
Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa

Departamento de Psicologia Social e das Organizações

**PERTURBAÇÕES PSICOLÓGICAS ASSOCIADAS AOS
ACIDENTES DE TRABALHO: O PAPEL MODERADOR DO
COPING SOCIAL E DA COESÃO GRUPAL**

Sónia M. P. Gonçalves

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

Mestre em Psicologia Social e Organizacional

Orientadoras:

Professora Doutora Maria Luísa Lima
Professora Doutora Alexandra Marques Pinto

Dezembro de 2006

Aos meus Pais e ao Sérgio

*Dedico-vos este trabalho, pelo tempo em que vos privei da
devida atenção e especialmente por estarem sempre
presentes nos momentos de alegria, de dúvidas e de
inseguranças...com um sorriso e uma palavra de aconchego
que me ajudaram e ajudam nesta viagem de busca.*

*A ciência será sempre uma busca e
jamais uma descoberta. É uma
viagem, nunca uma chegada*

Karl Popper

AGRADECIMENTOS

Este trabalho é o culminar de dezoito anos de estudo, e por esta razão não posso deixar de agradecer a todos aqueles que me acompanharam ao longo destes anos, e em particular, nos últimos dois anos...

Aos meus **Pais**, Joaquim Fernando Gonçalves e Maria do Ceú Gonçalves, por estarem sempre presentes a apoiar-me, com uma palavra amiga nos momentos mais difíceis, a rodearem-me de carinho, confiança e segurança. Constituem sem dúvida uma verdadeira fonte de vida e inspiração!

Ao meu **Namorado**, Sérgio Bogas, que ao longo destes anos tem sido uma fonte de apoio e compreensão, um verdadeiro companheiro e amigo de caminhada!

Aos meus **Avós**, Raimundo Pedroso e Angelina Pedroso, pelo carinho, preocupação e apoio constante e incondicional (e os lanches para me fazerem sair de casa)!

Um agradecimento muito especial às minhas **Orientadoras** por todo o apoio e valiosas sugestões. À Professora Alexandra Marques Pinto pela amizade nos momentos difíceis, e leituras intermináveis e à Professora Maria Luísa Lima pela disponibilidade e partilha dos seus conhecimentos comigo. Foi para mim um privilégio!

Aos **Professores** Sílvia Silva, Steven Hobfoll, Petra Buchwald, Frans Weathers, por me terem facultado artigos e sugestões cruciais para a realização deste trabalho.

Às minhas queridas **Amigas** e **Amigos** do Centro de Investigação e Intervenção Social e do projecto de investigação ImpAcTos, por me terem aturado durante estes dois anos, com muita paciência e amizade. Agradeço especialmente à Cátia Nunes, à Carla Esteves, à Susana Batel, à Ana Domingos e à Rita Correia pela preciosa ajuda nas traduções dos instrumentos. Aos meus colegas do Mestrado em Psicologia Social e Organizacional e do Diploma Europeu de Estudos Avançados em Psicologia Social. Agradeço igualmente aos alunos da licenciatura em Psicologia Social e das Organizações do ISCTE, Daniel Branco e Maria Augusta pela ajuda na inserção dos dados.

À **Fundação para a Ciência e Tecnologia** (FCT) pelo apoio financeiro que atribuiu a este trabalho através da Bolsa de Mestrado SFRH/BM/21724/2005.

À **Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde** pelo Prémio Investigador Jovem de Mérito que atribuiu a este trabalho.

Aos **Membros do Gabinete de Psicologia da Força Policial** por me terem recebido com tanto carinho e por me terem ajudado sempre que precisei, nomeadamente, no processo de pedido de estudo, no facultar de documentação para ser analisada e na distribuição dos questionários.

Aos **Participantes** que aceitaram fazer parte deste estudo, pois sem eles não teria conseguido realizar o meu projecto de mestrado.

ÍNDICE

RESUMO	6
ABSTRACT	7
INTRODUÇÃO	8
A Problemática dos Acidentes de Trabalho: Definição e Prevalência	9
Consequências dos Acidentes de Trabalho.....	11
Perturbação Pós-Stress Traumático	13
Perturbação Pós-Stress Traumático: Contexto de Trabalho.....	15
<i>Perturbação pós-stress traumático e os acidentes de trabalho.</i>	17
Modelo Teórico.....	20
Modelo Transaccional de Lazarus e Folkman (1984)	20
Do Stress ao Trauma: A Perspectiva de Lazarus sobre a PPST.....	24
Do Individual ao Social	27
Do Coping Individual ao <i>Coping</i> Social	27
Coesão Grupal do Grupo de Trabalho.....	30
Modelo Empírico	34
ESTUDO 1	37
Objectivos	37
Método	37
Procedimento	37
Amostra	37
Instrumentos e Metodologia de Análise de Dados	38
Resultados.....	39
Discussão dos Resultados	40
ESTUDO 2	41
Objectivos	41
Método	41
Procedimento	41
Amostra	42
Instrumentos e Variáveis	44
Bem-estar	45
Comorbilidade: Ansiedade e Depressão	45
Perturbação Pós-Stress Traumático (PPST).....	46

Avaliação do grau de trauma associado ao acidente de trabalho	48
Estratégias de <i>Coping Social</i>	49
Coesão do Grupo de Trabalho	50
Resultados	51
Estatísticas Descritivas e Correlações das Variáveis em Estudo	51
Caracterização da Experiência Directa ou Vicariante de Acidente de Trabalho	52
<i>Tipos de Acidentes de Trabalho</i>	53
<i>Consequências Físicas dos Acidentes de Trabalho</i>	55
Incidência de Ansiedade e Depressão na Amostra em Estudo	56
Incidência da Perturbação Pós-Stress Traumático em Vítimas e Testemunhas de Acidente de Trabalho	57
<i>Severidade da PPST</i>	58
<i>Clusters de Sintomas de PPST</i>	59
<i>Diagnóstico Clínico da PPST</i>	59
Comorbilidade em Vítimas e Testemunhas de Acidente de Trabalho	60
Efeito de Moderação do <i>Coping Social</i> e da Coesão Grupal	61
<i>Efeito de Moderação do Coping Social</i>	61
<i>Efeito de Moderação da Coesão do Grupo de Trabalho</i>	63
Discussão dos Resultados	66
CONCLUSÕES GERAIS	70
Contributos	72
Limitações	73
Futuro	73
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	76
ANEXOS	83

RESUMO

Este trabalho nasceu de uma dupla constatação: a problemática inerente aos acidentes de trabalho e a lacuna existente a nível teórico-empírico, relativamente ao estudo das consequências psicológicas deste acontecimento.

Este projecto é constituído por 2 estudos, sendo que ambos decorreram numa Instituição Policial Portuguesa. O Estudo 1, de natureza qualitativa, foi realizado no intuito de conhecer os tipos e as consequências físicas dos acidentes de trabalho ocorridos na Instituição, servindo de base ao Estudo 2. O Estudo 2 teve como objectivos centrais a determinação da incidência da Perturbação Pós-Stress Traumático (PPST) e comorbilidade (depressão e ansiedade) em vítimas e testemunhas de acidentes de trabalho e a análise do efeito moderador das estratégias de *coping* social e da coesão do grupo de trabalho na relação entre a avaliação que a pessoa faz acerca do grau de trauma associado ao acidente de trabalho e a severidade dos sintomas de PPST.

A amostra é composta por 717 inquiridos (dos quais 80 e 73 possuem experiência directa e vicariante, respectivamente, de acidente de trabalho).

Os resultados sugerem claramente que as consequências psicológicas dos acidentes de trabalho merecem atenção, numa perspectiva de investigação e de prevenção, já que 9% e 20% das vítimas e testemunhas, respectivamente, apresentam um diagnóstico consistente com a PPST; sendo que 65% e 50% dos indivíduos com diagnóstico clínico de PPST apresentam também sintomas de diagnóstico de ansiedade e de depressão, respectivamente. Os resultados das moderações revelaram que a relação entre a avaliação que as pessoas fazem do acidente de trabalho e a severidade dos sintomas é moderada pelas estratégias de *coping* activas-antisociais e pela coesão grupal.

Palavras-chaves: Saúde Ocupacional; Acidentes de Trabalho; Perturbações Psicológicas; *Coping* Social; Coesão Grupal.

Classificação da tese nas categorias definidas pela American Psychological Association (PsysINFO Classification Categories and Codes): 3210 Psychological Disorders; 3600 Industrial & Organizational Psychology.

ABSTRACT

This work was born from a dual observation: the problems inherent to work accidents and the existing theoretical and empirical gap concerning the study of the psychological consequences of their occurrence.

This project comprises 2 studies, both of which took place within a Portuguese Police Institution. Study 1, of a qualitative nature, was carried out with the aim of understanding the types and physical consequences of work accidents that took place at the Institution, serving as the basis for Study 2. The main objectives of Study 2 were to determine the incidence of Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) and co-morbid disorders (depression and anxiety) in victims and witnesses of work accidents and to analyse the moderating effect of the communal coping strategies and of the cohesion of the work group in the relationship between the evaluation that the person makes regarding the degree of trauma associated with the work accident and the severity of the symptoms of PTSD.

The sample was composed of 717 respondents (of which 80 and 73 have work accident experience, as victims and witnesses, respectively).

The results suggest that the psychological consequences of work accidents are worthy of attention, from a research and prevention perspective, since 9% and 20% of the victims and witnesses, respectively, have a diagnosis consistent with PTSD. Simultaneously, 65% and 50% of individuals with a clinical diagnosis of PTSD also have anxiety and depression diagnosis symptoms, respectively. The moderation results revealed that the relationship between the evaluation that person make of a work accident and the severity of the symptoms is moderated by active-antisocial coping strategies and by work group cohesion.

Key-words: Occupational Health; Work Accidents; Psychological Disorders; Communal *Coping*; Work Group Cohesion.

Classification of the thesis according to the categories defined by the American Psychological Association (PsysINFO Classification Categories and Codes): 3210 Psychological Disorders; 3600 Industrial & Organizational Psychology.

INTRODUÇÃO

Os acidentes de trabalho são um grave problema a nível mundial, e particularmente a nível nacional. A investigação neste domínio tem privilegiado o estudo das causas dos acidentes de trabalho, esquecendo as suas consequências que, quando muito, são analisadas ao nível físico. É fundamental investir no estudo das consequências dos acidentes de trabalho, pois só assim se podem estimar os custos reais dos mesmos (incluindo os intangíveis) e definir estratégias de prevenção.

O objectivo geral deste trabalho consiste em analisar as perturbações psicológicas (a perturbação pós-stress traumático (PPST), a depressão e a ansiedade) associadas a ter vivenciado ou observado um acidente de trabalho, mas também em perceber a forma como aspectos mais organizacionais e sociais/ grupais, designadamente a coesão grupal e as estratégias de *coping* social, podem atenuar o desenvolvimento de sintomas psicopatológicos associados especialmente à PPST. Pretende-se assim, responder às seguintes perguntas de investigação: “Quais as perturbações psicológicas associadas aos acidentes de trabalho?”, “Qual a taxa de incidência da PPST e de perturbações que lhe são comorbidas (depressão e a ansiedade) em vítimas e testemunhas de acidentes de trabalho?” e “Qual o papel do *coping* social e da coesão do grupo de trabalho na relação entre a avaliação que a pessoa faz do grau de trauma associado ao acidente de trabalho e a severidade da sintomatologia de PPST?”.

A sustentação teórica subjacente ao presente trabalho baseia-se numa conciliação entre o modelo transaccional de avaliação cognitiva, stress e *coping* de Lazarus e Folkman (1984) e a proposta de Lazarus (1999) relativa à conceptualização da perturbação pós-stress traumático (PPST) neste modelo; pretende-se ainda integrar neste modelo a perspectiva social do *coping* proposta por Hobfoll e colaboradores (1994, 1998) e o constructo de coesão grupal, entendido como recurso à luz do modelo transaccional.

Neste sentido, em seguida apresentam-se as estatísticas e definição de acidente de trabalho, bem como a sua caracterização enquanto acontecimento propiciador de consequências de natureza traumática; posteriormente sistematiza-se a literatura referente à PPST ligada aos acidentes de trabalho, bem como ao papel do *coping* social e da coesão grupal no seu desenvolvimento.

As mais valias deste trabalho relacionam-se com o facto de se debruçar sobre uma temática relevante a diversos níveis, mas que se encontra praticamente por estudar a nível internacional e em particular em Portugal - as perturbações psicológicas associadas aos acidentes de trabalho em vítimas e as testemunhas - e por incluir um quadro conceptual e empírico que procura explorar variáveis protectoras que têm sido analisadas em contextos diferentes, mas que se configuram relevantes neste âmbito.

A Problemática dos Acidentes de Trabalho: Definição e Prevalência

A problemática dos acidentes de trabalho inicia-se com a própria definição do que é um acidente de trabalho, pois existem diferenças tanto na legislação dos vários países (Jacinto & Aspinwall, 2004), como na própria literatura científica (Niza, Silva & Lima, 2006).

No presente trabalho utiliza-se como definição de acidente de trabalho a definição legal portuguesa (Art.º6 da Lei n.º 100/97 de 13 de Setembro), assim: “1- É acidente de trabalho aquele que se verifique no local e no tempo de trabalho e produza directa ou indirectamente lesão corporal, perturbação funcional ou doença de que resulte redução na capacidade de trabalho ou de ganho ou a morte”¹.

¹ São abrangidos pela definição os acidentes no trajecto casa-trabalho e vice-versa, de transporte ou de circulação durante uma deslocação em serviço, acidentes de viação durante o tempo de trabalho, intoxicação aguda, actos voluntários de terceiros, agressões ou quedas num local público ou em qualquer meio de transporte durante uma deslocação em serviço. São excluídos, por exemplo, os ferimentos auto-inflingidos, pessoas estranhas à empresa, sem qualquer actividade profissional (Direcção-Geral de Estudos, Estatística e Planeamento (DGEEP), 2005).

Os acidentes de trabalho constituem um problema a nível nacional, europeu e mundial, com consequências económicas e sociais graves (European Agency for Safety and Health at Work, 2002; International Labour Organization, 2003). O número total de acidentes de trabalho é elevado, assim como o número de acidentes mortais. A nível mundial os últimos dados disponíveis de 2001 (International Labour Office, 2005) apontam para a ocorrência de 268 milhões de acidentes de trabalho que resultam em 3 ou mais dias de ausência e 351500 acidentes fatais; valores estes que aumentaram relativamente aos de 2000 (270 milhões de acidentes de trabalho, fatais e não fatais, de acordo com o Eurostat, 2001) e aos de 1998 (268 milhões de acidentes que resultam em 3 ou mais dias de ausência ao trabalho e 345500 acidentes fatais, segundo o International Labour Office, 2005).

A nível europeu (EU-15), as últimas estimativas que datam de 2002 referem a ocorrência de cerca de 4.7 milhões de acidentes com mais de 3 dias de ausência do trabalho e 4800 acidentes mortais (em 2001, 4.7 milhões dos acidentes que resultaram em mais de 3 dias de ausência e 7.6 milhões de acidentes de trabalho com menos de 3 dias de ausência do trabalho e cerca de 4900 acidentes fatais, European Commission, 2005). O relatório da European Commission (2004) refere que a cada 5 segundos há um trabalhador da União Europeia que sofre um acidente de trabalho e em cada 2 horas há um trabalhador da União Europeia que morre devido a um acidente de trabalho.

Portugal é um dos países europeus com valores mais elevados de acidentes de trabalho, estando mesmo no topo da lista dos países da União Europeia com mais acidentes fatais em 2000 (Eurostat, 2001). Os acidentes de trabalho em Portugal representam um grave problema social pelas suas consequências e repercussões. Estatisticamente estes acidentes afectam anualmente cerca de 4% da população activa nacional, o que é um valor elevado (Guedes Soares, Jacinto, Pereira, Antão, Canoa, Fialho, & Almeida, 2005).

De acordo com os dados do Departamento de Estudos, Prospectiva e Planeamento (2005)² em 2001 ocorreram 244 936 acidentes de trabalho³ em Portugal, dos quais 365 foram mortais (Anexo 1). Relativamente ao ano anterior, o total de acidentes de trabalho apresenta um acréscimo de 4.6% (em 2000, o número total de acidentes foi 234 192). Contudo, a sinistralidade mortal⁴ evidencia uma ligeira descida de 0.8% (em 2000 morreram 368 pessoas). As estatísticas nacionais referentes aos acidentes mortais são actualizadas mensalmente no site da Inspeção Geral do Trabalho (2006); no final do mês de Outubro de 2006, contabilizavam-se 138 acidentes de trabalho mortais (Anexo 2).

Estas estatísticas dão conta de que os acidentes de trabalho constituem um importante problema social e empresarial, o qual justifica um claro esforço de investimento, ao nível da investigação, da prevenção e da intervenção. É no contexto deste problema que o presente trabalho procura dar o seu contributo.

Consequências dos Acidentes de Trabalho

Os acidentes de trabalho estão associados a inúmeros custos, para os países e para as organizações, que são visíveis, nomeadamente na diminuição da produtividade, no aumento do absentismo e da desmotivação, e conseqüentemente, na diminuição da competitividade das organizações, o que em última análise, vai influenciar a produtividade do país (Silva, 2003).

A investigação das ciências sociais tem-se debruçado especialmente sob as causas/ factores antecedentes dos acidentes de trabalho (e.g., Silva, 2003). Contudo, recentemente verificou-se um aumento significativo da investigação sobre as consequências dos acidentes de trabalho, a diversos níveis. Por exemplo, ao nível das consequências organizacionais tem

² De acordo com a DGEEP (2005), apesar da legislação portuguesa englobar os acidentes de trajeto na definição de acidente de trabalho, as estatísticas apresentadas não têm em consideração este tipo de acidente, devido às suas características e atendendo às recomendações do grupo de trabalho do Eurostat que refere que estes devem ser objecto de um tratamento estatístico em separado.

³ Em 2001, cerca de 187051 acidentes implicaram ausência ao trabalho, provocando 7738981 dias de trabalho perdido, sendo o número médio de dias perdidos de 41.4 (DGEEP, 2005).

sido estudada a forma como as organizações aprendem com os acidentes de trabalho, salientando o potencial dos acidentes para a implementação de estratégias positivas de prevenção (e.g., Silva & Lima, 2004; 2005). A um nível mais geral, diversos autores mostram como os acidentes de trabalho têm consequências familiares e comunitárias (e.g., Dembe, 2001), mediadas pelas interpretações propostas para os acidentes pela comunicação social (e.g., Castro, Correia & Lima, 2004; 2006).

Ao nível das consequências dos acidentes de trabalho no indivíduo, as preocupações têm-se concentrado habitualmente nos danos físicos. Contudo, recentemente alguns autores (e.g., Lauritsen, Rasmussen, Hansen, & Carstensen, 2004) têm alertado para o facto de que as consequências físicas são apenas parte dos danos provocados pelos acidentes de trabalho, já que estes constituem igualmente uma ameaça para o bem-estar psicológico das vítimas deste acontecimento. De facto, os acidentes de trabalho têm algumas características que permitem pensar que possam levar ao desenvolvimento de perturbações da ansiedade e do humor, designadamente, por serem acontecimentos percebidos como imprevisíveis, que envolvem experiências de perda, e que podem implicar grandes mudanças de vida para uma série de pessoas (e.g., vítima, colegas e família). Os acidentes de trabalho poderão ainda desencadear uma série de outros acontecimentos com efeitos relevantes e a longo prazo na vida do sinistrado e das pessoas que o rodeiam (e.g., despedimento ou incapacidade permanente), os quais representam grandes exigências de adaptação, nem sempre acompanhadas por recursos e formas de apoio adequadas. Carstensen, Lauritsen, Rasmussen e Hansen (2000) defendem que os acidentes de trabalho são geralmente acontecimentos com uma forte carga emocional e traumática, podendo-se associar assim, ao desenvolvimento de diversas reacções psicológicas, especificamente perturbação pós-stress traumático (PPST) e perturbações comórbidas, do foro da ansiedade e de tipo depressivo.

⁴ O acidente de trabalho mortal é um acidente de que resulte a morte da vítima num período de um ano (após o dia) da sua ocorrência (DGEEP, 2005).

Perturbação Pós-Stress Traumático

A PPST⁵ foi inicialmente codificada como uma perturbação psicológica no DSM-III⁶ publicado em 1980 pela American Psychiatric Association (APA). A PPST é um síndrome de sintomas psicológicos e físicos que resultam do facto do indivíduo ter estado exposto a um trauma psicológico (Vaz Serra, 2003). Entende-se por trauma um estado psíquico ou comportamental alterado que resulta de um *stress* mental ou emocional, ou ainda de uma lesão física (Valentine, 2003).

De acordo com o DSM-IV (American Psychiatric Association, 1996) o diagnóstico da perturbação pós-*stress* traumático implica que a pessoa tenha experimentado, observado ou sido confrontada com um acontecimento(s) que envolveu ameaça de morte, morte real ou ferimento grave, ameaça à integridade física do próprio ou de outros, e que a resposta da pessoa tenha envolvido medo intenso, sentimento de desespero ou horror (*Critério A*); o acontecimento traumático seja reexperienciado de modo persistente (*Critério B*); que haja um evitamento persistente dos estímulos associados com o trauma e embotamento da reactividade geral (*Critério C*); e sintomas persistentes de activação aumentada (*Critério D*). O diagnóstico clínico da PPST implica que a duração da sintomatologia seja superior a um mês (Anexo 3).

Até muito recentemente não existiam estudos epidemiológicos referentes à PPST na população em geral, dada a inexistência de instrumentos não-clínicos de diagnóstico. Com o desenvolvimento de medidas de papel e lápis, diversos estudos têm mostrado que a PPST não é uma perturbação pouco comum: 7.8% nos Estados Unidos da América (Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes & Nelson, 1995), 2% da população adulta no Canadá (Stein, Walker, Hazen, & Forde, 1997), 1.3% na Alemanha (Perkonigg, Kessler, Storz & Wittchen, 2000), 5.6 % na Suécia (Frans, 2003) e 7.9% em Portugal (Albuquerque, Soares, Jesus, & Alves, 2003) sofrem desta perturbação.

⁵ Em inglês designa-se por PTSD (*Pos-Traumatic Stress Disorder*).

⁶ Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais.

Estudos epidemiológicos com amostras da população geral, amostras clínicas, veteranos de guerra e em contextos específicos revelam que as pessoas diagnosticadas com PPST têm elevadas taxas de outras perturbações psicológicas⁷, como por exemplo, perturbações da ansiedade (e.g., Gibson, Holt, Fondacaro, Tang, Powell & Turbitt, 1999), perturbações de personalidade (e.g., Bollinger, Riggs, Blake & Ruzek, 2000; Gibson et al., 1999), perturbações de humor (e.g., Gibson et al., 1999), em particular perturbação depressiva major (e.g., Basoglu, Kilic, Salcioglu, & Livanou, 2004) e esquizofrenia (e.g., Davidson, Hugles, Blazer & George, 1991). Assim, um indivíduo exposto a um trauma extremo pode apresentar sintomas de uma ou mais perturbações. Alguns estudos têm constatado que os doentes com PPST têm níveis mais elevados de comorbilidade do que doentes com outras perturbações psicológicas (e.g., Sautter, Brailey, Uddo, Hamilton, Beard & Borges, 1999; Zayfert, Becker, Unger & Shearer, 2002). A investigação sugere que os indivíduos que sofrem de PPST têm menores níveis de bem-estar, pior saúde física, mais limitações físicas e menor taxa de empregabilidade quando comparados com indivíduos sem PPST (Mendlowicz & Stein, 2000, citados por Gudmundsdottir, Beck, Coffey, Miller & Palyo, 2004). Tendo por base estas evidências empíricas, no presente trabalho optou-se por estudar para além da PPST, também as perturbações comórbidas de ansiedade e depressão⁸.

Têm sido definidos e estudados uma série de acontecimentos potencialmente traumáticos⁹ de diferentes naturezas, associados por exemplo, a desastres naturais (e.g.,

⁷ A isto chama-se *comorbilidade*, ou seja, co-existência simultânea de diferentes perturbações.

⁸ As perturbações comórbidas mais comuns/ frequentes (e que como tal vão ser consideradas no presente trabalho) são (e.g., Scheibe et al., 2001; MacDonald et al., 2003): a *ansiedade*, que pode ser definida como uma emoção gerada pela antecipação de um perigo vago, de difícil previsão e controlo, que se transforma em medo face a um perigo bem identificado e que se faz acompanhar por modificações fisiológicas e hormonais características de estados de activação elevada, estando muitas vezes associada a comportamentos de evitamento (Doron & Parot, 2001); e, a *depressão*, caracterizada por uma lentificação psicomotora, com sinais de culpabilidade, desespero, visão pessimista da existência e sinais somáticos (como, insónia, modificações de peso e apetite), sendo que as ideias de suicídio merecem especial atenção, pois constituem um factor de prognóstico essencial (Doron & Parot, 2001).

⁹ Quase todas as pessoas já passaram por um evento *stressante* ao longo da sua vida. Contudo, quando esse acontecimento, causa sentimentos de medo, abandono/desamparo e horror, um dano grave ou ameaça de dano ou morte é designado por *evento* ou *acontecimento traumático* (Carlson & Ruzek, 2005).

sismos), a situações médicas/ saúde (e.g., fracturas ósseas, intervenções cirúrgicas, abortos, *overdoses* de drogas, doença ou ferimento grave do próprio ou observado num familiar ou amigo íntimo), desastres tecnológicos, situações de violência (e.g., assalto, maus tratos e intimidação, agressão, ataques por animais, ameaça de morte ao próprio ou a outra pessoa próxima), situação de guerra, entre outros (e.g., Bleich, Siegel, Gorb, & Lerr, 1986; Carlson & Ruzek, 2005; Keane, Weathers & Foa, 2000, citados por Orsillo, Batten & Hammind, 2001; McFarlane, 1988; Moore, 1993, citado por Valentine, 2003; Wilson & Sigman, 2000). De acordo com Maia e Fernandes (2003, p.36), “(...) *estas experiências fazem parte do leque de acontecimentos que podem dar origem ao desenvolvimento de Perturbação Pós-Stress Traumático, o que em termos de concepção etiológica, torna esta patologia a primeira em que é possível estabelecer um elo entre acontecimentos causais e sintomas*”.

Perturbação Pós-Stress Traumático: Contexto de Trabalho

Recentemente tem havido uma preocupação com a PPST associada ao trabalho e à actividade laboral (Alexander & Klein, 2001; Tehrani, 2004). De acordo com Richards (1994, p.51) alguns contextos de trabalho “*contain the potential for violent or traumatic incidents*” devido à natureza das actividades que são levadas a cabo. Neste sentido, têm sido realizados estudos em diferentes contextos profissionais, com diferentes grupos profissionais, nomeadamente, bombeiros (e.g., Haslam & Mallon, 2003), polícias (e.g., Stephens & Long, 1999), paramédicos (e.g., Regehr, Goldberg, Glancy & Knott, 2002), jornalistas (e.g., Pyevich, Newman & Daleiden, 2003), trabalhadores de clínicas de interrupção voluntária da gravidez (e.g., Fitzpatrick & Wilson, 1999). Estes estudos visam analisar os acontecimentos traumáticos aos quais os trabalhadores estão sujeitos, bem como as suas consequências ao nível psicológico (especialmente ao nível do desenvolvimento de PPST). Recentemente

também têm sido desenvolvidos inúmeros estudos sobre assédio moral no trabalho e o desenvolvimento de PPST (e.g., Leymann & Gustafsson, 1996).

É necessário referir que todos os acontecimentos potencialmente traumáticos que se podem verificar em qualquer contexto, também podem ocorrer no contexto de trabalho. Tehrani (2004) fez o levantamento de vários tipos de acontecimentos traumáticos que podem ocorrer nas organizações, tendo identificado acontecimentos traumáticos relacionados com a actividade operacional (e.g., exposição a perigos biológicos, fumos tóxicos), relacionados com actos criminosos (e.g., ameaça de bomba, violência), relacionados com o facto da organização ter diferentes pessoas que trabalham em conjunto (e.g., morte de um colega, testemunhar o ferimento de um colega, suicídio de um colega, *bullying*) e relacionados com danos por diferentes situações (e.g., acidente de viação, falha do equipamento, incêndio, quedas). Grande parte destes acontecimentos traumáticos desde que se verifiquem no local e no tempo de trabalho e que produzam directamente ou indirectamente lesão corporal, perturbação funcional ou doença de que resulte redução na capacidade de trabalho ou de ganho ou a morte, podem ser considerados acidentes de trabalho à luz da lei portuguesa (Art.º6 da Lei n.º 100/97 de 13 de Setembro).

Estudos desenvolvidos recentemente no domínio das organizações (e.g., Center for Disease Control and Prevention, 2003; Tehrani, 2004) e outros relacionados com recentes acontecimentos traumáticos à escala mundial (e.g., Lillo, Munõz, Parada, Puerta, Ramos, Pereira, del Val & Guijjarro, 2004), têm revelado a ocorrência de verdadeiros “processos de contágio” das reacções emocionais negativas, que alargam o leque de pessoas psicologicamente afectadas muito para além das vítimas directas. Neste sentido, os acontecimentos traumáticos podem afectar não apenas as suas vítimas directas mas também as testemunhas (Barling, Bluen & Fain, 1987; LeBlanc & Kelloway, 2002; Rogers & Kelloway, 1997; Schat & Kelloway, 2000, 2003; Schooler & Baum, 1999, citados por Kelloway, Stinson

& MacLean, 2004; Tehrani, 2004; Tobal, 2006; Tobal & Videl, 2005). Também a definição de PPST do DSM-IV (APA, 1996, p.211) remete para esta ideia ao referir no critério A “a pessoa experimentou, observou ou foi confrontada com um acontecimento ou acontecimentos que envolveram ameaça de morte, morte real ou ferimento grave, ou ameaça à integridade física do próprio ou de outros”. Este é o fundamento que nos levou a considerar neste estudo não apenas as vítimas de acidente de trabalho, mas também as testemunhas (ou seja, colegas do mesmo local de trabalho que observaram o acidente sofrido pela vítima directa).

Perturbação pós-stress traumático e os acidentes de trabalho.

A revisão de literatura realizada permitiu identificar alguns estudos (Anexo 4) que se debruçam especificamente sobre as perturbações psicológicas evidenciadas pelas vítimas directas dos acidentes de trabalho¹⁰, estudos estes que demonstram que a PPST deve ser alvo de preocupação adicional a par dos danos físicos causados pelos acidentes de trabalho. Contudo, é necessário referir que grande parte destes estudos utilizam “amostras clínicas” (isto é, os acidentados estavam sinalizados com algum tipo de perturbação psicológica e estavam igualmente sinalizados para apoio psicológico), como é o caso dos dois estudos que se apresentam de seguida¹¹.

Asmundson, Norton, Allerdings, Norton e Larsen (1998) realizaram um estudo cujos objectivos eram avaliar a prevalência de PPST em 121 vítimas de diferentes tipos de acidentes de trabalho (e.g., quedas, acidentes de viação) e com diferentes consequências físicas (e.g., lacerações) e determinar se outras medidas de psicopatologia (e.g., dor, depressão, ansiedade, medo) estavam associadas à frequência e severidade dos diferentes *clusters* de sintomas de

¹⁰ Alguns estudos (e.g., Malt, 1988) incluem nas suas amostras (heterogéneas, com vítimas de outros tipos de acontecimentos, por exemplo, vítimas de violência, de acidentes de trânsito e domésticos) as vítimas de acidentes de trabalho, contudo, não “trabalham” com estas vítimas de forma isolada.

¹¹ Com a revisão de literatura foi possível constatar que existem estudos como o de, MacDonald, Colotla, Flamer e Karlinsky (2003) que referem ter estudado acidentes de trabalho, mas que na verdade o que estudaram foram acontecimentos traumáticos associados à actividade profissional (e.g., responder a uma chamada de situação de homicídio).

PPST. Os resultados indicaram que 34.7% e 18.2% da amostra reportava sintomas consistentes com PPST com diagnóstico completo e com PPST parcial, respectivamente. A PPST apresentou correlações positivas com todas as outras medidas de psicopatologia. Não encontraram diferenças significativas relativamente à prevalência de PPST em função do género e estado civil, mas apenas diferenças significativas relativamente à idade, de tal forma que os indivíduos com PPST parcial eram mais velhos do que os indivíduos com PPST completa. Os resultados mostraram que a depressão é o único preditor significativo da frequência de PPST. Contudo, para a severidade dos sintomas de PPST foram encontrados mais preditores, especificamente, a ansiedade, o medo social e a somatização.

Scheibe, Bagby, Miller e Dorian (2001) realizaram um estudo com uma amostra de 54 homens vítimas de diferentes tipos de acidentes de trabalho (e.g., electrocussão, incêndios, explosões, acidentes de viação, acidentes com máquinas, queda, esmagamento), 4 dos quais foram excluídos da análise uma vez que não satisfaziam o critério A do DSM-IV, ou seja, não qualificavam o acidente como sendo em evento traumático. Os resultados indicaram que 56% dos indivíduos reuniam os critérios de diagnóstico de PPST, enquanto que 44% não satisfaziam os critérios totais de PPST. No grupo de indivíduos com PPST, 68% apresentavam diagnóstico de perturbações comórbidas, incluindo 64% depressão major, 21% ansiedade e 15% distúrbios de dor. Trinta e seis por cento dos indivíduos do grupo sem PPST não satisfaziam os critérios de diagnóstico de nenhuma perturbação psiquiátrica. Contudo, 32% manifestavam depressão major, 14% ansiedade e 18% distúrbios de dor. Os pacientes com PPST apresentaram uma maior probabilidade (significativa) de possuírem uma ou mais perturbações comórbidas. Não encontraram diferenças de idade entre os participantes com e sem PPST.

O único estudo de que temos conhecimento que aborda a PPST e os acidentes de trabalho e que utiliza uma amostra não clínica foi realizado por Carstensen, Lauritsen,

Rasmussen e Hansen (2000; Lauritsen, Rasmussen, Hansen, & Carstensen, 2004), estudo este que, contudo, não analisa as perturbações comórbidas. Este estudo teve como objectivo estimar a prevalência de PPST e o estado da saúde geral em vítimas de acidentes de trabalho. Participaram neste estudo 3663 vítimas de acidentes muito graves e moderadamente graves (a gravidade foi definida com base no tipo de acidente, incluindo todos os casos de amputações, fracturas e lesões extensivas no corpo). Os resultados revelaram uma prevalência de 4.3% de casos que preenchiam os critérios de PPST (7.8% para os acidentes mais graves), sendo os sintomas mais frequentes os *flashbacks* e os sonhos. De acordo com os autores a prevalência de PPST está distribuída de igual modo ao nível da idade, do género e do tipo de dano físico (entre 3 e 5%). A prevalência de PPST é significativamente mais elevada (entre 10 e 30%) para pessoas que indicavam problemas relacionados com a saúde geral, sintomas psicossomáticos e deterioração da saúde. Os resultados revelaram também que a probabilidade dos indivíduos com PPST mudarem de emprego é 3 vez maior e que há 5 vez maior probabilidade de redução da capacidade de trabalho do que a tendência geral dos casos de acidentes de trabalho. Apenas 9% dos casos de PPST crónico é que recebeu tratamento/ apoio psicológico.

Em Portugal desconhece-se qualquer estudo sobre a PPST ou outras perturbações psicológicas em vítimas de acidentes de trabalho. No entanto, é reconhecido que o bem-estar psicológico e emocional dos trabalhadores é muito importante (Secretary of State for Health, 1992, citado por Alexander & Klein, 2001). Daqui decorre a necessidade de colmatar a falta de estudos que associem os acidentes de trabalho a diferentes perturbações psicológicas, nomeadamente, à PPST.

Modelo Teórico

A conceptualização teórica adoptada no presente trabalho tem por base o modelo transaccional de Lazarus e Folkman (1984). Este modelo foi adoptado pelo facto de ser uma referência fundamental na área da saúde (especificamente, na saúde ocupacional), do *stress* e do *coping* (uma das variáveis estudadas).

Modelo Transaccional de Lazarus e Folkman (1984)

O modelo de avaliação cognitiva, *stress* e *coping* de Lazarus e Folkman (1984) preconiza a existência de um processo de avaliação cognitiva das situações com que o indivíduo se confronta e de uma “decisão” relativamente ao carácter mais ou menos ameaçador dessas mesmas situações face aos recursos pessoais (Anexo 5). Neste âmbito, o *stress* é encarado como resultado do processo de avaliação cognitiva e traduz-se num conjunto de respostas de *distress* (mal-estar), as quais conduzem, por sua vez, ao desencadear de um novo processo, de *coping*, relativo aos esforços de adaptação desenvolvidos no sentido de resolver a situação avaliada como ameaçadora e/ ou regular as reacções de *distress*.

De acordo com Lazarus e Folkman, (1984, p.19) o *stress* pode ser conceptualizado como “*a particular relationship between the person and the environment that is appraised by the person as taxing or exceeding his or her resources and endangering his or her well-being*”, ou seja, uma situação indutora de *stress* é toda aquela em que a relação estabelecida entre o indivíduo e o meio ambiente é avaliada como excedendo os seus recursos prejudicando, por isso, o seu bem-estar.

Segundo este modelo, perante uma situação (ameaça potencial) um indivíduo vai evoluir ao longo de uma sequência processual, que tem início na percepção da situação em causa, passa pela sua avaliação face aos recursos pessoais e envolve ainda o desencadeamento de estratégias de *coping* para lhe fazer frente. Esta concepção salienta, assim, uma dimensão

cognitiva de classificação das situações como ameaçadoras (avaliação), que é seguida de esforços cognitivos e comportamentais para lidar com essas situações de *stress (coping)*.

Segundo Lazarus e Folkman (1984) existem dois tipos de avaliação cognitiva: avaliação primária e avaliação secundária. A *avaliação primária*, que consiste na avaliação do significado individual ou relevância do acontecimento, vai conduzir à classificação dos acontecimentos como irrelevantes (o encontro com o ambiente não acarreta implicações para o bem-estar da pessoa, não há perdas ou ganhos associados à transacção), positivos (o encontro com a situação é classificado como positivo, isto é, o bem-estar é mantido ou aumentado) ou ameaçadores (o encontro com a situação inclui situações de perda, ameaça ou desafio).

A *avaliação secundária*, ocorre quando um acontecimento é considerado ameaçador na avaliação primária. Esta avaliação secundária consiste na avaliação dos recursos disponíveis para enfrentar o acontecimento. Estes recursos podem ser pessoais (e.g., personalidade resistente ou optimismo disposicional) e/ ou sociais (e.g., estatuto socio-económico ou as redes de apoio social).

Estes dois tipos de avaliação vão conduzir a *respostas fisiológicas* (e.g., aumento do ritmo cardíaco), *cognitivas* (e.g., crenças sobre as consequências de um acontecimento), *emocionais* (e.g., medo) e *comportamentais* (e.g., fuga) de *stress*.

Se um determinado acontecimento for considerado como ameaçador na avaliação primária e se os recursos existentes para lidar com a situação forem considerados insuficientes na avaliação secundária, esta avaliação conduzirá à experiência de *stress*, a qual desencadeia um conjunto de esforços individuais no sentido de lidar com a situação eliminando, reduzindo ou evitando a ameaça. Este é o chamado processo de *coping* definido por Lazarus e Folkman (1984, p.20) como: “*constantly changing cognitive and behavioral efforts to manage specific*

external and/ or internal demands that are appraised as taxing or exceeding the resources of the person”.

Este modelo apresenta o *coping* enquanto processo que implica uma constante mudança e adaptação dos esforços cognitivos e comportamentais para gerir as exigências externas e/ ou internas específicas que são avaliadas como excedendo os recursos da pessoa. Esta definição tem inerente a ideia de que o *coping* se pode alterar de situação para situação e de momento para momento, em função da reavaliação que a pessoa faz. Isto significa que as estratégias de *coping* que a pessoa utiliza podem ser alteradas ao longo do tempo (por exemplo, a pessoa pode adoptar uma estratégia X logo a seguir à ocorrência do acontecimento e passado algum tempo adoptar a estratégia Y) e que são situacionais (por exemplo, a mesma pessoa pode utilizar uma determinada estratégia de *coping* em situações ameaçadoras no trabalho e outra em situações ameaçadoras familiares). Desta forma, Lazarus e Folkman (1984) referem que pelo facto do processo de *coping* requerer uma análise contextual da situação *stressante*, torna-se difícil e não faz sentido conceptualizar e avaliar o estilo de *coping* global da pessoa, mas sim adoptar uma perspectiva situacional/ contextual sobre o *coping*.

O modelo realça o conceito de estratégias de *coping*, que consistem em formas práticas de fazer face às situações ameaçadoras, podendo distinguir-se dois tipos de estratégias de *coping*: *focalizadas na resolução de problemas*, que são formas de lidar com o *stress* centradas no problema e que implicam o desenvolvimento de acções no sentido de eliminar, prevenir ou reduzir a ameaça, estando neste sentido direccionadas para a definição do problema, para o gerar de soluções alternativas, pesando as alternativas em termos de custos e benefícios, escolhendo entre essas alternativas e agindo; e *focalizadas na regulação emocional*, que são formas de lidar com o *stress* centradas nas emoções (e.g., evitamento, distanciamento e atenção selectiva) e que ocorrem tendencialmente quando a avaliação mostra que não há nada a fazer para modificar a ameaça ou as condições ambientais.

Um tema crítico na área de investigação do *coping* é a avaliação da sua eficácia, a qual tem sido analisada tendo em conta a relação entre o *coping* e os seus resultados, habitualmente avaliados com base em indicadores de mal-estar subjectivo (Folkman & Moskowitz, 2004). Os estudos empíricos têm mostrado que esta relação é complexa e variável (Marques Pinto, Lima, & Lopes da Silva, 2005a, 2005b) e, de facto, a abordagem contextual de Lazarus e Folkman (1984) explicita que não existe *coping* bom, mau, adaptativo ou desadaptativo. Existe sim um contexto dinâmico e uma qualidade adaptativa dos processos de *coping*, por isso a eficácia do *coping* tem que ser avaliada em função de cada contexto específico (ao nível cultural, temporal e considerando o tipo de *stress*), já que uma dada forma de *coping* pode ser eficaz numa situação e não noutra (Zeidner & Saklofske, 1996), podendo mesmo acontecer que “...*same responses to stress may allieviate the problem or reduce the resulting distress, others may actually exacerbate the problem or became problems or interfere with outcomes and other coping strategies may not result in any benefit*” (Aldwin & Revenson, 1987, citados por Zeidner & Saklofske, 1996, p.505).

Pearlin e Schooler (1978, citados por Zeidner & Saklofske, 1996, p.520) realçam que “*The results of a given coping style are determined by the interaction of personal needs and preferences and the constraints of the current situation. Thus, applying the same coping strategies across all situations is not likely to be adaptive*”. Pode-se recordar neste contexto a ideia de Folkman e Moskowitz (2004) de flexibilidade de *coping*, ou seja, de que as pessoas mudam as suas estratégias de *coping* em função das exigências do ambiente.

Em suma, segundo este modelo o *stress* é um processo individualizado resultante da interacção entre características ambientais e pessoais. Este modelo de *stress* e *coping* valoriza o papel activo do indivíduo enquanto agente (e não apenas objecto): (1) de avaliação da situação que viveu (i.e., é o que explica que um mesmo acontecimento possa ser avaliado por algumas pessoas como irrelevante e por outras como ameaçador); (2) de avaliação dos

recursos disponíveis para lidar com a situação; e (3) de resolução dos problemas indutores de *stress* e / ou regulação das suas próprias reacções de *distress*.

Do Stress ao Trauma: A Perspectiva de Lazarus sobre a PPST

Lazarus nos anos 90 apresentou uma proposta de conceptualização das reacções ao *stress* traumático, e mais concretamente da PPST, à luz do seu modelo transaccional de avaliação cognitiva, *stress* e *coping* (Lazarus & Folkman, 1984) anteriormente descrito¹². À luz deste modelo, a proposta de conceptualização da PPST feita por Lazarus (1999) assenta em três asserções fundamentais: (1) a PPST depende da relação transaccional entre a pessoa e a situação (acontecimento traumático); (2) a PPST depende dos significados relacionais construídos pela pessoa e as emoções despoletadas fornecem informações importantes sobre o processo de adaptação; (3) os processos de *coping* são um elemento essencial na determinação da reacção de PPST e na sua gravidade clínica. A caracterização destas asserções será o nosso ponto de partida para uma releitura, que pretendemos clarificadora, da literatura sobre trauma e PPST.

1) A PPST depende da relação transaccional entre a pessoa e a situação:

Lazarus (1999, p.159) defende que “...*Trauma, just like the more common stresses, can never be adequately defined as an external event. To be traumatized depends on the specificities of the connection between the event and the person who is responding to it...*”.

Este autor procura, com esta afirmação, realçar que os acontecimentos que ocorrem na vida

¹² Quando se fala de *stress*, considera-se que “the person is able to cope without falling apart or developing serious symptoms of adaptation struggle. The person is “whelmed”...” (Lazarus, 1999, p.129), assim, o *stress* associa-se a um processo de adaptação. Contudo, “If the ratio of demands to resources becomes too great, we are no longer talking about high stress but trauma. The person feels helpless to deal with the demands to which he or she is exposed, and this can result in feelings of panic, hopelessness, and depression” (Lazarus, 1999, p.58). Assim, no caso de se estar a falar de pessoas traumatizadas, “they are overwhelmed, which means being unable to function without substantial help, possibly only temporarily, though the dysfunction could continue indefinitely” (Lazarus, 1999, p.129). O trauma está associado a um processo de disfunção, que envolve um acontecimento traumático e reacções perturbadas, entre as quais, a Perturbação Pós-*Stress* Traumático.

das pessoas, entre os quais os traumáticos, não podem ser conceptualizados apenas enquanto elementos externos, uma vez que a reacção aos acontecimentos (no caso do trauma, por exemplo a PPST) depende da relação entre estes e as características da pessoa que os experiencia. Não basta olhar apenas para um dos lados da moeda, é a relação transaccional entre as duas faces que formam toda a moeda.

A natureza transaccional do trauma (Lazarus, 1999) pode ser claramente evidenciada pela análise das diferenças individuais nas reacções psicológicas a acontecimentos traumáticos. De facto, um mesmo acontecimento pode ter consequências muito diversas em diferentes pessoas; e, do mesmo modo, um acontecimento “objectivamente” pouco danoso pode conduzir ao desenvolvimento de perturbações emocionais e disfunções graves em muitas pessoas, enquanto que acontecimentos traumáticos poderosos poderão não perturbar outras que lidam com eles de forma eficaz.

2) *A PPST depende dos significados relacionais e as emoções desencadeadas fornecem informações importantes sobre o processo de adaptação:*

No seu esforço de conceptualização do trauma e da PPST, Lazarus (1999, p. 160) considera fundamental termos em consideração que “...*the main sources of trauma are the meanings a person constructs about what has happened (...) each emotion carries its own message about the personal significance of the trauma*”. Assim, para Lazarus (1999): (1) as principais fontes de trauma são os significados que as pessoas constróem acerca do que aconteceu; e, (2) as emoções constróem-se a partir desses significados e desempenham um papel chave no desenvolvimento da perturbação.

Nesta perspectiva, a vivência de um acontecimento traumático pode associar-se a uma grande variedade de respostas emocionais, dependendo do significado que a pessoa constrói para o acontecimento. Do ponto de vista das reacções psicopatológicas ao trauma, esta

variabilidade emocional tem sido habitualmente estudada na óptica da PPST e da sua comorbilidade, isto é, das outras perturbações que co-ocorrem frequentemente com a PPST.

3) *Os processos de coping são um elemento essencial na determinação da reacção de PPST e na sua gravidade clínica:*

De acordo com Lazarus (1999, p.157) “*the coping process is an essential element in whether there will be PTSD and how serious it is clinically*”¹³. As estratégias ou estilos de *coping*, desempenham um papel fundamental no bem-estar físico e psicológico de um indivíduo, quando este é confrontado com acontecimentos de vida negativos ou causadores de *stress* (Endler & Parker, 1990, citados por Stroebe & Stroebe, 1995/ 1999), sendo consensual que algumas estratégias de *coping* “*guarantees immunity from the malign effects of adversity*” (Alexander & Klein, 2001, p.80).

No contexto da PPST tem-se procurado perceber qual o impacto das diferentes estratégias de *coping* no desenvolvimento da sintomatologia. Os resultados são consensuais e vão no sentido dos encontrados no âmbito mais geral dos estudos sobre *stress*. Por exemplo, Street, Gibson e Holohan (2005) realizaram um estudo com 63 mulheres vítimas de violência doméstica, no qual analisaram a relação entre a utilização de estratégias de *coping* de evitamento e a sintomatologia da PPST, encontrando uma correlação positiva entre estas variáveis. Haisch e Meyers (2004) realizaram um estudo com 254 polícias, também com o objectivo de analisar a relação entre as diferentes estratégias de *coping* e a PPST, e

¹³ Segundo Lazarus (1999) um dos trabalhos mais influentes acerca dos processos de *coping* face ao trauma provém das observações clínicas de Horowitz com vítimas de trauma (1976, 1989, citados por Lazarus, 1999). Horowitz descreveu dois processos de *coping* contrastantes: a negação dos pensamentos e as imagens intrusivas. Estes processos alternam dependendo do estágio da perturbação, não sendo ainda claro o processo subjacente a esta alternância. O estágio de negação (a mente parece inactiva, sem resposta) normalmente começa logo a seguir ao trauma e é interpretado como uma tentativa de evitar pensar no que aconteceu; seguem-se-lhe pensamentos e imagens intrusivas, os quais são interpretados como um processo de re-experienciar o trauma que o indivíduo não consegue controlar. O estágio intrusivo é caracterizado pela experiência de diversas emoções: tristeza, ansiedade, culpa, vergonha e medo; exceptuando, a tristeza que envolve o desistir do esforço de restaurar o que foi perdido e sua aceitação, estas são as emoções que ajudam na “luta” contra o dano permanente de perda.

verificaram que as estratégias de *coping* tendencialmente desadaptativas (e.g., álcool, drogas, negação, desinvestimento mental) estão associadas positivamente com a PPST, enquanto que as estratégias de *coping* tidas como mais adaptativas (e.g., planificação) estão correlacionadas negativamente com a PPST.

Do Individual ao Social

Sendo este um trabalho em Psicologia Social e Organizacional importa reflectir sobre e integrar a dimensão “social” no âmbito destas conceptualizações de cariz individual. Neste sentido, o presente trabalho propõe uma integração dos conceitos de *coping* social e de coesão de grupo de trabalho no modelo transaccional anteriormente referido, como a seguir se explicita.

Do Coping Individual ao Coping Social

O estudo do *coping* tem-se centrado numa perspectiva individualista, focando-se em duas formas de *coping*, anteriormente descritas: orientadas para o problema versus orientadas para as emoções (Lazarus & Folkman, 1984). No entanto, tem havido um crescente interesse pelas dimensões sociais do *coping* (e.g., Folkman & Moskowitz, 2004), já que as estratégias de *coping* são determinadas com base nas interações sociais e no ambiente social (Coyne & Smith, 1991). Daqui decorre a importância de se estudar o *coping* numa perspectiva social, abandonando assim, uma visão estritamente individualista e unidimensional do *coping* (Dunahoo, Hobfoll, Monnier, Hulsizer, & Johnson, 1998).

Os modelos individualistas de *coping* examinam as respostas individuais às exigências do ambiente, mas as dimensões sociais do ambiente, como a necessidade de preservar os laços sociais, o bem-estar do grupo, ou sacrificar as necessidades pessoais pelo bem da família e do grupo não são incluídas nessas conceptualizações de *coping* (Dunahoo et al., 1998). Assim, os

modelos individualistas de *coping* tendem a ignorar os aspectos sociais do *coping*, desprezando a dimensão prósocial-antisocial e a sua relação com resultados ao nível da saúde.

No sentido de conceptualizar a perspectiva social do *coping*, foi proposto por Dunahoo e colaboradores (1998), o Modelo Multi-Axial de *Coping*¹⁴. Este modelo preconiza que as estratégias de *coping* se organizam em três eixos que se traduzem numa dimensão activa-passiva¹⁵, numa dimensão prósocial-antisocial e numa dimensão directa-indirecta. A *dimensão activa-passiva* refere-se ao grau em que o indivíduo é activo ou passivo na procura dos seus objectivos (e.g., “Fiz alguma coisa que me ajudasse a não pensar no problema”). A *dimensão prósocial-antisocial* relaciona-se com o grau em que o indivíduo age tendo em conta as suas interacções sociais (por exemplo, a pessoa pode não dirigir-se ao problema, se perceber que isso vai causar mal-estar a outro membro do ambiente social), enquanto procura os seus objectivos, constituindo esta a dimensão social deste modelo (e.g., “Juntei-me a outras pessoas para lidarmos juntos com a situação”; “Tentei satisfazer as necessidades das outras pessoas que estavam envolvidas”). A *dimensão directa-indirecta* refere-se à forma como os indivíduos procuram atingir os seus objectivos (e.g., “Tentei estar em controlo da situação, mas deixei as outras pessoas pensarem que ainda tinham controlo sobre esta”).

Este modelo de *coping*, orientado para as dimensões sociais do *coping*, não é antagónico aos modelos tradicionais de *coping* (nomeadamente, o de Lazarus & Folkman, 1984), assume-se antes como complementar já que concilia o individual e o social, apresentando assim, uma abordagem multidimensional e passando para um nível de análise inter-individual (por oposição ao *coping* individual/ “tradicional”).

¹⁴ Este modelo resulta da expansão do Modelo Dual-Axial de *Coping* de Hobfoll, Dunahoo, Bem-Porath e Monnier (1994a) que preconizava que as estratégias de *coping* se organizavam em dois eixos que se traduziam numa dimensão activa-passiva e numa dimensão prósocial-antisocial.

¹⁵ A dimensão dimensão activa-passiva já era tida em consideração nos modelos individualistas (e.g., Lazarus & Folkman, 1984) traduzida por exemplo, no designado *coping* orientado para o problema ou para as emoções (Dunahoo et al., 1998).

Relativamente à eficácia das estratégias de *coping* definidas no modelo social, os estudos ainda são escassos. Contudo, os que existem (e.g. Hobfoll, Geller & Dunahoo, 2003) mostram que a orientação activa-antisocial pode ser produtiva a nível pessoal, mas pode alienar os outros, destruindo assim as redes sociais; a orientação passiva-prósocial tem em conta os outros, mas não conduz a um comportamento direccionado ao objectivo; o comportamento passivo-antisocial pode ser o mais destrutivo, a nível individual e social, mas pode ser adoptado enquanto estratégia defensiva. Os poucos estudos que existem mostram que tendencialmente as estratégias de *coping* activas e prósociais estão associadas a níveis mais elevados de saúde mental e de bem-estar (Monnier, Hobfoll, Dunahoo, Hulsizer, & Johnson, 1998a; Monnier et al., 1998b). Um estudo de Monnier, Cameron, Hobfoll e Gribble (2000) revela que o *coping* antisocial está associado a níveis mais elevados de sintomas depressivos, enquanto que o *coping* prósocial se associa à diminuição de sentimentos de raiva. Relativamente às estratégias activas-passivas, os investigadores do *coping* social não se têm centrado no seu estudo e neste seguimento não serão formuladas hipóteses considerando este tipo de estratégia.

Este modelo tem vindo a suscitar um interesse crescente por parte de diversos investigadores (e.g., Buchwald, 2003; Monnier et al., 2000; Roussi & Vassilaki, 2001; Schwarzer et al., 2003), especialmente com o objectivo de analisar as diferentes formas de lidar com o *stress* consoante a cultura de pertença e o género (e.g., Roussi & Vassilaki, 2001).

Com a utilização deste construto e modelo pretende-se neste trabalho atingir um duplo objectivo: (1) alargar os processos de *coping* contemplados no modelo transaccional de Lazarus e Folkman (1984) de uma perspectiva estritamente individualista, a uma outra que procura complementar do ponto de vista social; e (2) alargar o espectro de áreas de estudo do *coping* social à gestão de perturbações psicológicas que têm origem em contexto laboral.

Coesão Grupal do Grupo de Trabalho

O local de trabalho, enquanto ambiente social, é caracterizado por uma série de exigências e acontecimentos partilhados e vivenciados por diferentes pessoas que estão organizadas em grupos, é um contexto privilegiado para processos de troca social e de influência social. Não se pode esquecer que o ambiente social e os grupos a que os indivíduos pertencem têm muito poder sobre os seus membros. Este poder advém, por um lado, do facto dos indivíduos pertencentes a um mesmo grupo partilharem determinadas regras de interpretação dos acontecimentos a que estão sujeitos; assim, as regras vigentes no grupo condicionam a interpretação individual dos acontecimentos (Semmer, 1996), e por outro lado, o grupo poderá fornecer apoio social ajudando os indivíduos a lidar com as exigências e circunstâncias da vida através da ajuda material, informação, conselhos e orientação (Cutrona, 1990).

O conceito de coesão grupal é conceptualizado de diferentes formas¹⁶, nomeadamente, como uma força social de ligação que obriga os membros do grupo a permanecer no mesmo (Festinger et al., 1950, citados por Forsyth, 1999), ou como resultado da atracção interpessoal entre membros de um grupo (Lott & Lott, 1965). Outros autores consideram este constructo como multidimensional (Cota et al., 1993, 1995; Dion et al., 1990, 1992; citados por Forsyth, 1999, p.151), incluindo os aspectos interpessoais e os aspectos de orientação para a tarefa, assim “*binding social forces, a sense of unity, attraction to individual members and the group itself, and the group’s ability to work as a team are all components of cohesiveness*”. No entanto, de acordo com Forsyth (1999) um grupo coeso pode não exibir todas estas características. Tendo em conta a ideia de que a coesão grupal é um constructo multidimensional, pode ser definido como “*the strength of the bonds linking group members*

¹⁶ Oliver, Harman, Hoover, Hayes e Pandhi (2000, p.59) realizaram uma meta-análise referente a 40 artigos sobre coesão grupal em contexto militar e concluíram que “Many researchers investigating cohesion do not explain what they mean by the constructs they are investigating...there are many definitions of the cohesiveness construct in the literature” e que “most authorities have agreed that cohesion is a multidimensional construct”.

to the group, the unity (or we-ness) of a group, feelings of attraction for a specific group members and the group itself, and the degree to which the group members coordinate their efforts to achieve goals” (Forsyth, 1999, p.148). É esta definição da coesão grupal como multidimensional que é adoptada no presente trabalho.

As definições de coesão grupal abundam na literatura, espelhando a evidência de que não existe uma definição ou modelo único aceite pela maioria dos investigadores. De acordo McClure e Broughton (2000) uma das mais promissoras tentativas de desenvolver um constructo multidimensional foi a de Carron e colaboradores em 1985 na área da coesão de grupo em contexto de desporto. Estes autores desenvolveram um modelo conceptual com quatro dimensões, sendo que *“The first two distinguish between a member’s perception of the group as a whole and a member’s personal attraction to it. The second two dimensions derive from the observation that member’s perceptions of the group and its attraction for them can be based on task or social aspects”* (McClure & Broughton, 2000, p.474). Carron (1982, citado por Oliver, Harman, Hoover, Hayes & Pandhi, 2000, p.59) define a coesão grupal como *“a dynamic process that is reflected in the tendency for a group to stick together and remain united in the pursuit of its goals and objectives”*.

Com base na sistematização empírica de dados do Walter Reed Army Institute of Research (WRAIR), Griffith (1988) propôs um modelo com duas dimensões de coesão “militar”, distinguindo entre (1) a direcção da coesão – contrastando a coesão vertical (as relações superior-subordinado ao longo da linha hierárquica) e a coesão horizontal (as relações entre pares do mesmo nível hierárquico); e, (2) as funções da coesão – contrastando a coesão instrumental (relacionada com a distribuição das tarefas pelo grupo) e a coesão afectiva (relacionada com o apoio interpessoal e a afectividade entre os diferentes elementos do grupo). O presente estudo foi realizado numa Instituição Policial Portuguesa, e pelo facto de se estar a trabalhar com uma Instituição desta natureza, caracterizada internamente por

regras semelhantes ao contexto militar, no presente estudo ter-se-á em consideração a direcção da coesão grupal (considerando a coesão vertical e horizontal, bem como a global que resulta da coesão vertical e horizontal).

As investigações têm-se debruçado sobre os efeitos da coesão especialmente na satisfação e ajustamento da pessoa ao grupo, nas dinâmicas e influências grupais, desempenho grupal e saúde mental. Neste sentido, a literatura tem demonstrado que as consequências da coesão grupal, passam pelo aumento qualitativo e quantitativo da comunicação entre o grupo, das dinâmicas grupais e da influência das normas e regras do grupo no comportamento individual (Mitchell & Larson, 1987), na satisfação e no ajustamento ao grupo de pertença (Rodrigues, 2006).

Especificamente em relação aos efeitos da coesão de grupo na saúde mental, Forsyth (1999, p.161) refere que “*a cohesive group creates a healthier workplace, at least at the psychological level*”. A literatura sugere que as pessoas que pertencem a grupos coesos tendem a responder de forma mais positiva e a experienciarem menos ansiedade e tensão do que os membros de grupos não coesos (Myers, 1962; Shaw & Shaw, 1962; citados por Forsyth, 1999). Oliver et al. (2000) concluíram numa meta-análise que a coesão de grupo está positivamente relacionada com o bem-estar.

Os estudos que se debruçam sobre o papel da coesão grupal têm sido realizados em diversos contextos, com especial incidência no contexto industrial, terapêutico e militar. Em contexto industrial, Seashore (1954, citado por Forsyth, 1999) concluiu que os empregados reportavam menos ansiedade e nervosismo quando trabalhavam em grupos coesos. Em contexto de grupos de terapia, alguns estudos verificaram que os pacientes apresentavam aumento do nível de ajustamento quando o seu grupo era coeso (Taft, Murphy, King, Musser & DeDeyn, 2003). Diversas investigações concluíram que as pessoas lidam com o *stress* de forma mais eficaz quando estão inseridos em grupos coesos (Bowers, Weaver & Morgan,

1996; citados por Forsyth, 1999; Zaccaro, Gualtieri & Minionis, 1995). Os resultados de alguns estudos sugerem, ainda que, existe uma relação inversa entre *stress* no trabalho e coesão de grupo (Keller, 2001).

O conceito de coesão grupal tem sido igualmente muito estudado em contexto militar (sendo designado por coesão militar). Também neste contexto a literatura (e.g., Griffith & Vaitkus, 1999) tem mostrado a papel da coesão de grupo na absorção do impacto dos factores de *stress* e na redução das suas consequências. Em contexto militar tem vindo a ser estudado o papel da coesão no desempenho individual e grupal. É neste sentido que Griffith e Vaitkus (1999) referem que do ponto de vista militar, um grupo coeso tenderá a ter melhor desempenho porque a coesão serve duas funções principais: (a) mantém o grupo organizado nas suas tarefas mesmo na presença de fortes exigências externas; e, (b) fornece apoio e mantêm os indivíduos em situações que, isoladamente, não seriam capazes de suportar. No contexto militar também têm sido estudados os efeitos da coesão na adaptação dos militares a situações traumáticas (e.g., Solomon, Mikulincer & Hobfoll, 1986). Os resultados destas investigações indicam que a coesão ajuda a promover a adaptação individual. Assim, um grupo coeso pode ser encarado como um sistema de apoio óptimo em tempo de crise porque: (a) fornece apoio emocional, informação, ajuda instrumental e companheirismo; (b) potencia a auto-estima individual; (c) fornece apoio mútuo ou multilateral, o que constitui um mitigador do *stress* mais poderoso do que o apoio unilateral; e, (d) os indivíduos estão a viver a mesma experiência e, por isso, compreendem melhor as emoções desencadeadas (Rodrigues, 2006).

Tendo por base as evidências empíricas, anteriormente descritas, de que a coesão grupal é um factor importante para o bem-estar psicológico das pessoas, este trabalho propõe-se integrar o conceito de coesão grupal no modelo de Lazarus e Folkman (1984) situando-o enquanto recurso.

Em suma, neste estudo encara-se os acidentes de trabalho enquanto acontecimentos potencialmente traumáticos, consideram-se as perturbações psicológicas que se lhe associam, especificamente, a PPST, e tomam-se o *coping* social e a coesão grupal enquanto recursos que podem ser utilizados pela pessoa e que poderão moderar a relação entre o acontecimento traumático e o desenvolvimento de quadros psicopatológicos.

Modelo Empírico

Face à revisão de literatura e aos pressupostos anteriormente referenciados, o presente estudo preconiza que os acidentes de trabalho podem ser avaliados pelas vítimas e testemunhas como acontecimentos traumáticos, podendo conduzir ao desenvolvimento de perturbação pós-*stress* traumático (e perturbações comórbidas). No entanto, existem indícios na literatura de que o *coping* social e a coesão grupal podem atenuar o desenvolvimento de perturbações psicológicas, especificamente, a PPST (Figura 1).

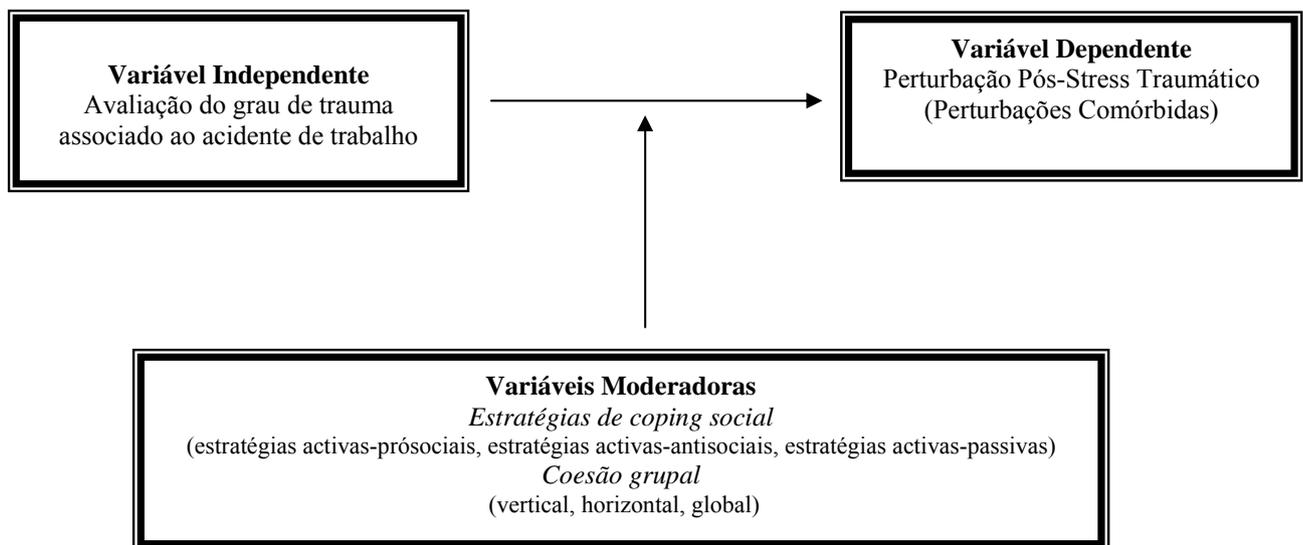


Figura 1 – Representação esquemática do modelo empírico em análise

Para além de explorar as relações entre as várias variáveis em estudo, procura-se testar as seguintes hipóteses:

H1: Espera-se que as três perturbações analisadas (severidade da sintomatologia da PPST e das perturbações comórbidas (depressão e ansiedade)) estejam positivamente correlacionadas entre si e negativamente associadas com o bem-estar.

H2: Espera-se que as estratégias de *coping* activas-prosociais estejam negativamente correlacionadas com as perturbações em análise (PPST e comórbidas) e positivamente com o bem-estar.

H3: Espera-se que as estratégias de *coping* activas-antisociais estejam positivamente correlacionadas com as perturbações em análise (PPST e comórbidas) e negativamente com o bem-estar.

H4: Espera-se que a coesão grupal (global, vertical e horizontal) esteja negativamente correlacionada com as perturbações em análise (PPST e comórbidas) e positivamente com o bem-estar.

H5: Espera-se que em vítimas e testemunhas de acidentes de trabalho, os indivíduos que desenvolvam PPST tenham incidência superior de perturbações de humor, nomeadamente, depressão e outras perturbações de ansiedade (comorbilidade) do que indivíduos que não desenvolvam PPST.

H6: A relação entre a avaliação que a pessoa faz do acidente de trabalho (ao nível do grau de trauma associado) e a severidade da sintomatologia de PPST é moderada pelas estratégias de *coping* social: (H6a) será mais fraca nos indivíduos que utilizem estratégias activo-prósocial e mais forte nos indivíduos que utilizem poucas estratégias deste tipo; (H6b) será mais forte nos indivíduos que utilizem estratégias activo-antisocial e mais fraca nos que utilizem poucas estratégias deste tipo.

H7: A relação entre a avaliação que a pessoa faz do acidente de trabalho (ao nível do grau de trauma associado) e a severidade da sintomatologia de PPST é moderada pela coesão grupal (vertical, horizontal e global): a relação será mais fraca nos indivíduos que pertençam a grupos de trabalho mais coesos do que em indivíduos que pertençam a grupos com menor coesão.

O presente trabalho foi realizado numa Instituição Policial Portuguesa (Anexo 6). A selecção de uma Instituição desta natureza para levar a cabo o presente projecto teve por base o facto de alguns investigadores (e.g. Brandl, 1996; Salminen, 1997) alertarem para a necessidade de se realizarem estudos sobre acidentes de trabalho em contexto policial, dada a importância desta temática neste contexto que é caracterizado por uma elevada especificidade e vulnerabilidade.

No âmbito deste trabalho foram delineados dois estudos, o Estudo 1 de natureza qualitativa (análise documental) e o Estudo 2 de natureza quantitativa (questionário) que passam a ser descritos de seguida.

ESTUDO 1

Objectivos

Este estudo teve por objectivo geral conhecer o contexto policial ao nível dos acidentes de trabalho, nomeadamente identificar o tipo de acidentes de trabalho que ocorrem e as suas consequências físicas; a nível mais específico este estudo foi a base para o Estudo 2, permitindo a identificação e selecção dos locais de trabalho (esquadras) onde aplicar o questionário.

Método

Procedimento

Para realizar o presente trabalho procedeu-se a um pedido de autorização aos órgãos superiores da Instituição Policial, solicitando a análise dos processos de acidente de trabalho ocorridos na Instituição no ano de 2004 (Estudo 1), bem como a distribuição do questionário em diversos locais de trabalho por todo o país, que será descrita no Estudo 2.

Este Estudo 1, de natureza qualitativa, implicou a análise documental dos processos de acidentes de trabalho ocorridos em 2004. Este estudo envolveu a deslocação ao departamento responsável, entre outras tarefas, pela resolução e registo dos acidentes de trabalho e das doenças profissionais. Esta análise decorreu entre Abril e Maio de 2005.

Amostra

Foram analisados 274 processos de acidentes de trabalho ocorridos em 2004, sendo que a maioria dos sinistrados destes acidentes de trabalho era do sexo masculino (97.4%) e da Região de Lisboa (76.3%), como é possível observar no Quadro 1.

Quadro 1 – Descrição dos sinistrados

	N	%
Sexo		
Masculino	267	97,4
Feminino	7	2,6
Total	274	100,0
Região do local de trabalho		
Lisboa	209	76,3
Alentejo/ Algarve	29	10,6
Porto/ Norte	18	6,6
Beiras	18	6,6
Total	274	100,0

Instrumentos e Metodologia de Análise de Dados

O Estudo 1 implicou a realização de uma análise de conteúdo aos documentos existentes na Instituição com a descrição/ registo dos acidentes de trabalho.

Foi desenvolvido um “Quadro de Levantamento Síntese dos Acidentes de Trabalho”¹⁷ (Anexo 7) que serviu de apoio à análise dos registos de acidente de trabalho. Neste quadro tinha-se informação nomeadamente, sobre: Data de ocorrência do acidente de trabalho, local de trabalho, tipo de acidente, responsáveis pelo acidente, intervenção médica, consequências físicas, consequências ao nível de baixa, situação actual, pessoas envolvidas (se existiam colegas testemunhas), parecer do advogado da Instituição (acidente de trabalho vs. acidente *in itinere*).

Posteriormente, com base nesta análise de conteúdo foi elaborado um Dicionário de Categorias (Anexo 8) para classificar o tipo de acidente de trabalho, o tipo de consequência física, bem como outras variáveis extraídas da análise documental (local de trabalho, responsáveis pelo acidente, intervenção médica, consequências ao nível de baixa, situação actual, pessoas envolvidas e parecer do advogado da Instituição). É de salientar que as consequências físicas foram classificadas com base na classificação do International Labour Office e do EUROSTAT. A categorização dos tipos de acidentes foi desenvolvida por nós,

¹⁷ Este quadro foi fornecido à Instituição, que passou a utilizá-lo, já que não tinham nenhum instrumento para efectuar o registo/ síntese dos acidentes de trabalho; facto que contribuía para que a Instituição não tivesse estatísticas acerca dos tipos de acidente de trabalho e dos danos físicos causados.

uma vez que não existia nenhum sistema de categorização que se ajustasse à especificidade desta Instituição (Instituição Policial).

Resultados

No Quadro 2 apresenta-se uma síntese dos principais resultados obtidos neste Estudo 1. É de realçar os resultados referentes ao tipo de acidente de trabalho e aos danos físicos. Assim, constatou-se a ocorrência de uma diversidade de tipos de acidentes de trabalho, desde acidentes de viação, agressões, quedas de moto e cavalo, armas, picadela de agulhas; sendo os mais frequentes: as quedas (52.6%), os acidentes de viação (11.3%), as agressões animais (7.7%) e humanas (6.2%). Relativamente às consequências físicas, verificou-se que os acidentes de trabalho têm consequências físicas a diferentes níveis, sendo contudo de salientar as distensões musculares (23.4%), as concussões e danos internos (22.3%), os danos superficiais e as feridas (19.7%).

Quadro 2 – Caracterização dos acidentes que ocorreram na Força Policial em 2004

	N	%
Tipo de acidente		
Acidente de viação	31	11.3
Agressão animal (mordidelas)	21	7.7
Agressão humana (mordidelas, murros)	17	6.2
Armas	3	1.1
Atropelamento	3	1.1
Quedas	144	52.6
Picadela de agulha	3	1.1
Outros	52	19.0
Total	274	100.0
Consequência física		
Danos superficiais e feridas abertas	54	19.7
Fracturas	46	16.8
Distensões (musculares)	64	23.4
Amputação	1	0.4
Ferimentos e danos internos	61	22.3
Queimaduras	1	0.4
Outras consequências	4	1.5
Consequências múltiplas	30	10.9
Morte	3	1.1
Sem consequência física	1	0.4
Não refere/ não específica	9	3,3
Total	274	100.0
Consequências ao nível da baixa		
Sim	93	33.9

Não	16	5.8
Não refere	165	60.2
Total	274	100.0
Média do n.º de dias de baixa	25 dias	
Intervenção médica		
Sim	274	100
Não	0	0
Total	274	100
Presença de testemunhas/observadores colegas		
Sim	224	81.8
Não	20	7.3
Não refere	30	10.9
Total	274	100.0
Situação “Actual”		
Curado/Recuperado	100	36.6
Em recuperação	96	35.2
Não referem	76	27.5
Com vestígios	2	0.7
Total	273	100.0
Responsáveis pelo acidente		
Fortuito	229	83.6
Sinistrado	3	1.1
Outro interveniente	39	14.2
Não refere	3	1.1
Total	274	100.0
Parecer do advogado		
Acidente em serviço	261	95.3
Acidente <i>in itinere</i>	13	4.7
Total	274	100.0

Discussão dos Resultados

O Estudo 1 tinha por objectivo geral conhecer o contexto policial ao nível dos acidentes de trabalho, nomeadamente identificar o tipo de acidentes de trabalho que ocorre e as suas consequências físicas. Neste sentido, foi possível concluir que numa Instituição Policial ocorre uma grande diversidade de tipos de acidentes de trabalho, dos quais se salientam as quedas, os acidentes de viação e as agressões animais (serem mordidos) e humanas. As consequências físicas também são de diversas naturezas, salientando-se as distensões musculares, as concussões e danos internos, os danos superficiais e feridas¹⁸.

Este estudo permitiu ainda a selecção de 34 locais de trabalho (esquadras) onde aplicar o questionário do Estudo 2.

¹⁸ Este resultado reflecte as últimas estatísticas nacionais de 2001 relativamente às consequências físicas dos acidentes de trabalho: 115503 feridas e lesões superficiais; 32787 concussões e lesões internas; 28536 deslocações, entorses e distensões; 14932 fracturas (DGEEP, 2005).

ESTUDO 2

Objectivos

Este estudo teve como objectivos de natureza metodológica: (1) Traduzir e adaptar para português, dois instrumentos (um de PPST e um de *coping* social); e de natureza teórico-empírica (com base no enquadramento teórico e no modelo empírico descritos anteriormente): (2) Determinar a incidência da perturbação pós-*stress* traumático em vítimas e testemunhas de acidentes de trabalho; (3) Determinar a incidência de perturbações comórbidas (depressão e ansiedade) à PPST; (4) Analisar o efeito de “*buffering*”/moderador do *coping* social e da coesão grupal na relação entre a avaliação que a pessoa faz do grau de trauma associado ao acidente de trabalho e a severidade da sintomatologia de PPST.

Método

Procedimento

Com base na informação extraída do Estudo 1, foram seleccionados 34 locais de trabalho (esquadras/ postos) onde tinham ocorrido acidentes de trabalho no ano de 2004. Estes 34 locais (distribuídos por todo o País) foram seleccionados, com base no tipo de acidente que tinha ocorrido com o polícia, na consequência física, no facto de ter originado situação de baixa e intervenção médica, ter ocorrido no tempo e local de trabalho (acidente de trabalho e não *in itinere*, parecer este formulado pelo advogado da Instituição especializado em Direito do Trabalho), para desta forma termos igualmente acesso às testemunhas do acidente de trabalho (já que os polícias trabalham em equipa).

Foram estabelecidos contactos telefónicos com estes 34 locais de trabalho, no sentido de explicar à chefia (Comandante) o objectivo do estudo, a forma como aquele local tinha sido seleccionado, bem como o procedimento de envio e retorno dos questionários. Após este contacto telefónico foi enviado um pedido formal (assinado pelo chefe máximo da Instituição)

e só depois foram enviados os questionários para todos os elementos desses locais de trabalho¹⁹, acompanhados por um envelope no sentido de poderem ser fechados após o preenchimento (a distribuição e recolha foi efectuada por correio interno com envelope fechado). Esta recolha de dados ocorreu entre Novembro de 2005 e Abril de 2006 (foi necessário efectuar alguns telefonemas no sentido de solicitar o retorno dos questionários de alguns postos de trabalho).

No âmbito do Estudo 2 foi realizado também um pré-teste (nos meses de Junho e Julho de 2005) ao questionário, o qual contou com a participação de 35 polícias (14.3% vítimas de acidentes de trabalho, 11.4% testemunhas de acidentes de trabalho, 74.3% sem experiência de acidente). Este pré-teste teve duas modalidades de aplicação, em sala e à distância (neste caso foi entregue uma folha de perguntas sobre a opinião acerca do questionário). Com este estudo preliminar obteve-se informação, por exemplo, sobre a qualidade das escalas (as escalas apresentaram boas qualidades psicométricas, nomeadamente ao nível do Alfa de Cronbach) e sobre o tempo de preenchimento (o questionário demora em média 20 minutos para preencher). Este pré-teste permitiu fazer ligeiras alterações e adequações no instrumento.

Amostra

A qualidade da amostra é particularmente relevante nesta investigação, uma vez que se pretende determinar a taxa de incidência de perturbações psicológicas. Para seleccionar a amostra em estudo, foi necessário, como se referiu anteriormente, realizar um primeiro estudo que implicou a análise documental aos processos de acidentes de trabalho que tinham sido registados na Instituição em 2004 (ano anterior ao início do presente projecto). Esta análise de conteúdo permitiu conhecer a realidade da Instituição ao nível dos acidentes de trabalho e das

¹⁹ O questionário foi enviado para todos os elementos do local de trabalho (em todos estes locais ocorreu um acidente de trabalho em 2004) por diversas razões, nomeadamente, para termos diferentes graus de proximidade aos acidentes de trabalho – vítimas e testemunhas; e, por questões de salvaguardar que os sinistrados (vítimas e testemunhas) não pensassem que era um procedimento associado ao seu acidente de trabalho, que pudesse envolver por exemplo, algum processo disciplinar. Desta forma poderiam responder de forma mais “descansada” porque viam que todos recebiam o questionário independente de terem tido ou não um acidente de trabalho.

suas consequências físicas, bem como perceber a dimensão desta problemática e identificar os locais de trabalho a incluir neste estudo.

No total foram enviados 1055 questionários para 34 diferentes locais de trabalho por todo o país, dos quais foram devolvidos 717 (o que perfaz uma taxa de retorno de 68%).

A amostra é constituída por 717 participantes (Quadro 3), dos quais 638 (95.7%) são homens, com idade média de 34 anos. Relativamente ao estado civil, a maioria (60.3%) dos inquiridos são casados/ união de facto, 46.3% possui entre o 10.º e o 12.º (ensino secundário). A média de tempo de antiguidade na Instituição é de 11 anos.

Quadro 3 – Descrição dos participantes

	N	%
Sexo		
Feminino	29	4.3
Masculino	638	95.7
Total	667	100
Estado civil		
Solteiro(a)/divorciado(a)/viúvo(a)	254	39.7
Casado(a)/ união de facto	385	60.3
Total	639	100
Habilitações literárias completas		
Menos do que o 9.º ano	169	25.2
9.º ano	181	27.0
Ensino secundário (10.º, 11.º e 12.º)	310	46.3
Ensino superior	10	1.5
Total	670	100.0
Região do local de trabalho		
Lisboa	337	50.4
Alentejo/ Algarve	162	24.2
Porto/ Norte	93	13.9
Beiras	77	11.5
Total	669	100.0
Idade		
<i>M=33.64; DP=0.049; Min=20; Max=55</i>		
Antiguidade		
<i>M=11.22; DP=8.664; Min=1; Max=48</i>		

Nota. M=Média; DP=Desvio Padrão; Min=Mínimo; Max=Máximo

Tal como foi referido anteriormente, a qualidade da amostra é particularmente relevante neste estudo, já que se pretende determinar a prevalência de perturbações psicológicas. Neste

sentido, efectuou-se a comparação das características socio-demográficas da nossa amostra com as dos trabalhadores da organização em estudo.

Tal como é possível observar no Quadro 4 que se apresenta de seguida, a amostra em estudo apresenta um padrão de características socio-demográficas semelhantes ao da população de referência - a totalidade dos trabalhadores da organização.

Quadro 4 – Comparação das características socio-demográficas da amostra em estudo e dos trabalhadores da organização estudada (%)

	Amostra em estudo (N=717)	Trabalhadores da organização ²⁰ (N=25.438)
Sexo		
Mulher	4.3	3.52
Homem	95.7	96.5
Habilitações		
Menos que o 9.ºano	25.2	36.4
Entre o 9.º e o 12.º ano	73.3	60.3
Curso superior	1.5	3.3
Idade		
18-24 anos	13.2	5.5
25-39 anos	58.2	47.1
40-49 anos	22.4	39.5
Mais de 50 anos	5.8	7.9
Antiguidade		
Menos que 14 anos	66.6	51.2
15-24 anos	22.7	37.9
Mais que 25 anos	10.7	10.9

Instrumentos e Variáveis

Os dados do presente estudo foram recolhidos através de uma metodologia quantitativa, especificamente através de questionário (Anexo 9). Este questionário é constituído por sete secções de questões: a primeira relativa à escala de bem-estar, a segunda à coesão grupal, a terceira à ansiedade e depressão, a quarta à caracterização dos acontecimentos traumáticos de vida, a quinta à caracterização do acidente de trabalho, da avaliação do grau de trauma associado ao acidente de trabalho, bem como ao diagnóstico da PPST, a sexta referente às estratégias de *coping* social e a última secção referente às variáveis socio-demográficas.

²⁰ Dados retirados do Balanço Social de 2005 da Instituição.

Este instrumento possui perguntas filtro (por exemplo, só respondiam à escala de PPST, os inquiridos que tinham respondido previamente que tinham experiência de acidente). Enquanto que às escalas de depressão, ansiedade, bem-estar, coesão grupal e *coping* social (contextualizado²¹ no acidente de trabalho ou num acontecimento traumático descrito previamente) respondiam todos inquiridos.

Bem-estar

O indicador de bem-estar geral, foi adaptado da *Scale of Psychological Well-being – short form* (Ryff & Keyes, 1995, traduzida por Novo, Duarte-Silva & Peralta, 1997; Novo, 2000). Esta escala é composta por 6 itens (e.g. “Sinto que, ao longo do tempo, me tenho desenvolvido bastante como pessoa”), respondidos numa escala de tipo *Likert* de 6 pontos (1=“Discordo completamente”; 6=“Concordo completamente”).

O valor de Alfa de Cronbach é de 0.84, para a amostra em estudo, podendo-se considerar que este indicador possui uma boa consistência interna (Hill & Hill, 2005).

Comorbilidade: Ansiedade e Depressão

A avaliação da ansiedade e da depressão foi realizada com base na aplicação do *Hospital Anxiety and Depression Scale*²² (HADS), desenvolvida por Zigmond e Snaith (1983, traduzida por Lima, 2004, 2005) e composta por catorze itens, respondidos numa escala de 4 pontos (de 0 a 3). Esta escala é dividida em duas subescalas, relativas à depressão (e.g., “Tenho-me sentido como se estivesse “em câmara lenta”) e à ansiedade (e.g., “Tenho tido

²¹ A preocupação com a contextualização da utilização das estratégias de *coping* surge no seguimento do trabalho e das propostas de Lazarus e Folkman (1984).

²² Esta escala foi concebida para ser utilizada em doentes ambulatoriais hospitalares, para detectar situações clínicas de ansiedade e depressão e avaliar o seu grau de severidade, sem contaminação por sintomatologia física. Contudo, Lowenthal (1996, citado por Lima, 2004, 2005), refere que a sua utilização em estudos comunitários já foi repetidamente comprovada, pelo que a referência “hospital” só se explica por razões históricas. Tem a particularidade de, ao contrário de muitas outras escalas não derivar de análises factoriais mas da experiência clínica.

uma espécie de sensação de ameaça, como se alguma coisa terrível estivesse para acontecer”), cada uma delas com sete itens, e com boas qualidades psicométricas (e.g., Lima, 2004, 2005).

A HADS é normalmente utilizada como uma medida contínua da severidade dos sintomas de ansiedade e depressão. Para tal, basta somar as respostas dos 7 itens de cada uma das escalas, respectivamente, depois de recodificados os itens negativos, obtendo-se assim um *score* total que varia entre 0 e 21, em que 0-7=inexistente, 8-10=ligeira, 11-14=moderada e 15-21=severa (Moorey et al., 1991). O ponto de *cut-off* para sintomas psicológicos é de 11, mas Moorey e colaboradores (1991) referem que a partir de 8 há já sinais ligeiros de perturbação.

Na presente amostra os dados de consistência interna são bons, com valores de alfa de 0.83 para o caso da ansiedade e de 0.79 para a depressão.

Perturbação Pós-Stress Traumático (PPST)

Para avaliar PPST recorreu-se à *PTSD Checklist-versão civis (PCL-C)*²³. Têm vindo a ser desenvolvidos diferentes questionários para avaliar a sintomatologia da PPST, tendo por base os critérios de diagnóstico do DSM-IV. A maioria das medidas consiste em 17 questões que correspondem directamente aos 17 sintomas de PPST descritos nos critérios B (re-experienciar), C (evitamento) e D (hiper-activação) do DSM-IV, permitindo aceder à severidade dos sintomas, bem como dos *clusters* - a PTSD Checklist (PCL) é uma dessas medidas.

²³ Este instrumento foi seleccionado após ter sido realizado um levantamento dos instrumentos de PPST existentes na literatura (Anexo 10). Esta selecção teve por base as qualidades psicométricas do instrumento, o tamanho e os contextos anteriores de aplicação.

Esta escala foi desenvolvida por Weathers e colaboradores em 1993, sendo composto por 17 itens (e.g. “ Ter dificuldade em se concentrar”). No caso específico do presente estudo os itens foram contextualizados ao acidente de trabalho, assim pedia-se aos inquiridos para indicar em que medida tinham sentido os sintomas nos tempos seguintes ao acidente de trabalho (e.g., “Recordações, pensamentos e imagens perturbadoras e repetitivas referentes ao acidente de trabalho?”), numa escala de *Likert* de 5 pontos, em que 1 é “Nada” e 5 é “Extremamente”.

A PTSD Checklist (PCL) já foi utilizada em diversos contextos, nomeadamente, com veteranos de guerra, vítimas de assédio sexual e de acidentes de veículos viação, mães de vítimas de cancro. Esta escala tem revelado boas qualidades psicométricas (Weathers et al., 1993), nomeadamente ao nível da consistência interna global dos 17 sintomas ($\alpha=0.96$ e 0.97) e dos vários *clusters* de sintomas (Critério B com $\alpha=0.90$ a 0.93 ; Critério C com $\alpha=0.89$ a 0.92 ; Critério D com $\alpha=0.91$ e 0.92), e igualmente no que se refere à validade convergente (correlação entre a PCL e outras medidas de PPST varia entre 0.77 e 0.93) e ao teste-reteste ($\alpha= 0.96$).

Através de uma troca de *emails* com o autor Frank Weathers foi possível perceber que esta escala tem várias formas de cotação:

1. A PCL é normalmente utilizada como uma medida contínua da severidade dos sintomas de PPST. Para tal, basta somar as respostas dos 17 itens e assim obtém-se um *score* total que varia entre 17 e 85.

2. A PCL pode ser usada para calcular os *scores* das subescalas de cada um dos três *clusters* de sintomas de PPST. Para isso basta somar os itens correspondentes, isto é, 1-5 para o critério B (re-experienciar), 6-12 para o critério C (evitamento) e 13-17 para o critério D (hiper-activação).

3. A PCL pode ser utilizada para criar um diagnóstico dicotômico de PPST. O método mais comum é contar os itens com *score* de 3 (moderado) ou superior como um sintoma de PPST, e depois seguir as regras de diagnóstico do DSM-IV, ou seja, pelo menos um sintoma do critério B (re-experienciar), pelo menos três sintomas do critério C (evitamento) e pelo menos dois sintomas do critério D (hiper-activação).

Não estando este instrumento traduzido e adaptado para português, foram realizadas três traduções independentes dos itens e posterior re-tradução para inglês chegando-se a uma formulação final. A análise de consistência interna da tradução portuguesa apresentou boas qualidades psicométricas (Hill & Hill, 2005), como é possível constatar pelos valores apresentados no Quadro 5.

Quadro 5 - Alfas de Cronbach, correlações inter-item, item-total e estatísticas descritivas

Escala	Nº itens	Alfa Cronbach	Correlações Inter-item		Correlações Item-total		Média Correlac. Inter-item	M	DP	Min	Max
			Min.	Max.	Min.	Max.					
Severidade PPST	17	.948	.334	.716	.619	.806	.517	31.602	14.283	17.00	85.00
Critério B	5	.895	.528	.731	.660	.801	.631	2.057	1.018	1.00	5.00
Critério C	7	.887	.344	.673	.552	.756	.529	1.682	.833	1.00	5.00
Critério D	5	.899	.522	.785	.663	.816	.639	1.924	.990	1.00	5.00

Nota. M=Média; DP=Desvio Padrão; Min=Mínimo; Max=Máximo

Avaliação do grau de trauma associado ao acidente de trabalho

A variável avaliação do grau de trauma associado ao acidente de trabalho tem um duplo papel neste estudo: é o Critério A do diagnóstico da PPST (ou seja, a pessoa tem que avaliar o acontecimento como traumático²⁴), e é simultaneamente a variável independente no teste das moderações (modelo empírico). Esta variável foi avaliada com uma pergunta directa “Em que medida é que esse acidente de trabalho foi um acontecimento traumático para si?”, respondida

²⁴ Das análises que envolviam o diagnóstico clínico da PPST, foram excluídos os participantes que consideraram o acontecimento como “nada” traumático (procedimento utilizado por Scheibe et al., 2001).

numa escala de tipo *Likert* de 7 pontos, em que 1 é “Nada” e 7 é “Extremamente” (adaptado de Vrana & Lauterbach, 1994).

Estratégias de Coping Social

No que concerne ao *coping* social utilizou-se a *Strategic Approach to Coping Scale – versão situacional (SACS-S)*²⁵, que é composta por 52 itens (e.g. “Tentei ajudar outras pessoas envolvidas na situação, já que ao ajudar os outros estamos a resolver os nossos problemas”), face aos quais os indivíduos se posicionavam indicando em que medida é que utilizaram essa estratégia de *coping* para lidar com a acidente de trabalho (caso tivesse experiência de acidente de trabalho) ou com outro acontecimento traumático indicado anteriormente no questionário (caso não tivesse experiência de acidente de trabalho), utilizando uma escala de tipo *Likert* de 5 pontos (1=“Não é de todo o que eu fiz”; 5=“Muito semelhante ao que eu fiz”). Não estando este instrumento traduzido e adaptado para português, foram realizadas três traduções independentes dos itens e posterior re-tradução para inglês chegando-se a uma formulação final.

Esta escala foi desenvolvida por Hobfoll e colegas (1994b) e acrescentada em 1998 por Dunahoo e colaboradores. Esta escala é constituída por um total de nove subescalas (acção assertiva, junção social, procura de apoio social, acção cautelosa, acção instintiva, evitamento, acção indirecta, acção antisocial e acção agressiva) e tem apresentado qualidades psicométricas razoáveis ($\alpha=0.54$ a 0.88). Estas nove subescalas podem ser agrupadas em três factores (Anexo 11), ou seja, em três padrões de estratégias de *coping* que apresentam boas características psicométricas (Quadro 6): as subescalas acção cautelosa, junção social e procura de apoio social agrupam-se num padrão de estratégias activas-prósociais ($\alpha=0.78$); as

²⁵ Apesar de terem sido desenvolvidas duas versões do SACS, a disposicional e a situacional, o presente estudo segue o trabalho desenvolvido por Lazarus e Folkman (1984) que teorizam que o *coping* não é suficientemente estável para ver visto como sendo disposicional, e por esta razão debruçamo-nos sob a versão situacional do SACS.

subescalas acção agressiva, acção anti-social, acção instintiva e acção indirecta agrupam-se num padrão de estratégias activas-antisociais ($\alpha=0.78$); por fim, as subescalas acção assertiva e evitamento agrupam-se em estratégias activas-passivas ($r=-0.43$).

Quadro 6 – Estatísticas descritivas e consistência interna dos padrões de estratégias de *coping* social

Padrão de estratégias de coping	Alfa Cronbach	M	DP	Min	Max
Activo-antisocial	0.775	2.54	0.62	1	5
Activo-prosocial	0.780	3.20	0.71	1	5
Activo-passivo	$r=-0.432^{**}$	3.08	0.39	1.72	4.25

Nota. M=Média; DP=Desvio Padrão; Min=Mínimo; Max=Máximo; $**p=0.000$

Coesão do Grupo de Trabalho

A coesão grupal foi avaliada através do *Dutch Deployability of Team Questionnaire* (PIT) desenvolvido por Podsakoff e MacKenzie (1994, traduzido por Rodrigues, 2005), especificamente para o contexto policial e militar. Esta escala tem como intuito medir a percepção dos indivíduos relativamente à coesão das equipas de trabalho.

Esta escala é composta por 20 itens, respondidos numa escala de 5 pontos de tipo *Likert* (1=“Discordo totalmente”; 5=“Concordo totalmente”). Com esta escala pode-se avaliar a coesão grupal horizontal (e.g. “No meu local de trabalho somos todos amigos”) ou seja, a coesão percebida entre indivíduos do mesmo nível hierárquico, e a coesão grupal vertical (e.g., “Se tiver algum problema pessoal, tenho possibilidade de discuti-lo com o meu superior”) ou seja, a coesão percebida entre os indivíduos e a chefia de nível hierárquico superior. O nível de coesão é dado pela soma dos diferentes itens, invertendo-se um dos itens da subescala de coesão horizontal uma vez que está formulado pela negativa (“Se puder, eu organizo as coisas para que os meus Camaradas façam o trabalho todo por mim”), sendo que quanto maior o resultado da soma, maior a percepção do nível de coesão do grupo (para a

coesão vertical e horizontal este valor pode variar entre 10 e 50). Pode-se assim, criar um índice com todos os itens para obter um valor de coesão global que pode variar entre 20 e 100.

Esta escala apresenta boas qualidades psicométricas: no estudo de Podsakoff e MacKenzie (1994), a subescala de coesão horizontal apresentou uma consistência interna de 0.80 e a subescala de coesão vertical o valor de 0.88. Em Portugal, Rodrigues (2005) traduziu a escala completa, contudo apenas utilizou a coesão horizontal ($\alpha=0.74$).

Os valores de Alfa de Cronbach, no presente estudo, indicam que estas escalas possuem uma boa consistência interna (coesão horizontal com $\alpha=0.77$; coesão vertical com $\alpha=0.91$; coesão global com $\alpha=0.90$).

Resultados

Os resultados serão apresentados pela seguinte ordem: (1) estatísticas descritas e correlações das variáveis em estudo; (2) caracterização da experiência de acidente de trabalho da amostra em estudo; (3) incidência de ansiedade e depressão na amostra em estudo; (4) incidência de perturbação pós-*stress* traumático em vítimas e testemunhas; (5) incidência de perturbações comórbidas (depressão e ansiedade) à PPST; e (6) análise do efeito moderador do *coping* social e da coesão grupal na relação entre a avaliação que a pessoa faz do grau de trauma associado ao acidente de trabalho e a severidade da sintomatologia de PPST.

Estatísticas Descritivas e Correlações das Variáveis em Estudo

É possível observar no Quadro 7, seguidamente apresentado, as correlações entre as variáveis em análise, e verificar que todas as associações são estatisticamente significativas, exceptuando as associações entre as estratégias de *coping* activas-prósociais e as três perturbações analisadas, e as estratégias de *coping* activas-passivas e a severidade da sintomatologia de PPST.

Deste quadro de correlações (Quadro 7), é de salientar que as três perturbações analisadas (depressão, ansiedade e PPST) estão associadas entre si de forma positiva e significativa; e, estão igualmente associadas de forma positiva e significativa com as estratégias de *coping* activas-antisociais; enquanto que estão negativa e significativamente associadas ao bem-estar e a todos os índices de coesão grupal.

Quadro 7 – Estatísticas descritivas, correlações e consistência interna

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. Índice de bem-estar	0.84										
2. Depressão	-.332**	0.79									
3. Ansiedade	-.284**	.699**	0.83								
4. Severidade de PPST***	-.248**	.554**	.558**	0.95							
5. Avaliação do grau de trauma associado ao acidente de trabalho***	-.021	.121	.233**	.471**	-						
6. Estratégia de <i>coping</i> activa-antisocial	-.039	.125**	.135**	.340**	.108	0.77					
7. Estratégia de <i>coping</i> activa-prosocial	.151**	-.086	-.090	.132	.160*	.437**	0.78				
8. Estratégia de <i>coping</i> activa-passiva	.180**	-.118**	-.116*	.041	.105	.396**	.950**	<i>r</i> =-0.43			
9. Índice de coesão grupal global	.264**	-.319**	-.315**	-.185*	-.039	.086	.207**	.192**	0.90		
10. Coesão grupal horizontal	.309**	-.342**	-.329**	-.202**	-.029	-.009	.183**	.198**	.825**	0.77	
11. Coesão grupal vertical	.180**	-.245**	-.249**	-.144*	-.062	.123*	.174**	.140**	.927**	.553**	0.91
Média	4.71	4.21	6.10	31.60	4.21	2.54	3.20	3.08	68.13	35.69	32.28
Desvio Padrão	0.94	3.38	3.82	14.28	1.85	0.62	0.71	0.39	12.31	5.62	8.27
Mínimo	1.00	0.00	0.00	17.00	1	1	1	1.72	30.00	16.00	10.00
Máximo	6.00	18.00	20.0	85.00	7	5	5	4.25	99.00	50.00	50.00

Nota. * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; na diagonal a negrito encontram-se os valores de consistência interna (Alfa de Cronbach ou r); *** $n = 153$ (respostas dadas apenas pelos indivíduos com experiência de acidente trabalho).

Caracterização da Experiência Directa ou Vicariante de Acidente de Trabalho

Dos 717 inquiridos, 80 (11.2%) foram vítimas de acidentes de trabalho e 73 (10.2%) foram testemunhas deste tipo de acontecimento, perfazendo assim um total de 153 indivíduos com experiência directa ou vicariante deste acontecimento laboral. Quinhentos e sessenta e quatro polícias revelaram não ter experiência de acidente de trabalho.

Procurou-se averiguar se os três grupos em análise (vítimas de acidentes de trabalho, testemunhas de acidentes de trabalho e trabalhadores sem experiência de acidente de trabalho) têm diferenças ao nível das variáveis socio-demográficas. Os resultados revelam que não existem diferenças entre os três grupos ao nível das variáveis socio-demográficas (Quadro 8).

Quadro 8 - Análise de diferenças socio-demográficas entre os grupos em estudo

	Vítimas de acidente de trabalho	Testemunhas de acidente de trabalho	Trabalhadores sem experiência de acidente de trabalho
N=717	80 (11.2%)	73 (10.2%)	564 (78.7%)
Sexo	97.4% Homens	93.1 Homens	95.8% Homens
Idade (M)	35 anos	35 anos	33 anos
Estado civil	67.6% Casados/União facto	66.7% Casados/União facto	58.4% Casados/União facto
Escolaridade	44.7% Ensino secundário	45.2% Ensino secundário	46.6% Ensino secundário
Anos de serviço (M)	13 anos	13 anos	11 anos

Nota. M= Média; Sexo [Likelihood Ratio=1.633; p=0.442]; Idade [F (2;641)=1.082; p=0.340]; Estado civil [$\chi^2=3.483$; p=0.175]; Escolaridade [$\chi^2=5.852$; p=0.440]; Anos de serviço [F (2;651)=2.563; p=0.078]

Os acidentes de trabalho experienciados pelos inquiridos ocorreram em média há 4 anos (Quadro 9). Não se verificaram diferenças significativas entre os grupos no que diz respeito ao tempo que passou desde o acidente ($F (1;124)=0.870$; $p=0.353$).

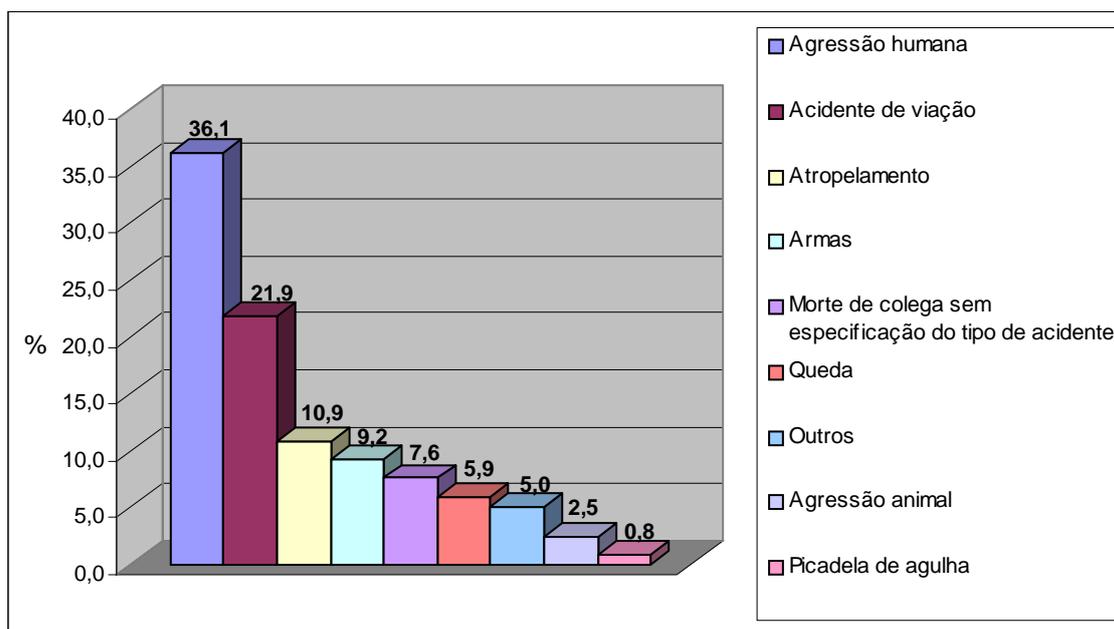
Quadro 9 - Há quanto tempo ocorreu o acidente de trabalho?(meses)

	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Vítima (n=80)	56.94	82.06	1	492
Testemunhas (n=73)	44.48	64.58	1	300
Total (N=153)	51.16	74.43	1	492

Tipos de Acidentes de Trabalho

Os inquiridos reportaram uma vasta gama de tipos de acidentes de trabalho (Gráfico 1), mas os que têm maior frequência são: a agressão humana (36.1%), os acidentes de viação (21.9%) e os atropelamentos (10.9%). Vinte e dois por cento dos inquiridos não descreveu o acidente de trabalho. Estes tipos de acidente também estavam representados nos resultados obtidos no estudo de análise documental (Estudo 1).

Gráfico 1 - Tipos de acidentes de trabalho relatados pelos inquiridos



Analisando o tipo de acidente sofrido directamente pelas vítimas e assistido pelas testemunhas, é possível constatar que os acidentes mais frequentes, quer sofridos pelas vítimas, quer observados pelas testemunhas, são as agressões humanas e os acidentes de viação, como se pode ver no Quadro 10.

Quadro 10 – Caracterização do tipo de acidente de trabalho experienciado por vítimas e testemunhas de acidente de trabalho (%)

	Vítimas de acidente de trabalho	Testemunhas de acidente de trabalho
Acidente de viação	16.5	18.1
Agressão animal (e.g., mordidelas)	2.5	1.4
Agressão humana (e.g, mordidelas, soco)	39.2	16.7
Armas	6.3	8.3
Atropelamento	7.6	9.7
Quedas	7.6	1.4
Picadela de agulha	1.3	0
Morte de um colega	0	12.5
Outros	5.1	2.8
Não referiu	13.9	29.2
Total	100	100

Consequências Físicas dos Acidentes de Trabalho

Relativamente às consequências físicas dos acidentes de trabalho (Quadro 11), os inquiridos vítimas revelaram na sua maioria (85.3%; $n=64$) ter sofrido danos físicos com pouca (49.3%; $n=31$) ou moderada (41.3%; $n=26$) gravidade, apenas 9.5% referem que as consequências foram muito graves.

No caso das testemunhas, a maioria de 73.1% ($n=49$) revela que a vítima do acidente de trabalho de que foram testemunhas sofreu danos físicos extremamente graves (68.0%; $n=34$).

Quadro 11 – Danos físicos registados nos sinistrados directos dos acidentes de trabalho vividos ou observados pelos inquiridos (%)

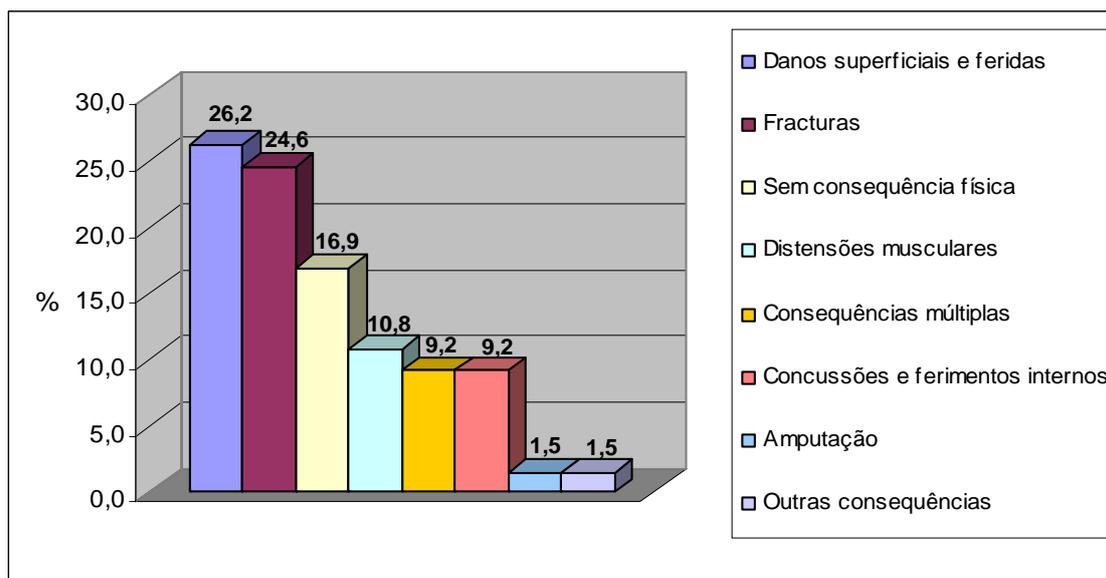
	Danos físicos na vítima		Gravidade dos danos físicos		
	Não	Sim	Pouco grave	Moderadamente grave	Extremamente grave
Inquiridos vítimas ($n=80$; 52.3%)	14.7%	85.3%	49.2%	41.3%	9.5%
Inquiridos testemunhas ($n=73$; 47.7%)	26.9%	73.1%	20.0%	12.0%	68.0%

Noventa e três por cento ($n=52$) das consequências físicas sofridas pelos inquiridos vítimas são lesões corporais, apenas 4 (7.1%) inquiridos referiram poli-consequências, nomeadamente associadas ao desenvolvimento de doença (e.g., tendinite). A maioria dos inquiridos (72.2%; $n=52$) refere que não ficou com danos permanentes devido ao acidente.

As consequências físicas reportadas pelas vítimas de acidente de trabalho são de diversos níveis desde danos superficiais ou feridas, até a amputações de membros, como se pode constatar pelo Gráfico 2. Os tipos de consequências físicas das vítimas com maior frequência são: os danos superficiais/ feridas (26.2%), as fracturas (24.6%) e as distensões musculares (16.9%), sendo de salientar que 14.5% dos sinistrados não sofreu qualquer consequência física e que 14.5% dos inquiridos não indicou a consequência física. Estes resultados traduzem a tendência dos dados recolhidos no estudo de análise documental (Estudo 1).

A maioria de 70.4% ($n=50$) dos inquiridos, vítimas de acidente de trabalho, esteve de baixa devido ao acidente. Em média o período de baixa rondou os 43 dias ($DP=53.076$; Mínimo=1 dia; Máximo=180 dias).

Gráfico 2 - Consequências físicas relatadas pelas vítimas directas de acidentes de trabalho inquiridas



Incidência de Ansiedade e Depressão na Amostra em Estudo

A escala de depressão e ansiedade foi respondida por todos os participantes, e por essa razão procurou-se também fazer uma análise mais detalhada destas perturbações, no sentido de compararmos, a este nível, os resultados dos inquiridos com experiência de acidente de trabalho (vítimas e testemunhas) e dos inquiridos sem experiência de acidente de trabalho.

Foram analisados os níveis médios de ansiedade e depressão das vítimas de acidente de trabalho, das testemunhas de acidentes de trabalho e dos colegas que não foram vítimas nem testemunhas de acidente de trabalho (Quadro 12). Desta análise foi possível constatar que não há diferenças significativas ao nível da depressão ($F(2;684)=1.876$; $p=0.154$) entre os três grupos. Contudo, verificam-se diferenças significativas ($F(2;687)=8.024$; $p=0.000$) ao nível da ansiedade, sendo que as vítimas e as testemunhas de acidentes de trabalho têm em média

níveis mais elevados desta perturbação dos que os colegas sem experiência de acidente de trabalho.

Se olharmos para as percentagens apresentadas no Quadro 12 é possível constatar a existência de valores preocupantes ao nível da ansiedade ($\chi^2=18.884$; $p=0.008$), já que aproximadamente 1 em cada 4 vítimas de acidente de trabalho e 1 em cada 5 testemunhas está sinalizada com perturbação da ansiedade. Ao nível da depressão ($\chi^2=3.648$; $p=0.724$) estes valores não são tão preocupantes: 1 em cada 15 vítimas e 1 em cada 16 testemunhas estão sinalizados com esta perturbação.

Quadro 12 – Níveis de ansiedade e de depressão na amostra inquirida (vítimas, testemunhas e trabalhadores sem experiência de acidente de trabalho)

	Vítimas de acidente de trabalho	Testemunhas de acidente de trabalho	Trabalhadores sem experiência de acidente de trabalho
Ansiedade (média)	7.052	7.347	5.803
Inexistente	61.0%	58.3%	72.4%
Ligeira	14.3%	20.8%	16.7%
Moderada	20.8%	18.1%	8.0%
Severa	3.9%	2.8%	3.0%
Sintomas psicológicos de ansiedade	24.7%	20.9%	11.0%
Depressão (média)	4.714	4.657	4.080
Inexistente	77.9%	81.4%	84.2%
Ligeira	15.6%	12.9%	10.6%
Moderada	6.5%	4.3%	4.3%
Severa	0.0%	1.4%	0.9%
Sintomas psicológicos de depressão	6.5%	5.7%	5.2%

Nota. O *score* total da ansiedade e depressão varia entre 0 e 21, em que 0-7=inexistente, 8-10=ligeira, 11-14=moderada e 15-21=severa; O ponto de *cut-off* considerado para sintomas psicológicos foi de 11; O valor de “sintomas psicológicos” de ansiedade e depressão resultam da soma das percentagens dos *scores* de moderada e severa.

Incidência da Perturbação Pós-Stress Traumático em Vítimas e Testemunhas de Acidente de Trabalho

Para tentar controlar explicações alternativas para os resultados, procurou-se ver se as diferenças de resultados entre vítimas e testemunhas ao nível da PPST se devia ao acidente de trabalho e não a outro tipo de acontecimento traumático de vida, neste sentido analisou-se a

existência de outros tipos de experiências traumáticas na vida dos inquiridos dos dois grupos. Assim, perguntou-se aos participantes se “Ao longo da sua vida viveu ou assistiu a algum acontecimento traumático?”, sendo a resposta dada numa escala dicotómica “Sim/ Não” (Quadro 13). Esta questão permitiu verificar se havia diferenças ao nível da experiência traumática ao longo da vida entre as vítimas e as testemunhas de acidente de trabalho. Foi possível concluir que não existem diferenças significativas ao nível da experiência traumática ($\chi^2=0.008$; $p=0.927$): 78.8% das vítimas e 78.1% das testemunhas referem que já assistiram ou viveram um acontecimento traumático ao longo da sua vida (e.g., acidentes de viação, morte de um familiar e situação de incêndio).

Quadro 13 - Ao longo da sua vida viveu ou assistiu a algum acontecimento traumático? (%)

	Não	Sim	Total
Inquiridos vítimas de acidente de trabalho	21.2%	78.8%	100.0%
Inquiridos testemunhas de acidente de trabalho	21.9%	78.1%	100.0%
Total	21.5%	78.5%	100.0%

Foi feita a análise referente à severidade da PPST (variável quantitativa de PPST), aos vários *clusters* de critérios e ao diagnóstico clínico desta perturbação²⁶ (Quadro 14).

Severidade da PPST

Não foram encontradas diferenças significativas entre vítimas ($M=31.349$) e testemunhas ($M=36.457$) de acidente de trabalho ao nível da medida contínua da severidade dos sintomas de PPST ($F(1;121)=3.584$; $p=0.061$).

²⁶ Não foram encontradas diferenças significativas ao nível da severidade da sintomatologia de PPST em função da consequência física do acidente de trabalho ($F(9;66)=0.839$; $p=0.584$), nem em função do tipo de acidente de trabalho ($F(9;136)=1.475$; $p=0.164$).

Clusters de Sintomas de PPST

Ao nível dos *clusters* de sintomas de PPST, não se encontraram diferenças significativas nos critérios: A ($F(1;132)=0.014; p=0.906$), C ($F(1;126)=3.802; p=0.053$), e D ($F(1;126)=1.152; p=0.285$). Contudo, verificaram-se diferenças ao nível do critério B ($F(1;128)=5.813; p=0.017$): em média as testemunhas ($M=2.432$) tendem a apresentar níveis mais elevados de re-experiência do acidente de trabalho do que as vítimas ($M=1.991$). Este é o *cluster* de sintomas mais frequente na amostra.

Diagnóstico Clínico da PPST

Para efectuar a análise da prevalência de PPST em vítimas e testemunhas de acidentes de trabalho, foi necessário ter em consideração três variáveis: (1) especificamente se a pessoa estava a ser acompanhada ou medicada devido a algum problema do foro psicológico ou psiquiátrico antes do acidente; (2) bem como a avaliação do grau de trauma associado ao acidente de trabalho e (3) a duração dos sintomas (para se diagnosticar PPST os sintomas têm de ser sentidos mais de um mês após a ocorrência do acontecimento). Neste sentido, foram excluídos desta análise especificamente 20 indivíduos (12 vítimas e 8 testemunhas), porque não perfaziam o critério A ou o temporal do diagnóstico de PPST ou porque estavam a ser acompanhados ou medicados devido a uma doença psiquiátrica/ psicologia prévia ao acidente.

Os resultados revelam que 8.8% ($n=6$) das vítimas e 20% ($n=13$) das testemunhas reúnem os critérios sintomáticos e temporais de diagnóstico da PPST. Estas diferenças não são estatisticamente significativas ($\chi^2=3.390; p=0.066$). No total da amostra de indivíduos com experiência de acidente de trabalho, 14.3% ($n=19$) apresentam os critérios de diagnóstico de PPST²⁷.

²⁷ Relativamente à persistência de sintomas, 2 inquiridos (uma vítima e uma testemunha de situações de agressão humana) reúnem actualmente os critérios de PPST crónica já que os sintomas permanecem há mais de três meses após a ocorrência do acidente, sendo que estão a ser medicados e acompanhados por esta razão. Alguns autores (e.g., Smith & North, 1993, citados por Maia & Fernandes, 2003) referem que os desastres, a dor, ameaça ou morte infligidas por outros seres humanos são mais perturbadores e susceptíveis de elicitar PPST.

Quadro 14 – Severidade, *clusters* e diagnóstico clínico da PPST

	Vítimas de Acidente de Trabalho		Testemunhas de Acidente de Trabalho	
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Perturbação Pós-Stress Traumático	31.349	11.887	36.457	17.547
Critério A (avaliação)	4.43	1.669	4.46	1.742
Critério B (re-experenciar)	1.991	0.853	2.432	1.202
Critério C (evitamento)	1.645	0.680	1.955	1.069
Critério D (hiper-activação)	1.972	0.870	2.162	0.140
Diagnóstico Clínico de PPST	8.8%		14.3%	20.0%

Nota. *M*=Média; *DP*=Desvio Padrão

Comorbilidade em Vítimas e Testemunhas de Acidente de Trabalho

Analisou-se a percentagem de ansiedade e depressão em função do diagnóstico clínico da PPST (Quadro 15). Verificou-se que 65% dos participantes com diagnóstico clínico de PPST apresentavam também os sintomas de diagnóstico de ansiedade (comparativamente a 35.7% que não tem diagnóstico de PPST) e 50% dos participantes com diagnóstico clínico de PPST apresentavam também os sintomas de depressão (em contraste com 14.1% que não tem diagnóstico de PPST).

É de referir que 46.2% dos indivíduos com PPST apresenta simultaneamente sintomas de perturbação de ansiedade e depressão (ou seja, 1 em cada 2 indivíduos com PPST tem simultaneamente sintomas destas duas perturbações comórbidas).

Quadro 15 – Comorbilidade com a PPST ao nível da ansiedade e da depressão (%)

		Ansiedade		Depressão	
		Sem ansiedade	Com ansiedade	Sem depressão	Com depressão
Diagnóstico clínico de PPST	Não	64.3%	35.7%	85.9%	14.1%
	Sim	35.0%	65.0%	50.0%	50.0%
Total		61.0%	39.0%	82.2%	17.8%

Nota. Ansiedade [$\chi^2=6.416$; $p=0.011$]; Depressão [$\chi^2=14.203$; $p=0.000$]

Efeito de Moderação do Coping Social e da Coesão Grupal

Procedeu-se à análise dos efeitos de moderação das várias estratégias de *coping* social (activa-antisocial, activa-prósocial e activa-passiva) e da coesão grupal (global, horizontal e vertical) entre a avaliação do grau de trauma que a pessoa faz do acidente de trabalho e a severidade dos sintomas de PPST.

Os efeitos de moderação foram analisados através da utilização do método de regressão linear proposto por Baron e Kenny (1986). Num primeiro passo entram na equação de regressão a variável independente e a moderadora (neste caso, a avaliação do grau de trauma associado ao acidente de trabalho, as estratégias de *coping* e a coesão grupal) e num segundo passo inclui-se também o termo de interacção entre as duas variáveis (independente e moderadora). “The moderator hypothesis is supported if the interactions [entre a variável independente e moderadora] is significant” (Baron & Kenny, 1986, p.1175).

Efeito de Moderação do Coping Social

Foram testados os efeitos de moderação dos três tipos de estratégias de *coping* em estudo, estratégias de *coping* activas-prósociais, activas-antisociais e activas-passivas. Contudo, não se verificaram efeitos de moderação significativos das estratégias de *coping* activas-prósociais ($\beta_{\text{interacção}}=0.405$; $p=0.341$), nem das estratégias de *coping* activas-passivas ($\beta_{\text{interacção}}=0.659$; $p=0.405$). Podendo-se concluir que a relação entre a avaliação que a pessoa faz do trauma associado ao acidente de trabalho e a severidade da PPST não é moderada pelas estratégias de *coping* activas-prósociais, nem pelas estratégias de *coping* activas-passivas.

Todavia, os resultados revelaram que o efeito de moderação das estratégias de *coping* activas-antisociais é significativo ($\beta_{\text{interacção}}=0.823$; $p=0.021$), concluindo-se que a relação entre a avaliação que a pessoa faz do trauma associado ao acidente de trabalho e a severidade dos sintomas de PPST é moderada pelas estratégias de *coping* activas-antisociais (Quadro 16).

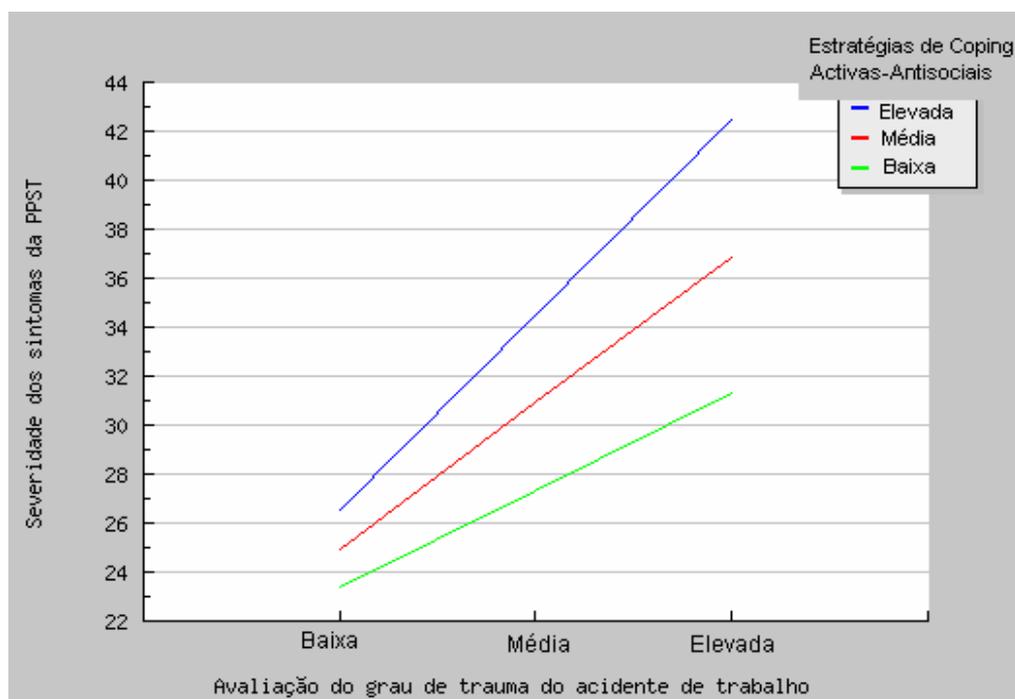
Quadro 16 - Resultados da análise de regressão linear múltipla: Efeito de moderação das estratégias de *coping* activas-antisociais

Modelo	Variáveis predictoras	R ² Adjusted	R ² Change	β	p	F
1	Avaliação do grau de trauma do acidente de trabalho Estratégias de <i>coping</i> activas-antisociais	0.304	0.316	0.464 0,293	.000 .000	27.440**
2	Avaliação do grau de trauma do acidente de trabalho Estratégias de <i>coping</i> activas-antisociais Avaliação do grau de trauma do acidente de trabalho x Estratégias de <i>coping</i> activas-antisociais	0.329	0.030	-0.190 -0.143 0.823	.514 .479 .021	20.797**

Nota. ** $p < 0.01$ / Variável dependente: Severidade dos sintomas de PPST

Tal como se pode observar pelo Gráfico 3, a análise do efeito de moderação revela que quando o acidente de trabalho é avaliado como muito traumático, o uso de estratégias de *coping* activas-antisociais está associado com níveis mais elevados de severidade dos sintomas de PPST do que quando se utiliza menos este tipo de estratégia de *coping* social.

Gráfico 3 - Análise do efeito de moderação das estratégias de *coping* activas-antisociais na relação entre a avaliação do grau de trauma associado ao acidente de trabalho e a severidade dos sintomas de PPST²⁸



²⁸ Foi utilizado o programa disponível no site <http://www.vuw.ac.nz/psyc/staff/paul-jose/files/modgraph/modgraph.php/> para elaborar esta representação gráfica.

Efeito de Moderação da Coesão do Grupo de Trabalho

A coesão grupal é uma variável de nível grupal, e foi dessa forma que foi tratada neste estudo. Uma vez que as respostas se referiam à coesão dentro dos grupos de trabalho, a análise da moderação da coesão foi tratada tendo como base os níveis de coesão agregados por equipa, isto é, procedemos a uma análise multi-nível nos testes de moderação desta variável.

Para tal ser possível, tem que se analisar o Índice de James (Rwg)²⁹ para verificar se as percepções individuais podem ser agregadas e tratadas como grupais (Quadro 17).

Globalmente, verifica-se que há um forte consenso entre as percepções individuais dos membros dos grupos, havendo apenas algumas exceções. Neste sentido para a análise das moderações foram apenas considerados os grupos de trabalho que em cada tipo de coesão possuíam um bom índice de consenso (valores de Rwg superiores a 0.70 indicam a existência de consenso entre as percepções individuais permitindo assim, a agregação; e.g., Naumann & Bennett, 2000).

Quadro 17 – Coesão grupal nos grupos de trabalho inquiridos:

Médias, desvio padrão e Rwg

Grupos de Trabalho	Coesão Global			Coesão Horizontal			Coesão Vertical		
	Média	Desvio Padrão	Rwg	Média	Desvio Padrão	Rwg	Média	Desvio Padrão	Rwg
1	69.64	15.89	.70	36.27	7.05	.76	33.00	9.23	.59
2	65.00	10.36	.87	33.33	4.51	.90	31.67	7.12	.76
3	66.33	8.79	.91	32.22	4.87	.89	34.11	5.42	.86
4	60.60	10.01	.88	31.10	4.23	.91	29.50	6.77	.78
5	58.71	14.23	.76	31.87	5.32	.86	28.56	10.27	.49
6	69.41	11.18	.85	34.80	5.08	.88	34.83	7.35	.74
7	67.68	12.64	.81	34.10	6.10	.82	33.26	7.48	.73
8	69.33	13.34	.79	35.47	6.36	.81	33.32	7.99	.69
9	69.09	13.91	.77	35.95	6.84	.77	32.83	8.96	.61
10	71.81	11.16	.85	35.73	6.65	.79	35.48	6.60	.79
11	74.00	15.59	.71	39.73	7.77	.71	34.27	8.05	.69
12	74.38	6.04	.96	38.24	4.70	.89	35.88	6.17	.82
13	71.00	13.32	.79	36.04	5.70	.84	34.61	8.30	.67
14	68.74	12.76	.80	35.33	6.05	.82	33.00	8.74	.63
15	71.24	7.95	.92	36.00	5.11	.87	34.21	5.81	.84
16	61.96	10.55	.87	34.26	5.50	.85	28.20	7.22	.75
17	75.83	10.28	.87	38.85	5.07	.88	37.00	6.72	.78
18	62.00	9.88	.88	34.95	5.25	.87	27.05	7.70	.72

²⁹ Este índice é uma medida de acordo que permite ver o grau de consenso entre as percepções (e.g., Lindel & Brandt, 2000)

19	74.17	8.81	.91	38.42	2.27	.98	35.75	7.59	.72
20	74.22	7.80	.93	38.28	4.55	.90	35.63	4.35	.91
21	76.33	8.09	.92	37.56	5.32	.86	38.78	3.23	.95
22	65.26	17.04	.65	36.32	6.69	.78	29.35	11.42	.37
23	67.05	10.15	.88	35.71	4.70	.89	30.85	6.96	.77
24	55.70	17.20	.64	32.83	9.07	.60	21.55	9.62	.56
25	70.47	11.37	.84	35.56	5.23	.87	34.76	7.40	.74
26	59.50	9.47	.89	29.60	6.11	.82	30.00	6.84	.78
27	62.76	12.87	.80	34.00	5.39	.86	28.76	8.66	.64
28	67.00	14.47	.75	35.05	5.94	.83	31.50	9.51	.56
29	65.44	13.64	.78	35.33	5.62	.85	30.11	8.88	.62
30	55.00	10.91	.86	34.50	2.88	.96	21.73	9.62	.56
31	67.61	9.84	.88	35.42	3.97	.92	31.83	7.55	.73
32	71.82	9.34	.90	37.67	4.69	.89	34.18	6.22	.81
33	67.76	12.32	.82	36.20	5.39	.86	31.18	8.43	.66
34	68.11	9.09	.90	36.11	3.60	.94	32.26	6.39	.80

Foram testados os efeitos de moderação da coesão grupal horizontal (mesmo nível hierárquico), vertical (diferentes níveis hierárquicos), bem como o efeito de moderação da coesão grupal global que resulta da junção da coesão horizontal e vertical.

Não se verificaram efeitos de moderação significativos, quer da coesão grupal horizontal ($\beta_{\text{interacção}}=-0.194$; $p=0.426$), quer da vertical ($\beta_{\text{interacção}}=-0.388$; $p=0.076$), podendo-se assim, concluir que a relação entre a avaliação que a pessoa faz do grau de trauma associado ao acidente de trabalho e a severidade de sintomatologia da PPST não é moderada pela coesão grupal horizontal, nem pela vertical.

Todavia, os resultados revelaram que o efeito de interação (moderação) da coesão global³⁰ é significativo ($\beta_{\text{interacção}}=-0.447$; $p=0.056$), concluindo-se que a relação entre a avaliação que a pessoa faz do grau de trauma associado ao acidente de trabalho e a severidade dos sintomas de PPST é moderada pela coesão grupal global, tal como se pode constatar pelo Quadro 18, abaixo apresentado.

³⁰ Para a análise do efeito de moderação da coesão grupal foram excluídos da análise os grupos 22 e 24 (o que fez um total de 6 indivíduos com experiência de acidente de trabalho) ficando a amostra para a análise de moderação composta por 147 indivíduos com experiência de acidente.

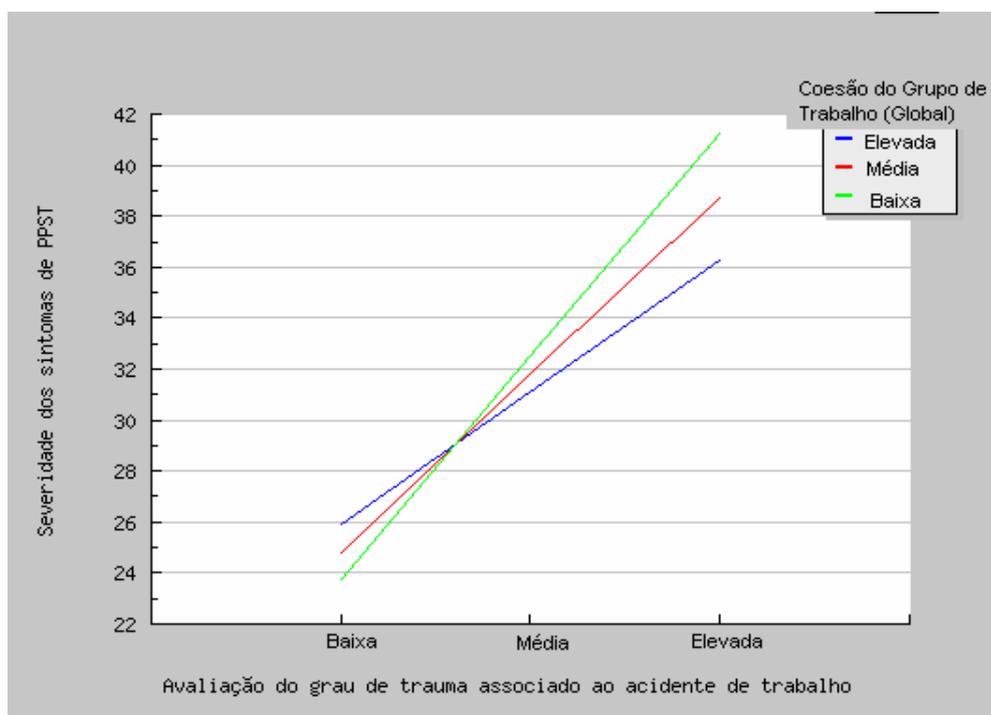
Quadro 18 - Resultados da análise de regressão linear múltipla: Efeito de moderação da coesão de grupo global

Modelo	Variáveis preditoras	R ² Adjusted	R ² Change	B	p	F
1	Avaliação do grau de trauma do acidente de trabalho Coesão grupal global	0.216	0.224	.472 -.043	.000 .513	26.002**
2	Avaliação do grau de trauma do acidente de trabalho Coesão grupal global Avaliação do grau de trauma do acidente de trabalho x Coesão grupal global	0.227	0.016	.792 .239 -.447	.000 .139 .056	18.826**

Nota. ** $p < 0.01$ / Variável dependente: Severidade dos sintomas de PPST

Tal como se pode observar no Gráfico 4, a análise do efeito de moderação revela que quando o acidente de trabalho é avaliado como muito traumático, o facto do grupo de trabalho ser coeso, faz com que o nível de severidade dos sintomas de PPST diminuam comparativamente aos casos em que a coesão grupal é baixa.

Gráfico 4 – Análise do efeito de moderação da coesão grupal global na relação entre a avaliação do grau de trauma do acidente de trabalho e a severidade dos sintomas de PPST³¹



³¹ Foi utilizado o programa disponível no site <http://www.vuw.ac.nz/psyc/staff/paul-jose/files/modgraph/modgraph.php/> para elaborar este gráfico.

Discussão dos Resultados

Este estudo teve como objectivos de natureza metodológica: (1) Traduzir e adaptar para português, dois instrumentos (um de PPST e um de *coping* social); e de natureza teórico-empírica: (2) Determinar a incidência da perturbação pós-*stress* traumático em vítimas e testemunhas de acidentes de trabalho; (3) Determinar a incidência de perturbações comórbidas (depressão e ansiedade) à PPST; (4) Analisar o efeito de “*buffering*”/moderador do *coping* social e da coesão grupal na relação entre a avaliação que a pessoa faz do grau de trauma associado ao acidente de trabalho e a severidade da sintomatologia de PPST.

Para além dos objectivos estabelecidos para este estudo, foram delineadas hipóteses (com base na revisão de literatura) sobre as quais importa reflectir. Assim, verificou-se que as perturbações em análise (a severidade da sintomatologia da PPST e as perturbações comórbidas - depressão e ansiedade) estão associadas de forma positiva e significativa entre si e negativamente com o indicador de bem-estar (confirmando-se a Hipótese 1).

As estratégias de *coping* activas-prósociais apresentaram uma correlação positiva e significativa com o bem-estar (e.g, Monnier, et al., 1998a; Monnier et al., 1998b); contudo, não se encontraram as associações negativas esperadas com as perturbações psicológicas em análise (confirmando parcialmente a Hipótese 2). Tal como esperado as estratégias de *coping* activas-antisociais estão positiva e significativamente associadas com as perturbações em análise (PPST e comórbidas); neste sentido quanto mais as pessoas tendem a utilizar estratégias de *coping* activas-antisociais, maiores são os níveis de sintomatologia de PPST, depressão (Monnier et al., 2000) e ansiedade. A correlação negativa entre estas estratégias e o bem-estar não foi confirmada (confirmando-se parcialmente a Hipótese 3).

Tal como esperado a coesão grupal (global, vertical e horizontal) está negativa e significativamente associada às perturbações em análise (e.g., Myers, 1962) e positivamente ao bem-estar (e.g, Oliver et al., 2000), sendo que quanto mais coeso é o grupo de trabalho

(globalmente, verticalmente e horizontalmente) menores são os níveis de sintomatologia PPST, depressão e ansiedade, e maiores são os níveis de bem-estar (confirma-se a Hipótese 4).

Relativamente ao primeiro objectivo, as versões portuguesas das escalas que foram traduzidas e adaptadas, parecem estar suficientemente adequadas para serem utilizadas noutras investigações (e no caso da escala de PPST em contexto clínico). O resultado da fraca consistência interna da escala de acção agressiva (Anexo 11) não é de todo de estranhar, uma vez que Buchwald e Schwarzer (2005) terem encontrado o mesmo problema numa amostra de polícias; sendo que estas autoras apontaram como explicação a especificidade da amostra, já que aplicaram a mesma escala a outros grupos profissionais e nestes revelou melhores qualidades.

Em relação ao segundo e terceiro objectivos, relativos à determinação da incidência da perturbação pós-*stress* traumático e de comorbilidade (depressão e ansiedade) em vítimas e testemunhas de acidentes de trabalho, os resultados do presente estudo apontam para a existência de níveis importantes e preocupantes de prevalência de perturbação, não só em vítimas, como em testemunhas de acidentes de trabalho. De facto, 1 em cada 11 (9%) polícias vítimas de acidentes de trabalho está sinalizado com perturbação pós-*stress* traumático. No caso dos polícias testemunhas de acidentes ocorridos com os seus colegas, estes números são também preocupantes, sendo que aproximadamente 1 em cada 5 (20%) está sinalizado com perturbação pós-*stress* traumático. Efectivamente, se tivermos em consideração, por exemplo, que a taxa de ocorrência da perturbação pós-*stress* traumático na população portuguesa em geral é de 7.87% (Albuquerque, 2002), os valores encontrados são um claro indicador do risco de sequelas psicológicas graves associadas aos acidentes de trabalho, especialmente para as testemunhas. Este resultado de que as testemunhas apresentam níveis mais elevados de diagnóstico de PPST, é um resultado bastante relevante, e que foi recentemente demonstrado

por Lillo et al. (2004) e por Tobal e Videll (2005) em estudos realizados em sequência dos atentados terroristas em Espanha a 11 de Março de 2004. Este resultado poderá estar associado a processos de percepção de vulnerabilidade (e.g., “podia ter acontecido a mim”, “para a próxima pode acontecer-me a mim”) ou a processos de partilha social das emoções, podendo pensar-se que a testemunha tem menos possibilidade (ou é-lhe reconhecida menos necessidade e oportunidade) de partilhar as suas emoções com outras pessoas (Lima, Marques Pinto e Gonçalves (2006) concluíram que a possibilidade de falar com colegas sobre o acontecimento traumático está negativamente associada à PPST, “protegendo” assim a vítima de trauma no que concerne ao desenvolvimento de sintomatologia psicopatológica). Futuramente seria de extrema relevância aprofundar este resultado. Importa referir que a literatura (e.g., Bagali, 1997; Dembe, 2001; Keogh, Nuwayhid, Gordon, & Gucer, 2000; Pereira, 2003) tem mostrado que para a maioria dos indivíduos que desenvolvem PPST, os sintomas interferem de forma muito significativa e incapacitante com o seu funcionamento nas esferas pessoal, familiar e profissional, daí ser importante aprofundar no futuro as consequências nas diferentes esferas da vida.

Verificou-se de forma congruente com a literatura (e.g., MacDonald et al., 2003; Scheibe et al., 2001) que 65% dos participantes com diagnóstico clínico de PPST apresentavam também os sintomas de diagnóstico de ansiedade (comparativamente a 35.7% que não tem diagnóstico de PPST) e 50% dos participantes com diagnóstico clínico de PPST apresentavam também os sintomas de depressão (em contraste com 14.1% que não tem diagnóstico de PPST), confirmando-se assim a Hipótese 5 de que os indivíduos que desenvolvem PPST têm incidência superior de perturbações de humor, nomeadamente, depressão e outras perturbações de ansiedade (comorbilidade) do que indivíduos que não desenvolvem PPST.

O quarto objectivo relaciona-se com a análise do efeito de “*buffering*”/ moderador das estratégias de *coping* social e da coesão grupal na relação entre a avaliação que a pessoa faz do grau de trauma associado ao acidente de trabalho e a severidade da sintomatologia de PPST. Assim, confirmou-se a hipótese 6b de que esta relação entre a avaliação que a pessoa faz do acidente de trabalho (ao nível do grau de trauma associado) e a severidade dos sintomas de PPST é moderada pelas estratégias de *coping* social activas-antisociais, de tal forma que os indivíduos que utilizem estas estratégias em nível superior e que avaliem o acidente como muito traumático apresentaram níveis de sintomatologia de PPST mais elevados do que os indivíduos que utilizem poucas estratégias deste tipo. Relativamente ao efeito de moderação das estratégias activas-prósociais na relação entre a avaliação que a pessoa faz do acidente de trabalho (ao nível do grau de trauma associado) e a severidade dos sintomas de PPST, este não foi confirmado (Hipótese 6a).

Em relação ao efeito de moderação da coesão grupal (Hipótese 7) verificou-se que a coesão grupal global (expressão da coesão grupal vertical e horizontal e global) modera a relação entre a avaliação que a pessoa faz do acidente de trabalho (ao nível do grau de trauma associado) e a severidade da sintomatologia de PPST. Neste sentido, os indivíduos que pertencem a grupos de trabalho mais coesos têm menores níveis de sintomatologia de PPST, apesar de avaliarem o acidente de trabalho como muito traumático, do que indivíduos que pertencem a grupos com menor coesão.

CONCLUSÕES GERAIS

Os estudos realizados no âmbito deste trabalho possuíam objectivos diferentes, mas estavam intrinsecamente ligados e dependentes.

Os resultados de ambos os estudos mostram em primeiro lugar a importância das organizações efectuarem registos e sínteses dos seus processos de acidente de trabalho, para poderem conhecer exactamente os locais de trabalho em que é necessária uma intervenção.

Os resultados do presente trabalho realçam a importância das organizações terem uma atitude pró-activa relativamente à prevenção e intervenção, no domínio psicossocial, em caso de acidente de trabalho. Neste sentido, as organizações e os gestores têm que dar atenção ao facto de que ao acidente de trabalho não estão apenas associados custos económicos (e.g., absentismo, elevada taxa de utilização dos serviços de saúde), mas também consequências psicológicas relevantes. Assim, as intervenções que são planeadas no âmbito da segurança, higiene e saúde no trabalho devem contemplar as consequências/ perturbações psicológicas, não só para as vítimas, mas também para os colegas de trabalho.

Numa perspectiva de prevenção é importante que haja uma organização prévia de planos de intervenção e de gestão do acidente de trabalho (Tehrani, 2004). Neste sentido, os planos de emergência devem ter uma dimensão psicossocial, por exemplo definindo quem são as pessoas responsáveis pelas diferentes tarefas que têm que ser levadas a cabo na sequência do acidente de trabalho, no imediato (e.g., saber quem contacta a família do acidentado), e a médio prazo (e.g., saber quem disponibiliza informação sobre os sintomas de perturbação psicológica (é vantajoso que sejam elaborados panfletos com a identificação das reacções a um trauma) e sobre recursos e formas de apoio especializado, em caso de persistência dos sintomas de perturbação psicológica).

O facto da pessoa estar informada dos sintomas que poderá ter e que esses sintomas são reacções normais a um acontecimento extremo pode constituir uma porta de entrada para a

procura de apoio e para a superação do trauma. Neste sentido, é também fundamental que seja dada formação básica neste domínio (e.g., identificação dos sinais de perturbação psicológica) aos responsáveis pela segurança, higiene e saúde das empresas e que sejam incluídos conteúdos programáticos durante os cursos de formação dos “futuros” técnicos de segurança, higiene e saúde no trabalho e nos cursos de reciclagem relativas às questões psicológicas associadas aos acidentes de trabalho.

O apoio dado aos trabalhadores envolvidos no acidente de trabalho deve prolongar-se e não ser apenas um apoio imediato. Efectivamente, em alguns casos os sintomas de perturbação psicológica podem persistir ao longo do tempo e evoluir para expressões crónicas da doença, e noutros o seu aparecimento pode ser diferido relativamente à altura em que se deu o acidente (por exemplo, no caso da PPST).

Os resultados mostram que organizações devem fomentar a coesão dos grupos de trabalho e a aprendizagem de estratégias de gestão com os problemas, que sejam menos agressivas e antisociais, por exemplo, através da promoção e incentivo às acções de formação em gestão do *stress* e de incidente críticos.

Os resultados do presente trabalho apontam para o facto de haver uma necessidade premente da literatura sobre o trauma deixar de se focalizar apenas nas vítimas de trauma, e passar a ter em consideração as testemunhas do trauma, que poderão ser tão ou mais afectadas pelo acontecimento traumático.

As conclusões deste estudo vêm confirmar a relevância de se integrar uma perspectiva social e grupal no estudo da saúde-doença psicológica (por exemplo, incluindo o *coping* social e a coesão grupal), dada a influência que o contexto social tem na vida dos indivíduos. Apontando assim, para a importância de uma visão sistémica e bio-psico-social do Ser Humano (“*O homem só vive de relações e para relações*”, Pina Prata, 1983, p.12).

Contributos

O presente trabalho procurou para além de ser um instrumento de avaliação para a atribuição do grau de mestre em Psicologia Social e Organizacional, contribuir igualmente, para o incremento do conhecimento científico e prático.

Este trabalho teve como *primeiro* contributo, o de fornecer à Instituição em estudo o levantamento da tipologia e consequências dos seus acidentes de trabalho (Estudo1), informação esta que não estava organizada.

O *segundo contributo* desta tese é o seu objectivo principal, o estudo das perturbações psicológicas associadas aos acidentes de trabalho, já que se desconheciam estudos em Portugal acerca desta temática, sendo que a nível internacional a literatura também é escassa. A este contributo acrescenta-se um *terceiro*, pelo facto de ter centrado as atenções nas vítimas e testemunhas de acidentes de trabalho, vindo realçar a necessidade de um ponto de viragem nas amostras que se utilizam nos estudos associados ao trauma e à PPST (com testemunhas não existiam estudos na área dos acidentes de trabalho e noutros contextos de trauma só recentemente (e.g., Tobal, 2006) se começou a incluir vítimas vicariantes e secundárias.

O *quarto contributo* passou pela tradução e adaptação para português de dois instrumentos que podem ser utilizados no âmbito da investigação (SACS e PTSD Checklist); sendo que no caso da PTSD Checklist, este instrumento pode ser utilizado no âmbito clínico como instrumento de diagnóstico da perturbação pós-*stress* traumático.

O *quinto contributo* deste trabalho foi o facto de se ter introduzido em Portugal o conceito de *coping* social, considerado por diversos autores uma mais valia no estudo do *stress* e do *coping* (e.g., Folkman & Moskowitz, 2004).

O *sexto contributo* deste trabalho passou pelo facto de se integrar num modelo teórico individualista, uma perspectiva social e grupal (nível de análise grupal), que se revelou bastante importante e proveitosa na compreensão dos processos de protecção do indivíduo.

Limitações

O presente estudo tem algumas limitações, associadas à dificuldade que é planejar um estudo com esta dimensão e com tantos objectivos (nomeadamente, o ter em consideração vítimas e testemunhas). A principal limitação está relacionada com o facto de se ter utilizado predominantemente uma metodologia quantitativa de auto-preenchimento (*self-report*) para avaliar as perturbações psicológicas associadas aos acidentes de trabalho. Pais Ribeiro (1999) alerta para o facto deste tipo de preenchimento poder ter associados alguns enviesamentos³², derivados da desejabilidade social, de repostas aleatórias, falsificação e estilo de resposta.

Outra limitação está relacionada com a operacionalização da variável avaliação do grau de trauma associado ao acidente de trabalho, para a qual se utilizou apenas um item, tendo sido preferível a utilização de uma operacionalização mais complexa, com mais itens.

Há registos a literatura (e.g., DSM-IV, 1996) de que há casos de diagnóstico da PPST com início retardado (o início dos sintomas é de pelo menos 6 meses após o acontecimento *stressor*), contudo, o presente estudo centrou-se apenas na sintomatologia imediata à ocorrência do acidente de trabalho.

Futuro

Estudos futuros passariam pelo colmatar de algumas das limitações anteriormente referidas, por exemplo, adoptando uma metodologia que concilie métodos quantitativos e qualitativos nas investigações (tal como alguns investigadores defendem, por exemplo, Gottman e Notarius, 2002), no sentido de se puder aprofundar o que se passa com as pessoas expostas de forma directa ou vicariante a acontecimentos traumáticos, bem como estudar

³² A *desejabilidade social* pode ser definido como “pessoas... tendem a concordar com as respostas que são mais adequadas socialmente”, por sua vez, as *respostas aleatórias* “ocorrem quando o respondente não está motivado ou quando não é capaz de responder. Neste caso, ele assinala a resposta de modo quase aleatório, sem qualquer critério” (Pais Ribeiro, 1999, p.87); a *falsificação* “consiste em responder de modo a dar, intencionalmente, uma imagem oposta à realidade, em responder de modo a distorcer intencionalmente a realidade; por sua vez, o *estilo de resposta* “consiste na tendência para concordar (aquiescência) ou para discordar (crítico) com a resposta” (Pais Ribeiro, 1999, p.88).

outras perturbações comorbidas que se têm revelado como consequência de outros tipos de acontecimentos traumáticos (e.g., medo, dor, fobias, e.g., Asmundson et al., 1998). Em 2004, Folkman e Moskowitz reforçaram a importância de se complementarem os métodos utilizando por exemplo, abordagens narrativas, através das quais se pede à pessoa para elaborar uma narrativa sobre um acontecimento *stressante*, incluindo o que aconteceu, as emoções que experienciou, e o que fez. De acordo com estes autores podemos aprender muito através deste tipo de abordagem qualitativa e obter informações que não estão nas *checklist*.

Seria interessante efectuar um estudo longitudinal para se conhecer a amplitude do desenvolvimento das perturbações associadas ao acidente de trabalho, bem como as questões do *coping* (o carácter temporal do *coping*). Parece igualmente vantajoso considerar e conciliar diferentes níveis de análise.

É igualmente importante alargar o estudo das consequências dos acidentes de trabalho às diferentes esferas da vida do indivíduo, nomeadamente à família (Dember, 2001), pois é consensual (e.g., Pereira, 2003) que as consequências psicológicas dos acontecimentos traumáticos interferem de forma significativa e incapacitante com as várias esferas da vida.

No futuro seria importante levar a cabo estudos no sentido de estimar a incidência de perturbações psicológicas associadas aos acidentes de trabalho em diferentes grupos profissionais, bem como estudar outras variáveis que tenham um possível efeito de “*buffering*” associadas especialmente à literatura da segurança e higiene no trabalho (e.g., o clima de segurança organizacional, as atribuições causais associadas ao acidente de trabalho). Para além de dar continuidade ao estudo das vítimas de acidente de trabalho, é igualmente importante explorar a incidência de psicopatologia encontrada nas testemunhas e quais os factores que lhe estão subjacentes.

Recentemente tem vindo a surgir um campo, designado por Psicologia Positiva, que defende a elaboração de modelos compreensivos do funcionamento humano e social que

abranjam a totalidade da experiência humana (e.g., Seligman, Steen, Park, & Peterson, 2005). Esta totalidade inclui o já habitual estudo da doença/ psicopatologia (e.g., PPST) que é o que tem vindo a ser estudado, passando pela resiliência até ao crescimento (no caso do trauma, designado por crescimento pós-traumático) e funcionamento óptimo (as mais valias da perspectiva da Psicologia Positiva). Alguns estudos com veteranos de guerra (e.g., Sendas, Maia & Fernandes, 2006) demonstram que os indivíduos retiram sentimentos e aprendizagens positivas (e.g., atribuir mais valor à vida, à família, aos amigos, o sentir um amadurecimento pessoal) mesmo das situações mais ameaçadoras. No seguimento do presente estudo, futuramente, seria interessante adoptar esta perspectiva no sentido de se perceber quais os efeitos positivos que o acidente de trabalho pode ter sobre as vítimas e testemunhas.

Relativamente às escalas que foram traduzidas seria proveitoso efectuar a sua validação, contemplando uma amostra heterogénea, similar ao que está a ser realizado noutros países (e.g., Alemanha, Schwarzer et al., 2003; Grécia, Roussi & Vassilak, 2001; Itália, Comunian & Schwarzer, 2005; e, México, Lucio, Buchwald, Rangel & Villegas, 2005). Relativamente ao estudo do *coping* social é importante levar a cabo estudos que explorem as circunstâncias em que cada estratégia ou padrão de *coping* tem consequências adaptativas, seguindo assim as reflexões de Lazarus e Folkman (1984) de que o *coping* é situacional e as ideias de Zeidner e Saklofske (1996) que realçam que mais do que categorizar o *coping* como adaptativo ou desadaptativo, é perceber sob que circunstâncias um tipo de *coping* tem consequências adaptativas.

Terminando com a afirmação com que iniciei, dando esta tese continuidade à demanda da ciência e do conhecimento...

A ciência será sempre uma busca e jamais uma descoberta. É uma viagem, nunca uma chegada

Karl Popper

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albuquerque, A., Soares, C., Jesus, P., & Alves, C. (2003). Perturbação pós-traumática do *stress* (PTSD): Avaliação da taxa de ocorrência na população adulta portuguesa. *Acta Médica*, 16, 309-320.
- Alexander, D., & Klein, S. (2001). Ambulance personnel and critical incidents: Impact of accident and emergency work on mental health and emotional well-being. *British Journal of Psychiatry*, 178, 76-81.
- American Psychiatric Association (1996). *DSM-IV: Critérios de diagnóstico*. Lisboa: Clempsi Editores.
- Assembleia da República (1997). Artigo.º6 da Lei n.º 100/97 de 13 de Setembro. *Diário de República – I Série-A, n.º 212*, 4910-4917.
- Bagali, M. (1997). Social burden due to post-effect of occupational accidents and injuries: Needs for psycho-social rehabilitation. *Guru Nanak Journal of Sociology*, 18 (1), 81-96.
- Barling, J., Bluen, S., & Fain, R. (1987). Psychological functioning following an acute disaster. *Journal of Applied Psychology*, 72, 683-690.
- Baron, R. & Kenny, D. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychology research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182.
- Basoglu, M., Kilic, C., Salcioglu, E., & Livanou, M. (2004). Prevalence of posttraumatic *stress* disorder and comorbid depression in earthquake survivors in Turkey: An epidemiological study. *Journal of Traumatic Stress*, 17 (2), 133-141.
- Bleich, A., Siegel, B., Gorb, R., & Lerr, B. (1986). Post-traumatic *stress* disorder following combat exposure: Clinical features and psychopharmacological treatment. *British Journal of Psychiatric*, 149, 386-389.
- Bollinger, A., Riggs, D., Blake, D., Ruzek, J. (2000). Prevalence of personality disorders among combat veterans with posttraumatic *stress* disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 33 (2), 255-270.
- Brandl, S. (1996). In the line of duty: A descriptive analysis of police assaults and accidents. *Journal of Criminal Justice*, 24 (3), 255-259.
- Briggs, S. R., & Cheek, J. (1986). The role of factor analysis in the development and evaluation of personality scales. *Journal of Personality*, 54, 106-148.
- Buchwald, P., & Schwarzer, C. (2005). *How powerful is the German SACS in different settings*. Comunicação apresentada na 26th International Conference of *Stress* and Anxiety Research Society, Leipzig, Alemanha.
- Buchwald, P. (2003). The relationship of individual and communal state-trait *coping* and interpersonal resources as trust, empathy and responsibility. *Anxiety, Stress and Coping*, 16 (3), 307-320.
- Byrne, B. M. (2001). *Structural equation modelling with AMOS: Basic concepts, applications and programming*. London: Lawrence Erlbaum Publishers.
- Carlson, E., & Ruzek, J. (2005). Effects of Traumatic Experiences. Retrieved July 27, 2005, from http://www.ncPPST.va.gov/facts/general/fs_effects.html.
- Carstensen, O., Lauritsen, J., Rasmussen, K., & Hansen, O. (2000). *Post-traumatic stress disorder after occupational accidents*. Paper presented to the V International Conference on Injury Prevention and Control, New Delhi, India.
- Castro, P., Correia, R., & Lima, M. L. (2005). Mostrar e esconder: Os acidentes de trabalho na imprensa portuguesa. In C. Guedes Soares, A.P. Teixeira, & P. Antão (Eds.). *Análise e Gestão de Riscos, Segurança e Fiabilidade* (Vol.2, pp. 235-247). Lisboa: Edições Salamandra.

- Castro, P., Correia, R., & Lima, M. L. (2006). A double pattern of representation: Work accidents in the Portuguese press. In C. Guedes Soares & E. Zio (Eds.). *Safety and Reliability for Managing Risk* (vol 1, pp. 277-283). London: Taylor & Francis.
- Center for Disease Control and Prevention (2003). *Coping with a traumatic event*. Retrieved March 28, 2005, from www.bt.cdc.gov/masstrauma/copingpub.asp.
- Coyne, J., & Smith, D. (1991). Couplet *coping* with myocardial infarction: A contextual perspective on wives *distress*. *Journal of Personality and Social Psychology*, *61*, 404-412.
- Davidson, J., Hugles, D., Blazer, D., & George, L. (1991). Post-traumatic *stress* disorder in the community: An epidemiological study. *Psychological Medicine*, *21*, 713-721.
- Dembe, A. (2001). The social consequences of occupational injuries and illnesses. *American Journal of Industrial Medicine*, *40*, 403-417.
- Departamento de Estudos, Prospectiva e Planeamento (2005). *Acidentes de trabalho 2001*. Retrieved February, 2005, from <http://www.dgeep.mtss.gov.pt/estatistica/acidentes/at2001sintese.pdf>.
- Direcção-Geral de Estudos, Estatística e Planeamento (2005). *Boletim estatístico*. Lisboa: Centro de Informação e Documentação.
- Doron, R., & Parot, F. (2001). *Dicionário de Psicologia* (Gabinete de tradução da Climepsi Editores, Trad.). Lisboa: Climepsi Editores. (Obra original publicada em 1991).
- Dunahoo, C., Hobfoll, S., Monnier, J., Hulsizer, M., & Johnson, R. (1998). There's more than rugged individualism in *coping*. Part 1: Even the lone ranger had tonto. *Anxiety, Stress, and Coping*, *11*, 137-165.
- European Agency for Safety and Health at Work (2002). *Inventory of socioeconomic costs of work accidents (issue 207)*. Luxembourg: European Agency for Safety and Health at Work.
- European Commission (2004). *Work and health in the EU: A statistical portrait*. Retrieved February 9, 2005 from http://osha.lv/news/en/work_health_EU.pdf.
- European Communities (2005). *Health in Europe*. Retrieved October 14, 2006, from [http://www.sm.ee/est/HtmlPages/HealthInEurope/\\$file/HealthInEurope_KS-71-05-182-EN.pdf](http://www.sm.ee/est/HtmlPages/HealthInEurope/$file/HealthInEurope_KS-71-05-182-EN.pdf).
- Eurostat (2001). *Estatísticas europeias de acidentes de trabalho (EEAT): Metodologia*. Retrieved February 9, 2005 from http://europa.eu.int/comm/employment_social/publications/2002/ke4202569_pt.pdf.
- Fitzpatrick, K. & Wilson, M. (1999). Exposure to violence and posttraumatic *stress* symptomatology among abortion clinic workers. *Journal of Traumatic Stress*, *12* (2), 227-242.
- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2004). *Coping: Pitfalls and promises*. *Annual Review of Psychology*, *55*, 745-774.
- Forsyth, D. (1999). *Group Dynamics*. California: Wadsworth Publishing Company.
- Frans, Ö. (2003). *Posttraumatic stress disorder (PPST) in the general population*. Tese de Doutoramento, Uppsala University: Uppsala, Suécia.
- Friedman, M. (2000). *Post-traumatic stress disorder: The latest assessment and treatment strategies*. Kansas City: Compact Clinicals.
- Gibson, L., Holt, J., Fondacaro, K., Tang, T., Powell, T., & Turbitt, E. (1999). An examination of antecedent traumas and psychiatric comorbidity among male inmates with PPST. *Journal of Traumatic Stress*, *12* (3), 473-484.
- Gottman, J., & Notarius, C. (2002). Marital research in the 20th century and a research agenda for the 21st century. *Family Process*, *41*(2), 159-197.
- Gudmundsdottir, B., Beck, J., Coffey, S., Miller, L., & Palyo, S. (2004). Quality of life and post trauma symptomatology in motor vehicle accident survivors: The mediating effects of depression and anxiety. *Depression and Anxiety*, *20*, 187-189.

- Guedes Soares, C., Jacinto, C., Pereira, Z., Antão, P., Canoa, M., Fialho, T., & Almeida, T. (2005). Caracterização de acidentes de trabalho por sector de actividade. In C. Guedes Soares, A. P. Teixeira, & P. Antão (Eds.). *Análise e Gestão de Riscos, Segurança e Fiabilidade* (pp. 259-274). Lisboa: Edições Salamanka.
- Haisch, D., & Meyers, M. (2004). MMPI-2 assessed post-traumatic *stress* disorder related to job *stress*, *coping*, and personality in police agencies. *Stress and Health*, 20, 223-229.
- Haslam, C., & Mallon, K. (2003). A preliminary investigation of post-traumatic *stress* symptoms among firefighters. *Work & Stress*, 17 (3), 277-285.
- Hill, M. M., & Hill, A. (2005). *Investigação por questionário*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Hobfoll, S., Dunahoo, C., & Monnier, J. (1994b). *Preliminary test manual: Strategic approach to coping scale (SACS)*. Manuscrito não publicado, Applied Psychology Center, Kent State University.
- Hobfoll, S., Dunahoo, C., Ben-Porath, Y., & Monnier, J. (1994a). Gender and *coping*: The dual-axis model of *coping*. *American Journal of Community Psychology*, 22 (1), 49-82.
- Hobfoll, S., Geller, P., & Dunahoo, C. (2003). Women's *coping*: Communal versus individualistic orientation. In M. Schabracq, J. Winnubst, & C. Cooper (Eds.). *The Handbook of Work & Health Psychology* (2.^a ed.) (pp.237-257). Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.
- Inspecção Geral do Trabalho (2006). Acidentes de trabalho mortais 2002/2006. Retrieved November 15, 2006, from <http://www.igt.idict.gov.pt>
- International Labour Office (2005). World day for safety and health at work 2005: A background paper. Retrieved October 14, 2006, from http://www.ilo.org/public/english/bureau/inf/download/sh_background.pdf.
- International Labour Organization (2003). *Safework: Accident and disease information*. Retirado em 9 de Fevereiro de 2005 da World Wide Web: <http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/accidis/index.htm>.
- Jacinto, C., & Aspinwall, E. (2004). A survey on occupational accidents' reporting and registration systems in the European Union. *Safety Science*, 42, 933-960.
- Keller, R. (2001). Cross-functional project groups in research and new product development: Diversity, communications, job *stress*, and outcomes. *Academy of Management Journal*, 44 (3), 547-555.
- Kelloway, E., Stinson, V., & MacLean, C. (2004). Eyewitness testimony in occupational accident investigations: Towards a research agenda. *Law and Human Behavior*, 28 (1), 115-132.
- Keogh, J., Nuwayhid, I., Gordon, J., & Gucer, P. (2000). The impact of occupational injury on injured worker and family: Outcomes of upper extremity cumulative trauma disorders in Maryland workers. *American Journal of Industrial Medicine*, 38, 498-506.
- Kessler, R., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. (1995). Posttraumatic *stress* disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52 (12), 1048-1060.
- Kline, R. B. (1998). *Principles and practice of structural equation modelling*. London: The Guilford Press.
- Lauritsen, J., Rasmussen, K., Hansen, O., & Carstensen, O. (2004). *Post-traumatic stress disorder after occupational accidents*. Manuscrito não publicado, Institute of Community Health, Odense Universitet.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- LeBlanc, M., & Kelloway, E. (2002). Predictors and outcomes of workplace violence and aggression. *Journal of Applied Psychology*, 87, 444-453.

- Leymann, H., & Gustafsson, A. (1996). Mobbing at work and the development of post-traumatic stress disorders. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 5 (2), 251-275.
- Lillo, A., Muñoz, F. A., Parada, E., Puerta, A., Ramos, M., Pereira, M., del Val, M. S., & Guijjarro, A. (2004). Intervención psicológica tras los atentados del 11 de marzo en Madrid. *Clinica y Salud*, 15, 7-88.
- Lima, M. L. (2004). Percepção de risco e qualidade de vida: Impactos psicossociais de viver junto da incineradora. 8ª Conferência Nacional de Ambiente [CD-ROM]. Faculdade de Ciências e Tecnologia da UNL: Lisboa
- Lima, M. L. (2005). Bem estar e exposição a riscos ambientais. In A. Marques Pinto & A. Lopes da Silva (Eds.) *Stress e Bem-estar* (pp. 95-104). Lisboa: Climepsi.
- Lima, M. L., Marques Pinto, A., & Gonçalves, S. M. (2006). *Partilha social de emoções e bem-estar em vítimas de acidentes de trabalho*. Comunicação apresentada no VI Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia, Évora, Portugal.
- Lott, A., & Lott, B. (1965). Group cohesiveness as interpersonal attraction: A review of relationships with antecedent and consequent variables. *Psychological Bulletin*, 64, 259-309.
- MacDonald, H., Colotla, V., Flamer, S., & Karlinsky, H. (2003) Posttraumatic stress disorder (PTSD) in the workplace: A descriptive study of workers experiencing PTSD resulting from work injury. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 13 (2), 63-77.
- Maia, Â., & Fernandes, E. (2003). Epidemiologia da perturbação pós-stress traumático (PPST) e avaliação da resposta ao trauma. In M. Pereira & J. Monteiro-Ferreira. *Stress traumático: Aspectos teóricos e intervenção* (pp. 35-54). Lisboa: Climepsi Editores.
- Marques Pinto, A., Lima, M. L., & Lopes da Silva, A. (2005a). *Como lidam os professores portugueses com o stress profissional? Coping e burnout profissional em professores portugueses*. Retrieved July 20, 1996, from http://www.proformar.org/revista/edicao_7/pag_1.htm
- Marques Pinto, A., Lima, M. L., & Lopes da Silva, A. (2005b). Fuentes de estrés, burnout y estrategias de coping em professores portugueses. *Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones*, 21 (1-2), 125-143.
- McFarlane, A. (1988). The activity of post-traumatic stress disorders following a natural disorder. *British Journal of Psychiatric*, 152, 116-121.
- Mitchell, T., & Larson, J. (1987). *People in organizations: An introduction to organizational behavior*. New York: McGraw-Hill Book Company.
- Monnier, J., Cameron, R., Hobfoll, S., & Gribble, J. (2000). Direct and crossover effects of prosocial and antisocial coping behaviors. *Journal of Family Psychology*, 14 (4), 570-584.
- Monnier, J., Hobfoll, S., Dunahoo, C., Hulsizer, M., & Johnson, R. (1998a). There's more than rugged individualism in coping. Part 2: Construct validity and further model testing. *Anxiety, Stress, and Coping*, 11, 247-272.
- Monnier, J., Stone, B., Hobfoll, S., & Johnson, R. (1998b). How antisocial and prosocial coping influence the support process among men and women in the U.S. postal service. *Sex Roles*, 39, 1-20.
- Moorey, S., Greer, S., Watson, M., Gorman, C., Rowden, L., Tunmore, R., Robertson, B., & Bliss, J. (1991). The factor structure and factor stability of the hospital anxiety and depression scale in patients with cancer. *British Journal of Psychiatry*, 158, 255-259.
- Mulaik, S. A., James, L. R., Van Alstine, J., Bennett, N., Lind, S., & Stilwell, C. D. (1989). Evaluation of goodness-of-fit indices for structural equation models. *Psychological Bulletin*, 105, 430-445.

- Naumann, S. E., & Bennett, N. (2000). A case for procedural justice climate: Development and test of a multilevel model. *Academy of Management Journal*, 43(5), 881-889.
- Niza, C., Silva, S., & Lima, M. L. (2006). Work accidents in the empirical literature: Implications for the future. In C. Guedes Soares & E. Zio (Eds.) *Safety and Reliability for Managing Risk* (vol. 1, pp. 809-814). London: Taylor & Francis.
- Novo, R. (2000). Para além da eudaimonia: *O bem-estar psicológico em mulheres na idade adulta avançada*. Tese de Doutoramento, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.
- Novo, R., Duarte Silva, M. E., & Peralta, E. (1997). O bem-estar psicológico em adultos: Estudo das características psicométricas da versão portuguesa das Escalas de C. Ryff. In L. S. Almeida, S. Araújo, M. M. Gonçalves, C. Machado & M. Simões (Eds.) *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos* (vol. IV, pp. 119-129). Braga: APPORT.
- Orsillo, S. (2001). Measures for acute *stress* disorder and posttraumatic *stress* disorder. In M. Antony, S. Orsillo, & L. Roemer. *Practitioner's guide to empirically based measures of anxiety* (pp. 255-307). New York: Klumer Academic/ Plenum Publishers.
- Orsillo, S., Batten, S., & Hammind, C. (2001). Acute *stress* disorder and posttraumatic *stress* disorder: A brief overview and guide to assessment. In M. Antony, S. Orsillo, & L. Roemer. *Practitioner's guide to empirically based measures of anxiety* (pp. 245-254). New York: Klumer Academic/ Plenum Publishers.
- Pais Ribeiro, J. L. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pereira, M. (2003). Impacte e avaliação do *stress* traumático na família: Perturbação secundária de *stress* traumático. In M. Pereira & J. Ferreira (Coords.). *Stress traumático: Aspectos teóricos e intervenção*. Lisboa: Climepsi Editores (pp.91-107).
- Perkonig, A., Kessler, R., Storz, S., & Wittchen, H. (2000). Traumatic events and post-traumatic *stress* disorder in the community: Prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatr Scand*, 101, 46-59.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2000). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pina Prata, F. X. (1983). O 1.º Encontro Europeu de Terapia Familiar e Comunitária. *Cadernos de Terapia Familiar e Comunitária*, 3, 11-15.
- Podsakoff, P., & MacKenzie, S. (1994). An examination of the psychometric properties and nomological validity of some revised and reduced substitutes for leadership scales. *Journal of Applied Psychology*, 79, 702-713.
- Pyeovich, C., Newman, E., & Daleiden, E. (2003). The relationship among cognitive schemas, job-related traumatic exposure, and posttraumatic *stress* disorder in journalists. *Journal of Traumatic Stress*, 16 (4), 325-328.
- Regehr, C., Goldberg, G., Glancy, G., & Knott, T. (2002). Posttraumatic symptoms and disability in paramedics. *Can J Psychiatry*, 47 (10), 953-958.
- Reis, E. (1997). *Estatística multivariada aplicada*. Lisboa: Sílabo.
- Richards, D. (1994). Traumatic *stress* at work: A public health model. *British Journal of Guidance and Counselling*, 22 (1), 51-64.
- Rodrigues, J. (2005). *Resiliência em contexto de instrução militar*. Tese de Mestrado, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.
- Rogers, K., & Kelloway, E. (1997). Violence at work: Personal and organizational outcomes. *Journal of Occupational Health Psychology*, 2, 63-71.
- Roussi, P., & Vassilaki, E. (2001). The applicability of the multi-axial model of coping to a Greek population. *Anxiety, Stress, and Coping*, 14, 125-147.
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personal and Social Psychology*, 69, 719-727.

- Salminen, S. (1997). Violence in the workplace in Finland. *Journal of Safety Research*, 28 (3), 123-131.
- Sautter, F., Brailey, K., Uddo, M., Hamilton, M., Beard, M., & Borges, A. (1999). PPST and comorbid psychotic disorder: Comparison with veterans diagnosed with PPST or psychotic disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 12 (1), 73-88.
- Schat, A., & Kelloway, E. (2000). Effects of perceived control on the outcomes of workplace aggression and violence. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5, 386-402.
- Scheibe, S., Bagby, R., Miller, L., & Dorian, B. (2001). Assessing posttraumatic disorder with the MMPI-2 in a sample of workplace accident victims. *Psychological Assessment*, 13 (3), 369-374.
- Schwarzer, C., Starke, D., & Buchwald, P. (2003). Towards a theory-based assessment of coping: The German adaptation of the strategic approach to coping scale. *Anxiety, Stress, and Coping*, 16 (3), 271-280.
- Seligman, M., Steen, T., Park, N., & Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: Empirical validations of interventions. *American Psychologist*, 60(5), 410-421.
- Sendas, S., Maia, Â., & Fernandes, E. (2006). Guerra colonial portuguesa: Significado da experiência de participação na guerra colonial portuguesa na vida dos ex-combatentes. In I. Leal, J. Pais Ribeiro, & S. Neves de Jesus (Orgs.). *Actas do 6.º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. (pp.831-837). Lisboa: ISPA Edições (ISBN: 972-8400-77-2).
- Silva, S. (2003). *Culturas de segurança e prevenção de acidentes de trabalho numa abordagem psicossocial: Valores organizacionais declarados e em uso*. Tese de Doutoramento, ISCTE, Lisboa.
- Silva, S., & Lima, M. L. (2004). Culturas de segurança e aprendizagem com acidentes. In J. Vala, M. Garrido, & P. Alcobia (Org.). *Percursos de Investigação em Psicologia Social e Organizacional*. Lisboa: Edições Colibri.
- Silva, S., & Lima, M. L. (2005). Safety as an organizational value: Improving safety practices and learning from accidents. In K. Kolowrocki (ed.) *Advances in Safety and Reliability – ESREL 2005* (vol. 2, pp. 1817-1824). London: Taylor & Francis.
- Soares, C. (1997). Trauma: Consequências afectivo-sexuais. *Revista de Psiquiatria*, 10, suplemento 1, 36-42.
- SPSS (2006). *Guia de utilização do AMOS*. Lisboa: SPPSS.
- Stein, M., Walker, J., Hazen, A., & Forde, D. (1997). Full and partial posttraumatic stress disorder: Findings from a community survey. *American Journal of Psychiatry*, 154 (8), 1114-1119.
- Stephens, C., & Long, N. (1999). Posttraumatic stress disorder in the New Zealand police: The moderating role of social support following traumatic stress. *Anxiety, Stress, and Coping*, 12, 247-264.
- Street, A., Gibson, L., & Holohan, D. (2005). Impact of childhood traumatic events, trauma-related guilt, and avoidant coping strategies on PPST symptoms in female survivors of domestic violence. *Journal of Traumatic Stress*, 18 (3), 245-252.
- Stroebe, W. & Stroebe, M. (1999). *Psicologia social e saúde* (C. Nogueira, Trad.). Lisboa: Instituto Piaget. (Obra original publicada em 1995), pp. 279-313.
- Taft, C., Murphy, C., King, D., Musser, P., & DeDeyn, J. (2003). Process and treatment adherence factors in group cognitive-behavioral therapy for partner violent men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71 (4), 812-820.
- Tehrani, N. (2004). *Workplace Trauma: Concepts, assessment and interventions*. New York: Brunner-Routledge.
- Tobal, J. J. M. (2006). *Implicaciones psicológicas de los atentados terroristas y estrategias de intervención*. Conferência apresentada no 6.º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, Faro, Portugal.

- Tobal, J. J. M., & Vindel, A. C. (2005). *Psychological consequences of terrorism: General population, victims and relatives, emergency person*. Simpósio conduzido na 26th International Conference of Stress and Anxiety Research Society, Leipzig, Alemanha.
- Valentine, P. (2003). Trauma: Definição, diagnóstico, efeitos e prevalência. In M. Pereira & J. Monteiro-Ferreira. *Stress traumático: Aspectos teóricos e intervenção* (pp. 21-33). Lisboa: Climepsi Editores.
- Vaz Serra, A. (2003). *O distúrbio de stress pós-traumático*. Coimbra: Vale & Vale Editores, Lda.
- Vrana, S., & Lauterbach, D. (1994). Prevalence of traumatic events and post-traumatic psychological symptoms in a non-clinical sample of college students. *Journal of Traumatic Stress, 7*, 289-302.
- Weathers, F. W., Litz, B.T., Herman, D. S., Huska, J. A., & Keane, T. M. (1993). *The PTSD Checklist (PCL): Reliability, validity and diagnostic utility*. Paper presented at the meeting of International Society for Traumatic Stress Studies, San Antonio, Texas.
- Wilson, J. & Sigman, M. (2000). Theoretical perspectives of traumatic stress and debriefings. In B. Raphael & J. Wilson. *Psychological debriefing: Theory, practice and evidence* (pp. 58-68). Cambridge: Cambridge University Press.
- Zayfert, C., Becker, C., Unger, D., & Shearer, D. (2002). Comorbid anxiety disorders in civilians seeking treatment for posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 15* (2), 31-38.
- Zeidner, M., & Saklofske, D. (1996). Adaptive and maladaptive coping. In M. Zeidner & N.S. Endler. *Handbook of coping*. (pp.505-531). New York: John Wiley & Sons.
- Zigmond, A., & Snaith, R. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 67*, 361-370.

ANEXOS