



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



*Ludmila Minarini Alves*

**Estresse e coping em vítimas de acidente de trânsito**

**UBERLÂNDIA**

**2017**



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

*Ludmila Minarini Alves*



## **Estresse e coping em vítimas de acidente de trânsito**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Psicologia Aplicada.

Área de Concentração: Psicologia Aplicada

Orientador(a): Prof. Dr. Ederaldo José Lopes

**UBERLÂNDIA**  
**2017**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

---

A474e Alves, Ludmila Minarini, 1989  
2017 Estresse e coping em vítimas de acidente de trânsito / Ludmila  
Minarini Alves. - 2017.  
55 p. : il.

Orientador: Ederaldo José Lopes.  
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia,  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia.  
Disponível em: <http://dx.doi.org/10.14393/ufu.di.2017.29>  
Inclui bibliografia.

1. Psicologia - Teses. 2. Stress - Teses. 3. Acidentes de transito -  
Teses. 4. Ajustamento (Psicologia) - Teses. I. Lopes, Ederaldo José. II.  
Universidade Federal de Uberlândia. Programa de Pós-Graduação em  
Psicologia. III. Título.

---

CDU: 159.9



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**



**ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO JUNTO AO PROGRAMA DE  
PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA, DO INSTITUTO DE PSICOLOGIA, DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA.**

**Programa de Pós-graduação em Psicologia - PGPSI**

**Defesa de: Dissertação de Mestrado Acadêmico - nº 280/2017/PGPSI**

**Data: 12/09/2017 Hora de inicio: 14hs00min**

**Discente: Matrícula nº: 11512PSI019 Nome: Ludmila Minarini Alves**

**Título do Trabalho: "Estresse e coping em vítimas de acidente de trânsito"**

**Área de Concentração: Psicologia**

**Linha de Pesquisa: Processos Cognitivos**

**Projeto de Pesquisa de Vinculação: Processos Cognitivos e Emocionais: Fundamentos e Medidas**

Reuniu-se, na sala 2C46, do Campus Umuarama, da Universidade Federal de Uberlândia, a Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, assim composta: Professores Doutores: Prof. Dr. Ederaldo José Lopes (PGPSI/UFU) orientador da candidata; Prof. Dr. Joaquim Carlos Rossini (Membro Interno – PGPSI/UFU) e Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Marília Ferreira Dela Coleta (Membro Externo). Iniciando os trabalhos o presidente da mesa Prof. Dr. Ederaldo José Lopes apresentou a Comissão Examinadora e a candidata, agradeceu a presença do público e concedeu à discente a palavra para a exposição do seu trabalho. A duração da apresentação da discente e o tempo de arguição e resposta foram conforme as normas do Programa. A seguir o senhor presidente concedeu a palavra, pela ordem sucessivamente, às examinadoras, que passaram a arguir a candidata. Ultimada a arguição, que se desenvolveu dentro dos termos regimentais, a Banca, em sessão secreta, atribuiu os conceitos finais. Em face do resultado obtido, a Banca considerou a candidata Aprovada. Esta defesa de Dissertação de Mestrado Acadêmico é parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre. O competente diploma será expedido após cumprimento dos demais requisitos, conforme as normas do Programa, legislação pertinente e a regulamentação interna da UFU. Nada mais havendo a tratar, foram encerrados os trabalhos às 16 horas e 10 minutos. Foi lavrada a presente ata que, após lida e achada conforme, foi assinada pela Banca Examinadora.

**Prof. Dr. Joaquim Carlos Rossini (Membro Interno)**

**Prof.ª Dr.ª Marília Ferreira Dela Coleta (Membro Externo)**

**Prof. Dr. Ederaldo José Lopes (Presidente)**

## **Agradecimentos**

Agradeço primeiramente à minha família, meu suporte maior e minha base que torna todo enfrentamento possível.

Aos pacientes, que de forma tão generosa aceitaram participar da pesquisa que embasa este trabalho.

Ao meu orientador, que se dispôs a acreditar que este trabalho era possível e necessário e me guiou por este caminho.

Aos colegas e professores de mestrado pelos diálogos, pelas dúvidas compartilhadas e pelo encorajamento nos momentos de dificuldades.

Aos membros da banca de qualificação e defesa da dissertação pela disponibilidade e orientações prestadas.

“Toda dor pode ser suportada se sobre ela puder ser contada uma história”

Hannah Arendt

## **Resumo**

Os acidentes de trânsito (AT) são acontecimentos potencialmente estressantes, pois irrompem na vida das pessoas e carregam consigo o caráter de emergência e imprevisibilidade. A hospitalização, que muitas vezes sucede a ocorrência do acidente, também pode contribuir para aumentar a resposta de estresse. Situações estressantes exigem das vítimas a mobilização de estratégias para o enfrentamento da situação. O *Coping* compreende o conjunto de estratégias cognitivas e comportamentais utilizadas com o objetivo de manejar situações estressantes. Diante disto, o presente estudo objetivou verificar a relação entre estresse e *coping* em vítimas de AT internadas em um hospital universitário. A amostra foi composta por 10 pacientes vítimas de AT. Para avaliação do *coping* foi aplicado o *Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus* e para avaliar a presença de estresse foi utilizado o *Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp*. A maior parte dos participantes (80%) apresentava índice de estresse relevante, se dividindo entre 50% na fase de resistência, 10% na fase de quase exaustão e 20% na fase de exaustão. Entre as vítimas de AT que apresentaram níveis de estresse significativos, predominaram as estratégias de reavaliação positiva, confronto e resolução de problemas. Entre as vítimas de AT que não apresentaram estresse predominaram as estratégias de autocontrole, aceitação de responsabilidade e resolução de problemas. O *coping* do tipo fuga/esquiva apresentou correlação positiva com nível de estresse no grupo de pacientes que apresentaram estresse ( $\rho=0,835$ ). A estratégia de fuga/esquiva está relacionada a piores desfechos em saúde mental. Afastar-se, mesmo que cognitivamente, da situação desfavorece a busca por suporte. Além disso, a evitação de estímulos estressores impede o indivíduo de se habituar ao conteúdo e consequências desta situação. Apesar do tamanho da amostra ser pequeno, há alguns tipos de enfrentamento que parecem colaborar para que a resposta de estresse seja menor ou maior. Considerando os comprometimentos psíquicos e físicos do estresse prolongado, sugere-se que as equipes de saúde que lidam com vítimas de AT estejam atentas a possíveis manifestações de estresse e levem isso em consideração ao atuar junto aos pacientes que apresentarem este tipo de comprometimento, incentivando o enfrentamento mais funcional da situação.

**Palavras-chave:** Estresse, *Coping*, Acidente de Trânsito.

## **Abstract**

The traffic-accidents (TA) are potentially stressing events, because break into the people lives and carry with them the emergency and unpredictability character. The hospitalization, that many times succeeds the accident occurrence, may contribute to increase the stress answer. Stressing situations demands from victims the mobilization of strategies to face the situation. The coping comprehend the set of cognitive and behavioral strategies end used to handle stressing situations. Thus, the present study objected to verify the relation between stress and coping in TA's victims interned in a university hospital. The sample was composed by 10 patients who were TA's victims. To rate the coping was applied the Coping Strategies Inventory by Folkman and Lazarus and to value the stress presence was used the Stress Symptoms Inventory for Adults by Lipp. The most of participants (80%) presented a relevant stress level, being 50% in the resistance phase, 10% in almost exhaustion phase and 20% in exhaustion phase. Between the TA's victims who presented significant stress levels, predominated the positive reevaluation strategies, confront and issues resolution. Between the TA's victims that didn't present stress predominated the self-control strategies, responsibility acceptation and issues resolution. The escape/avoidance coping type had presented a positive correlation with stress level in the patients group that presented stress ( $p=0,835$ ). The escape/avoidance strategy is related to worse outcome in mental health. Keeping yourself away, even cognitively, from the situation is disadvantage in the look for support. Moreover, the avoidance of stressing stimulus prevents the subject of familiarizing to the content and consequences of this situation. Although the small sample, there are some coping types that seems to collaborate for the stress answer to be smaller or bigger. Considering the psychic and physical losses of the prolonged stress, it is suggested to the health teams that work with TA's victims to be attentive to the possibility of stress manifestations and consider this before acting up to the patients that show this impairment, encouraging a best functional confrontation of the situation.

**Keywords:** Stress, Coping, Traffic Accident

## **Lista de figuras**

<b>Figura 1</b> – Distribuição dos participantes por valor de renda mensal .....	31
<b>Figura 2</b> – Distribuição dos participantes por percepção de responsabilidade pelo acidente .	
.....	31

## **Lista de tabelas**

<b>Tabela 1</b> - Transtornos psíquicos pós AT .....	15
<b>Tabela 2</b> – Estratégias de enfrentamento por Lazarus e Folkman (1984) .....	23
<b>Tabela 3</b> – Caracterização sócio-demográfica da amostra .....	30
<b>Tabela 4</b> – Presença e características do estresse nas vítimas de AT .....	32
<b>Tabela 5</b> – Correlação entre fases do estresse e variáveis sócio-demográficas e referentes ao acidente.....	32
<b>Tabela 6</b> – Tipos de estratégias de enfrentamento e questões correspondentes .....	33
<b>Tabela 7</b> - Estratégias de enfrentamento utilizadas por vítimas de AT que apresentaram estresse .....	33
<b>Tabela 8</b> - Estratégias de enfrentamento utilizadas por vítimas de AT que não apresentaram estresse .....	34
<b>Tabela 9</b> – Correlações entre estratégias de enfrentamento e estresse em vítimas de AT com estresse significativo .....	34

## **Lista de abreviaturas e siglas**

- AT – Acidente de Trânsito
- CID – Classificação Internacional de Doenças
- DSM – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
- EVE – Eventos Vitais Estressores
- HC-UFU – Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia
- IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
- ISSL – Inventário de Sintomas de Stress da Lipp
- MS – Ministério da Saúde
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- SUS – Sistema Único de Saúde
- TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- TEPT – Transtorno de Estresse Pós-Traumático

## **Sumário**

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	12
1.1 ACIDENTE DE TRÂNSITO .....	13
1.2 ESTRESSE .....	15
1.2.1 Estresse em vítimas de acidente de trânsito .....	19
1.3 <i>COPING</i> .....	20
1.4 HOSPITALIZAÇÃO .....	24
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	26
2.1 GERAL .....	26
2.2 ESPECÍFICOS .....	26
<b>3 MÉTODO .....</b>	27
3.1 TIPO DE ESTUDO .....	27
3.2 PARTICIPANTES .....	27
3.3 INSTRUMENTOS .....	27
3.4 PROCEDIMENTOS .....	28
3.4.1 Para coleta de dados .....	28
3.4.2 Para análise de dados.....	29
<b>4 RESULTADOS .....</b>	30
4.1 DADOS PESSOAIS E REFERENTES AO ACIDENTE.....	30
4.2 ESTRESSE.....	32
4.3 <i>COPING</i> .....	33
<b>5 DISCUSSÃO .....</b>	35
<b>6 CONCLUSÃO .....</b>	41
<b>7 REFERÊNCIAS .....</b>	42
<b>8 ANEXOS .....</b>	46

## 1 INTRODUÇÃO

Os acidentes de trânsito (AT) são ocorrências que afetam diretamente o cidadão, podendo gerar óbitos, incapacidade física, perdas materiais e comprometimentos psicológicos (Departamento Nacional de Infraestrutura e Transportes, 2011). O último levantamento realizado pelo Ministério da Saúde (MS) revelou que em 2014 houve 43.075 óbitos e 201.000 feridos hospitalizados em decorrência de AT. Os dados também indicam aumento destes números nos dez últimos anos (como citado em Associação Brasileira de Prevenção dos Acidentes de Trânsito, 2016).

Por se tratar de eventos imprevisíveis que irrompem na vida das pessoas, os AT carregam consigo o caráter de emergência e imprevisibilidade, podendo afetar psicologicamente suas vítimas de formas diversas. De forma direta, os acidentes podem ativar crenças disfuncionais e levar à sobrecarga emocional, como a percepção de vulnerabilidade, sensação de impotência e/ou responsabilidade e confrontação com a dor e sofrimento de terceiros (Maia & Pires, 2005).

Quando ocorrem traumatismos físicos, a vítima de AT pode necessitar passar por um período de hospitalização. Ismael (2005) considera que a internação gera o rompimento da vítima com suas atividades usuais submetendo-o à rotina hospitalar. Além da perda da autonomia, o paciente hospitalizado pode experimentar mudanças na autoimagem, procedimentos invasivos e/ou dolorosos, menor contato com suporte familiar e social e outros estressores. Nesse sentido, os acidentes de trânsito são acontecimentos potencialmente estressantes ao gerar no indivíduo, particularmente quando necessita de internação hospitalar, além de traumatismos físicos uma grande sobrecarga psíquica.

Segundo Lipp e Tanganelli (2002), o estresse é considerado uma reação psicofisiológica imediata e necessária do organismo. Tal reação possui componentes bioquímicos, cognitivos e emocionais, que são desencadeados diante de estímulos percebidos como ameaçadores à homeostase do organismo. Apesar de ser uma resposta adaptativa, a manutenção do organismo em estado de estresse por um período prolongado pode ser nocivo para o mesmo.

Para que haja interrupção do ciclo de estresse é necessário que o indivíduo se engaje em algum modo de enfrentamento eficaz. Neste sentido, Lazarus e Folkman (1984), trazem a definição de *coping* como o conjunto de estratégias cognitivas e comportamentais utilizadas com o objetivo de manejar situações estressantes. Para Savóia (1999), o *coping* visa aumentar, criar ou manter a percepção de controle pessoal, mas pode se tratar de um controle ilusório.

Logo, o *coping* não pode ser julgado como certo ou errado, mas deve ser avaliado em relação ao nível de adaptação à situação e às consequências geradas. (Santos, Santos, Melo & Alves Junior, 2006).

Considerando que os AT são eventos potencialmente estressantes e os prejuízos significativos que o estresse prolongado pode trazer à saúde das vítimas, esta pesquisa objetiva verificar a relação entre estresse e *coping* em pessoas vítimas de acidente de trânsito internadas.

### 1.1 ACIDENTE DE TRÂNSITO

Os acidentes de trânsito são definidos pela Associação Brasileira de Normas Técnicas como:

Todo evento não premeditado de que resulte dano em veículo ou na sua carga e/ou lesões em pessoas e/ou animais, em que pelo menos uma das partes esteja em movimento nas vias terrestres ou áreas abertas ao público. Pode originar-se, terminar ou envolver veículo parcialmente na via pública. (ABNT, 1989, p.1)

Após a Segunda Guerra Mundial a produção e o uso de automóveis particulares aumentaram em todo mundo. No Brasil, o custo de veículos motorizados tem ficado mais acessível, o que gera aumento da frota. No entanto, as políticas públicas e os investimentos no trânsito ainda se mostram ineficazes para reduzir os índices de AT (Marin & Queiroz, 2000).

De acordo com estatísticas nacionais de morbi-mortalidade mais recentes, fornecidas pelo Ministério da Saúde e divulgadas no site da Associação Brasileira de Prevenção dos Acidentes de Trânsito (2016), estima-se que, em 2014, ocorreram 43.075 óbitos decorrentes de AT. Ainda de acordo com o MS, 201.000 feridos foram hospitalizados após sofrerem AT também em 2014. Estes números indicam tendência de aumento quando comparados a levantamentos mais antigos de 1977 (17.795 óbitos) e 2004 (35.105 óbitos).

Dall'Aglio (2010) afirma que também houve aumento do número de mortos e feridos devido a AT em Uberlândia desde a década de 70. No mesmo estudo consta que, no ano 2000, 3.465 vítimas de AT foram internadas no HC-UFG, que é referência no atendimento público de média e alta complexidade para a cidade e região.

As estatísticas referentes a AT no Brasil parecem, no entanto, subestimar o número real de ocorrências devido a vários motivos. Bacchier e Barros (2011) indicam que as fontes principais de informação são os boletins de ocorrência, o Sistema de Informação de Mortalidade e o Sistema de Informações Hospitalares do SUS, porém estas fontes não se

interligam e não são completamente alimentadas. A subnotificação ocorre ainda devido ao fato que muitos AT não chegam ao conhecimento institucional oficial ou chegam e são enquadrados sob outra causa (Mello Jorge, Koizumi & Tono, 2005).

A reforma sanitária, ainda em implementação no Brasil, traz uma nova postura de considerar saúde não apenas como ausência de patologia e sim como o bem estar biopsicossocial do indivíduo. Neste contexto os AT passaram a ser considerados como um aspecto de saúde pública (Queiroz & Oliveira, 2005). Esta visão também se confirma na Classificação Internacional de Doenças (CID – 10), onde os AT são tratados no capítulo XX, referente às causas externas de morbidade e mortalidade. Ainda segundo esta classificação, os AT são considerados causas naturais, não-intencionais e de difícil previsibilidade que afetam a saúde e interferem no bem estar e qualidade de vida dos seres humanos (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2007).

Segundo Minayo (2006), os AT impactam nos serviços de saúde pela saturação dos serviços de emergência, períodos de internação prolongados e necessidade de investimentos em serviços de reabilitação e readaptação. Os acidentes e as violências correspondem à terceira causa de óbito na população brasileira em geral e à primeira entre os jovens (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada [IPEA], 2003).

Os AT também são responsáveis por grande número de deficiências adquiridas. De acordo com dados da Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação (2016), os AT foram responsáveis por 38,5% das internações no período de um ano. No estudo realizado por Lemos, Jorge & Ribeiro (2013) em um centro de reabilitação municipal de Uberlândia, constatou-se que 29,1% dos pacientes estavam em tratamento devido a sequelas de AT.

Aos gastos diretos devido à assistência em saúde, somam-se os indiretos, como a perda de produtividade da vítima, danos materiais às vias e veículos, gastos previdenciários e outros. Estes fatores respondem pelo custo social dos AT, que, em caso de acidentes sem vítima, apresentam custo médio de 17 mil reais. Em acidentes com vítima estes custos aumentam para 86 mil, chegando a custar 418 mil reais o custo médio para acidentes com óbito (Bacchier & Barros, 2011).

Além dos impactos na saúde física e os custos sociais mencionados, os AT podem gerar prejuízos de difícil cálculo, como sofrimento, dependência, medo e estresse em vítimas e familiares. Um estudo britânico sobre a prevalência de sintomas psiquiátricos após eventos traumáticos identificou que 47% das vítimas de AT apresentavam desordens psíquicas decorridas seis semanas do acidente. Após seis meses este índice era de 43,4% e, mesmo após

um ano e meio da ocorrência do AT, 29,9% das vítimas apresentavam sintomas psiquiátricos (Mason, Wardope, Turpin & Rowlands, 2002).

Mayou, Bryant e Dutie (1993) avaliaram as consequências psiquiátricas dos acidentes de trânsito em 188 vítimas de AT. Um ano após o acidente, aproximadamente um décimo das vítimas apresentou critérios diagnósticos para transtornos de humor, o dobro da prevalência encontrada na população geral. Neste mesmo estudo foi encontrada uma alta prevalência de vítimas com sintomas compatíveis com Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) e fobia relacionada ao trânsito conforme Tabela 1:

**Tabela 1** - Transtornos psíquicos pós acidente de trânsito

Tempo decorrido após o acidente	Transtornos de Humor	TEPT	Fobia relacionada ao trânsito
3 meses	13,29%	7,44%	17,02%
1 ano	10,63%	6,91%	13,82%

Zimmerman (2008), em sua dissertação sobre ‘O Lado Oculto dos Acidentes de Trânsito’, ressalta que os impactos psíquicos dos AT ainda são pouco estudados no Brasil, apesar de recomendações de órgãos como MS e IPEA e Secretaria de Planejamento. Estes órgãos promoveram, em 2007, o Seminário Sequelas Invisíveis dos Acidentes de Trânsito, do qual se destaca a recomendação sobre “a necessidade de se identificarem medidas adequadas de prevenção e promoção da saúde que levam em conta as sequelas invisíveis dos acidentes de trânsito e o desenvolvimento de protocolos de avaliação das sequelas psíquicas” (Zimmerman, 2008, p.23). A autora aponta ainda que o conhecimento destas possíveis sequelas psíquicas pode contribuir para que a sociedade conheça a importância do apoio psicológico às vítimas de AT, seus familiares e equipes de saúde que trabalham com este público.

## 1.2 ESTRESSE

Os primeiros usos do termo “estresse” como sinônimo de ‘aflição’ e ‘adversidade’ remontam ao século XIV. Apesar disso, as primeiras pesquisas sobre o tema são relativamente recentes, tendo sido iniciados por Hans Selye nos meados da década de 1920 (Lipp, 1996). Desde o início destes estudos até o presente, diversas pesquisas e modelos foram desenvolvidos na tentativa de melhor compreender, avaliar e enfrentar o estresse (Chamon, Santos & Chamon, 2008).

Claude Bernard e Walter Cannon foram fisiologistas contemporâneos a Selye que fizeram estudos sobre a necessidade dos organismos manterem a estabilidade do meio interno, apesar de mudanças no meio externo. Este estado de equilíbrio foi posteriormente denominado por Cannon de 'homeostase' (Faro & Pereira, 2013).

Hans Selye, que também era fisiologista, observou uma série de sintomas semelhantes (como pressão alta, desânimo e inapetência) em pacientes com enfermidades diversas. Inicialmente Selye denominou essa série de reações de 'Síndrome Geral de Adaptação', por acreditar se tratarem de dificuldades do organismo em manter sua homeostase diante de situações que o enfraquecessem. Apesar de já utilizar o termo 'estresse' para se referir às respostas endocrinológicas observadas, foi somente em 1936 que Selye publicou o primeiro trabalho que tratava do estresse como uma síndrome produzida por diversos agentes nocivos (Chamon et al, 2008; Lipp, 1996).

Faro e Pereira (2013) dividem os estudos sobre o estresse em três perspectivas: baseada na resposta, baseada no estímulo e cognitivista. A perspectiva baseada na resposta predominou nos primeiros estudos, sob influência das pesquisas de Selye. Esta perspectiva dá ênfase à repercussão biológica do estado de estresse no organismo. Sob este prisma, estresse pode ser definido como a dinâmica regulatória do organismo diante das perturbações impostas pelos fatores estressores.

Santos (2007) explica que o 'estado de estresse' ocorre em vários organismos (inclusive não humanos), e se trata de uma resposta com componentes neuroendócrinos que prepara o indivíduo para respostas de luta ou fuga, objetivando a sobrevivência do mesmo. Sendo assim, o estresse é uma reação natural e tem um papel adaptativo positivo, enquanto se trata de um estado inicial de alerta e prontidão, o que também é chamado "eustress" (Tavares, 2010).

Esta fase inicial do estresse foi classificada por Selye (1959), em seu modelo trifásico do estresse, como 'fase de alerta'. Nesta fase há uma descarga de adrenalina e consequente ação exacerbada do sistema nervoso simpático em detrimento da desaceleração do parassimpático. Estas alterações visam preparar o organismo para reagir com urgência e podem desencadear sintomas como taquicardia, sudorese e tensão muscular. Se o estímulo estressor for de curta duração os hormônios tendem a retornar a seus níveis normais. Porém, se o estressor permanece ou o organismo não consegue retornar a homeostase mesmo com o estímulo já ausente, inicia-se a fase de resistência.

Na fase de resistência já se pode ter maior dimensão das consequências negativas do estresse ao organismo, o que é chamado de 'distress' (Tavares, 2010). Lipp (1996) descreve

esta fase como uma tentativa do organismo de se reparar e retomar o modo de funcionamento anterior. Para isto ocorre a utilização da energia adaptativa de reserva através de maior atividade do córtex adrenal e consequente elevação das secreções adrenocorticais. Podem surgir nesta fase sintomas como cansaço, alterações de humor e do sono e queda de produtividade.

Lipp (2000) identificou uma fase intermediária entre a resistência e a exaustão, a qual denominou quase-exaustão. Nesta fase o indivíduo está falhando em adaptar-se ou resistir ao estressor. Algumas doenças podem começar a surgir, mas ainda não apresentam a mesma gravidade que na fase de exaustão.

Se a resistência mobilizada não for suficiente para lidar com o estressor, a resposta de estresse pode evoluir e chegar à última fase, de exaustão. Nesta fase, ocorre a fragilização de um ou mais sistemas orgânicos o que possibilita o surgimento de doenças como úlceras, câncer, vitiligo, fadiga crônica e depressão (Selye, 1959). Lipp (1996) ressalta que o estresse isoladamente não deve ser atribuído como causador dessas patologias e sim como um desencadeador ou agravante, observando-se disposições genéticas individuais.

Segundo Santos (2007), embora a conceituação do estresse estabelecida por Selye tenha sido abrangente, percebe-se que seu foco estava nas repercussões fisiológicas do fenômeno, devido inclusive a sua área de formação. A perspectiva baseada na resposta mostra-se, então, limitada para a compreensão do conceito de estresse, pois se limita a aguardar a reação biológica para determinar a origem e intensidade da repercussão do estresse no organismo. Neste contexto ganhou espaço a perspectiva baseada no estímulo, que dá ênfase aos fatores eliciadores do estresse (Faro & Pereira, 2013).

Durante a Segunda Guerra Mundial observou-se que alguns soldados apresentavam sintomas que os tornavam incapazes de combater mesmo que fisicamente não apresentassem comprometimentos. Essa reação foi denominada inicialmente de 'neurose de guerra' (atualmente chamado de Transtorno do Estresse Pós-Traumático) e foi entendida como uma resposta emocional debilitante. Por este motivo, psicólogos e psiquiatras foram convocados a auxiliar no entendimento e intervenção sobre esta manifestação de estresse. Isto contribuiu para o aumento dos estudos sobre os aspectos psíquicos do estresse (Lipp, 1996; Santos, 2007).

Segundo Lipp (1996), estressor é todo evento que exija alguma adaptação do indivíduo, mesmo que seja considerado um evento positivo (como um casamento ou promoção no emprego). Everly (1989, conforme citado em Lipp, 1996) distingue os estressores biogênicos, que são intrinsecamente estressantes, como a dor a fome, dos

psicossociais. Os estressores psicossociais têm componentes mais subjetivos e adquirem sua capacidade de estressar uma pessoa em decorrência de sua história de vida.

De acordo com a perspectiva baseada no estímulo, o foco dos estudos “centra-se no estabelecimento de relações entre tipo de estressores e a sua correlação com a reação fisiológica, que varia sua intensidade de acordo com as características do estressor” (Faro & Pereira, 2013, p.85).

Como marco dessa perspectiva, Holmes e Rahe (1967) propuseram uma teoria baseada no que denominaram Eventos Vitais Estressores (EVE). Os EVE compreendem determinadas situações que podem ocorrer na vida de qualquer indivíduo e que exigem algum esforço adaptativo para se ajustar à situação e manter o status de saúde. Com base nos EVE, Holmes e Rahe desenvolveram uma medida de estresse que denominaram de “Escala de Reajustamento Social”. Nesta escala estão relacionados eventos eliciadores de estresse aos quais são atribuídos valores de esforço adaptativo específicos.

Percebe-se, que para estes autores, não era o significado atribuído ao evento nem as possíveis repercussões do mesmo que determinam seu caráter estressor. O poder deletério do EVE seria medido pelos esforços necessários de adaptação, sendo que a mera presença do EVE já implicaria em existência do estresse (Faro & Pereira, 2013).

Apesar da perspectiva baseada no estímulo ter trazido efetivamente o estudo do estresse para os domínios da psicologia, ela foi criticada por não considerar as diferenças individuais. Ou seja, esta perspectiva não considerava os mecanismos adaptativos que elevam ou atenuam a intensidade da reação estressora e que contribuem para que os indivíduos sejam afetados de diferentes maneiras pelo mesmo estressor. Por este motivo houve redução dos estudos sob esta perspectiva a partir da década de 1980 (Faro & Pereira, 2013).

Percebe-se que tanto a perspectiva baseada no estímulo como a baseada na resposta precisavam ser complementadas, pois não consideravam a variabilidade adaptativa do ser humano. Neste sentido surge a perspectiva cognitiva, que dá ênfase aos processos psicológicos que intermedian a relação entre ambiente e organismo (Chamon et al., 2008; Faro & Pereira, 2013; Santos, 2007)

Alguns autores se referem à perspectiva cognitiva como 'modelo transacional', por considerar o estresse como uma interação entre o indivíduo e seu meio ambiente. Contrapõe este modelo ao 'modelo mecanicista', que engloba as abordagens baseadas na resposta e no estímulo (Chamon et al., 2008; Santos, 2007).

Os principais expoentes da abordagem cognitivista são Lazarus e Folkman, que desenvolveram a 'teoria relacional do estresse'. Estes autores definem estresse como “a

relação particular entre a pessoa e o ambiente e que é avaliada pela pessoa como algo ameaçador e que excede seus recursos pessoais” (Lazarus & Folkman, 1984, p.284).

A resposta de estresse seria então, dinâmica e processada em três etapas:

1- Avaliação primária: Percepção do indivíduo sobre a situação, se esta representa alguma ameaça, desafio ou perda

2- Avaliação secundária ou Avaliação de enfrentamento: Avaliação do indivíduo dos recursos (internos e externos) disponíveis para o manejo da situação.

3- Reavaliação: O indivíduo reavalia a eficácia das estratégias cognitivas e comportamentais utilizadas para lidar com o estressor, buscando continuamente novos estados de ajustamento (Lazarus & Folkman, 1984)

Segundo Faro e Pereira (2013), na perspectiva cognitivista não há estressor com capacidade intrínseca de produzir estresse. Apesar de existirem demandas que são universalmente aceitas como ameaçadoras, há possibilidade de que sejam reinterpretadas e ressignificadas (*coping* focado nas emoções), o que contribui para a modulação do estresse. Outra possibilidade para a modulação da resposta de estresse é a mobilização de recursos de enfrentamento para fazer face ao estímulo estressor (*coping* focado no problema).

Os AT são eventos imprevisíveis que irrompem na vida das pessoas e representam ameaça à integridade física. Além disso, podem desencadear crenças desadaptativas relacionadas à culpa, impotência e perda de controle (Maia & Pires, 2004). Por estes motivos, os AT são estressores potenciais para as vítimas e muitas destas precisarão empreender ou adquirir recursos para lidar com a situação ou para ressignificar o ocorrido (Zimmerman, 2008).

#### 1.2.1– Estresse em vítimas de acidente de trânsito

O quadro de estresse que se manifesta logo após a ocorrência de um evento traumático é chamado de estresse agudo. Segundo Cavalcante, Morita e Haddad (2009), a reação aguda ao estresse pode envolver sintomas como alterações do sono e do apetite, lembrança frequente do evento traumático, agitação, taquicardia e sensação de entorpecimento. Em vítimas de AT também podem estar presentes o medo e evitação do uso de meios de transporte.

Nos manuais diagnósticos CID-10 e DSM-V, a reação aguda ao estresse aparece como categoria diagnóstica distinta do Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT). A principal distinção entre os dois quadros é a delimitação temporal. O estresse agudo se manifesta nas

primeiras quatro semanas após a exposição ao trauma e o TEPT só pode ser diagnosticado após este período (OMS ,2007; APA, 2014).

Koren, Arnon e Klein (1999) mencionam a hipótese de que o desenvolvimento de TEPT poderia se tratar de uma falha em extinguir a reação de estresse agudo. A pesquisa com vítimas de AT realizada por estes autores indicou que 90% das vítimas que desenvolveram TEPT apresentaram inicialmente um quadro de estresse agudo.

Outro estudo que também explorou a relação entre estresse agudo e TEPT em vítimas de AT apontou que o estresse agudo, dentre as variáveis estudadas, foi o maior preditor para o desenvolvimento de TEPT. Holeva, Tarrier e Wells (2001) pesquisaram alguns possíveis preditores de TEPT em vítimas de AT e apontam que o diagnóstico inicial de estresse agudo aumenta em 20 vezes a possibilidade da vítima desenvolver TEPT.

### 1.3 COPING

O *coping* é considerado por Folkman e Lazarus (1984, p.141) como o “conjunto de esforços cognitivos e comportamentais utilizados com o objetivo de lidar com demandas estressoras que são avaliadas como sobrecarregando ou excedendo os recursos pessoais”. Neste sentido, estresse e *coping* são conceitos interrelacionados, pois não há *coping* sem situação estressora que o desencadeie.

Segundo Tojal, Oliveira e Chamon (2009), o termo 'cope' foi incorporado ao vocabulário anglo-saxão no século X como sinônimo de 'fazer face', 'gerenciar', 'encarregar-se'. A palavra '*coping*' não possui tradução literal no português, sendo frequentemente traduzida como 'estratégias de enfrentamento'. No entanto, nem todos os processos de *coping* envolvem o enfrentamento da situação e sim estratégias para lidar com o estressor, mesmo que representem fuga ou esquiva (Santos, 2007).

A primeira geração de estudos sobre *coping* remonta ao início do século XX, vinculado à psicologia do ego. Para estes pesquisadores, o *coping* seria correlato aos mecanismos de defesa, podendo ser categorizados hierarquicamente dos mais imaturos aos mais sofisticados e adaptativos. Assim, o *coping* é entendido como uma predisposição estável de enfrentamento resultante de características da personalidade do indivíduo (Antoniazzi, Dell'Aglio & Bandeira, 1998).

Este modelo, no entanto, recebeu críticas ao constatar-se que os indivíduos não possuem uma constância diante de situações variadas. Algumas distinções foram então realizadas para diferenciar os mecanismos de defesa do *coping* propriamente dito. Os

comportamentos derivados dos mecanismos de defesa eram classificados como rígidos, inadequados com relação à realidade externa, derivados de elementos inconscientes e orientados pelo passado. Já os comportamentos associados ao *coping* foram classificados como mais flexíveis e propositais, adequados à realidade, orientados ao futuro e com derivações conscientes (Santos, 2007).

A partir da década de 1960 uma segunda geração de pesquisadores destaca-se por trabalhar o *coping* sobre uma nova perspectiva. Nesta perspectiva, o *coping* refere-se à um processo transacional entre a pessoa e seu ambiente. Busca-se, então, enfatizar os determinantes cognitivos e situacionais dos comportamentos de *coping*. Nas duas décadas seguintes houve importante avanço na área e o grupo de Lazarus e Folkman se destacou pela quantidade de publicações (Antoniazzi et al, 1998).

Para Lazarus e Folkman (1984), a resposta de *coping* é sempre uma ação intencional, física ou mental, iniciada após a percepção de um estressor, dirigidas para estados internos ou circunstâncias externas. A resposta de *coping* é então, para estes autores, um processo dinâmico que pode ser alterado diante de situações diferentes ou até em uma mesma situação, se esta for reavaliada pelo indivíduo.

Segundo o modelo transacional de Lazarus e Folkman (1984), há quatro aspectos fundamentais relacionados ao *coping*: a) O primeiro se refere ao caráter interativo e dinâmico entre o indivíduo e o ambiente, que resulta na multiplicidade de respostas de enfrentamento possíveis. b) O segundo trata do caráter administrativo dos recursos de enfrentamento. Sob este aspecto observa-se que o *coping* não é voltado para o domínio ou resolução da situação estressora e sim para a mobilização de recursos que possam auxiliar a adaptação do indivíduo. c) O terceiro traz a importância da avaliação o indivíduo sobre a situação. Esta avaliação envolve a percepção e interpretação do estressor e dos recursos disponíveis para fazer face a ele sendo, portanto, moderada por fatores pessoais e situacionais. d) Por fim, o quarto aspecto é que o enfrentamento requer uma mobilização de esforços cognitivos e comportamentais com objetivo de reduzir, superar ou tolerar demandas internas e externas decorrentes do evento estressor.

Segundo Santos (2007), os principais objetivos do processo de enfrentamento seriam conservar uma autoimagem positiva, remover ou reduzir as influências do estímulo estressante, tornar toleráveis as circunstâncias ou eventos desagradáveis ou adaptar o organismo às mesmas e continuar se relacionando satisfatoriamente com as outras pessoas. No entanto, é necessário distinguir entre as estratégias de enfrentamento e seus resultados.

Para isso, Rudolph, Denning e Weiss (1995) propõem entender o enfrentamento como um episódio com três aspectos fundamentais: uma resposta de enfrentamento, seu objetivo e um resultado. Conforme esta perspectiva, a resposta de *coping* é intencional, física ou mental, dirigida ao estressor ou às suas repercussões. Diferencia-se, assim, da resposta de estresse, que envolve uma reação espontânea. O *coping*, objetiva, então, alguma redução na resposta de estresse, mas o resultado pode ou não promover a adaptação do indivíduo (Antoniazzi et al, 1998).

Rudolph et al. (1995) também diferenciam fatores mediadores e moderadores pertencentes ao processo de *coping*. Fatores moderadores são variáveis pré-existentes que influenciam o resultado do *coping* mas não são influenciadas pela natureza do estressor ou pela resposta de *coping*. Já os fatores mediadores são variáveis acionadas durante o episódio de *coping*, como a avaliação cognitiva e o desenvolvimento da atenção.

Na perspectiva de Lazarus e Folkman (1984) as estratégias de enfrentamento são entendidas como mediadoras entre um agente estressor e o resultado proveniente desse estressor. Neste sentido, se tratam de ações que podem ser aprendidas, usadas e descartadas e dividem-se em duas categorias funcionais: focalizadas no problema e focalizadas na emoção.

O enfrentamento focalizado no problema constitui-se dos esforços que o indivíduo empenha para atuar na situação que deu origem ao estresse. A ação objetiva alterar o problema ou a relação que está causando a tensão. Este tipo de enfrentamento pode ser direcionado externamente, ao se tentar modificar a situação de forma objetiva, ou internamente, através de alguma reestruturação cognitiva referente ao estressor.

As estratégias focadas na emoção objetivam regular o estado emocional e/ou fisiológico resultante do fator estressor. Podem envolver processos defensivos que distanciam emocionalmente ou fisicamente o indivíduo da situação.

Para Lazarus e Folkman (1984) o uso das estratégias de enfrentamento depende da avaliação da situação estressora. As estratégias focalizadas no problema costumam ser utilizadas em situações que o indivíduo identifica como modificáveis. Já as estratégias focalizadas na emoção tendem a ser utilizadas com maior frequência em situações percebidas como inalteráveis. No entanto, uma mesma situação pode evocar os dois tipos de *coping*, sendo que um tipo de enfrentamento pode facilitar o outro. Os resultados do *coping* não dependerão do tipo de estratégia escolhida e sim da adaptação do indivíduo ao estressor.

Um terceiro tipo de estratégia de enfrentamento foi apresentado por O'Brien e Delongis (1996). Para estes autores há ainda a estratégia de enfrentamento focalizada nas

relações interpessoais, que os indivíduos utilizam para buscar apoio em seu círculo social. Esta estratégia pode abranger solicitação de suporte prático, afetivo e cognitivo.

Savóia, Santana e Mejias (1996) traduziram e adaptaram para o Brasil o instrumento criado por Lazarus e Folkman para avaliar estratégias de enfrentamento denominado 'Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus'. Neste inventário identificam-se oito tipos de estratégias de enfrentamento conforme descritas na Tabela 2. Os autores ressaltam que os resultados do *coping* não dependerão do tipo de estratégia de enfrentamento adotada e sim de sua adequabilidade à situação estressora.

**Tabela 2** – Estratégias de enfrentamento por Lazarus e Folkman (1984)

Estratégia	Descrição
Confronto	Esforços agressivos de alteração da situação, podendo apresentar grau de hostilidade e risco envolvido.
Afastamento	Esforços cognitivos de desprendimento e minimização da situação.
Autocontrole	Esforços de regulação dos próprios sentimentos e ações.
Suporte social	Procura de suporte informativo, suporte tangível e suporte emocional.
Aceitação de responsabilidade	Reconhecimento do próprio papel na situação e tentativa de recompor o problema.
Fuga e esquiva	Estratégias para escapar ou evitar o problema.
Resolução de problemas	Esforços focados sobre o problema, buscando alterar a situação.
Reavaliação positiva	Criação de significados positivos, podendo apresentar uma dimensão religiosa.

Alguns estudos consideram a diferenciação entre estilos e estratégias de *coping*. Segundo Santos (2007), os estilos de enfrentamento vêm sendo relacionados e são vinculados aos fatores disposicionais e às características de personalidade do indivíduo, por se tratarem de uma tendência a usar determinadas estratégias de *coping* frente às demais. Já as estratégias de enfrentamento referem-se às ações cognitivas ou comportamentais adotadas em um episódio particular de estresse, sendo ligados a fatores situacionais.

É importante considerar que, “embora os estilos possam influenciar a extensão das estratégias de *coping* selecionadas, eles são fenômenos distintos e têm diferentes origens teóricas” (Antoniazzi et al, 1998, pp.280, 282).

Apesar das distinções mencionadas entre estilos e estratégia de *coping*, há uma nova geração de pesquisas que busca estudar as convergências entre enfrentamento e

personalidade. Antoniazzi et al. (1998) consideram que esta seja a terceira geração de pesquisas sobre *coping* e que esta tendência tem sido influenciada pelas evidências de que os fatores situacionais não são capazes de explicar toda a variabilidade de estratégias de enfrentamento dos indivíduos.

O *coping* em vítimas de AT ainda é pouco estudado e, portanto, possui pouca bibliografia a respeito. Uma pesquisa feita na Austrália, com 56 vítimas de AT buscou verificar a correlação entre estratégias de enfrentamento e o desenvolvimento de TEPT em vítimas de AT. Bryant e Harvey (1995), autores do estudo, aplicaram o Coping Styles Questionnaire para avaliar os tipos de enfrentamento empregados e verificaram que o tipo de enfrentamento ‘esquiva’ era, dos fatores estudados, o maior preditor para o desenvolvimento de TEPT. Os autores discutem este resultado, enumerando algumas razões pelas quais a esquiva poderia estar associada ao desenvolvimento de TEPT. Uma das hipóteses é que a pessoa que utiliza este tipo de enfrentamento acaba ‘disfarçando’ seus sintomas e com isso procura menos ajuda que pessoas que utilizam outras estratégias. Outra hipótese é que a esquiva dos estímulos relacionados ao AT acaba impedindo que a pessoa entre em contato e se habitue ao ocorrido, mantendo os sintomas intrusivos do TEPT.

#### 1.4 HOSPITALIZAÇÃO

Os hospitais são instituições voltadas à restituição da saúde, mas, segundo Ismael (2005), é ilusório pensar que o tratamento é sempre visto pelo paciente como algo benéfico e agradável. Quando um indivíduo é internado ocorre uma cisão em sua história pessoal. Inicia-se uma mudança radical na rotina e nos hábitos do novo paciente, que passa a habitar um ambiente novo com pessoas desconhecidas. Ao mesmo tempo pode ocorrer um corte ou redução dos contatos com familiares e pessoas importantes de seu círculo social (Macena & Lange, 2008).

O paciente se vê obrigado a seguir as normas e rotina do hospital. Muitas vezes é tratado apenas através da sua enfermidade em vez de se visto em sua integralidade. Estes fatores podem contribuir para a perda de identidade o sujeito, sensação de perda de controle e autonomia (Campos, 1995).

Os procedimentos propostos podem ser invasivos e dolorosos, contribuindo para criação de fantasias e resistências a respeito do tratamento e prognóstico. Além disso, muitos pacientes se sentem vulneráveis e passam a pensar em sua fragilidade e finitude. Pode ocorrer

ainda medo da invalidez, da dependência de terceiros e alterações na autoimagem (Ismael, 2005).

Devido a todos estes fatores, várias alterações emocionais podem ocorrer no contexto da hospitalização. Mecena e Lange (2008) apontam, em sua pesquisa sobre estresse em indivíduos hospitalizados, que a maioria dos pacientes entrevistados (62,5%), se encontravam na fase de resistência do estresse e apenas 17% não apresentavam estresse. 7,5% dos pacientes se encontravam na fase de alerta e 12,5% em fases mais avançadas (quase-exaustão e exaustão).

Segundo pesquisa realizada por Queiroz e Oliveira (2003), as vítimas de AT hospitalizadas costumam relatar medos relacionados a possíveis sequelas físicas decorrentes do acidente, dos procedimentos cirúrgicos e de morrer. Estes autores observaram também um quadro de ansiedade na maioria dos entrevistados, relacionado ao desejo de reassumirem, o mais rápido possível, o controle de suas vidas.

Na rotina hospitalar podem ser observadas diferentes reações dos indivíduos à internação. Alguns pacientes podem recorrer a comportamentos agressivos, isolamento e negação de aspectos do adoecimento, o que pode contribuir para agravar seu quadro clínico. No entanto, os pacientes também podem encontrar recursos adaptativos de enfrentamento da situação e assim se reorganizarem frente à doença e à internação, contribuindo para seu reestabelecimento físico e psíquico (Bianchini & Dell'Aglio, 2006).

## 2      OBJETIVOS

### 2.1 - GERAL

- Verificar a relação entre estresse e *coping* em pessoas vítimas de acidente de trânsito internadas no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HCUFU).

### 2.2 - ESPECÍFICOS:

- Avaliar a presença de estresse e, quando presente, em qual fase do estresse se encontram as pessoas vítimas de acidente de trânsito internadas.
- Avaliar o tipo de *coping* empregado por vítimas de acidente de trânsito internadas.
- Verificar se outros fatores identificados no questionário de dados pessoais e referentes ao acidente estão relacionados à presença/fases de estresse.

### 3 MÉTODO:

#### 3.1 TIPO DE ESTUDO

Este estudo foi composto de análises quantitativas e qualitativas com características exploratório-descritivas a partir de um corte transversal. Segundo Uwe (2004), os estudos exploratório-descritivos permitem aprofundamento do conhecimento sobre fatos e fenômenos. Também permitem que sejam conhecidas novas associações entre variáveis e o levantamento de novos problemas de pesquisa.

Os estudos transversais permitem descrever características das populações no que diz respeito às variáveis estudadas e seus padrões de distribuição, sendo indicados para análises exploratórias. Neste tipo de estudo as medições são feitas num único momento, não existindo períodos de seguimento. As vantagens deste tipo de estudo envolvem rapidez, baixo custo e ausência de perdas de seguimento. A principal limitação se trata da impossibilidade de estabelecer relações causais (Medronho, 2006).

#### 3.2 PARTICIPANTES

A pesquisa foi realizada com uma amostra de conveniência composta por 10 pacientes internados no pronto socorro ou enfermarias de um hospital universitário em consequência de alguma lesão ocasionada em acidente de trânsito. Para tanto, foi considerada a definição da ABNT (1989, p.1) de acidente de trânsito. Assim sendo, as vítimas deveriam ter sofrido alguma lesão decorrente de estarem se movimentando (utilizando algum veículo ou não) em vias terrestres ou áreas abertas ao público.

Foram incluídos pacientes com idade superior a 18 anos e que não apresentassem comprometimento cognitivo aparente no momento da entrevista, conseguindo compreender e responder os instrumentos. Foram excluídos candidatos que tivessem sofrido AT há mais de mês, considerando possibilidade de que estes pacientes já pudessem ter evoluído para um quadro de TEPT.

#### 3.3 INSTRUMENTOS

Os instrumentos utilizados foram:

1. *Questionário de dados pessoais e referentes ao acidente* – Questionário para coleta de dados sobre o tempo de internação atual, percepção de responsabilidade pelo acidente, tipo de trauma sofrido, envolvimento de outras vítimas no acidente, possíveis hospitalizações e acidentes de trânsito anteriores ao atual, idade, gênero, renda mensal, profissão, religião, ocupação, estado civil e tipo de arranjo domiciliar (Anexo B)

2. *Prontuários* – Análise para levantamento de dados como: motivo da internação, tempo de internação, presença de alteração do nível de consciência e traumatismos decorrentes do acidente sofrido.

3. *Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp - ISSL* (LIPP, 2000) – teste psicológico que visa identificar objetivamente a sintomatologia que o paciente apresenta, avaliando se este possui sintomas de estresse, o tipo de sintoma existente (se somático ou psicológico) e a fase que se encontra. O ISSL é composto de três quadros que se referem às quatro fases do estresse, sendo Quadro 1 - traz sintomas que devem ser assinalados se experimentados durante as últimas 24 horas; Quadro 2 - assinalam-se os sintomas experimentados durante a última semana; Quadro 3 - diz respeito a sintomas experimentados durante o último mês. Pode ser aplicado em adultos e jovens acima de 15 anos, incluindo pessoas não alfabetizadas. Os sintomas listados são os típicos de cada fase (LIPP, 2000).

4. *Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus (1984)* – (Anexo C) Questionário de 66 itens, onde estão destacados pensamentos e/ou ações utilizadas para lidar com demandas externas e internas face a um evento estressante específico. Composto por oito fatores (confronto, afastamento, autocontrole, suporte social, aceitação de responsabilidade, fuga e esquiva, resolução de problemas e reavaliação positiva) que correspondem ao tipo de enfrentamento utilizado pelo indivíduo frente ao estresse. Este instrumento foi traduzido, adaptado e validado para a população brasileira por Savoia, Santana e Mejias (1996).

### 3.4 PROCEDIMENTOS:

#### 3.4.1 Para coleta de dados:

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o número de parecer 1.480.086. Para a coleta de dados a pesquisadora fez contato com as chefias do pronto-socorro (excluindo as salas de atendimento emergencial) e enfermarias para esclarecer sobre a pesquisa e solicitar autorização para realização da mesma. Após autorização das chefias,

foram identificados os pacientes que se enquadravam nos critérios mencionados anteriormente através da leitura de prontuários. Os pacientes anteriormente identificados foram convidados em seus respectivos leitos para participar da pesquisa e lhes foi informado o motivo da pesquisa, o caráter voluntário da participação e a garantia do sigilo dos dados individuais. Para os participantes que desejaram participar da pesquisa foi lido o TCLE e solicitada a assinatura no termo. Uma segunda via deste documento foi entregue aos participantes. Devido ao fato de muitos participantes apresentarem comprometimento dos membros superiores no momento da coleta de dados, os instrumentos foram lidos pela pesquisadora a todos os participantes e respondidos na ordem mencionada anteriormente. Cada entrevista teve duração aproximada de uma hora e foi realizada na beira do leito de cada participante, individualmente.

### 3.4.2 Para análise de dados:

Considerando a pequena amostra e o consequente desvio da normalidade, além do fato de os escores poderem ser classificados dentro de uma escala de medida ordinal, foram calculados os escores medianos obtidos em cada um dos instrumentos (Siegel & Castellan Jr., 2006). Com auxílio do programa IBM SPSS Statistics versão 22, os escores totais de cada uma das escalas foram submetidos a uma análise de correlação posto-ordem de Spearman ( $r_s$ ). Finalmente, os escores do Inventário de Stress de Lipp foram submetidos à mesma técnica de correlação com cada um dos fatores de *coping* da escala de *coping* de Folkman e Lazarus.

## 4 RESULTADOS

### 4.1 DADOS PESSOAIS E REFERENTES AO ACIDENTE

Os dados pessoais e referentes ao acidente foram obtidos através de um questionário fechado, aplicado na forma de entrevista. A amostra foi constituída por 10 vítimas de acidentes de trânsito hospitalizadas caracterizadas sócio-demograficamente na Tabela 3.

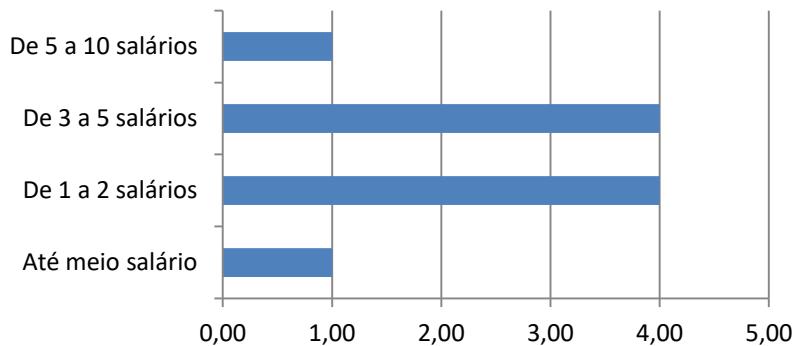
**Tabela 3** – Caracterização sócio-demográfica da amostra

Participante	Idade	Sexo	Profissão	Estado civil	Escolaridade	Religião
1	45	M	Dono de panificadora	Casado	Ensino médio	Católico
2	46	M	Motorista de ônibus	Viúvo	Ensino básico	Católico
3	24	M	Operador de pinça	Solteiro	Ensino médio	Evangélico
4	44	M	Marceneiro	Casado	Ensino fundamental	Católico
5	45	F	Cobradora de ônibus	Solteiro	Ensino médio	Católica
6	21	M	Desempregado	Solteiro	Ensino fundamental	Evangélico
7	22	M	Desempregado	Solteiro	Ensino médio	Evangélico
8	48	M	Pintor	Solteiro	Ensino médio	Católico
9	44	M	Dono de lava-jato	Casado	Ensino fundamental	Católico
10	44	M	Leiloeiro	Separado	Ensino básico	Católico

Conforme mostrado na Tabela 3, quanto ao sexo, 9 participantes eram do sexo masculino (90% da amostra). Apenas 1 participante era do sexo feminino. A média da idade dos participantes verificada é 38,3 anos com desvio padrão de 11,10 sendo que o participante mais novo tinha 21 anos e o mais velho 48. Com relação ao estado civil, metade dos participantes (50%) estava solteiro no momento da pesquisa. Metade dos entrevistados possui ensino médio completo (50%) e se declarou católico (70%).

Com relação à situação de moradia, 50% dos entrevistados declararam morar com cônjuges e filhos, 30% moram com outros familiares e 20% moram sozinho. A Figura 1 mostra a renda mensal dos participantes. A maior parte da amostra recebe de 1 a 5 salários mínimos e 80% dos entrevistados são os principais responsáveis pelo sustento da família.

Os dados referentes ao acidente e internação foram levantados para verificar se de alguma forma se correlacionavam ou explicavam os resultados obtidos com relação a presença de estresse nos participantes. Segundo estes dados, o tempo médio de internação dos participantes era de 15 dias com desvio padrão de 8,34. O participante que estava internado a menos tempo se encontrava no hospital há 6 dias e os participantes que estavam há mais tempo internados na data da entrevista já estavam com 26 dias de internação.



**Figura 1** – Distribuição dos participantes por valor de renda mensal

Boa parte dos entrevistados (60%) já haviam sido internados anteriormente, porém apenas 20% declararam já ter sofrido acidente de trânsito antes da ocorrência atual.

Com relação ao acidente atual, metade dos participantes (5) foi a única vítima do acidente sofrido. Trinta por cento (30%) relataram que o acidente vitimou outras pessoas, mas que não lhe eram conhecidas e 20% declararam que pessoas próximas foram vitimadas no mesmo acidente. Com relação à responsabilidade pelo acidente, 60% dos participantes acreditavam não terem sido responsáveis pelo acidente sofrido. Vinte por cento responderam se responsabilizando totalmente pelo acidente e 20% se declarou apenas em parte responsável pelo AT (Figura 2). Todas as vítimas de AT entrevistadas sofreram algum tipo de fratura, sendo que 50% delas apresentava somente uma fratura e 50% dois tipos ou mais.



**Figura 2** – Distribuição dos participantes por percepção de responsabilidade pelo acidente

#### 4.2 – ESTRESSE

A presença de estresse, a fase de estresse apresentada e o tipo de sintoma predominante foi obtido através da correção do ISSL conforme orientações do manual do teste. A maior parte dos participantes (80%) apresentava índice de estresse relevante, se dividindo entre 50% na fase de resistência, 10% na fase de quase exaustão e 20% na fase de exaustão, conforme demonstrado na Tabela 4. Dentre os participantes que apresentaram estresse significativo metade (40%) apresentava predomínio de sintomas psicológicos e metade apresentava predomínio de sintomas físicos. Apenas 20% (2 participantes) não apresentaram estresse em nível significativo.

**Tabela 4** – Presença e características do estresse nas vítimas de AT

	Estresse significativo	Fase	Sintomatologia
1	Sim	Resistência	Físicos
2	Sim	Resistência	Físicos
3	Sim	Exaustão	Psicológicos
4	Sim	Resistência	Físicos
5	Sim	Quase-exaustão	Físicos
6	Sim	Resistência	Psicológicos
7	Não	-	-
8	Não	-	-
9	Sim	Resistência	Psicológicos
10	Sim	Exaustão	Psicológicos

Nenhuma correlação estatisticamente significativa foi encontrada entre as fases de estresse e os dados sócio-demográficos e referentes ao acidente, conforme consta na Tabela 5.

**Tabela 5** – Correlação entre fases do estresse e variáveis sócio-demográficas e referentes ao acidente

Variáveis sócio-demográficas e referentes ao acidente	Coeficiente de correlação com fases do estresse
Idade	-0,145
Sexo	0,312
Estado Civil	-0,850
Escolaridade	-0,237
Fonte de renda	0,421
Renda mensal	0,038
Religião	-0,410
Tempo de internação	0,297
Experiência de internação anterior	-0,076
Experiência de AT anterior	0,327
Responsabilidade pelo acidente	0,207
Quantidade de fraturas	0,374
Presença de outras vítimas no acidente	0,315

**Nota:** Utilizado o coeficiente de postos de Spearman, devido ao fato de se tratarem de dados não paramétricos, para este tipo de análise as correlações são significativas se  $p < 0,05$

#### 4.3 - COPING

Na validação do instrumento utilizado para avaliação do *coping*, Savóia, Santana e Mejias (1996) apontam as questões que se referem a cada um dos oito tipos de estratégias de enfrentamento, conforme Tabela 6.

**Tabela 6** – Tipos de estratégias de enfrentamento e questões correspondentes

<b>Tipo de estratégia</b>	<b>Questões referentes</b>
Confronto	46, 7, 17, 28, 34, 6
Resolução de problemas	49, 26, 1, 39, 48, 52
Afastamento	44,13, 41, 21, 15, 12
Autocontrole	14, 43, 10, 35, 54, 62, 63
Reavaliação positiva	23, 30, 36, 38, 60, 56, 20
Fuga/esquiva	58,11,59,33,40,50,47,16
Aceitação de responsabilidade	9,28,51,25
Supporte social	8,31,42,45,18,22

Para avaliação os resultados, inicialmente obteve-se uma média de pontos da escala *likert* de cada participante para cada tipo de estratégia. Para o cálculo dos resultados apresentados nas Tabelas 7 e 8 foram somadas as médias de cada participante para cada tipo de enfrentamento e este resultado foi dividido pelo número de participantes pertencentes a cada categoria, gerando um escore geral. Foram geradas duas categorias, que se referem a “vítimas de AT com estresse” e “vítimas de AT sem estresse”. Escores próximos a 0 indicam que a estratégia foi menos usada e quanto mais próximas de 3 maior foi a frequência de uso da estratégia por aquele grupo.

**Tabela 7** - Estratégias de enfrentamento utilizadas por vítimas de AT que apresentaram estresse

<b>Ordem</b>	<b>Tipo de estratégia</b>	<b>Escore de uso</b>
1	Reavaliação positiva	1,66
2	Confronto	1,43
3	Resolução de problemas	1,38
4	Supporte social	1,20
5	Autocontrole	0,94
6	Aceitação de responsabilidade	0,93
7	Fuga/Esquiva	0,88
8	Afastamento	0,69

**Tabela 8** - Estratégias de enfrentamento utilizadas por vítimas de AT que não apresentaram estresse

Ordem	Tipo de estratégia	Escore de uso
1	Autocontrole	1,71
2	Aceitação de responsabilidade	1,37
3	Resolução de problemas	1,33
4	Reavaliação positiva	1,30
5	Suporte social	1,23
6	Fuga/Esquiva	1,12
7	Confronto	0,91
8	Afastamento	0,63

As Tabelas 7 e 8 mostram que, entre as vítimas de AT que apresentaram níveis de estresse significativos, predominaram as estratégias de reavaliação positiva, confronto e resolução de problemas. Entre as vítimas de AT que não apresentaram estresse predominaram as estratégias de autocontrole, aceitação de responsabilidade e resolução de problemas.

No grupo de participantes que apresentaram estresse significativo foram buscadas correlações entre os tipos de enfrentamento e o nível de estresse. Conforme mostrado na Tabela 9, o *coping* do tipo fuga/esquiva apresentou correlação positiva com nível de estresse. Ou seja, usuários que apresentam maior uso de fuga e esquiva também apresentam maiores índices de estresse.

**Tabela 9** – Correlações entre estratégias de enfrentamento e estresse em vítimas de AT com estresse significativo.

Estratégia de enfrentamento	Coeficiente de correlação com estresse
Fuga/esquiva	0,835*
Resolução de problemas	0,434
Suporte social	0,338
Confronto	0,085
Aceitação de responsabilidade	0,022
Autocontrole	0,000
Reavaliação positiva	-0,420
Afastamento	-0,581

\*Correlação estatisticamente significativa, com  $p < 0,01$

## 5 DISCUSSÃO

O número de indivíduos com estresse significativo nesta pesquisa (80%) foi superior ao encontrado na população geral não clínica (39%, segundo dados sobre estresse no Sudeste, conforme consta em Lipp, 2000). Isto sustenta a hipótese de que sofrer um acidente de trânsito é um evento potencialmente estressante.

Na revisão bibliográfica para composição desta pesquisa não foi encontrada nenhuma pesquisa brasileira sobre índice de estresse em pacientes hospitalizados devido ocorrência de AT, inviabilizando comparações com o resultado deste estudo. No entanto, há estudos internacionais que buscaram investigar a presença de estresse agudo em vítimas de AT. Em um deles, conduzido por Fuglsang, Moergeli e Schnyder (2004) com 90 vítimas de AT, 28,1% dos entrevistados apresentaram resultados compatíveis com diagnóstico de estresse agudo. Importante ressaltar que os estudos contaram com instrumentos e tamanho amostral diferentes do usado nesta pesquisa. Isto pode justificar a diferença entre os resultados encontrados, apesar do índice também ter sido considerado alto pelos autores.

Mayou et al. (1993), em um seguimento para avaliar as consequências psiquiátricas de acidentes de trânsito, identificaram que 18% das vítimas apresentaram estresse agudo. Os autores verificaram que a apresentação inicial de estresse agudo estava relacionada a piores desfechos em saúde mental. Dos 31 entrevistados que apresentaram estresse agudo, 13 evoluíram com transtornos de humor, outros 13 desenvolveram fobia relacionada ao trânsito e 9 apresentaram TEPT. Apenas 5 não apresentaram complicações psiquiátricas a longo prazo. Holeva et al (2001) e Koren et al (1999) corroboram que estresse agudo pode ser preditor de transtornos psiquiátricos, principalmente TEPT, em vítimas de AT.

A resistência é uma fase do estresse caracterizada pela utilização da energia adaptativa de reserva objetivando o reequilíbrio do organismo. Pode surgir quando há necessidade de assimilar ou resistir a um estressor (Lipp, 1996) O predomínio de sujeitos nesta fase pode ser justificado pelo impacto que o AT estava trazendo à vida destes indivíduos e a necessidade dos mesmos lidarem com as consequências deste evento em vários aspectos da vida. Neste sentido, durante a entrevista, muitos participantes relataram algumas preocupações relacionadas à dificuldades financeiras, necessidade de afastar-se do trabalho, receio quanto a possível evolução negativa do quadro clínico e surgimento de sequelas, possibilidade de responsabilização legal pelo acidente, preocupação com o bem estar de familiares e outras questões que decorreram do acidente.

Outro aspecto do estresse na fase de resistência é a repercussão neuroendocrinológica do excesso de cortisol no organismo. Esta repercussão pode gerar inibição dos linfócitos e desencadear dificuldades no combate a infecções e retardamento da recuperação de lesões ao organismo (Santos et al., 2006). Estas repercussões do estresse são particularmente importante de serem consideradas na amostra estudada, pois as vítimas de AT se encontravam hospitalizadas devido a algum traumatismo físico e por isso poderiam apresentar uma evolução mais rápida se apresentassem condições plenas para sua recuperação. Para que isto ocorra é necessário que as equipes de saúde atentem às condições psíquicas das vítimas de AT para que possam identificar e intervir nas vítimas que apresentarem estresse elevado.

Nesta pesquisa foram levantados alguns dados sócio-demográficos (como sexo, idade e profissão) e informações referentes ao acidente de trânsito e internação (tempo de internação, percepção de responsabilidade pelo acidente e outros). Procurou-se correlacionar tais dados com o índice de estresse apresentado para verificar se alguma destas variáveis poderia explicar os níveis de estresse na amostra. Porém, a análise dos dados sócio-demográficos e referentes ao acidente desta pesquisa confirmou dados de outros estudos descritos a seguir, nos quais o desenvolvimento de estresse não se correlacionou à variáveis sócio-demográficas e variáveis referentes ao acidente.

Macena e Lange (2008) identificaram índice de estresse similar a esta pesquisa em seu estudo com pacientes hospitalizados. A amostra foi composta por 40 pacientes hospitalizados devido a condições clínicas diversas como fraturas, câncer, anemia, colite, intoxicação, entre outros. Destes, 82,5% apresentaram estresse, sendo que também houve predominância de pacientes na fase de resistência (62,5%). Os autores justificam o alto índice de estresse encontrado devido às adversidades presentes na internação hospitalar. No entanto, ressaltam na discussão do trabalho que a amostra estudada já apresentava alguma patologia e poderia já apresentar um enfraquecimento adaptativo quando submetida a outro evento potencialmente estressor (hospitalização). Ou seja, o estresse medido no momento da hospitalização poderia já estar presente previamente.

Nesta pesquisa, a ocorrência de estresse significativo não foi correlacionada ao tempo de internação dos pacientes. No estudo de Fuglsang, Morgell & Schyder (2004) sobre a possibilidade de estresse agudo ser preditor do desenvolvimento de TEPT em vítimas de AT também não foi encontrada relação entre estresse e tempo de internação. Em outro estudo, um grupo de vítimas de AT foi comparado com pacientes ortopédicos internados para realização de cirurgia eletiva. Os resultados do seguimento por um ano mostraram que, no grupo controle (que não havia sofrido AT mas também passou por um período de hospitalização),

nenhum dos indivíduos desenvolveu TEPT. Já no grupo de pacientes vítimas de AT, 32% dos participantes apresentou critérios diagnósticos para TEPT (Koren, Arnon & Klein, 1999). Pode-se supor que, apesar de que a internação pudesse ser vista por alguns pacientes como um estressor adicional, o fato de estar fisicamente acometido por alguma patologia ou injúria pode ser melhor relacionado ao alto índice de estresse em pacientes hospitalizados.

Mayou et al. (1993) pesquisaram as consequências psiquiátricas dos AT. A reação de estresse em graus variados foi a consequência mais comum, mas não estava correlacionada a fatores como idade, gênero e percepção de responsabilidade pelo acidente. Outro estudo, conduzido por Koren, Arnon & Klein (1999) acompanhou o desenvolvimento de respostas de estresse em vítimas de AT por um ano. No estudo, as variáveis idade, sexo, estado civil, nível de educação formal, status socioeconômico e responsabilidade pelo acidente também não predisseram o desenvolvimento de reações de estresse. Bryant e Harvey (1995) e Holeva, Tarrier e Wells (2001) não acharam correlação entre a severidade do traumatismo desencadeado pelo AT e o desenvolvimento de reação de estresse, seja agudo ou pós-traumático.

Como as variáveis sócio-demográficas e referentes ao acidente não foram capazes de explicar a variação das respostas de estresse entre os participantes foram buscadas correlações entre as formas de enfrentamento e estresse. Para isto foi analisada, inicialmente, a prevalência de uso de cada estratégia de *coping* entre o grupo de pacientes com estresse e o grupo de pacientes sem estresse.

Entre os pacientes com estresse a estratégia mais usada foi a Reavaliação Positiva. Segundo Lazarus e Folkman (1984), esta estratégia compreende a criação de formas alternativas de visualizar a situação estressora, podendo envolver uma dimensão religiosa. Apesar de se tratar de um esforço para reavaliação da situação de uma forma positiva esta estratégia não envolve mobilização de recursos para o enfrentamento do estressor. Trata-se de uma estratégia focada na alteração das emoções e sensações físicas desagradáveis, comumente utilizada em situações que o indivíduo percebe como não sendo modificáveis (Antoniazzi et al., 1998). Esta estratégia também foi usada, porém, com menor frequência, entre os pacientes que não apresentaram estresse. Isto pode ser atribuído ao fato de que os entrevistados podem perceber o seu adoecimento e internação como situações em que eles próprios não podem fazer nada a respeito e optar por este tipo de enfrentamento buscando alívio sentimental e afetivo.

A segunda estratégia mais utilizada pelas vítimas de AT que apresentaram estresse foi o confronto. Esta estratégia é focalizada na resolução de problemas, mas envolve o uso de

esforços agressivos para alterar a situação, e pode ser relacionada a desfechos negativos e maior nível de estresse (Barbosa & Oliveira, 2008; Silva, Muller & Bonamigo, 2006). Algumas afirmativas relacionadas a este tipo de enfrentamento incluem “descontei minha raiva em outra pessoa” e “procurei fugir das pessoas em geral” (Savóia et al, 1996). Ambas atitudes retratam comportamentos inassertivos que podem trazer conflitos e diminuir o suporte social positivo, contribuindo assim para aumento do estresse.

Já entre o grupo de vítimas de AT sem estresse a estratégia mais utilizada foi o autocontrole. Na pesquisa de Kristensen, Schaefer e Bunello (2010) que investigou *coping* e estresse na adolescência também houve predomínio do uso de estratégia de autocontrole no grupo com menor índice de estresse. Os autores atribuem que o uso de estratégias de aproximação do problema, como o autocontrole, contribuem para um índice mais elevado de bem estar psicológico. Segundo Lazarus e Folkman (1984), o autocontrole envolve tentativas de regulação emocional e comportamental. As vítimas de AT que conseguiram empregar esta autorregulação muito provavelmente conseguiram emitir comportamentos mais assertivos e ter melhor compreensão e controle de suas respostas emocionais, o que pode ter contribuído para redução da resposta de estresse.

Ainda sobre o grupo de indivíduos sem estresse a segunda estratégia de enfrentamento mais utilizada foi a aceitação de responsabilidade. Lazarus e Folkman (1984) caracterizam esta estratégia pelo reconhecimento do próprio papel na situação e tentativa de recompor o problema a partir deste ponto de vista. Zanelato e Calais (2010) propuseram um programa de manejo do estresse para um grupo de motoristas de ônibus urbano. Os motoristas que passaram pelo programa apresentaram aumento do uso de algumas estratégias de enfrentamento, como a aceitação de responsabilidade e redução dos índices de estresse apresentados inicialmente, sugerindo que este tipo de estratégia de enfrentamento pode ser capaz de reduzir a resposta de estresse.

No grupo de vítimas de AT que apresentaram estresse a estratégia de enfrentamento que apresentou maior correlação com estresse elevado foi a fuga/esquiva. Santos et al. (2006) hipotetizaram que os pacientes utilizam este tipo de enfrentamento visando distanciar-se do foco estressor para torná-lo mais tolerável. No caso dos participantes desta pesquisa a fuga ou esquiva comportamental não era possível, pois as vítimas se encontravam internadas justamente pelas consequências do estressor enfrentado (o acidente de trânsito). No entanto, os participantes revelaram o uso de estratégias cognitivas de fuga/esquiva, como constam nas questões “Desejei que a situação acabasse ou que de alguma forma desaparecesse” e “Tinha fantasias de como as coisas iriam acontecer, como se encaminhariam”.

A bibliografia mostra que o uso da estratégia de fuga e esquiva está correlacionado a maior índice de estresse em: pacientes submetidos à cirurgia de colecistectomia (Santos et al, 2006), pacientes portadores de psoríase (Silva et al, 2006), e profissionais de saúde mental (Santos & Cardoso, 2010). Além disso, o uso de fuga/esquiva também foi correlacionado a aumento da ansiedade em uma população não clínica de trabalhadores (Pais-Ribeiro e Santos, 2001) e aumento de afetos negativos em pacientes oncológicos em tratamento radioterápico (Paula & Zanini, 2011). Na pesquisa de Bryant e Harvey (1995) com vítimas de AT, o *coping* de fuga/esquiva foi apontado como o maior preditor de TEPT dentre as variáveis analisadas. Os autores colocam algumas razões pelas quais este tipo de enfrentamento favorece o ajustamento negativo como o fato de que pessoas que evitam entrar em contato com o problema acabam solicitando menos suporte para lidar com ele. Outro fator é a dificuldade de se habituar ao conteúdo e consequências da situação estressora uma vez que o indivíduo evita estímulos afins.

Os outros tipos de estratégias de enfrentamento (afastamento, suporte social e resolução de problemas) se distribuem de maneira mais ou menos uniforme entre os grupos de pacientes com e sem estresse. Barbosa e Oliveira (2008) chegaram à conclusão semelhante à respeito destes tipos de enfrentamento em seu trabalho com pais de pessoas com necessidades especiais. Holeva et al (2001) estudaram preditores da resposta de estresse agudo em vitimas de AT e concluíram que o suporte social pode contribuir de forma positiva ou negativa na resposta de estresse. Os autores verificaram que, o suporte social vindo de pessoas significativas e percebido como positivo pela vítima poderia ajudar no enfrentamento da situação. Da mesma forma, relacionamentos disfuncionais podem fazer a vítima se sentir ainda mais sobre carregada, preocupada e tendendo à inibição emocional, o que contribuiria para aumento da resposta de estresse. Desta forma, pode-se concluir que estas formas de enfrentamento podem ser multifacetadas, em alguns casos favorecendo e em outros desfavorecendo a adaptação à situação.

Alguns autores mencionam a possibilidade de trabalhar o enfrentamento de pacientes frente à determinadas condições de agravos à saúde e/ou internação. Consideram que os profissionais podem ajudar os pacientes a identificarem as estratégias que estão utilizando e fomentarem estratégias mais saudáveis se estas se mostrarem desadaptativas à situação (Paula Jr. & Zanini 2011; Kristensen et al, 2010) . Bringhenti e Oliveira (2010) apontam, no entanto, que as estruturas que cuidam das vítimas de AT, seja emergencialmente ou ambulatorialmente se mostram limitadas, inadequadas e ineficientes no cuidado preventivo ao estresse. Neste sentido, Pereira e Araújo (2005) discutem a importância da existência de psicólogos como

membros das equipes de saúde. No entanto, estes autores ressaltam que todos os profissionais de saúde devem saber lidar com os aspectos psíquicos apresentados pelos pacientes e devem ser capacitados continuamente para tal.

## 6 CONCLUSÃO

Conforme discutido, os AT são eventos potencialmente estressores para as vítimas. Apesar do tamanho da amostra ser pequeno, há alguns tipos de enfrentamento que parecem colaborar para que a resposta de estresse seja menor ou maior. Considerando os comprometimentos psíquicos e físicos do estresse prolongado, sugere-se que as equipes de saúde que lidam com vítimas de AT estejam atentas à possíveis manifestações de estresse e levem isso em consideração ao atuar junto aos pacientes que apresentarem este tipo de comprometimento, incentivando o enfrentamento mais funcional da situação.

## REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association [APA] (2014). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5a. ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X1998000200006>
- Antoniazzi, A.S.; Dell'Aglio, D.D. & Bandeira, D.R. (1998). O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*. 3(2), p.273-294.
- Associação Brasileira de Normas Técnicas [ABNT]. (1989). *Pesquisa de Acidentes de trânsito: Terminologia*. (NBR n.10697). Rio de Janeiro RJ, Comissão de Estudo e Pesquisa de Tráfego, Transporte Coletivo e Cargas.
- Associação Brasileira de Prevenção dos Acidentes de Trânsito. (2016). *Estatísticas Nacionais de Acidentes de Trânsito*. Recuperado em 25 julho, 2016, de [http://www.vias-seguras.com/os\\_acidentes/estatisticas/estatisticas\\_nacionais](http://www.vias-seguras.com/os_acidentes/estatisticas/estatisticas_nacionais)
- Bacchier, G. & Barros, A.J.D. (2011). Acidentes de trânsito no Brasil de 1998 a 2010: muitas mudanças e poucos resultados. *Revista de Saúde Pública*. 45(5), p.969-963. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102011005000069>
- Barbosa, A.J.G.; Oliveira, L.D. (2008). Estresse e enfrentamento em pais de pessoas com necessidades especiais. *Psicologia em Pesquisa UFJF* 2(02), p.36-50.
- Bianchini, D.C.S. & Dell'Aglio, D.D. (2006). Processos de resiliência no contexto de hospitalização: Um estudo de caso. *Paidéia*, 16(35), p.427-436. <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2006000300013>
- Bringhenti, M. E. & Oliveira, W.F. (2010). Transtorno do estresse pós-traumático entre vítimas de acidentes de trânsito. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*.2(4-5), p.121-137.
- Bryant, R.A & Harvey, A. (1995). Avoidant coping style and post traumatic stress following motor vehicle accidents. *Behaviour Research and Therapy*, 33(6), p.631-635. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00093-Y](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00093-Y)
- Campos, T.C.P. (1995). *Psicologia hospitalar: a atuação do psicólogo em hospitais*. São Paulo: EPU.
- Cavalcante, F.G.; Morita, P.A. & Haddad, S.R. (2009). Sequelas invisíveis dos acidentes de trânsito: o transtorno de estresse pós-traumático como problema de saúde pública. *Ciência e Saúde Coletiva*, 14(5), p.1763-1772. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000500017>
- Chamon, E.M.O.Q.; Santos, O.A.S.G. & Chamon, M.A.(2008, setembro). Estresse e estratégias de enfrentamento: instrumentos de avaliação e aplicações. *Anais do XXXII Encontro da Associação de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração*, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
- Dall'aglio, J.S. (2010). Aspectos epidemiológicos dos acidentes de trânsito em Uberlândia, MG, 2000. *Bioscience Journal*, 26(3), p.484-490.

- Departamento Nacional de Infraestrutura e Transportes [DNIT]. (2011). *Estatísticas de acidentes*. Recuperado em 25 julho, 2016, de <http://www.dnit.gov.br/rodovias/operacoes-rodoviarias/estatisticas-de-acidentes>
- Faro, A. & Pereira, M.E. (2013). Estresse: Revisão narrativa da evolução conceitual, perspectivas históricas e metodológicas. *Psicologia, Saúde e Doenças*. 14(1), p.78-100.
- Fuglsang, A.K.; Moergeli, H. & Schnyder, U. (2004). Does acute stress disorder predict in traffic accident victims? Analysis of a self-report inventory. *Nordic Journal of Psychiatry*, 58(3), p.223-229. <https://doi.org/10.1080/08039480410006278>
- Holeva, V; Tarrier, N. & Wells, A. (2001). Prevalence and predictors of acute stress disorder and PTSD following road traffic accidents: *Though control strategies and social support. Behavior Therapy*, 32, p.65-83. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(01\)80044-7](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(01)80044-7)
- Holmes, T.H. & Rahe, R.H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*. 11, p.231-218. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(67\)90010-4](https://doi.org/10.1016/0022-3999(67)90010-4)
- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada [IPEA]. (2003). *Impactos sociais e econômicos dos acidentes de trânsito nas aglomerações urbanas brasileiras*. Brasília.
- Ismael, S.M.C. (2005). A inserção do psicólogo no contexto hospitalar. In Ismael S.M.C (ed.). *A prática psicológica e sua interface com as doenças*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Kapczinsk, F. & Margis, R. (2003). Transtorno do estresse pós-traumático: Critérios diagnósticos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 25(1), p.3-7. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462003000500002>
- Koren, D.; Arnon, I. & Klein, E. (1999). Acute stress response and posttraumatic stress disorder in traffic accident victims: A one year prospective follow-up study. *American Journal of Psychiatry*. 156(3), p.367-373.
- Kristensen, C.H.; Schaefer, L.S. & Busnello, F.B. (2010). Estratégias de coping e sintomas de stress na adolescência. *Estudos de Psicologia*. 27(1), p.21-30. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2010000100003>
- Lazarus, R.S.& Folkman,S. (1984). *Stress, appraisal e coping*. New York: Springer.
- Lemos, C.A.G.; Jorge, M.T. & Ribeiro, L.A. (2013). Perfil de vítimas e tratamento de lesões por causas externas segundo atendimento pelo Centro de Reabilitação Municipal de Uberlândia, MG: Causas externas e fisioterapia. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 16(2), p.481-492. <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2013000200022>
- Lipp, M.E.N. (Org). (1996). Pesquisas sobre stress no Brasil; *Saúde, ocupações e grupos de risco*. Campinas: Papirus.
- Lipp, M.E.N. (2000). *Manual do inventário de sintomas de stress para adultos*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Lipp, M.E.N. & Tanganelli, S.M. (2002). Stress e qualidade de vida em magistrados da Justiça do Trabalho: diferenças entre homens e mulheres. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 15(3), 475-489. <https://doi.org/10.1590/S0102-7972200200030008>
- Macena, C.S. & Lange, E.S.N. (2008). A incidência de estresse em pacientes hospitalizados. *Psicología Hospitalar*, 6(2), p.20-39.
- Maia, A. & Pires, T. (2005). Acidentes rodoviários: perturbação aguda de stress e PTSD nas vítimas directas. *Actas do 2º Congresso Hispano-Português de Psicología*, Lisboa, Portugal.
- Marin, L. & Queiroz, M.S. (2000). A atualidade dos acidentes de trânsito na era da velocidade: Uma visão geral. *Caderno de Saúde Pública do Rio de Janeiro*. 16(1), p.7-21. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2000000100002>
- Mason, S.; Wardrope, J.; Turpin G. & Rowlands, A. (2002). The psychological burden of injury: an 18 month prospective cohort study. *Emergency Medical Journal*. 19(5), p.400-404. <https://doi.org/10.1136/emj.19.5.400>
- Mayou, R.; Bryant, B. & Duthie, R. (1993). Psychiatric consequences of road traffic accidents. *British Medical Journal*. 307, p.647-651. <https://doi.org/10.1136/bmj.307.6905.647>
- Medronho, R. (2006). *Epidemiologia*. São Paulo: Atheneu.
- Mello Jorge, M.H.P.; Kaizumi, M.S & Tono, V.L. (2007). Causas externas: o que são, como afetam o setor saúde, sua medida e alguns subsídios para a sua prevenção. *Caderno de Saúde Pública*, 1(1), p.37-47.
- Minayo, M.C.S. (2006). The inclusion of violence in the health agenda: historical trajectory. *Ciência e Saúde Coletiva*. 11(2), p.375-383. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000200015>
- O'Brien, T.B. & Delongis, A. (1996). The interactional context of problem, emotion and relationship-focused coping: The role of the big five personality factors, *Journal of personality*. 64, p.475-813. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1996.tb00944.x>
- Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2007). CID-10: *Classificação estatística internacional das doenças e problemas relacionados à saúde*. (Vol.1). São Paulo: Edusp.
- Pais-Ribeiro, J. & Santos, C. (2001). Estudo conservados de adaptação do Ways of Coping Questionnaire a uma amostra e contexto portugueses. *Análise Psicológica*. 4(19), p.491-502.
- Paula Júnior, W. & Zanini, D.S. (2011). Estratégias de coping de pacientes oncológicos em tratamento radioterápico. *Psicología: Teoria e Pesquisa*. 27(4) p.491-497. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722011000400013>
- Pereira, M.E.M.S.M. & Araújo, T.C.C.F. (2005). Estratégias de enfrentamento na reabilitação do traumatismo raquimedular. *Arquivos de Neuropsiquiatria*. 63(2B). p.502-507. <https://doi.org/10.1590/S0004-282X2005000300025>

- Pires, T.S.F. & Maia, A.C. (2013). Transtorno de estresse pós-traumático em vítimas de acidentes rodoviários graves: Análise de fatores preditores. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 40(6), p.211-214. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832013000600001>
- Queiroz, M.S. & Oliveira, P.C.P. (2003). Acidentes de trânsito: Uma análise a partir da perspectiva das vítimas em Campinas. *Psicologia e Sociedade*. 15(2), p.101-123. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822003000200008>
- Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação. (2016). *A rede Sarah e a violência no trânsito*. Recuperado em 20 de julho de 2016. Disponível em [www.sarah.br](http://www.sarah.br)
- Rudolph, K.D.; Denning, M.D. & Weisz, J.R. (1995). Determinants and consequences of children's coping in the medical setting conceptualization, review and critique. *Psychological Bulletin*. 118, p.328-357. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.118.3.328>
- Santos, A.F & Cardoso, C.L. (2010). Profissionais de Saúde Mental: Estresse, enfrentamento e qualidade de vida. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 26(3), p.543-548. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722010000300017>
- Santos, A.F.; Santos, L.A.; Melo, D.O. & Alves Junior,A. (2006). Estresse e estratégias de enfrentamento em pacientes que serão submetidos à colecistectomia. *Interação em Psicologia*, 10(1), 63-73. <https://doi.org/10.5380/psi.v10i1.5772>
- Santos, O.A.S.G. (2007). *Estresse e estratégias de enfrentamento: um estudo de caso no setor sócio-produtivo*. Dissertação de mestrado, Universidade de Taubaté, SP, Brasil.
- Savoia, M.G. (1999). Escalas de eventos vitais e de estratégias de enfrentamento (coping). *Revista de Psiquiatria Clínica*, 26(2), 57-67.
- Savoia, M. G.; Santana, P.R. & Mejias, N. P.(1996). Adaptação do Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus para o português. *Psicologia USP*, 7(1/2), 183-201.
- Selye, H.C. (1959). *Stress: a tensão da vida*. São Paulo: Ibrasa.
- Siegel, S. & Castellan Jr., N.J. (2006). *Estatística não-paramétrica para ciências do comportamento* (2<sup>a</sup> Ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Silva, J.D.T, Muller, M.C. & Bonamigo, R.R. (2006). Estratégias de coping e níveis de estresse em pacientes portadores de psoríase. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 81(2), p.143-149. <https://doi.org/10.1590/S0365-05962006000200005>
- Tavares, F.A. (2010). *Estresse em motoristas de transporte coletivo urbano por ônibus*. Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, MG, Brasil.
- Tojal, M.C.; Oliveira, A.L. & Chamon, E.M. (2009). Estresse e estratégias de enfrentamento: Um estudo bibliográfico. *Anais do XII Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e IX Encontro Latino Americano de Pós-Graduação do Vale da Paraíba*, São José dos Campos, SP, Brasil.
- Uwe, F. (2004). *Uma introdução à pesquisa qualitativa*. (2<sup>a</sup> Ed.). Porto Alegre: Bookman.

Zanelato, L.S. & Calais, S.L.(2010). Manejo do estresse e outros fatores em diferentes populações adultas. In Valle, T.G.M. & Melchior, L.E.(Org.), *Saúde e Desenvolvimento Humano* (p.217-236). São Paulo: Editora UNESP.

Zimmermann, C. (2008). *O lado oculto dos acidentes de trânsito*. Trabalho de conclusão de curso, Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, MS Brasil.

## ANEXOS

## ANEXO A

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada “*Estresse e coping em vítimas de acidente de trânsito hospitalizadas*”, sob a responsabilidade dos pesquisadores: *Ludmila Minarini Alves*, psicóloga, mestrandona do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia e Dr. *Ederaldo José Lopes*, professor do Instituto de Psicologia da UFU. Nesta pesquisa nós pretendemos identificar a relação entre estresse e coping em pessoas vítimas de acidente de trânsito hospitalizadas. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido pela pesquisadora Ludmila Minarini Alves durante sua internação no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia.

Ao concordar em participar desta pesquisa, você deve ficar ciente que seu prontuário poderá ser analisado pelos pesquisadores, responderá a perguntas sobre o acidente sofrido, hospitalizações, sua idade, gênero, estado conjugal, escolaridade, ocupação, arranjo domiciliar e renda e a alguns instrumentos de pesquisa que são a *Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus*, para sabermos sobre a forma que você está lidando com o problema atual e o *Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp*, para verificarmos se há presença de estresse e em qual fase se encontra o mesmo. Em nenhum momento você será identificado. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada. Você não terá nenhum gasto e ganho financeiro por participar na pesquisa.

A participação nesta pesquisa trará o risco mínimo de sentimento de timidez comum quando pessoas estão sendo entrevistadas. Como em toda pesquisa, há o risco do participante ser identificado mas os pesquisadores adotarão medidas para evitar que isto ocorra. O(a) senhor (a) não terá benefícios diretos e imediatos, mas estará colaborando para a compreensão dos níveis de resiliência e a presença de estresse apresentada por vítimas de acidente de trânsito internadas no HCUFU.

O(a) senhor(a) é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo em seu atendimento ou coação.

Uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com o(a) senhor(a). Qualquer dúvida a respeito da pesquisa, o(a) senhor(a) poderá entrar em contato com Ludmila Minarini Alves e Ederaldo José Lopes através do telefone (34)3218-2817 ou no endereço Av. Maranhão, s/nº, Bloco 2C, Sala 2C54 . Poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Uberlândia: Av. João Naves de Ávila, nº 2121, Bloco 2ª, sala 224 – Campus Santa Mônica – Uberlândia –MG, CEP: 38400-098; fone: 34-3239-4131.

Uberlândia, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

Assinatura dos pesquisadores

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

Participante da pesquisa

## **ANEXO B**

### **Questionário de dados pessoais e referentes ao acidente**

1-Data de nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

2-Sexo: ( )Masculino ( )Feminino

3- Estado Civil

( ) Casado ou vive com companheiro(a) ( ) Solteiro

( ) Desquitado, divorciado, separado ( ) Viúvo

4. Escolaridade

( ) Nunca foi a escola ( ) Ensino básico (1<sup>a</sup> a 4<sup>a</sup> série)

( ) Ensino fundamental (5<sup>a</sup> a 8<sup>a</sup> série) ( ) Ensino médio (2o Grau)

( ) Graduação (Faculdade) ( ) Pós-graduação

5. Trabalha atualmente?

( ) Sim. O que o(a) senhor(a) faz? (ocupação) \_\_\_\_\_

( ) Não ( ) Aposentado ( ) Pensionista

6. É o principal responsável pelo sustento da família? ( )Sim ( )Não

7. Qual a sua renda mensal, proveniente do seu trabalho, da sua aposentadoria ou pensão?

( ) Até ½ salário mínimo ( ) Mais de ½ a 1 salário mínimo

( ) Mais de 1 a 2 salários mínimos ( )Mais de 2 a 3 salários mínimos

( ) Mais de 3 a 5 salários mínimos ( )Mais de 5 a 10 salários mínimos

( ) Mais de 10 a 20 salários mínimos ( )Mais de 20 salários mínimos

8. Com quem mora?

( )Sozinho ( ) Com o cônjuge ( ) Com filhos ( ) Com o cônjuge e filho(s)

( )Com o cônjuge, filho(s) e neto(s) ( )Com amigos ( )Com outros parentes

( )Outros:\_\_\_\_\_

9. Possui alguma religião? ( ) Sim ( ) Não Qual? \_\_\_\_\_

10. Já esteve internado anteriormente? ( ) Sim ( ) Não

11. Há quantos dias está internado? \_\_\_\_\_

12. Já havia sido vítima de acidente de trânsito anteriormente? ( )Sim ( )Não

Em caso positivo: Quantas vezes? \_\_\_\_\_

Há quanto tempo ocorreu o último acidente em que esteve envolvido?

13. Considera-se responsável pelo acidente ocorrido? ( )Sim ( ) Não ( ) Em partes

14. Houve outras vítimas no acidente? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei informar

Em caso positivo: Algum Familiar? ( )Sim ( )Não

Algum conhecido? ( )Sim ( ) Não

A(s) vítima(s) necessitou(aram) ser hospitalizada(s)? ( )Sim ( )Não

A(s) vítima(s) foi(foram) a óbito? ( ) Sim ( ) Não

15. Tipo(s) de trauma(s) sofrido(s):  
\_\_\_\_\_

## ANEXO C

### Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus

Leia cada item abaixo e indique, fazendo um círculo na categoria apropriada, o que você fez na situação \_\_\_\_\_, de acordo com a seguinte classificação:

0. não usei esta estratégia
1. usei um pouco
2. usei bastante
3. usei em grande quantidade

1	Me concentrei no que deveria ser feito em seguida , no próximo passo.	0	1	2	3
2	Tentei analisar o problema para entendê-lo melhor.	0	1	2	3
3	Procurei trabalhar ou fazer alguma atividade para me distrair.	0	1	2	3
4	Deixei o tempo passar - a melhor coisa que poderia fazer era esperar, o tempo é o melhor remédio.	0	1	2	3
5	Procurei tirar alguma vantagem da situação.	0	1	2	3
6	Fiz alguma coisa que acreditava não daria resultados, mas ao menos eu estava fazendo alguma coisa.	0	1	2	3
7	Tentei encontrar a pessoa responsável para mudar suas idéias.	0	1	2	3
8	Conversei com outra(s) pessoa(s) sobre o problema, procurando	0	1	2	3

	mais dados sobre a situação.			
9	Me critiquei, me repreendi.	0	1	2 3
10	Tentei não fazer nada que fosse irreversível, procurando deixar outras opções.	0	1	2 3
11	Esperei que um milagre acontecesse.	0	1	2 3
12	Concordei com o fato, aceitei o meu destino.	0	1	2 3
13	Fiz como se nada tivesse acontecido.	0	1	2 3
14	Procurei guardar para mim mesmo(a) os meus sentimentos	0	1	2 3
15	Procurei encontrar o lado bom da situação.	0	1	2 3
16	Dormi mais que o normal.	0	1	2 3
17	Mostrei a raiva que sentia para as pessoas que causaram o problema.	0	1	2 3
18	Aceitei a simpatia e a compreensão das pessoas.	0	1	2 3
19	Disse coisas a mim mesmo (a) que me ajudassem a me sentir bem	0	1	2 3
20	Me inspirou a fazer algo criativo.	0	1	2 3
21	Procurei esquecer a situação desagradável.	0	1	2 3
22	Procurei ajuda profissional.	0	1	2

23	Mudei ou cresci como pessoa de uma maneira positiva.	0	1	2	3
24	Esperei para ver o que acontecia antes de fazer alguma coisa.	0	1	2	3
25	Desculpei ou fiz alguma coisa para repor os danos.	0	1	2	3
26	Fiz um plano de ação e o segui.	0	1	2	3
27	Tirei o melhor que poderia da situação, que não era o esperado.	0	1	2	3
28	De alguma forma extravasei meus sentimentos.	0	1	2	3
29	Compreendi que o problema foi provocado por mim.	0	1	2	3
30	Saí da experiência melhor do que eu esperava.	0	1	2	3
31	Falei com alguém que poderia fazer alguma coisa concreta sobre o problema.	0	1	2	3
32	Tentei descansar, tirar férias a fim de esquecer o problema.	0	1	2	3
33	Procurei me sentir melhor, comendo, fumando, utilizando drogas ou medicação.	0	1	2	3
34	Enfrentei como um grande desafio, fiz algo muito arriscado.	0	1	2	3
35	Procurei não fazer nada apressadamente ou seguir o meu primeiro impulso.	0	1	2	3

36	Encontrei novas crenças.	0	1	2	3
37	Mantive meu orgulho não demonstrando os meus sentimentos.	0	1	2	3
38	Redescobri o que é importante na vida.	0	1	2	3
39	Modifiquei aspectos da situação para que tudo desse certo no final.	0	1	2	3
40	Procurei fugir das pessoas em geral.	0	1	2	3
41	Não deixei me impressionar, me recusava a pensar muito sobre esta situação.	0	1	2	3
42	Procurei um amigo ou um parente para pedir conselhos.	0	1	2	3
43	Não deixei que os outros soubessem da verdadeira situação.	0	1	2	3
44	Minimizei a situação me recusando a preocupar-me seriamente com ela.	0	1	2	3
45	Falei com alguém sobre como estava me sentindo	0	1	2	3
46	Recusei recuar e batalhei pelo que eu queria.	0	1	2	3
47	Descontei minha raiva em outra(s) pessoa(s).	0	1	2	3
48	Busquei nas experiências passadas uma situação similar.	0	1	2	3

49	Eu sabia o que deveria ser feito, portanto dobrei meus esforços para fazer o que fosse necessário.	0	1	2	3
50	Recusei acreditar que aquilo estava acontecendo.	0	1	2	3
51	Prometi a mim mesmo(a) que as coisas serão diferentes na próxima vez.	0	1	2	3
52	Encontrei algumas soluções diferentes para o problema.	0	1	2	3
53	Aceitei, nada poderia ser feito.	0	1	2	3
54	Procurei não deixar que meus sentimentos interferissem muito nas outras coisas que eu estava fazendo.	0	1	2	3
55	Gostaria de poder mudar o que tinha acontecido ou como eu senti.	0	1	2	3
56	Mudei alguma coisa em mim, me modifiquei de alguma forma.	0	1	2	3
57	Sonhava acordado(a) ou imaginava um lugar ou tempo melhores do que aqueles em que eu estava.	0	1	2	3
58	Desejei que a situação acabasse ou que de alguma forma desaparecesse.	0	1	2	3
59	Tinha fantasias de como as coisas iriam acontecer, como se encaminhariam.	0	1	2	3
60	Rezei.	0	1	2	3
61	Me preparei para o pior.	0	1	2	3

62	Analisei mentalmente o que fazer e o que dizer.	0	1	2	3
63	Pensei em uma pessoa que admiro e em como ela resolveria a situação e a tomei como modelo.	0	1	2	3
64	Procurei ver as coisas sob o ponto de vista da outra pessoa.	0	1	2	3
65	Eu disse a mim mesmo(a) “que as coisas poderiam ter sido piores”.	0	1	2	3
66	Corri ou fiz exercícios.	0	1	2	3