profundamente afetada por uma determinada situação, enquanto que outra não sofre qualquer efeito. Ou seja, as crises psicológicas não estão diretamente relacionadas com o evento traumático, mas estão sim relacionadas com a reação do indivíduo ao acontecimento (OPP, 2013).

Por mais que tentemos evitar, as crises acontecem na nossa vida e são experiências desagradáveis que são acompanhadas pelo desconforto, incerteza e imprevisibilidade (OPP, 2013).

Neste sentido, apesar de a resolução final do evento depender dos recursos pessoais e sociais da pessoa afetada, torna-se importante ter em conta que o processo de crise não pode ser visto apenas como algo negativo, mas também como algo que pode ser positivo. Daí Slaikeu (1996) referir, como exemplo, a palavra chinesa para crise que é composta por duas figuras que correspondem ao “perigo” e à “oportunidade”. Isto é, uma crise pode representar um obstáculo, desencadeando uma ameaça à saúde mental, ou então, pode representar uma oportunidade e ser um marco para um conjunto de mudanças e de crescimento pessoal.

Segundo o modelo de etapas da crise, quando o indivíduo se encontra perante um evento que desencadeia um estado de crise, primeiramente verifica-se uma desordem de reações iniciais perante o impacto. De seguida, passa para a etapa da negação, como forma de amortecer o impacto, em que o indivíduo prefere não pensar no que se sucedeu e finge que nada aconteceu. A terceira etapa, corresponde à intrusão, em que surgem ideias involuntárias de dor, pesadelos, imagens e todo o tipo de preocupações. Na quarta

etapa, o indivíduo passa para a elaboração, em que começa a expressar, identificar e comunicar os seus pensamentos, embora alguns indivíduos o consigam fazer por vontade própria, outros só o conseguirão fazer com ajuda externa. Por último, o término corresponde à etapa em que a experiência foi enfrentada, sentimentos e pensamentos identificados e, assim, o indivíduo passa a integrar o evento dentro da sua vida (Slaikeu, 1996).

O *stress* ocorre quando o indivíduo percebe uma determinada situação como excessiva e como ultrapassando as suas capacidades de adaptação, resultando num conjunto de reações de *stress* que surgem no organismo perante qualquer situação que envolva um esforço de adaptação (Selye, 1993).

Quando os indivíduos são direta ou indiretamente exposto a eventos traumáticos, as reações individuais variam, ou seja, perante a mesma situação os sobreviventes podem ou não experienciar reações de *stress* significativas e, entre os sobreviventes que apresentam reações de *stress*, o tipo e a intensidade dessas reações pode variar. A história pessoal de cada um, as crenças, valores e os recursos individuais, familiares e sociais, também contribuem para o significado que é atribuído à experiência traumática e têm um papel no processo de recuperação (OPP, 2015).

No entanto, embora as reações individuais possam ser diferentes, existe um padrão de comportamento, biológico, psicológico e de respostas sociais que é conhecido como Reação Aguda de *Stress*, que inclui (World Health Organization [WHO], 2016; Young et al., 2001):

→ Reações Emocionais: choque emocional, medo, irritabilidade, culpa, raiva, desespero, desamparo, luto, tristeza;

→ Reações Cognitivas: capacidade de concentração e de decisão prejudicadas, alteração da memória, confusão, distorção, diminuição da autoestima e autoeficácia, pensamentos intrusivos e preocupação;

→ Reações Físicas: dores de cabeça, fadiga, problemas gastrointestinais, queixas somáticas, problemas associados ao sono, alteração do apetite, diminuição da libido;

→ Reações Comportamentais: luta ou fuga, aumento de conflito, agitação, alienação, abandono de atividades, problemas no trabalho, problemas na escola.

Desta forma, torna-se fundamental monitorizar as reações iniciais de *stress*, no que diz respeito à intensidade, frequência e duração, para prevenir a sua evolução e, tal como esperado, diminuírem com o passar do tempo.

A literatura sugere que, quando há exposição ao trauma, os antecedentes pessoais, assim como as experiências após o incidente, poderão influenciar as reações de *stress*. Isto é, os sintomas de *stress* peri-traumáticos, que surgem durante ou imediatamente após a experiência traumática, podem variar consoante fatores de risco como: o perigo de risco de vida, violência extrema ou morte súbita, exigências emocionais intensas, histórico de problemas psiquiátricos ou familiares e histórico de perdas significativas recentes (Young et al., 2001).

Se é verdade que os fatores de risco podem contribuir para o desenvolvimento de psicopatologia posterior, existe, por outro lado, um conjunto de fatores de proteção, tais como: retomar as atividades do dia-a-dia, existência de suporte social, obtenção de informação adequada e fidedigna, assumir uma postura ativa face às consequências do incidente e atingir uma sensação de segurança, autoeficácia e esperança (Ommeren et al., 2005).

1.2. Respostas precoces

Perante uma crise psicológica, torna-se fundamental que exista uma intervenção com caráter de urgência, em que os indivíduos sejam providos de ajuda externa para auxiliar e aliviar os efeitos que resultaram do evento que foi vivenciado (Sá et al., 2008).

Segundo Rapoport (1967), a melhor forma de ajudar um indivíduo em crise psicológica é fornecendo-lhe um acesso rápido à ajuda, isto é, a autora acredita que, se num curto espaço de tempo, for facultado ao indivíduo apoio estratégico e objetivo, esta ajuda torna-se muito mais efetiva do que se o apoio for dado num período mais tardio e de menor acessibilidade emocional.

Isto verifica-se porque durante a crise, o indivíduo está motivado pelo sofrimento e encontra-se muito mais recetivo a sugestões e à mudança, tornando-se assim a intervenção curta, mas intensiva, muito mais produtiva do que o trabalho psicoterapêutico que é realizado muito tempo decorrido após o evento, quando a pessoa já não se encontra motivada (OPP, 2015).

A intervenção psicológica precoce, que é realizada no momento da crise, torna-se tão eficaz quanto a intervenção médica ao fornecer suporte de vida a um ferido grave (Sá et al., 2008).

1.3. Intervenção em Crise

Vivemos numa era em que os desastres súbitos, imprevisíveis e potencialmente geradores de trauma tornam-se cada vez mais presentes no nosso dia-a-dia, provocando um impacto significativo na saúde mental dos indivíduos que são vítimas desses eventos (OPP, 2015).

Embora a maioria das vítimas recupere naturalmente de eventos traumáticos, um número significativo de indivíduos necessita de apoio psicológico imediato e adaptado porque surgem dificuldades face ao incidente vivido (Carvalho & Matos, 2016).

Existem várias situações que são suscetíveis de provocar trauma, tais como acidentes de viação, crimes violentos (violação sexual ou violência doméstica), luto por morte inesperada ou traumática, suicídio, desastres naturais, entre outras situações. Todas estas circunstâncias podem resultar num conjunto de consequências negativas, tanto físicas, como psicológicas ou até materiais e económicas e, por este motivo, o apoio psicossocial torna-se fundamental (Sá et al., 2008).

Catástrofes, emergências e acidentes são tudo situações que são consideradas como possíveis desencadeadoras de *stress*, pelo caráter imprevisível e pelo perigo iminente que representam à integridade física e emocional das pessoas envolvidas. Embora em diferentes proporções, são tragédias responsáveis por um conjunto de danos materiais e humanos que resultam em traumas, muitas vezes, permanentes para os sobreviventes, familiares ou outros significativos que perdem os seus entes queridos (Paranhos & Werlang, 2015).

A intervenção em crise consiste num procedimento que, durante o período de desequilíbrio, atua sobre o funcionamento psicológico do indivíduo e permite aliviar o impacto direto que é sentido devido ao evento traumático (Liria & Vega, 2002).

O principal objetivo passa por auxiliar uma pessoa, família ou grupo a enfrentar um evento traumático e conseguir fazê-lo o mais precocemente possível de forma a que as reações despoletadas face ao incidente vivido, não evoluam para psicopatologia. Para isso, é importante minimizar os efeitos negativos e reforçar os fatores de proteção dos indivíduos que vivenciaram o evento traumático, ajudando-os a restabelecer as suas estratégias de *coping* e de resolução de problemas, a lidar com todos os sentimentos, pensamentos e emoções, assim como, ajudá-los a desenvolver um plano de ação (Roberts, 2005).

Tendo em conta que no momento da crise, as capacidades de resolução de problemas dos indivíduos estão comprometidas, o aconselhamento por parte do psicólogo tem como objetivo principal ajudá-los a reestabelecer a sensação de controlo sobre si e sobre o acontecimento (OPP, 2015).

No momento da crise, as defesas dos indivíduos estão mais fracas, o que faz com que se encontrem mais recetivos à ajuda. É fundamental, neste momento, ativar e estimular todos os recursos saudáveis da pessoa para que, por sua própria ação, consiga assumir um novo modo de funcionamento psicológico, interpessoal e social perante a situação desafiante que está a vivenciar (Coelho, 2006).

Torna-se ainda essencial ajudar estes indivíduos a organizar os seus pensamentos durante a crise porque, de um modo geral, apresentam uma grande dificuldade em estabelecer prioridades. Ou seja, perante uma situação traumática, surge um conjunto de pensamentos e sentimentos que fazem com que se preocupem mais com o que não podem resolver no momento e ignoram os problemas que conseguem resolver e que são de mais fácil resolução (Benveniste, 2000).

1.4. Serviços de Intervenção em Crise

O primeiro movimento que surge para ajudar os indivíduos em crise inicia-se em 1906 com o primeiro centro de prevenção do suicídio. Mas, só na década de 1940 é que começou a surgir toda a informação e prática sobre este tipo de intervenção desenvolvida por Erich Lindemann e por Gerald Caplan. Lindemann focou o seu trabalho no luto mal resolvido pelos familiares de vítimas mortais, enquanto que Caplan dedicou o seu trabalho à crise, estudou as várias fases na reação de crise e considerava que a crise surge quando o indivíduo se depara com obstáculos que não consegue ultrapassar usando os seus mecanismos habituais de resolução de problemas (Serra et al., 2015).

Face à crescente necessidade de serviços que dessem resposta a situações de crise, nomeadamente de suicídio, foi criada, em 1978, a primeira linha telefónica neste âmbito, o Centro SOS – Voz Amiga. Desde então foram elaborados inúmeros programas para dar resposta a este tipo de situações e, em 2004, ao nível da linha 112 para emergências médicas, surgiu o Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise (CAPIC) no Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) (OPP, 2015).

O CAPIC é composto por psicólogos que atuam em situações de crise, quer em intervenção no Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), para onde são transferidas as chamadas de situações como tentativas de suicídio, crises de ansiedade e ataques de pânico, entre outras, e onde os psicólogos podem auxiliar os profissionais, apoiando-os na gestão de chamadas difíceis. Ou então, podem intervir em emergência no terreno, cujo propósito é intervir no local da ocorrência, auxiliando as vítimas e familiares em situações potencialmente traumáticas (Serra et al., 2015).

As unidades móveis de intervenção psicológica em crise, expandiram-se por todos os países, incluído Portugal, e as vantagens que a elas estão associadas são inúmeras, nomeadamente, poder ser prestada ajuda imediata, existem benefícios por a intervenção ser feita no contexto da vítima e contribui para a prevenção do desenvolvimento de psicopatologia. Estas unidades são ativadas quando é necessária uma intervenção direta, quer seja com as vítimas, familiares ou até profissionais que foram expostos a situações traumáticas (Ligon, 2005).

1.5. Papel dos Psicólogos na Intervenção em Crise

São significativas as diferenças entre a psicoterapia e a intervenção em crise. Se por um lado, a psicoterapia se dedica, entre outros aspetos, ao desenvolvimento pessoal e reparação do dano psicológico existente, é procurada por iniciativa do cliente, é realizada exclusivamente por um psicólogo/a, num ambiente seguro e calmo, foca-se no passado, algum presente e algum futuro, é realizada semanas ou meses após o acontecimento que provoca sofrimento e tem uma duração de aproximadamente 8 a 12 sessões de 45 minutos. Por outro lado, a intervenção em crise dedica-se a prevenir o dano psicológico, diminuir a reação aguda de *stress* e restabelecer o funcionamento adaptativo, é realizada onde for necessário e próximo do *stressor*, é o técnico que vai ao encontro do indivíduo no terreno sem que este a solicite, foca-se no presente imediato (no aqui e agora), é realizada durante ou logo após a exposição ao evento crítico e tem uma duração de 3 a 5 contactos que podem durar poucos minutos (Mitchell, 2006).

Tendo em conta as características específicas da intervenção em crise, é fundamental que o psicólogo atue com o objetivo de satisfazer as necessidades imediatas da pessoa, com os recursos disponíveis e num curto espaço de tempo. O que, por sua vez, implica que seja (James & Guilliland, 2017; Moreno et al., 2003):

→ Calmo e Controlado – Perante uma crise, o psicólogo vai ter de lidar com situações exigentes e com reações exacerbadas e não há melhor forma de ajudar do que manter a calma e o equilíbrio;

→ Assertivo – Em situações de crise, é possível que surjam comportamentos agressivos por parte dos envolvidos e, por esse motivo, é importante que o psicólogo consiga manter os limites e não se deixe agredir quer física ou verbalmente;

→ Ágil e Flexível – Quando o psicólogo se depara com problemas complexos, aparentemente sem resolução e que devem ser resolvidos num período de tempo reduzido, é fundamental que consiga ser criativo, flexível e ágil para pôr em prática ações que permitam a resolução de problemas, a superação das dificuldades que possam surgir no processo de atenção, assim como, utilizar os recursos disponíveis para satisfazer as necessidades imediatas do afetado;

→ Organizado – Na intervenção em crise, é comum ter que se atuar em áreas desconhecidas e fora da zona de conforto e, por isso, é importante que o psicólogo seja organizado;

→ Resiliente – Tendo em conta que o psicólogo vai ter que lidar com situações difíceis, das quais nem sempre o resultado vai ser o esperado, é necessário que consiga recuperar rapidamente da situação;

→ Ativo e Direto – O psicólogo deve possuir reflexos mentais rápidos porque na intervenção em crise o fator tempo é crucial e devido à quantidade de assuntos que surgem e à diversidade de temas, é essencial que conseguia pensar rapidamente e objetivamente.

Os indivíduos que são afetados por um evento traumático, devem em conjunto com o técnico, estabelecer objetivos a curto prazo e a longo prazo para ajudar a organizar os pensamentos, sentimentos e emoções despoletados pelo incidente. A curto prazo é importante, por exemplo, tranquilizar as vítimas, gerir o medo, falar sobre o ocorrido, enquanto que a longo prazo, torna-se fundamental ajudar a retomar à rotina diária e recorrer à psicoterapia se necessário (Benveniste, 2000).

1.6. Modelos de Intervenção em Crise

Os indivíduos que são expostos a incidentes críticos, vivenciam experiências potenciadoras de *stress* agudo que podem resultar em reações fisiológicas, comportamentais, cognitivas, emocionais e espirituais, ficando, assim, mais suscetíveis a desenvolver determinados quadros psicopatológicos (Beja et al., 2018).

Neste sentido, para diminuir os potenciais impactos do episódio traumático, foram desenvolvidos vários modelos para que os técnicos conseguissem ajudar os indivíduos envolvidos, nomeadamente, o Modelo das Sete Fases de Roberts, os Princípios de Hobfoll e o Modelo dos Primeiros Socorros Psicológicos. O Modelo das Sete Fases de Roberts e o Modelo dos Primeiros Socorros Psicológicos têm em comum o facto de estarem estruturados por fases e focarem-se nos passos que são necessários para ajudar as pessoas em crise, por outro lado, distinguem-se pelo número de fases e especificidades da intervenção (James, 2008).

Torna-se importante salientar que apesar de estes modelos serem aplicados por fases, não significa que todas as fases tenham de ser cumpridas em todas as intervenções em crise. As fases devem ser interpretadas como um conjunto de tarefas a que o psicólogo deve prestar atenção durante a intervenção (Pereira, 2015).

1.6.1. Modelo das Sete Fases de Roberts

O modelo das sete fases de Roberts (1991) é utilizado na intervenção em crise para ajudar os indivíduos que se encontram numa fase aguda de crise psicológica, numa crise aguda situacional e na perturbação aguda de stress. Este modelo completo e sequencial, pode contribuir para a resolução de problemas, a identificação precoce dos precipitantes da crise, estratégias de *coping* eficazes, fatores de proteção e uma resolução eficaz da crise.

Desta forma, as sete fases consistem em (Roberts, 1991):

1ª Fase – Planear e realizar uma avaliação da crise, nomeadamente, a letalidade, perigo para si próprio e para os outros e as necessidades psicossociais imediatas. Os psicólogos que intervêm em situações de crise já são capazes de realizar uma avaliação rápida e contínua do risco iminente e da letalidade, em que têm que ter em conta se a pessoa necessita de intervenção médica, se tem ideação suicida, se se trata de uma vítima de algum tipo de crime violento, se existem crianças envolvidas, se a pessoa está sob efeito de álcool ou drogas, entre outros aspetos;

2ª Fase – Primeiro contacto e rápido estabelecimento da relação. Nesta fase, o psicólogo deve estabelecer uma relação de confiança com o indivíduo, predominando o respeito, aceitação e atitude de não julgamento;

3ª Fase – Identificar os principais problemas, incluindo, a “última gota” e os fatores precipitantes. Ou seja, torna-se importante identificar o evento precipitante que conduziu o indivíduo a procurar ajuda, os mecanismos de *coping* utilizados no passado e a letalidade;

4ª Fase – Lidar com sentimentos e emoções. É terapêutico para o indivíduo poder expressar as suas emoções e sentimentos num contexto privado e livre de qualquer

juízo. O psicólogo, nesta fase, deve recorrer à escuta ativa e validação, demonstrando empatia e suporte pelos sentimentos da pessoa;

5ª Fase – Gerar e explorar alternativas. Perante um evento exigente e traumático, as estratégias que normalmente são utilizadas não funcionam. Desta forma, os indivíduos podem desenvolver novas estratégias para lidar com a situação, umas adaptativas, outras menos adaptativas e outras até inadequadas. Tornando-se, assim, importante o psicólogo ajudar a pessoa a identificar e alterar as estratégias de *coping*;

6ª Fase – Desenvolver e formular um plano de ação. Quando os indivíduos se deparam com situações exigentes é importante o psicólogo se focar no restabelecimento do funcionamento cognitivo, porque vai ajudar a pessoa a identificar o porquê de um determinado evento ter despoletado uma crise e o que poderá fazer para lidar com a situação da melhor forma;

7ª Fase – Estabelecer um plano de *Follow-up*. Isto é, no final, o indivíduo deverá ser informado que se precisar, poderá e deverá, voltar a contactar o psicólogo, estabelecendo um agendamento de sessões ou um telefonema em datas específicas.

1.6.2. Princípios de Hobfoll

Hobfoll (2007), juntamente com um grupo de especialistas no estudo e tratamento de pessoas expostas a traumas e violência em massa, identificaram cinco princípios de intervenção que devem ser utilizados em situações de crise, que são:

→ Promoção da Sensação de Segurança

O psicólogo ao promover uma sensação de segurança, vai permitir reduzir os aspetos biológicos das reações de *stress* traumático e vai afetar positivamente os pensamentos que inibem a recuperação. De um ponto de vista de saúde pública, o foco passa por conduzir para um lugar seguro, tornar claro para os indivíduos que estão em segurança e ensinar como tornar o ambiente seguro. Relativamente à intervenção individual, recorre-se à exposição imagética e exposição sistemática e são utilizadas técnicas para ajudar as vítimas a focarem-se na realidade.

→ Promoção do Tranquilizar

Quando é desenvolvida uma sensação de calma, verifica-se uma redução da ansiedade, do entorpecimento e das emoções fortes, o que resulta numa melhoria do sono, alimentação, tomada de decisão e reduz a possibilidade de psicopatologia a longo prazo. No que diz respeito à saúde pública, é importante ajudar as pessoas a resolver preocupações, informar se ainda existe algum risco e dar informação sobre se os entes queridos estão em segurança. Quanto à intervenção individual, é realizado relaxamento muscular, treino de respiração abdominal e naturalização das reações de stress.

→ Promoção da Sensação de Autoeficácia e de Eficácia da Comunidade

Através da promoção da sensação de autoeficácia e eficácia da comunidade, vão ser fomentadas as crenças dos indivíduos sobre as suas capacidades, assim como, a autorregulação de pensamentos, emoções e comportamentos. No que há saúde pública diz respeito, torna-se fundamental dar recursos aos indivíduos, envolver as vítimas na tomada de decisões quando é possível o fazer e promover atividades que eram desenvolvidas na comunidade, como atividades religiosas, convívios, grupos de cura e de luto. Relativamente à intervenção individual, é importante lembrar os indivíduos da sua importância e eficácia, ajudá-los a estabelecer objetivos, de forma a definir objetivos alcançáveis, encorajar o *coping* ativo e promover a sensação de controlo.

→ Promoção da Conexão à Rede Social de Suporte

A promoção da conexão à rede social de suporte tem como benefícios promover um melhor bem-estar emocional e uma melhor recuperação, tal como, dá oportunidade de obter informação sobre recursos existentes, resolver problemas práticos, partilhar experiências e normalizar as reações de *stress*. Permite, quanto à saúde pública, identificar aqueles que não têm suporte e que provavelmente irão ficar socialmente isolados, ajudar os indivíduos a aproximarem-se dos seus entes queridos e aumentar a frequência dos contactos de suporte. No que diz à intervenção individual, permite um suporte formal, ajuda a procurarem apoio e ajuda a lidar com as discórdias entre os membros da família.

→ Promoção da Esperança

Se os indivíduos tiverem esperança, inevitavelmente irão estar associados resultados favoráveis tais como expectativas positivas, otimismo, sentimento de confiança e crenças espirituais fortes. De um ponto de vista da saúde pública, permite ajudar as pessoas a partilhar a sua experiência e esperança, construir significado do que aconteceu e aceitar que as suas vidas mudaram. Quanto à intervenção individual, possibilita a identificação e desenvolvimento de pontos fortes, a normalização das respostas, ajuda a lidar com os comportamentos de evitamento, ajuda a controlar os pensamentos auto depreciativos, assim como, permite encorajar comportamentos de *coping* positivo.

Atualmente, estes cinco princípios são considerados como transversais e podem ser utilizados em todas as intervenções e modelos na área da intervenção em crise. No entanto, é importante ter sempre em conta a população e a cultura local, de forma a adaptar a intervenção de acordo com as respetivas características (OPP, 2015).

1.6.3. Modelo dos Primeiros Socorros Psicológicos

De forma a reduzir o nível de *stress* provocado pelas situações potencialmente traumáticas, desenvolveu-se o modelo dos Primeiros Socorros Psicológicos (PSP). O modelo dos PSP é essencial para a primeira abordagem às vítimas de uma situação de crise (quer sejam crianças, adolescentes, adultos ou famílias) e tem como finalidade ajudar, de forma imediata, as vítimas e os restantes afetados pelo incidente, promovendo a utilização de mecanismos de *coping* positivos e, assim, um funcionamento adaptativo (Brymer et al., 2006).

Os Primeiros Socorros Psicológicos foram desenvolvidos para serem aplicados em intervenções de apoio psicossocial com o objetivo de reduzir o *stress* inicial que surge como resultado de eventos traumáticos e, conseqüentemente, contribuir para o processo de recuperação. Para isso, o modelo dos PSP procura promover o bem-estar físico e emocional, tranquilizar e orientar de forma empática, promover o suporte social, fornecer informações importantes para ajudar a lidar com a situação e reforçar respostas adaptativas (Lara et al., 2019).

Este modelo não assume que todas as vítimas irão desenvolver psicopatologia ou dificuldades na recuperação. Muito pelo contrário, assume sim, que os indivíduos que

foram sujeitos a uma situação traumática irão experienciar, inicialmente, um conjunto de reações de *stress* e se essas reações interferirem com o *coping* adaptativo será fundamental receber ajuda externa e suporte imediato (OPP, s.d.).

Em 2010, a Organização Mundial da Saúde (OMS) avaliou a eficiência dos Primeiros Socorros Psicológicos e concluiu que, se um indivíduo fosse exposto a um evento potencialmente traumático, que lhe deveria ser fornecido os PSP. Em 2009, a OMS encarregou Bisson de realizar uma revisão sistemática sobre a aplicação dos Primeiros Socorros Psicológicos e este concluiu que não existem evidências diretas que garantam a eficácia do modelo PSP, no entanto, existem evidências indiretas que apoiam a aplicação deste modelo nas primeiras semanas após o evento traumático (OPP, s.d.).

Na aplicação dos Primeiros Socorros Psicológicos, deve-se observar o cenário, dar suporte, manter uma presença calma, ser sensível à diversidade e estar atento à população de risco e existem oito ações essenciais que devem ser aplicadas nos Primeiros Socorros Psicológicos (Brymer et al., 2006):

- 1- Contacto e estabelecimento da relação.** O primeiro contacto é fundamental, se for bem efetuado permite uma boa relação terapêutica, que se revelará muito mais eficaz e o sobrevivente ficará mais recetivo a procurar ajuda no futuro. Deve ser estabelecida uma conexão humana compassiva, empática e não intrusiva, por exemplo, iniciar contacto após ter observado a situação, pessoa ou família e ter assegurado que não será intrusivo, pedir para falar, falar calmamente, ser paciente e sensível, explicar os objetivos, questionar sobre as necessidades imediatas e assegurar a confidencialidade. Perante a possibilidade de os sobreviventes não quererem a oferta de suporte naquele momento, essa decisão deve ser respeitada e o técnico deve indicar onde e como poderão obter ajuda mais tarde;
- 2- Segurança e conforto.** Após um incidente, deve-se restabelecer o sentimento de segurança e, para isso, aumentar a segurança física imediata, fornecer informações sobre os serviços de resposta ao incidente e oferecer conforto físico e emocional;
- 3- Estabilização.** Esta ação só é posta em prática se necessário, uma vez que é normal e espectável que a pessoa afetada desenvolva emoções fortes. No entanto, em caso de a vítima estar emocionalmente perturbada, de haver ativação fisiológica extrema ou ansiedade extrema, por exemplo, não responsivo a

orientações verbais, desorientado, reações emocionais extremas (choro), reações físicas incontrolláveis (tremores) ou atividades de risco, torna-se importante acalmar e orientar a vítima. Os passos para a estabilização passam por respeitar a privacidade das pessoas, dar tempo para perceber como estão, manter-se calmo e sem falar, mas presente, oferecer ajuda e suporte para lidar com os pensamentos e sentimentos do afetado, dar informação e ajudar a readquirir a sensação de controlo. Caso se mantenha a ativação emocional extrema, recorrer à respiração abdominal, relaxamento muscular ou *grounding*. Em último caso, se não se atingir a estabilização emocional, deve-se encaminhar para consulta médica porque poderá ser necessária a administração de medicação;

- 4- **Recolha de informação.** É importante tentar perceber quais são as necessidades e preocupações imediatas para ajustar a intervenção ao determinar quais os componentes dos primeiros socorros que serão mais úteis e identificar a necessidade de encaminhamento imediato;
- 5- **Assistência prática.** O técnico deve oferecer ajuda prática ao sobrevivente e, para isso, deve, em primeiro lugar, identificar as necessidades mais imediatas apesar de o sobrevivente ter frequentemente várias preocupações; em segundo lugar, deve clarificar as necessidades, ou seja, especificar o problema para que seja mais fácil estabelecer os passos práticos para o resolver; em terceiro lugar, discutir um plano de ação ao ajudar o sobrevivente a pensar no que pode ser feito; e por último, em quarto lugar, ajudar o sobrevivente a iniciar a ação e agir para atender a necessidade. Assim, ao ajudar as vítimas a lidarem com as suas necessidades e preocupações imediatas, o técnico irá contribuir para o aumento da sensação de *empowerment* e esperança;
- 6- **Conexão ao suporte social.** Após uma situação traumática, o suporte social pode ser fornecido por amigos, familiares, vizinhos ou comunidade e pode englobar o abraçar, a sensação de pertença, de que é valorizado e importante para alguém, sentir que tem pessoas em quem pode confiar ou que tem pessoas que lhe dão bons conselhos, tudo isto irá permitir a recuperação e a atingir bem-estar emocional;

7- Informação sobre o *coping*. O técnico deve fornecer informação às vítimas sobre as reações de *stress*, deve informar que a duração das reações de *stress* poderá variar consoante a gravidade da exposição ao trauma e perda, da gravidade das adversidades com que terá de lidar depois do trauma e da frequência com que estará exposto a estímulos que evoquem pensamentos e sentimentos relacionados com o evento e deve incentivar a utilização de estratégias adaptativas para lidar com elas;

8- Referência a serviços. Por último, o técnico deve promover a ligação dos indivíduos a serviços que sejam capazes de auxiliar a recuperação no presente ou no futuro.

Todas estas ações de ajuda psicológica devem ser postas em prática o mais precocemente possível e de forma flexível, uma vez que cada indivíduo poderá apresentar necessidades específicas, logo a quantidade de tempo despendida será diferente em cada ação (OPP, 2015).

1.7. Efeitos a Curto, Médio e Longo Prazo

Segundo o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5), os eventos traumáticos podem ser fatores decisivos para o desenvolvimento de duas reações patológicas altamente incapacitantes, a Perturbação Aguda de Stress e a Perturbação de Stress Pós-traumático (American Psychiatric Association [APA], 2014).

É importante ajudar as vítimas a compreenderem que existe um conjunto de reações emocionais, cognitivas, físicas e comportamentais, que é frequente de serem despoletadas perante situações traumáticas, mas que se houver uma continuidade destas reações ao longo do tempo, é possível que a situação evolua para uma psicopatologia (Beja et al., 2018).

As reações de *stress* com o tempo podem-se identificar como Reação Aguda de *Stress* (em que os sintomas surgem minutos após o evento e tendem a desaparecer dentro de 2/3 dias), Perturbação Aguda de *Stress* (quando as reações de *stress* se prolongam dos 3 dias até 1 mês) ou Perturbação de *Stress* Pós-traumático (quando a duração da sintomatologia é superior a um mês após o incidente) (APA, 2014; WHO, 2016).

Os sinais característicos destas perturbações incluem sintomas intrusivos (lembranças intrusivas, involuntárias e recorrentes sobre o acontecimento traumático, sonhos perturbadores, *flashbacks*), evitamento dos estímulos associados ao trauma (esforço para evitar estímulos externos como pessoas, lugares e objetos que despertem memórias, pensamentos ou emoções), alterações negativas nas cognições e humor (amnésia dissociativa, crenças negativas e persistentes, cognições distorcidas sobre as causas e consequências, estado emocional negativo, sensação de estranheza em relação aos outros e incapacidade de experimentar emoções positivas) e sintomas de ativação e reatividade (comportamento irritável, comportamento imprudente ou autodestrutivo, hipervigilância, dificuldade de concentração e perturbação de sono) (APA, 2014; Moreno et al., 2003).

→ Reação aguda de *Stress* (RAS)

Quando os indivíduos vivenciam um incidente crítico, isto é, um acontecimento negativo que altera o funcionamento habitual da pessoa e há perda do equilíbrio psicológico, podem ser desencadeadas várias reações. Estas reações são desenvolvidas pelo indivíduo como resposta de sobrevivência, para fazer face ao evento.

A Reação Aguda de *Stress* (RAS) é considerada uma resposta comum que o indivíduo desenvolve sem a presença de outra perturbação mental aparente, é expectável que aconteça perante uma situação adversa e, geralmente, desaparece dentro de horas ou dias (WHO, 2016).

Segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), a Reação Aguda de *Stress* pode ser considerada uma psicopatologia na medida em que interfere com os mecanismos de *coping* bem-sucedidos e, desta forma, contribui para problemas de funcionamento social (WHO, 2016).

O indivíduo que esteja a desenvolver uma Reação Aguda de *Stress*, irá demonstrar um conjunto de reações físicas (hipertensão arterial, taquicardia, dificuldade respiratória, queixas somáticas, náuseas), comportamentais (luta ou fuga, agitação, desconfiança), emocionais (choque emocional, depressão, ansiedade/pânico, culpa, raiva, medo, desespero, irritabilidade, sentimento de luto, vulnerabilidade) e cognitivas (atenção dispersa, dificuldade na tomada de decisão, negação, alteração da memória, confusão, distorção, preocupação) (Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM], 2012).

→ Perturbação Aguda de *Stress*

No caso da Perturbação Aguda de *Stress*, os indivíduos que experienciaram direta ou indiretamente um evento traumático ficam com memórias recorrentes do trauma, evitam estímulos relacionados com o evento e os sintomas prolongam-se entre três dias e, no máximo, quatro semanas, nunca excedendo um mês. A perturbação não pode ser diagnosticada até aos três dias após o evento, e pode progredir para Perturbação de *Stress* Pós-traumático depois de um mês.

Os indivíduos com esta perturbação, podem experienciar um conjunto de sintomas como: humor negativo, sintomas de intrusão (lembranças e sonhos angustiantes recorrentes, sofrimento psicológico intenso), sintomas dissociativos (noção de realidade alterado, incapacidade de recordar aspetos importantes do evento), sintomas de

evitamento (evitam lembranças que despertem recordações e sentimentos) e sintomas de excitação (comportamento irritadiço, raiva, hipervigilância, problemas de concentração).

Esta perturbação causa um sofrimento clinicamente significativo e prejuízo no funcionamento social, profissional ou noutras áreas da vida do indivíduo, uma vez que os níveis extremos de *stress* podem interferir com o sono, níveis de energia e capacidade de realizar tarefas. (APA, 2014).

→ **Perturbação de *Stress* Pós-traumático**

Embora a Perturbação de *Stress* Pós-traumático (PTSD), esteja presente na literatura desde a Primeira Guerra Mundial, foi em 1994 que foi introduzida pela primeira vez no DSM-4. Era designada como uma reação “choque da concha”, tendo em conta que as pessoas se fechavam e era considerada como um tipo de perturbação de ansiedade.

Com o DSM-5, passou a ser considerada uma perturbação relacionada com o trauma e *stress*, deixando cair em desuso a ideia de que esta perturbação era uma doença mental relacionada com a ansiedade, passando a aceitar-se que se trata de um distúrbio ligado a eventos externos (Coelho, 2006).

Como critérios de diagnóstico, os indivíduos têm de ter estado expostos a uma ameaça de morte, morte real, ferimento grave ou violência sexual, apresentam sintomas intrusivos, evitamento persistente dos estímulos associados ao evento traumático, alterações negativas nas cognições e humor, alterações na ativação e reatividade, mal-estar clinicamente significativo, défice no funcionamento social, ocupacional ou noutra área qualquer de funcionamento e os sintomas têm que ter uma duração superior a um mês (APA, 2014).

Vários estudos mostram que os sintomas de PTSD, apesar de terem mais prevalência nas vítimas diretas do evento traumático, um número substancial de indivíduos que não foram diretamente afetados pelo evento também podem apresentar critérios correspondentes a PTSD. Ou seja, as consequências psicológicas de um incidente podem estender-se para além das pessoas que foram diretamente afetadas pelo mesmo (Galea et al., 2003).

Tendo como exemplo o ataque terrorista do 11 de Setembro ao World Trade Centre em Nova Iorque, foram realizados vários estudos que comprovaram que após os atentados e com o passar dos meses, o número de vítimas com PTSD tendia a aumentar e, para além disso, ficou ainda comprovado que os efeitos do elevado trauma não

atingiram apenas as pessoas que foram diretamente afetadas, mas também as vítimas secundárias, isto é, família, amigos e população que foram expostos ao trauma através de meios de informação (Neria, DiGrande & Adams, 2011).

Para além destas respostas de perturbação, os indivíduos podem apresentar quadros de comorbidade, nomeadamente, de ansiedade fóbica, ansiedade generalizada, depressão e pânico (OPP, 2015).

2. Acidentes de Viação

Os acidentes de viação são, de um modo geral, acontecimentos inesperados que alteram a ordem de tudo e que, involuntariamente, originam danos às pessoas ou objetos envolvidos. Deste modo, todos os acontecimentos que provocarem dano voluntário, por exemplo, atropelar um peão intencionalmente, deixa de ser considerado acidente passando a ser contabilizado como crime (Pires & Maia, 2005).

Os acidentes resultam de um conjunto de falhas no sistema rodoviário, sistema este que é composto por quatro fatores: a via, o veículo, o ambiente e o fator humano. O sistema rodoviário, funciona pela interação contínua entre estes quatro fatores, através do ato de condução realizado pelo fator humano (Leal, 2012).

Em Portugal, e segundo a Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária (ANSR, 2016, p. 4), um acidente de viação pode ser considerado uma “ocorrência na via pública ou que nela tenha origem envolvendo pelo menos um veículo em movimento, do conhecimento das entidades fiscalizadoras (GNR e PSP) e da qual resultem vítimas e/ou danos materiais”.

Aos acidentes de viação estão inerentes um conjunto de consequências físicas, uma vez que do acidente podem resultar fraturas, paralisias, amputações, lesões neurológicas ou lesões cervicais. Desta forma, pode implicar consequências de saúde, devido à necessidade de internamentos, intervenções cirúrgicas, tratamentos, consultas ou medicação. Como resultado das limitações físicas temporárias, podem surgir consequências como dificuldade em manter uma atividade laboral, redução da qualidade das relações interpessoais, aumento do número de divórcios e aumento da taxa de suicídio. Para além destas consequências, a nível legal, surge um conjunto de dificuldades para o indivíduo e para a sua família, relativamente ao apuramento da culpa e responsabilidade, porque são geralmente processos morosos, custosos e que implicam

uma constante recordação do momento traumático, o que dificulta o processo de recuperação (Mayou, Bryant, & Ehlers, 2001).

A World Health Organization [WHO] (2018), identificou os acidentes de viação como uma preocupação atual de saúde pública, sendo por muitos apelidada como “a epidemia do século XXI”. Segundo o Relatório de *Status Global da OMS sobre Segurança Rodoviária*, no ano de 2016, registaram-se 1,35 milhões de mortes por acidente de viação, os acidentes são a oitava causa de morte que abrange todas as idades e são a causa nº1 de morte de crianças e jovens adultos entre os 5-29 anos.

De acordo com Mayou e Farmer (2002), 69% dos indivíduos passam por um acontecimento traumático pelo menos uma vez na sua vida, em que os acidentes de viação constituem o segundo tipo de situações traumáticas (28%) com mais prevalência durante a vida.

Sabe-se que em Portugal, no ano de 2021, entre o mês de Janeiro e o mês de Novembro, registaram-se 30 691 acidentes de viação com vítimas, dos quais resultaram 401 vítimas mortais, 2 297 feridos graves e 35 877 feridos leves. Comparando com a média do ano anterior (2020), verifica-se um aumento do número de acidentes com vítimas (+ 2 966), uma redução do número de vítimas mortais (- 3) e um aumento do número de vítimas com ferimentos: + 301 feridos graves e + 3 806 feridos leves. Relativamente à categoria das vítimas mortais, 72,6% eram condutores, 14,4% eram passageiros e 13,1% eram peões (ANSR, 2022).

Tendo em conta que no ano de 2020 se verificaram alterações na mobilidade como resultado das medidas de confinamento tomadas para conter a pandemia do SARS Cov-2, a sinistralidade rodoviária foi fortemente condicionada. Deste modo, a evolução dos dados entre o ano de 2020 e o ano de 2021, refletem o progressivo levantamento das medidas de confinamento e restrições aplicadas, com o aumento da mobilidade de peões e veículos e, conseqüentemente, o aumento do risco de acidente (ANSR, 2021; ANSR, 2022).

2.1. Vítimas

Habitualmente, as vítimas são consideradas pessoas que estão diretamente expostas a um incidente. No entanto, e segundo Taylor (1987), as vítimas são indivíduos que sofrem reações adversas derivadas de um ou de vários incidentes, independentemente se foram expostas de forma mais, ou menos direta.

Deste modo, podemos classificar as vítimas da seguinte forma:

- Vítimas primárias – foram diretamente expostas;
- Vítimas secundárias – familiares e amigos das vítimas primárias;
- Vítimas terciárias – profissionais que prestam o socorro;

Quanto às vítimas de acidentes de viação, são todos aqueles que utilizam a via rodoviária, desde os condutores, aos passageiros, assim como os peões. São consideradas vítimas vulneráveis os peões e velocípedes, nomeadamente, as crianças, idosos, grávidas e pessoas com mobilidade reduzida (APAV, 2015).

CAPÍTULO 2

Estudo Empírico

Capítulo 2 – Estudo Empírico

Perante uma situação de crise, neste caso, um acidente de viação, o foco principal passa pelo quadro físico. No entanto, sabe-se que tão importante como o estado de saúde físico, temos o estado de saúde psicológico, porque se não for realizada uma intervenção precoce nestas situações consideradas traumáticas, e se as vítimas não forem providas de ajuda externa para lidar com os efeitos negativos que são resultado do evento traumático, existe uma grande probabilidade de estas virem, futuramente, a desenvolver uma psicopatologia (Rapoport, 1967).

Neste sentido, a pertinência deste estudo passa por dar ênfase à importância que a intervenção psicológica em crise representa na vida das pessoas que experienciam situações tão dolorosas como acidentes de viação. Muitas vezes, a sua saúde mental é deixada para segundo plano e, como consequência desses atos, com o passar do tempo começam a surgir as consequências.

No presente capítulo irá ser descrito o método adotado para a realização deste estudo, referindo os objetivos do mesmo, os seus participantes e a respetiva caracterização sociodemográfica, quais os instrumentos administrados e o procedimento utilizado para a recolha de dados e a respetiva análise estatística, assim como se apresenta a discussão dos resultados e a conclusão final.

3. Objetivos do Estudo

O presente estudo tem como objetivo principal identificar as necessidades psicossociais sentidas por vítimas primárias e secundárias após acidentes de viação, assim como caracterizar os cuidados psicossociais que percebem ter recebido após esses acidentes de viação e identificar como as vítimas primárias e secundárias acreditam que o impacto psicossocial poderia ser minimizado.

4. Método

4.1. Participantes

A amostra de conveniência estudada na presente investigação é constituída por 87 indivíduos que foram vítimas de acidente de viação, dos quais 69 são vítimas primárias (79,3%) e 18 são vítimas secundárias (20,7%).

Dos 87 indivíduos, 52 são do sexo feminino (59,8 %) e 35 são do sexo masculino (40,2 %), com idades compreendidas entre os 18 e os 55 anos ($M= 30,09$; $DP=10,187$) (Tabela 1).

Quanto à escolaridade, a maioria dos participantes apresentam um nível de ensino secundário (41,4%) ou frequência do ensino superior (52,9%) (Tabela 1).

Em relação ao estado civil, a maioria dos participantes é solteira (69%; $n= 60$) (Tabela 1).

No que diz respeito à situação profissional, a maioria dos participantes encontra-se empregada (76,7 %) (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica dos participantes quanto ao sexo, idade, escolaridade, estado civil e situação profissional.

	Amostra (N= 87)		
	Média	Desvio Padrão	Mín – Max
Idade	30,09	10,187	18 – 55
	<i>n</i>	<i>%</i>	
Sexo			
Feminino	52	59,8	
Masculino	35	40,2	
Escolaridade			
2º Ciclo do Ensino Básico/ Ensino Preparatório (5º e 6º ano)	1	1,1	
3º Ciclo do Ensino Básico (do 7º ao 9º ano)	4	4,6	
Ensino Secundário (do 10º ao 12º ano)	36	41,4	
1º Ciclo do Ensino Superior/ Licenciatura	30	34,5	
2º Ciclo do Ensino Superior/Mestrado	16	18,4	
Estado Civil			
Solteiro(a)	60	69	
União de Facto/ Casado(a)	26	29,9	
Divorciado(a)/Separado(a)	1	1,1	
Situação Profissional			
Empregado(a)	66	76,7	
Desempregado(a)	3	3,5	
Estudante	17	19,8	

4.2. Material

No presente estudo, para a concretização prática de recolha de dados, foi elaborado um questionário – Questionário sociodemográfico e de caracterização do acidente de viação – que é composto por 2 partes, uma que inclui questões sociodemográficas e outra que inclui questões sobre o acidente de viação.

4.2.1. Questionário sociodemográfico e de caracterização do acidente de viação

Na primeira parte, os itens referentes aos dados sociodemográficos foram formulados para recolher informações relativas aos participantes, tais como, o sexo, a idade, a escolaridade, o estado civil e a situação profissional.

Na segunda parte, no que diz respeito às questões sobre o incidente, o questionário inclui questões que permitem identificar que tipo de vítima de acidente de viação estamos perante, se uma vítima primária ou secundária. De acordo com a resposta, são apresentadas perguntas sobre o contexto do acidente, necessidades sentidas após o acidente, cuidados psicossociais recebidos após o evento e sobre o que consideram que poderia ser diferente para o impacto ser minimizado.

As vítimas primárias, no que diz respeito às questões relativas ao contexto do acidente, são questionadas sobre o número de acidentes que já vivenciaram, o lugar ocupado na viatura, meio de transporte utilizado, se estiveram envolvidos outros veículos ou peões e se resultaram feridos do acidente. Relativamente às necessidades sentidas após o acidente, procuramos analisar se a vítima sentiu medo pela possibilidade de ter ficado seriamente ferido, se se preocupou em perceber se outras pessoas estavam envolvidas no acidente, de que forma lidou com as suas emoções e pensamentos e se existiu ou existe sentimento de culpa e/ou responsabilidade pelo acidente. Quanto aos cuidados psicossociais recebidos após o evento, as questões colocadas avaliam se foram ativados os meios de socorro, qual a perceção da prestação de socorro, se durante o auxílio a vítima se sentiu apoiada pelos técnicos de emergência médica, a perceção do tempo que os meios de socorro demoraram a chegar ao local, quem prestou ajuda (bombeiros, INEM, ...) e se a vítima recebeu apoio psicológico no local do acidente. Por último, foram ainda incluídas questões que permitem identificar como o impacto pode ser minimizado, nomeadamente,

se a vítima considera que teria beneficiado de outro tipo de ajuda no local do acidente e se considera que seria importante estar presente no local do acidente um psicólogo.

As vítimas secundárias, no que diz respeito às questões relativas ao contexto do acidente, são questionadas sobre a ligação que estabelecem com quem sofreu o acidente e onde se encontravam no momento do acidente. Relativamente às necessidades sentidas após o acidente, procuramos analisar o que a vítima sentiu quando viu ou soube do acidente e de que forma lidou com as suas emoções e pensamentos. Quanto aos cuidados psicossociais recebidos após o evento, as questões colocadas avaliam se foram ativados os meios de socorro, qual a perceção da prestação de socorro e se recebeu apoio psicológico no local do acidente. Por último, foram também incluídas questões que permitem identificar como julgam que o impacto pode ser minimizado, nomeadamente, se a vítima considera que teria beneficiado de outro tipo de ajuda e se considera que seria importante estar presente no local do acidente um psicólogo.

4.3. Procedimento

O projeto foi submetido para apreciação por parte da Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa, tendo recebido um parecer positivo.

A participação no presente estudo obedeceu a critérios de inclusão previamente determinados, nomeadamente, serem indivíduos do sexo masculino e feminino que tenham sido vítimas primárias (condutor, passageiro, peão) ou secundárias (família, amigos, outros significativos) de um acidente de viação, serem maiores de idade e que consintam a participação no estudo.

Todos os dados foram recolhidos online através de um link criado especificamente no *Google Forms*, que foi divulgado pelos contactos institucionais da UFP e pelas redes sociais (*Facebook* e *Instagram*).

Os participantes, para responderem ao questionário, tiveram de dar a sua autorização de forma livre e esclarecida através do formulário do *Google Forms*, onde foram informados que a participação seria voluntária, que não existiriam respostas certas ou erradas e que estas apenas se referem à experiência individual, que os dados fornecidos seriam tratados de forma confidencial e anónima, que o acesso aos dados recolhidos só seria possível pelos investigadores envolvidos e que tinham o direito de recusar a todo o tempo a participação no estudo, sem que isso tivesse como efeito qualquer prejuízo pessoal.

De salientar que as respostas dadas pelos indivíduos aos questionários, foram informatizadas automaticamente num documento *Excel*, criado pelo *Google Forms*, ficando apenas disponíveis ao investigador principal. Assim que todas as respostas necessárias estiveram reunidas, o link tornou-se indisponível.

Por fim, após a obtenção dos dados, a base em *Excel* foi exportada para o programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, cuja licença foi disponibilizada pelo departamento informático da Universidade Fernando Pessoa, tendo-se, de seguida, procedido à análise estatística dos mesmos.

5. Resultados

Neste ponto serão apresentados os resultados desta investigação, tendo em consideração os principais objetivos do estudo, através da análise estatística dos dados recolhidos recorrendo ao programa SPSS.

5.1. Contexto do Acidente

a) Vítimas Primárias

Relativamente ao contexto do acidente, as vítimas primárias eram maioritariamente mulheres (53,6%), solteiras (68,1%), com idades compreendidas entre os 18 e os 55 anos ($M= 30,64$; $DP= 10,078$) (Tabela 2), seguiam de carro (76,5%) e ocupavam o lugar de condutor (54,4%) (Tabela 3). Os dados revelaram que 71% das vítimas primárias já estiveram envolvidas em acidentes de viação anteriores, com uma média de 3 acidentes por pessoa, o que é um dado preocupante e revela a elevada frequência deste tipo de acontecimento.

b) Vítimas Secundárias

Quanto às vítimas secundárias, eram também maioritariamente mulheres (83,3%), solteiras (72,2%), com idades compreendidas entre os 19 e os 51 anos ($M= 28$; $DP= 10,627$) (Tabela 2), estabeleciam uma relação familiar com as vítimas primárias que sofreram os acidentes de viação (88,9%) e a maioria não estava presente no local do acidente, mas quando foram informadas dirigiram-se ao hospital (37,5%) (Tabela 3).

Tabela 2. Características Sociodemográficas Vítimas primárias vs. Vítimas secundárias

Vítimas Primárias (N= 69)				Vítimas Secundárias (N= 18)			
	<i>n</i>	%		<i>n</i>	%		
Sexo			Sexo				
Feminino	37	53,6	Feminino	15	83,3		
Masculino	32	46,4	Masculino	3	16,7		
Estado Civil			Estado Civil				
Solteiro(a)	47	68,1	Solteiro(a)	13	72,2		
União de facto/ Casado(a)	21	30,4	União de facto/ Casado(a)	5	27,8		
Divorciado(a)/ Separado(a)	1	1,4	Divorciado(a)/ Separado(a)	-	-		
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min-Max</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min-Max</i>	
Idade	30,64	10,078	18-55	Idade	28	10,627	19-51

Tabela 3. Contexto do Acidente Vítimas Primárias vs. Vítimas Secundárias

Vítimas Primárias (N= 69)				Vítimas Secundárias (N= 18)			
	n	%	Média		n	%	
Acidentes prévios				Relação			
Sim	49	71	3 acidentes	Família	16	88,9	
Não	20	29		Amigo	2	11,1	
Lugar ocupado no momento do acidente				Onde se encontrava no momento do acidente			
Condutor	37	54,4		No local	3	18,8	
Passageiro	28	41,2		Dirigiu-se ao local	2	12,5	
Peão	3	4,4		Dirigiu-se ao hospital	6	37,5	
Forma de deslocação				Dirigiu-se a casa do acidentado	2	12,5	
Carro	52	76,5		Não estava no local e não se deslocou	3	18,8	
Mota	12	17,6					
A pé	3	4,4					
Bicicleta	1	1,5					
Envolvimento de Terceiros							
Veículos	46	66,7					
Não estiveram envolvidos veículos/peões	23	33,3					
Ferimentos							
Ligeiros	28	40,6					
Graves	4	5,8					
Sem ferimentos	37	53,6					
Hospitalizações							
Sim	13	19,1					
Não	55	80,9					
Tempo desde a Hospitalização	Min	Max					
	186	12 775	3 496 dias				
Duração da Hospitalização	1	62	10 dias				
Feridos/Mortes							
Mortes	1	1,4					
Feridos	19	27,5					
Sem mortes/feridos	49	71					
Feridos/Mortes de pessoas significativas							
Sim	13	54,2					
Não	11	45,8					
Risco de Vida							
Sim	23	33,8					
Não	45	66,2					

5.2. Necessidades psicossociais sentidas por vítimas primárias e secundárias após acidente de viação

a) Vítimas Primárias

No que diz respeito ao medo que as vítimas primárias sentiram pela possibilidade de terem ficado seriamente feridas, podemos verificar que a maioria dos participantes releva ter sentido medo por breves momentos (42%) (Tabela 4).

Relativamente à preocupação pelo envolvimento de terceiros no acidente de viação, podemos observar que a maioria das vítimas primárias teve logo a preocupação em perceber se outras pessoas estavam envolvidas no acidente (54,6%) (Tabela 4).

Quanto à ajuda em lidar com as emoções e pensamentos, a maioria das vítimas primárias refere não ter havido nada que as ajudasse a lidar com as suas emoções e pensamentos depois de se aperceberem do que tinha acontecido (71%) (Tabela 4).

Em relação ao sentimento de responsabilidade, a maioria das vítimas primárias não se sente responsável pelo acidente (65,2%) (Tabela 4).

Quanto ao sentimento de culpa, a maioria das vítimas primárias nunca se sentiu culpada pelo acidente (65,6%) (Tabela 4).

Relativamente ao sentimento de que fizeram tudo o que podiam para ajudar os envolvidos no acidente, é possível perceber que a maioria das vítimas primárias sente que o fez (91,5%) (Tabela 4).

Através de uma análise qualitativa, foi possível identificar três categorias de estratégias de *coping* que as vítimas primárias utilizaram: 8 vítimas recorreram essencialmente a estratégias sociais, registando-se muitos relatos de que conseguiram lidar com as emoções e pensamentos “com o apoio dos médicos, família e amigos em como ia ficar bem”, “contactei um familiar”, “pensei na minha família”; 8 vítimas primárias recorreram a estratégias cognitivas, isto é, foram mais racionais no momento da crise e lidaram com as emoções e pensamentos através da “percepção clara do que tinha acontecido”, “racionalização da situação”, “analisar a situação em que estava envolvido” e apenas 2 vítimas lidaram com as suas emoções e pensamentos recorrendo a estratégias emotivas como manter a “calma”.

b) Vítimas Secundárias

Quanto à ajuda em lidar com as emoções e pensamentos, a maioria das vítimas secundárias revelam ter havido algo que as ajudasse a lidar com as suas emoções e pensamentos depois de se aperceberem do que tinha acontecido (66,7%) (Tabela 4).

Através de uma análise qualitativa, foi possível identificar três categorias de estratégias de *coping* que as vítimas secundárias utilizaram: 9 vítimas recorreram a estratégias de *coping* sociais, surgindo relatos que conseguiram lidar com as emoções e pensamentos porque “recebi muito apoio dos meus amigos e da minha família”, “devido à rápida chegada dos meios de socorro e o apoio da minha família”, “os meus amigos que estavam comigo”; 2 vítimas utilizaram estratégias cognitivas, ou seja, lidaram com as emoções e pensamentos através da racionalização “perceber que podia ter corrido pior”, “ir para o local e perceber se a pessoa estava bem” e apenas 1 vítima lidou com as suas emoções e pensamentos recorrendo a estratégias emotivas, nomeadamente, “respirar fundo”.

Tabela 4. Necessidades sentidas após o acidente de viação

Vítimas Primárias (N= 69)			Vítimas Secundárias (N= 18)		
	<i>n</i>	%		<i>n</i>	%
Medo por possíveis ferimentos			Ajuda a lidar com emoções/pensamentos		
Senti medo	21	30,4	Sim	12	66,7
Senti medo por breves momentos	29	42	Não	6	33,3
Não senti medo	19	27,5			
Preocupação pelo envolvimento de terceiros					
Foi logo a preocupação	36	54,6			
Só passado algum tempo	8	12,1			
Não o conseguiu fazer devido aos ferimentos	4	6,1			
Não o conseguiu fazer porque ficou em choque	2	3			
Percebeu que não tinha envolvido terceiros	16	24,2			
Ajuda a lidar com emoções/pensamentos					
Sim	20	29			
Não	49	71			
Sentimento de responsabilidade pelo acidente					
Sim	24	34,8			
Não	45	65,2			
Sentimento de culpa pelo acidente					
Nunca	42	65,6			
No início	11	17,2			
Ainda hoje	11	17,2			
Sentimento de que fez tudo o que podia para ajudar os envolvidos					
Sim	54	91,5			
Não	5	8,5			

5.3. Cuidados psicossociais que as vítimas primárias e secundárias percebem ter recebido após o acidente de viação

a) Vítimas Primárias

Relativamente às 69 vítimas primárias, é possível verificar que na maioria dos acidentes, houve a necessidade de acionar os meios de socorro (52,2%) (Tabela 5).

No que diz respeito à satisfação que sentiram relativamente à prestação de socorro, a maioria das vítimas primárias sentiram-se satisfeitas (55,6%) (Tabela 5).

Quanto ao apoio prestado pelos técnicos de emergência médica, podemos verificar que a maioria das vítimas primárias reconhece ter sido muito apoiada no local do acidente (58,4%) (Tabela 5).

Em relação à rapidez na prestação de socorro, é possível perceber que a maioria das vítimas primárias considera que a prestação de socorro foi realizada de forma rápida (38,9%) (Tabela 5).

Quanto ao socorro prestado, a maioria das vítimas primárias identificam terem sido socorridas pelos Bombeiros (77,7%) (Tabela 5).

Quando questionadas relativamente ao apoio concedido por um psicólogo ou outro profissional de saúde mental no local do acidente, a maioria das vítimas primárias referem não ter recebido qualquer apoio focalizado na saúde mental (98,3%) (Tabela 5).

b) Vítimas Secundárias

Por outro lado, no que às vítimas secundárias diz respeito, é possível observar que na maioria dos acidentes houve também a necessidade de acionar os meios de socorro (57,1%) (Tabela 5).

Relativamente ao apoio prestado pelos técnicos de emergência médica, podemos verificar que a maioria das vítimas secundárias reconhecem ter sido muito apoiadas (33,3%) e totalmente apoiadas (33,3%) no local do acidente (Tabela 5).

Quando questionadas relativamente ao apoio concedido por um psicólogo ou outro profissional de saúde mental no local do acidente, a maioria das vítimas secundárias refere não ter recebido qualquer apoio focalizado na saúde mental (91,7%) (Tabela 5).

Tabela 5. Cuidados psicossociais recebidos após o evento

Vítimas Primárias (N= 69)			Vítimas Secundárias (N= 18)		
	<i>n</i>	%		<i>n</i>	%
Acionamento dos meios de socorro			Acionamento dos meios de socorro		
Sim	36	52,2	Sim	8	57,1
Não	33	47,8	Não	6	42,9
Satisfação sobre a prestação de socorro			Apoio dos técnicos de emergência médica		
Muito satisfeito	14	38,8	Totalmente apoiado	2	33,3
Satisfeito	20	55,6	Muito apoiado	2	33,3
Nem satisfeito, nem insatisfeito	2	5,6	Mais ou menos apoiado	1	16,7
Insatisfeito	-	-	Pouco apoiado	-	-
Não se lembra	-	-	Nada apoiado	1	16,7
Apoio dos técnicos de emergência médica			Apoio por um psicólogo ou outro profissional de saúde mental		
Totalmente apoiado	12	33,3	Sim	1	8,3
Muito apoiado	21	58,4	Não	11	91,7
Mais ou menos apoiado	3	8,3	Outro profissional	-	-
Pouco apoiado	-	-			
Nada apoiado	-	-			
Rapidez na prestação de socorro					
Muito rápidos	7	19,4			
Rápidos	14	38,9			
Tempo adequado	13	36,1			
Demoraram algum tempo	2	5,6			
Demoraram demasiado tempo	-	-			
Socorro prestado por					
Bombeiros	28	77,7			
INEM	6	16,7			
Outra opção	2	5,6			
Apoio por um psicólogo ou outro profissional de saúde mental					
Sim	-	-			
Não	59	98,3			
Outro profissional	1	1,7			

5.4. Como as vítimas primárias e secundárias acreditam que o impacto psicossocial poderia ser minimizado

a) Vítimas Primárias

Quando questionadas, se consideram que teriam beneficiado de outro tipo de apoio no local do acidente, a maioria das vítimas primárias reconhece que não teriam beneficiado de outro tipo de apoio (90,5%) (Tabela 6).

As vítimas primárias que acreditam que beneficiariam de um tipo de apoio diferente do que receberam no local do acidente (9,5%) (Tabela 6), justificam-no afirmando que teria sido “bom ter apoio psicológico” tendo em conta que “era criança e dado o impacto do acidente”, assim como há vítimas que admitem que teria sido favorável receber apoio por parte de “profissionais de saúde”.

Relativamente à importância de estar presente no local do acidente um psicólogo para ajudar as vítimas a lidarem com as suas emoções, sensações e pensamentos que são despoletados, a maioria das vítimas primárias considera que é extremamente importante (31,1%) (Tabela 6), devido a inúmeras razões como: “todos os técnicos presentes no local apenas estavam preocupados com a saúde física e não com a saúde mental”, “havia tanta coisa a acontecer ao mesmo tempo que me sentia perdido”, “foi um acidente que me custou ultrapassar e se tivesse tido o acompanhamento de um psicólogo no local talvez a recuperação tivesse sido melhor”, “porque considero o papel do psicólogo extremamente importante na forma como lidamos com os sentimentos/emoções no momento do acidente, assim como, a preparação e acompanhamento que pode ter no pós acidente de viação”, “porque o trauma resultante do acidente não é só físico”, “seria importante controlar desde início os sentimentos causados pelo acidente, de forma a evitar agravamento no futuro, podendo haver até a possibilidade de aconselhar outro profissional, ou mesmo encaminhar para um seguimento mais regular numa instituição própria”.

Por outro lado, as vítimas primárias que consideram que não é nada importante a presença de um psicólogo no local do acidente (13,1%), justificam-no ao afirmarem que “acho que consigo lidar bem com os traumas/acidentes”, “o acidente não era grave”, “porque os acidentes não justificaram a necessidade de um psicólogo”, “porque estava tudo bem”.

b) Vítimas Secundárias

No que diz respeito às vítimas secundárias, a maioria afirma que não teria beneficiado de outro tipo de apoio no local do acidente (85,7%), mas as vítimas que acreditam que teriam beneficiado de um tipo de apoio diferente do que receberam no local do acidente (14,3%) (Tabela 6), defendem que “teria beneficiado de apoio para me ajudarem a lidar com tudo o que estava a sentir”, assim como do apoio da “polícia, no sentido de ajudarem a preencher documentos necessários ao sinistro”.

Quanto à importância de estar presente no local do acidente um psicólogo para ajudar as vítimas a lidar com as suas emoções, sensações e pensamentos que são despoletados, a maioria das vítimas secundárias considera que é extremamente importante (56,3%) (Tabela 6), devido a inúmeras razões como: “se calhar não teria entrado em pânico e teria ajuda para controlar o que estava a sentir”, “nem sempre sabemos lidar com as nossas emoções, e sobretudo se for alguém próximo não conseguimos ter pensamentos tão lúcidos, e ter um profissional de saúde para ajudar, seria ótimo, porque por vezes só precisamos que nos ajudem”, “para ajudar todos os presentes e os que presenciaram a lidar com as emoções, a lidar com a ansiedade, a explicar os procedimentos a ser seguidos, alguém com quem conversar”, “é uma situação muito difícil e acredito que a presença de um psicólogo no local do acidente pudesse ajudar-me a mim e a todos os envolvidos a lidar melhor com a situação”.

Tabela 6. Minimização do impacto psicossocial

Vítimas Primárias (N= 69)			Vítimas Secundárias (N= 18)		
	<i>n</i>	%		<i>n</i>	%
Benefícios ao receber outro tipo de apoio no local do acidente			Benefícios ao receber outro tipo de apoio no local do acidente		
Sim	6	8,7	Sim	2	11,1
Não	57	82,6	Não	12	66,7
Importância da presença de um psicólogo no local do acidente			Importância da presença de um psicólogo no local do acidente		
Extremamente importante	19	27,5	Extremamente importante	9	50
Muito importante	13	18,8	Muito importante	4	22,2
Importante	14	20,3	Importante	2	11,1
Pouco importante	7	10,1	Pouco importante	-	-
Nada Importante	8	11,6	Nada Importante	1	5,6

6. Discussão

Neste ponto, apresentamos uma descrição dos resultados obtidos a partir dos objetivos estabelecidos, assim como uma análise comparativa com outros estudos empíricos presentes na literatura.

Segundo as estatísticas da Autoridade Nacional para a Segurança Rodoviária (ANSR, 2022), verificou-se que em 2021 das 36 713 vítimas, 20 333 deslocavam-se num veículo ligeiro, 8 792 circulavam em motocicletas e 3 939 deslocavam-se a pé, assim como, 25 036 vítimas ocupavam o lugar de condutor, 7 738 assumiam o perfil de passageiros e 3 939 eram peões.

No presente estudo, foi possível verificar que embora as mulheres apresentem um maior número de acidentes de viação, os homens são vítimas de acidentes com mais seriedade, sendo que 8 homens tiveram a necessidade de ser hospitalizados por um maior período de tempo após o acidente e apenas 5 mulheres foram hospitalizadas e por um período de tempo mais curto. O que vai de encontro com as estatísticas da Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária (ANSR, 2007), que confirma que os homens são mais afetados pelos acidentes de viação, apresentando um maior índice de gravidade relativamente às mulheres.

No que diz respeito ao primeiro objetivo deste estudo, que pretendeu identificar as necessidades psicossociais sentidas por vítimas primárias e secundárias após acidentes de viação, foi possível identificar que a maioria das vítimas primárias sentiu medo por breves momentos, não se sentiu responsável pelo acidente, nunca sentiu culpa, tentou perceber imediatamente se o acidente tinha envolvido terceiros e fez tudo o que podia para ajudar os envolvidos no acidente.

Foi possível perceber que a maioria das vítimas não desenvolveu qualquer sentimento de culpa, uma vez que também não se sentiu responsável pelo acidente de viação. Segundo Kubany e Watson (2003), é comum as vítimas desenvolverem um sentimento de culpa associado a crenças disfuncionais sobre o seu papel no evento traumático, nomeadamente, pela possibilidade de o terem conseguido evitar. Contudo, defendem a existência de um paradoxo da culpa, isto é, alguém pode causar um acidente, mas não se sentir culpado, enquanto outra pessoa pode ser a vítima, mas se sentir culpada, mesmo que o acidente não tenha sido sua culpa, é a designada culpa irracional.

Para além disso, a maioria tanto das vítimas primárias, como das secundárias, recorreu essencialmente a estratégias de *coping* sociais, isto é, focaram-se no apoio de terceiros – família, amigos e técnicos de socorro – para conseguir lidar com as suas emoções e pensamentos despoletados pelo acidente de viação.

Relativamente ao segundo objetivo deste estudo, que pretendeu caracterizar os cuidados psicossociais que percebem ter recebido após os acidentes de viação, constatou-se que a maioria das vítimas se sentiu muito apoiada pelos técnicos de emergência médica, que ficou satisfeita com a prestação de socorro, que a prestação de socorro foi executada com rapidez e que as vítimas não receberam qualquer apoio por parte de um psicólogo ou outro profissional de saúde mental.

De facto a maioria das vítimas recebeu um apoio rápido e eficaz por parte dos técnicos de emergência médica, no entanto, segundo a perceção das vítimas esse apoio apenas se focou nas necessidades físicas. No que diz respeito ao apoio psicológico, de todas as 87 vítimas, apenas uma vítima secundária considera que recebeu apoio psicológico.

Neste sentido, é importante perceber que, embora as vítimas tenham a perceção de que não lhes foi prestado apoio psicológico porque não esteve nenhum psicólogo no local do acidente, os técnicos de emergência médica são treinados para aplicar os primeiros socorros psicológicos e, talvez indiretamente, as vítimas acabam por receber apoio psicológico sem se aperceberem disso.

Segundo a APAV (s.d.), as lesões físicas podem ser as consequências mais imediatas e óbvias em caso de acidente de viação tornando-se assim prioridade no que concerne à ajuda prestada. No entanto, quer sejam vítimas diretas do acidente ou alguém próximo (família, amigos) de quem sofreu o acidente, ambos podem passar por uma experiência traumática a nível psicológico e emocional e, muitas vezes, o mal-estar psicológico mantém-se mesmo depois de recuperarem de todas as limitações e lesões físicas provocadas pelo acidente, isto porque, o foco principal passa geralmente pelo estado de saúde físico deixando para segundo plano o estado de saúde psicológico.

Por último, em relação ao terceiro objetivo do presente estudo, pretendeu-se identificar como as vítimas primárias e secundárias acreditam que o impacto psicossocial poderia ser minimizado, e foi possível verificar que tanto as vítimas primárias como as vítimas secundárias reconhecem que não teriam beneficiado de outro tipo de apoio no local do acidente. No entanto, consideram que seria extremamente importante estar presente no local do acidente um psicólogo que ajudasse as vítimas a lidar com as

emoções, sensações e pensamentos que são despoletados. A maioria das vítimas reconhece que com o devido apoio psicológico, proporcionado imediatamente após o acidente, teria sido mais fácil recuperar do acidente, lidar melhor com os sentimentos e talvez evitar um agravamento dos sintomas no futuro.

De acordo com estudos anteriormente realizados, a saúde mental das pessoas que passam por eventos traumáticos pode ficar extremamente afetada, tendo em conta que podem desenvolver manifestações como ansiedade, depressão, perturbações pós-traumáticas (PTSD), *stress* agudo e abuso de álcool e outras substâncias, que, conseqüentemente, poderá afetar as atividades sociais, relações com a família e amigos, capacidade laboral, situação económica, as condições de vida e o grau de dependência (Blanchard & Hickling, 1998; Mayou & Bryant, 2001; Panagioti, Gooding, & Tarrier, 2009).

7. Conclusão

Todos os cidadãos e utilizadores da via pública são potenciais vítimas de acidentes de viação e, como vimos ao longo deste trabalho, os acidentes são acontecimentos potencialmente traumatizantes que podem pôr em causa os mecanismos funcionais de cada indivíduo.

Ao não ser providenciada ajuda externa às vítimas, que as ajude a enfrentar o evento traumático, os sintomas que são despoletados no momento do acidente poderão ter tendência a agravar-se com o passar do tempo e, futuramente, poderão evoluir para psicopatologia.

Neste sentido, a intervenção psicológica em crise revela-se importantíssima uma vez que, durante o período de desequilíbrio, atua sobre o funcionamento psicológico do indivíduo e permite aliviar o impacto direto que é sentido devido ao evento traumático, através: da minimização dos efeitos negativos, reforço dos fatores de proteção, restabelecimento das estratégias de *coping*, ajuda para lidar com os sentimentos, pensamentos e emoções, assim como, ajuda para desenvolver um plano de ação.

As consequências a longo prazo dos acidentes de viação, nomeadamente, a perturbação de *stress* pós-traumático (PTSD) tem sido uma constante na investigação. No entanto, com a realização deste estudo, procuramos contribuir para a análise dos efeitos a curto prazo, isto é, o que as vítimas de acidentes de viação sentem no momento do acidente e como, através de uma intervenção psicológica precoce, poderiam ser minimizadas as consequências a longo prazo.

De um modo geral, os resultados obtidos na presente investigação vão, maioritariamente, de encontro ao que está referenciado na literatura utilizada.

Se considerarmos as necessidades psicossociais sentidas pelas vítimas no nosso estudo destaca-se o medo, o sentimento de culpa, a preocupação por terceiros e a utilização de estratégias de *coping* sociais (família, amigos).

Relativamente aos cuidados psicossociais que as vítimas percebem ter recebido, verificou-se que, de facto, as vítimas se sentiram apoiadas pelos técnicos de emergência médica no decorrer da prestação de socorro, no entanto, a sua perceção é a de que não lhes foi fornecido qualquer apoio direcionado para a saúde mental.

No que diz respeito à forma como o impacto psicossocial poderia ser minimizado, o nosso estudo verificou que as vítimas de acidente de viação, principalmente as que sofreram acidentes com maior gravidade, consideram que teriam beneficiado da presença

de um psicólogo no local do acidente que as ajudasse a lidar com as emoções, sensações e pensamentos que são despoletados.

Como em qualquer outro estudo também este apresenta algumas limitações, sendo uma delas o sexo, isto é, o facto de existir uma maior prevalência do sexo feminino do que do sexo masculino poderá ter induzido resultados mais significativos. Para além disso, este estudo avalia a perceção do apoio prestado, mas não avalia concretamente se este o apoio foi de facto prestado ou não.

Relativamente a orientações para a prática, seria fundamental aumentar a literacia em saúde neste domínio, assim como treinar a população em geral para prestar os primeiros socorros psicológicos (PSP).

Para a elaboração de estudos ou investigações futuras seria pertinente a realização de estudos que não se focassem apenas nas vítimas primárias ou vítimas secundárias, mas também em vítimas que já passaram por ambas as situações. Para além disso, seria importante distinguir as vítimas que receberam um diagnóstico de perturbação aguda de *stress*, perturbação de *stress* pós-traumático, perturbação depressiva e perturbação de ansiedade, das vítimas que não receberam qualquer diagnóstico, analisando se foram prestados os primeiros socorros psicológicos no momento do acidente e se quem recebeu esse apoio desenvolveu alguma psicopatologia.

Referências

- American Psychiatric Association (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais: DSM-5*. Climepsi Editores.
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (s.d.). *Acidentes Rodoviários: Como se sente a vítima?*. <https://www.apavparajovens.pt/pt/go/como-se-sente-a-vitima5>
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2015). *Folha informativa – Crimes Rodoviários*. Lisboa.
- Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária (2007). *Sinistralidade Rodoviária*. Retirado de <http://www.ansr.pt/Estatisticas/RelatoriosDeSinistralidade/Documents/2007/Relatório%20Anual/Relatório%20Anual%202007.pdf>
- Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária (2016). *Sinistralidade Rodoviária: Vítimas no local*. Retirado de <http://www.ansr.pt/Estatisticas/RelatoriosDeSinistralidade/Documents/2016/RELATÓRIO%20ANUAL%20-%20VÍTIMAS%20A%2024%20HORAS/Relatório%20Anual%20Sinistralidade%20Rodoviária%202016%2024h.pdf>
- Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária (2021). *Relatório Dezembro 2020*. Retirado de <http://www.ansr.pt/Estatisticas/RelatoriosDeSinistralidade/Documents/2020/RelatórioSinistralidadeAno2020.pdf>
- Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária (2022). *Relatório Novembro 2021*. Retirado de <http://www.ansr.pt/Estatisticas/RelatoriosDeSinistralidade/Documents/2021/Relatório%20Sinistralidade%20Novembro%202021.pdf>
- Beja, M. J., Portugal, A., Câmara, J., Berenguer, C., Rebolo, A., Crawford, C., & Gonçalves, D. (2018). Primeiros Socorros Psicológicos: Intervenção psicológica na catástrofe. *Psychologica*, 61(1), 125-142. https://doi.org/10.14195/1647-8606_61-1_7
- Benveniste, D. (2000). Intervención en Crisis Después de Grandes Desastres. *La Revista de la Sociedad Psicoanalítica de Caracas*, 8(1), 1-6.
- Blanchard, E., & Hickling, E. (1998). *After the crash: Assessment and treatment of motor vehicle accident survivors*. American Psychological Association.

- Brymer, M., Jacobs, A., Layne, C., Pynoos, R., Ruzek, J., Steinberg, A., Vernberg, E., & Watson, P. (2006). *Psychological First Aid: Field operations guide* (2nd ed.). National Child Traumatic Stress Network and National Center for PTSD.
- Carvalho, M. A. D., & Matos, M. M. G. (2016). Intervenções Psicossociais em Crise, Emergência e Catástrofe. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 12(2), 116-125. <http://dx.doi.org/10.5935/1808-5687.20160018>
- Coelho, A. L. (2006). Psicologia das emergências e dos desastres: Uma área em construção. In A. L. Coelho (Ed.): *1º Seminário Nacional de Psicologia das Emergências e dos Desastres: contribuições para a construção de comunidades mais seguras* (pp. 59-63). Finatec.
- Eastham, K., Coates, D. & Allodi, F. (1970). The Concept of Crisis. *Canadian Psychiatric Association Journal*, 15(5), 463-472. <https://doi.org/10.1177/070674377001500508>
- Galea, S., Vlahov, D., Resnick, H., Ahern, J., Susser, E., Gold, J., Bucuvalas, M., & Kilpatrick, D. (2003). Trends of Probable Post-Traumatic Stress Disorder in New York City after the September 11 Terrorist Attacks. *American Journal of Epidemiology*, 158(6), 514–524. <https://doi.org/10.1093/aje/kwg187>
- Hobfoll, S. E., Watson, P., Bell, C. C., Bryant, R. A., Brymer, M. J., Friedman, M. J., Friedman, M., Gersons, B. P. R., Jong, J. T. V. M., Layne, C. M., Maguen, S., Neria, Y., Norwood, A. E., Pynoos, R. S., Reissman, D., Ruzek, J. I., Shalev, A. Y., Solomon, Z., Steinberg, A. M. & Ursano, R. J. (2007). Five Essential Elements of Immediate and Mid-Term Mass Trauma Intervention: Empirical Evidence. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 70(4), 283–315. <https://doi.org/10.1521/psyc.2007.70.4.283>
- Instituto Nacional de Emergência Médica (2012). *Manual TAS/TAT: Abordagem à Vítima*. INEM. – <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2019/10/Manual-TAS-TAT-Abordagem-à-v%C3%ADtima.pdf>
- James, R. K. (2008). *Crisis Intervention Strategies* (6th ed.). Cengage Learning.
- James, R. K., & Gilliland, B. E. (2017). *Crisis Intervention Strategies* (8th ed.). Cengage Learning.
- Kubany, E. S., & Watson, S. B. (2003). Guilt: Elaboration of multidimensional model. *Psychological Record*, 53, 51–90.

- Lara, P. G., Silva, G. R., Servino, L. L., Frimm, V. C., & Kristensen, C. H. (2019). Primeiros Socorros Psicológicos: Intervenção em crise para eventos de violência urbana. *Revista Educar Mais*, 3(3), 9–16. <https://doi.org/10.15536/reducarmais.3.2019.9-16.1607>
- Leal, A. (2012). *Sinistralidade rodoviária: Causas e Consequências*. In Estudos de Direito e Segurança (Vol. II pp. 35-63). Almedina.
- Ligon, J. (2005). Mobile Crisis Units: Frontline Community Mental Health Crisis Services. In A. Roberts, *Crisis Intervention Handbook* (3rd ed., pp. 602-618). Oxford University Press.
- Liria, A. F. & Veja, B. R. (2002). *Intervención en Crisis*. Madrid: Editorial Sintesis.
- Mayou, R., & Bryant, B. (2001). Outcome in consecutive emergency department attenders following a road traffic accident. *British Journal of Psychology*, 179, 528-534. <https://doi.org/10.1192/bjp.179.6.528>
- Mayou, R., Bryant, B., & Ehlers, A. (2001). Prediction of psychological outcomes one year after a motor vehicle accident. *The American Journal of Psychiatry*, 158(8), 1231–1238. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.8.1231>
- Mayou, R., & Farmer, A. (2002). ABC of psychological medicine. *British Medical Journal*, 325, 426-429. <https://doi.org/10.1136/bmj.325.7361.426>
- Mitchell, J. T. (2006). Critical Incident Stress Management in Aviation: A Strategic Approach. In J. Leonhardt & J. Vogt (Eds.), *Critical Incident Stress Management in Aviation* (pp. 13-42). Ashgate Publishing Limited.
- Moreno, R. R., Peñacoba, C. P., González-Gutiérrez, J. L. & Ardoy, J. C. (2003). *Intervención Psicológica en Situaciones de crisis y emergencias*. Dykinson.
- Neria, Y., DiGrande, L., & Adams, B. G. (2011). Posttraumatic Stress Disorder Following the September 11, 2001, Terrorist Attacks: A Review of the Literature Among Highly Exposed Populations. *American Psychologist*, 66(6), 429-446. <https://doi.org/10.1037/a0024791>
- Ommeren, M., V. Saxena, S., & Saraceno, B. (2005). Mental and social health during and after acute emergencies: emerging consensus?. *Bulletin of the World Health Organization*, 83 (1), 71-77.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (s.d.). *Primeiros Socorros Psicológicos*. https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/primeiros_socorros_psicologicos.pdf

- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2013). *Contributo da Psicologia para a(s) Crise(s) – Novas Formas de Prestação de Serviços e Promoção da Saúde Mental*. OPP.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2015). *Intervenção Psicológica em Crise e Catástrofe*. OPP.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2017). *PENSE 2020 (Plano Estratégico Nacional de Segurança Rodoviária) – Contributo da OPP*. OPP.
- Panagioti, M., Gooding, P., & Tarrrier, N. (2009). Post-traumatic stress disorder and suicidal behavior: A narrative review. *Clinical Psychology Review*, 29(6), 471-82. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.05.001>
- Paranhos, M. E. & Werlang, B. S. G. (2015). Psicologia nas Emergências: Uma Nova Prática a Ser Discutida. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 35(2), 557-571. <https://doi.org/10.1590/1982-370301202012>
- Pereira, M. (2015). Compreender a Intervenção Psicológica em Crise. In Ordem dos Psicólogos Portugueses, *Intervenção Psicológica em Crise e Catástrofe* (pp. 17-63). Ordem dos Psicólogos Portugueses.
- Pires, T., & Maia, A. (2005). Acidentes Rodoviários: Perturbação Aguda de Stress e PTSD nas Vítimas Diretas. *Congresso Hispano-Português de Psicologia: Atas*, 2, 1-11. Universidade de Lisboa.
- Rapoport, L. (1967). Crisis-Oriented Short-Term Casework. *Social Service Review*, 41, 31-43. <https://doi.org/10.1086/642030>
- Roberts, A. R. (1991). Conceptualizing crisis theory and the crisis intervention model. In A. R. Roberts (Ed.), *Contemporary perspectives on crisis intervention and prevention* (pp. 3–17). Englewood Cliffs.
- Roberts, A. R. (2005). *Crisis Intervention Handbook: Assessment, treatment, and research*. 3rd ed., Oxford University Press.
- Sá, S. D., Werlang, B. S. G., & Paranhos, M., E. (2008). Intervenção em crise. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 4(1). DOI: 10.5935/1808-5687.20080008
- Selye, H. (1993). History of stress concept. In L. Goldberg & S. Briznitz (Eds.), *Handbook of stress. Theoretical and clinical aspects*. The Free Press.
- Serra, C. M., Pires, D., Faria, J., Pereira, M., Ângelo, R. P. & Guerreiro, V. O. (2015). *Intervenção Psicológica em Crise e Catástrofe* [PDF]. Retirado de https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/intervencao_psicologica_em_crise_e_catastrofe.pdf

- Slaikeu, K. A. (1996). *Intervención en Crisis: Manual para práctica e investigación*. (M. C. Mejía, Trad.) (2.ª ed.). El Manual Moderno.
- Taylor, A. (1987). A Taxonomy of Disasters and Their Victims. *Journal of Psychosomatic Research*, 31(4), 535-544. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(87\)90032-8](https://doi.org/10.1016/0022-3999(87)90032-8)
- World Health Organization (2016). *ICD-10 – International statistical classification of diseases and related health problems*. Retirado de https://icd.who.int/browse10/Content/statichtml/ICD10Volume2_en_2019.pdf
- World Health Organization (2018). *Global status report on road safety 2018*. Retirado de <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565684>
- Young, B., Ford, J., Ruzek, J., Friedman, M., & Gusman, F. (2001). *Disaster mental health services: A guidebook for clinicians and administrators*. The National Center for Post-traumatic Stress Disorder - Department of Veterans Affairs.

Anexos

Questionário sociodemográfico e de caracterização do acidente de viação

Intervenção Psicológica em Crise: Respostas Psicossociais Precoces a Vítimas de Acidentes de Viação

O presente estudo intitulado “Intervenção Psicológica em Crise: Respostas Psicossociais Precoces a Vítimas de Acidentes de Viação” realiza-se no âmbito da Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde que se encontra a ser desenvolvida pela Dr.^a Ana Rita Gomes na Universidade Fernando Pessoa, sob orientação da Prof. Isabel Silva. O principal objetivo é identificar as necessidades psicossociais sentidas pelas vítimas diretas ou indiretas de acidentes de viação.

O questionário é destinado a todas as pessoas que estiveram envolvidas em acidentes de viação de forma direta (ex. condutores, passageiros, peões) ou de forma indireta (ex. membros da família, amigos, outros significativos da pessoa acidentada).

Gostaríamos de poder contar com a sua colaboração. As questões que se seguem deverão ser respondidas apenas por pessoas que sejam maiores de idade. A participação é voluntária e os dados fornecidos serão tratados de forma confidencial e anónima. O acesso aos dados recolhidos só é possível pelos investigadores envolvidos. Solicitamos a sua colaboração através do preenchimento do questionário que se segue. Sublinhamos que não existem respostas certas ou erradas e que elas apenas se referem à sua experiência. No caso de existirem questões adicionais sobre o estudo, deverão ser endereçadas para o correio eletrónico: 36455@ufp.edu.pt.

Intervenção Psicológica em Crise: Respostas Psicossociais Precoces a Vítimas de Acidentes de Viação

1. Aceito de livre vontade participar neste estudo intitulado de “Intervenção Psicológica em Crise: Respostas Psicossociais Precoces a Vítimas de Acidentes de Viação”, compreendi os termos de apresentação e participação no estudo acima mencionados; foram-me explicitados os objetivos e métodos, pelo que consinto a participação no estudo, respondendo às questões propostas e permito que as informações por mim prestadas sejam utilizadas nesta investigação. Estou ciente de que posso desistir de participar a qualquer momento, sem que daí resulte para mim qualquer prejuízo. Finalmente, tenho conhecimento que a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial, sendo a minha participação anónima e que o acesso aos dados recolhidos só é possível pelos investigadores envolvidos. *

Aceito participar no presente estudo

Questionário Sociodemográfico

2. Sexo

- Feminino
 Masculino

3. Idade

4. Escolaridade

- Nunca frequentei o sistema de ensino
 1º Ciclo do Ensino Básico/Escola Primária (1ª à 4ª classe)
 2º Ciclo do Ensino Básico/ Ensino Preparatório (5º e 6º ano)
 3º Ciclo do Ensino Básico (do 7º ao 9º ano)
 Ensino Secundário (do 10º ao 12º ano)
 1º Ciclo do Ensino Superior / Licenciatura
 2º Ciclo do Ensino Superior / Mestrado
 3º Ciclo do Ensino Superior / Doutoramento

5. Estado Civil

- Solteiro(a)
 União de Facto / Casado(a)
 Viúvo(a)
 Divorciado(a) / Separado(a)
 Outra: _____

6. Situação Profissional

- Empregado(a)
 Desempregado(a)
 Estudante
 Aposentado(a)
 Reformado (a) por invalidez

Questionário de caracterização do acidente de viação

7. Sofreu algum acidente de viação?

- Sim
 Não

Questionário de caracterização do acidente de viação

8. Tem uma relação próxima (família, amigo) com alguém que sofreu um acidente de viação?

- Sim
 Não

Se sofreu um acidente de viação:

9. Já foi vítima de mais do que um acidente de viação?

- Sim
 Não

10. Se selecionou a opção "Sim", quantos acidentes?

Se sofreu um acidente de viação:

Responda às seguintes questões tendo em conta o acidente que sofreu que considera ter sido mais significativo para si.

1. Contexto do acidente

11. Que lugar ocupava no momento do acidente?

- Condutor
 Passageiro
 Peão

12. No momento do acidente seguia de:

- Carro
 Mota
 A pé
 Bicicleta
 Trotinete
 Transporte Público
 Outra: _____

13. Se selecionou a opção "Peão", no momento do acidente encontrava-se:

	Sozinho	Acompanhado	No passeio	Na estrada	Na passadeira
Sim					
Não					

14. No acidente estiveram envolvidos mais veículos ou peões?

- Veículos
 Peões
 Ambos
 Não estiveram envolvidos mais veículos ou peões

15. Ficou ferido?

- Sim, com ferimentos considerados ligeiros
 Sim, com ferimentos considerados graves
 Não sofreu qualquer ferimento

16. Houve a necessidade de ser hospitalizado em consequência do acidente?

- Sim
 Não

17. Se selecionou a opção "Sim", há quanto tempo esteve hospitalizado?

18. Se selecionou a opção "Sim", durante quanto tempo esteve hospitalizado?

19. Houve outras pessoas que tivessem morrido ou ficado feridas na sequência desse acidente de viação?

- Mortes
 Feridos
 Ambos
 Do acidente não resultaram mortes ou feridos

20. No caso de ter havido mortes ou feridos, eram pessoas significativas para si?

- Sim
 Não

21. Em algum momento sentiu que a sua vida podia estar em risco e que podia morrer?

- Sim
 Não

2. Necessidades sentidas após o acidente

Após perceber que tinha sofrido um acidente:

22. Sentiu medo pela possibilidade de ter ficado seriamente ferido?

- Senti medo
 Senti medo por breves momentos
 Não senti medo
 Outra: _____

23. Preocupou-se em perceber se outras pessoas estavam envolvidas no acidente?

- Sim, foi logo a minha preocupação
 Só passado algum tempo é que consegui perceber se mais alguém estava envolvido
 Não o consegui fazer porque fiquei ferido/a e não me conseguia mexer
 Não o consegui fazer porque fiquei em choque e não consegui reagir
 Não o consegui fazer porque fiquei tão perturbado que só consegui fugir do local
 Percebi logo que o acidente não tinha envolvido mais ninguém
 Outra: _____

24. Houve algo que o ajudasse a lidar com as suas emoções e pensamentos depois de se aperceber do que tinha acontecido?

- Sim
 Não

25. Se selecionou a opção "Sim", o que considera que o ajudou a lidar com as suas emoções e pensamentos?

26. Alguma vez se sentiu responsável pelo acidente?

- Sim, porque de alguma forma contribuí para que o acidente acontecesse
 Não me considero responsável pelo acidente, porque não contribuí para que o mesmo acontecesse
 Outra: _____

27. Alguma vez se considerou culpado/a pelo acidente?

- Nunca me senti culpado/a
 No início sim, mas com o passar do tempo percebi que não era culpado/a
 Ainda hoje me sinto culpado/a
 Outra: _____

28. Sente que fez o que podia para ajudar as outras pessoas envolvidas no acidente?

- Sim
 Não

29. Se selecionou a opção "Não", o que mais poderia ter feito para ajudar as outras pessoas?

3. Cuidados Psicossociais recebidos após o evento

30. Após o acidente foram acionados os meios de socorro?

- Sim
 Não

31. Se selecionou a opção "Sim", como considera ter sido a prestação de socorro?

- Fiquei muito satisfeito/a
 Fiquei satisfeito/a
 Nem satisfeito/a, nem insatisfeito/a
 Fiquei insatisfeito/a
 Fiquei muito insatisfeito/a
 Não me lembro
 Outra: _____

32. Durante o auxílio sentiu-se apoiado pelos técnicos de emergência médica?

- Senti-me totalmente apoiado
- Senti-me muito apoiado
- Senti-me mais ou menos apoiado
- Senti-me pouco apoiado
- Senti-me nada apoiado
- Outra: _____

33. Relativamente ao tempo que os meios de socorro demoraram a chegar ao local, considera que:

- Foram muito rápidos
- Foram rápidos
- Demoraram o tempo adequado considerando a distância de deslocação
- Demoraram algum tempo
- Demoraram demasiado tempo
- Outra: _____

34. Foi socorrido por:

- Bombeiros
- INEM
- Outra: _____

35. No local do acidente, recebeu algum apoio por parte de um psicólogo ou outro profissional de saúde mental?

- Sim
- Não
- Outro profissional.

4. Identificar como o impacto pode ser minimizado

36. Considera que teria beneficiado de outro tipo de apoio no local do acidente?

- Sim
- Não

37. Se seleccionou a opção "Sim", de que tipo de apoio considera que teria beneficiado e porquê?

38. Considera que seria importante estar presente no local do acidente um psicólogo para ajudá-lo a lidar com as suas emoções, sensações e pensamentos que são despoletados naquele momento?

- Extremamente importante
- Muito importante
- Importante
- Pouco importante
- Nada importante

39. Porquê?

Se tem uma relação próxima com alguém que sofreu um acidente de viação:

1. Contexto do acidente

40. No caso de ter uma relação próxima com alguém que sofreu um acidente de viação, considera-se:

- Família
 Amigo/a
 Outra: _____

41. Onde se encontrava no momento do acidente?

- Estava presente no local no momento do acidente
 Não estava presente e quando fui informado/a dirigi-me para o local do acidente
 Não estava presente e quando fui informado/a dirigi-me para o hospital
 Não estava presente e quando fui informado/a dirigi-me para casa do acidentado/a
 Não estava presente e quando fui informado/a não me desloquei de onde me encontrava
 Outra: _____

2. Necessidades sentidas após o acidente

42. O que sentiu quando viu ou soube do acidente?

43. Houve algo que o ajudasse a lidar com as suas emoções e pensamentos depois de se aperceber do que tinha acontecido?

- Sim
 Não

44. Se selecionou a opção "Sim", o que considera que o ajudou a lidar com as suas emoções e pensamentos?

3. Cuidados Psicossociais recebidos após o evento

Caso tenha estado no local do acidente:

45. Foram acionados os meios de socorro?

- Sim
 Não

46. Se selecionou a opção "Sim", sentiu-se apoiado/a pelos técnicos de emergência médica?

- Senti-me totalmente apoiado

- Senti-me muito apoiado
- Senti-me mais ou menos apoiado
- Senti-me pouco apoiado
- Senti-me nada apoiado
- Outra: _____

47. No local, recebeu algum apoio por parte de um psicólogo ou outro profissional de saúde mental ?

- Sim
- Não
- Outro Profissional.

4. Identificar como o impacto pode ser minimizado

48. Considera que teria beneficiado de outro tipo de apoio no local do acidente?

- Sim
- Não

49. Se selecionou a opção "Sim", de que tipo de apoio considera que teria beneficiado e porquê?

50. Considera que seria importante estar presente no local do acidente um psicólogo para ajudá-lo a lidar com as suas emoções, sensações e pensamentos que são despoletados naquele momento?

- Extremamente importante
- Muito importante
- Importante
- Pouco importante
- Nada importante

51. Porquê?
