



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ – UNIFAP
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE – PPGCS**

ÉRIKA TATIANE DE ALMEIDA FERNANDES RODRIGUES

**QUALIDADE DE VIDA DAS VÍTIMAS DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
ATENDIDAS NO CENTRO DE REABILITAÇÃO DO AMAPÁ – CREAP
DO MUNICÍPIO DE MACAPÁ**

**MACAPÁ
2012**

ÉRIKA TATIANE DE ALMEIDA FERNANDES RODRIGUES

**QUALIDADE DE VIDA DAS VÍTIMAS DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
ATENDIDAS NO CENTRO DE REABILITAÇÃO DO AMAPÁ – CREAP
DO MUNICÍPIO DE MACAPÁ**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Amapá, como requisito parcial para à obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Anneli Mercedes Celis Cárdenas.

Linha de pesquisa: Qualidade de vida no processo saúde doença na região amazônica.

**MACAPÁ
2012**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca Central da Universidade Federal do Amapá

Rodrigues, Érika Tatiane de Almeida Fernandes

Qualidade de vida das vítimas de acidente de trânsito atendidas no Centro de Reabilitação do Amapá – CREAP do município de Macapá / Érika Tatiane de Almeida Fernandes Rodrigues; orientador Anneli Mercedes Celis Cárdenas. Macapá, 2012.

93 f.

Dissertação (mestrado) – Fundação Universidade Federal do Amapá, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.

1. Saúde pública. 2. Acidente de trânsito – Aspectos sociais. 3. Acidente de trânsito – Traumas. 4. Vítimas de acidentes de trânsito – Reabilitação . 5. Qualidade de vida. 6. Centro de Reabilitação do Amapá. I. Cárdenas, Anneli Mercedes Celis, orient. II. Fundação Universidade Federal do Amapá. III. Título.

CDD. (22.ed). 616.8521

ÉRIKA TATIANE DE ALMEIDA FERNANDES RODRIGUES

**QUALIDADE DE VIDA DAS VÍTIMAS DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
ATENDIDAS NO CENTRO DE REABILITAÇÃO DO AMAPÁ – CREAP
DO MUNICÍPIO DE MACAPÁ**

Aprovado em: 09/10/2012.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Anneli Mercedes Celis Cárdenas.
- Orientadora/UNIFAP -

Prof^a. Dr^a. Ediluci do Socorro Tostes Malcher.
- IEPA -

Prof. Dr. Júlio César Sá de Oliveira.
- UNIFAP -

Prof^a. Dr^a. Maria Izabel Tentes Côrtes.
- UNIFAP -

**MACAPÁ
2012**

Ao Gabriel! A melhor bênção da minha vida.
Obrigada pela alegria de ser mãe.

A minha Mãe, Adalgisa, e aos meus irmãos,
Saulo, Alex, Willian e Daniele pelo amor
incondicional e por todo incentivo e esforço
desprendidos para que eu pudesse chegar até
aqui.

Ao Madson, pelo amor, companheirismo, apoio
e incentivo na conclusão desta pesquisa.

AGRADECIMENTOS

À Deus, fonte de todo o saber, que sempre está “ao meu lado” e tem me sustentado e realizado milagres em minha vida.

À Prof^a. Dr^a. Anneli Mercedes Celis Cárdenas, minha gratidão. Obrigada por disponibilizar sua sabedoria oferecendo-me um importante modelo profissional e pessoal pautado pelo respeito e valorização do outro.

Ao Prof. Dr. Júlio César Sá de Oliveira, obrigada pela constante valorização do desenvolvimento desta pesquisa e pelas contribuições técnicas indispensáveis.

À equipe de fisioterapeutas do Centro de Reabilitação do Amapá - CREAP, por terem me dado a oportunidade de realizar a coleta de dados, que possibilitou a concretização deste estudo.

Às vítimas de acidente de trânsito, queridas pessoas, participantes primordiais dessa pesquisa, que se dispuseram a desnudar sua experiência de vida em prol deste estudo.

À banca examinadora, Professores Dra. Ediluci do Socorro Tostes Malcher, Dr. Júlio César Sá de Oliveira, Dra. Maria Izabel Tentes Côrtes e Dra. Liudmila Miyar Otero, por terem aceitado participar da Banca de Defesa dessa dissertação.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação do Mestrado em Ciências da Saúde da UNIFAP, que contribuíram na minha formação de mestre com os conhecimentos transmitidos.

Aos meus amigos: Ariely, Gabriela e Clodoaldo, por todos os momentos de alegria, ansiedades e pelo incentivo constante. Em especial a Gabriela, pela construção do *abstract*.

Aos demais colegas do mestrado pela oportunidade de crescermos juntos, dividindo sonhos e conquistas.

RESUMO

RODRIGUES, Érika Tatiane de Almeida Fernandes. **Qualidade de Vida das vítimas de acidente de trânsito atendidas no Centro de Reabilitação do Amapá- CREAP do Município de Macapá.** Macapá, 2012. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Amapá.

Introdução: Os acidentes de trânsito e os traumas deles resultantes constituem um importante problema social e de saúde pública. O indivíduo com sequelas adquiridas após o acidente pode ter comprometimentos na mobilidade, na vida ocupacional, nas relações sociais, na saúde física e mental, refletindo negativamente na sua qualidade de vida. **Objetivo:** Avaliar a qualidade de vida de indivíduos com sequelas em decorrência de acidente de trânsito atendidos no Centro de Reabilitação do Amapá – CREAP através do questionário WHOQOL-BREF. **Método:** Trata-se de uma pesquisa de cunho descritivo, exploratório, transversal, que utilizou dados quantitativos para conhecer as características sociodemográficas e avaliar a qualidade de vida das vítimas de acidentes de trânsito com sequelas. Utilizou-se o instrumento de avaliação de qualidade de vida: questionário World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF) e Questionário Sociodemográfico elaborado pela pesquisadora. Para a análise estatística, utilizou-se O nível de significância adotado para os testes estatísticos de 5%, ou seja, $p < 0,05$. **Resultados:** Dos 50 participantes, há 54% do sexo masculino e 46% feminino; 66% na faixa etária de 18 a 39 anos; 72% solteiros; 44% com ensino médio, e apenas 2% com pós-graduação; 40% com a renda de mais de 1 a 3 salários mínimos; 42% ficaram desempregados após o acidente de trânsito; 62% católicos e 26% evangélicos. Quanto à condição no momento do acidente de trânsito, 46% como condutores e quanto ao motivo do deslocamento no momento do acidente de trânsito, 40% durante o trabalho, 32% durante momento de lazer, 16% durante consumo de bens e serviços e 12% em outras situações; quanto as sequelas, 54,05% localizam-se nos membros inferiores, e 32,43%, nos membros superiores e 13,51% em outros locais; quanto ao uso de equipamentos de proteção individual, 91,43% dos acidentados envolvendo motos utilizaram capacete e dos que envolveram carros, 75% utilizaram cinto de segurança. Com o WHOQOL-BREF, verificam-se os menores escores para os domínios Físico (41,14) e Meio Ambiente (48), sendo os maiores escores para os domínios: Psicológico (55,08) e Relações sociais (65,67). **Conclusão:** os indivíduos com sequelas de acidente de trânsito da população estudada apresentam mudanças e dificuldades significativas após o acidente, as quais trazem prejuízos à sua percepção da qualidade de vida, e a faceta, relações pessoais apresenta-se como um aspecto importante para possibilitar uma melhor qualidade de vida.

Palavras-chave: Qualidade de vida. Acidentes de trânsito. Sequela

ABSTRACT

RODRIGUES, Tatiane Erika de Almeida Fernandes. Quality of Life of traffic accident victims treated at the Rehabilitation Center of Amapá-CREAP in the city of Macapá. Macapá, 2012. Thesis (MA) – Pos Graduate Program in Health Sciences, Federal University of Amapá.

Introduction: Traffic accidents and their resulting trauma constitute a major social and public health problem. People with sequels acquired after the accident may have impairments on their mobility, occupational life, social relationships, physical and mental health, reflecting negatively on their quality of life. **Objective:** To evaluate the quality of life of individuals who have sequels due to traffic accidents treated at the Rehabilitation Center of Amapá - CREAP through the WHOQOL-BREF. **Method:** This is a survey of a descriptive, exploratory, cross-sectional quantitative data used to meet the socialdemographic characteristics and evaluate the quality of life of victims of traffic accidents with sequels. We used as the instrument to assess quality of life the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF) and a social demographic Questionnaire developed by the researcher. For statistical analysis, it was used the level of significance for statistical tests of 5%, ie, $p < 0.05$. **Results:** Of the 50 participants, there is 54% male and 46% female, 66% aged 18 to 39 years, 72% were single, 44% with high school, and only 2% with graduate degrees, 40% with income of more than 1 to 3 minimum wages, 42% were unemployed after the traffic accidents, 62% and 26% Evangelical and 26% Catholics. Regarding to the condition at the time of traffic accident, 46% were drivers and in relation to the context at the time of traffic accidents, 40% was conducting to work, 32% during leisure time, 16% in consumption of goods and services and 12% in other situations ; as the sequels, 54.05% are located in the lower limbs, and 32.43%, upper limbs and 13.51% in other emplacement; regarding the use of personal protective equipment, 91.43% of accidents involving motorcycle used helmet and involving cars, 75% used seat belts. With the WHOQOL-BREF, there are the lowest scores for the domains referring to Physical (41.14) and Environment (48), and the highest scores for the domains: psychological (55.08) and social relations (65.67). **Conclusion:** Individuals with sequels of traffic accidents on the population studied show significant changes and difficulties after the accident, which brings harm to their perception of quality of life, and facet, personal relations presents itself as an important aspect to enable better quality of life.

Keywords: Quality of life. Traffic accidents. Sequel

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADRO 1 – Escala de respostas do WHOQOL-100 e BREF	33
QUADRO 2 – Domínios e facetas do WHOQOL-BREF	33
QUADRO 3 – Médias, desvios-padrão, coeficientes de variação, valores mínimos, valores máximos e amplitudes dos escores para domínios e geral do WHOQOL-BREF em vítimas de AT com sequelas. Macapá, AP, 2012.	54
QUADRO 4 – Teste de Kruskal-Wallis: $H(3, N=200) = 25.5587$ $p=0,000$.	63
GRÁFICO 1 – Avaliação geral da qualidade de vida dos indivíduos com sequelas de AT por domínio do WHOQOL-BREF.	54
GRÁFICO 2 – Média geral do WHOQOL-BREF por facetas.	55

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Perfil Sócio Demográfico da Amostra.	44
TABELA 2 – Distribuição das Vítimas de AT envolvendo moto e carro, segundo o tipo de Equipamento de Proteção Individual – EPI.	52
TABELA 3 – Modelo de Regressão Linear Múltipla entre características das vítimas de AT e quatro domínios psicométricos avaliados.	62

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ABRAMET** – Associação Brasileira de Medicina de Tráfego
- ANTP** – Associação Nacional de Transportes Públicos
- APVP** – Anos Potenciais de Vida Perdidos
- AT's** – Acidentes de Trânsito
- CBMAP** – Corpo de Bombeiro do Amapá
- CEP** – Comitê de Ética em Pesquisa
- CID** – Classificação Internacional de Doenças
- CREAP** – Centro de Reabilitação do Amapá
- CTB** – Código de Trânsito Brasileiro
- DENATRAN** – Departamento Nacional de Trânsito
- DETRAN-AP** – Departamento de Trânsito do Amapá
- EPI** – Equipamento de Proteção Individual
- EURO-QOL 5D** – Euro Quality of Life - 5 Dimensions
- IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IEPA** – Instituto de Pesquisas Científicas e Tecnológicas do Estado do Amapá
- INSS** – Instituto Nacional de Seguro Social
- IPEA** – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
- OMS** – Organização Mundial de Saúde
- OPAS** – Organização Pan-americana de Saúde
- PIB** – Produto Interno Bruto
- PPGCS** – Programa de Pós-graduação em Ciência da Saúde
- QV** – Qualidade de Vida
- QVG** – Qualidade de Vida Geral
- QVRS** – Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
- SMSA/BH** – Secretaria de Saúde de Belo Horizonte
- TCE's** – Traumatismos Crânioencefálicos
- UNIFAP** – Universidade Federal do Amapá
- WHOQOL** – World Health Organization Quality of Life

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 REVISÃO DE LITERATURA	18
2.1 Aspectos gerais dos AT's.....	19
2.2 Traumas e consequências dos AT's	21
2.3 Compreendendo a relação entre trauma e trânsito por meio do processo histórico	24
2.4 Qualidade de Vida: aspectos conceituais gerais e qualidade de vida relacionada a saúde	28
2.5 Instrumentos para medir a qualidade de vida	31
2.5 Qualidade de Vida e Acidentes de Trânsito	34
3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....	36
3.1 Tipo de Estudo	37
3.2 Local do Estudo	37
3.3 Período de Estudo.....	38
3.4 Participantes do Estudo	38
3.5 Técnica de Coleta e Análise de Dados	39
3.5.1 Instrumento da Coleta de Dados	39
3.5.2 Análise dos Dados	40
3.6 Ética em Pesquisa.....	41
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	42
4.1 Caracterização sociodemográfica da amostra	43
4.2 Qualidade de Vida Geral dos indivíduos com sequelas de AT estudados na amostra	53
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	64
REFERÊNCIAS.....	68
APÊNDICES	83
ANEXOS	86

Os acidentes de transporte constituem um grave problema de saúde pública em todo o mundo. Ratificados pela constante veiculação de matérias nos meios de comunicação, os quais sempre abordam essa temática como denominador comum em todo o mundo, refletindo fenômeno de uma civilização em crescente desenvolvimento urbano em que os veículos automotores são itens prosaicos que multiplicaram-se, sobremaneira, em um breve espaço de tempo, fomentando com isso consequências alarmantes, como os traumas provenientes de acidentes de trânsito – AT's, custos com resgate, assistência hospitalar, reabilitação, perda de anos de produtividade, gastos previdenciários, danos a terceiros, administração de seguros e um enorme custo social.

Segundo Vermelho e Melo Jorge (1996), a partir de 1960, momento da implantação da indústria automobilística no Brasil, os AT's se tornaram responsáveis por quase a totalidade dos óbitos por acidentes de transporte.

Neste sentido, devido ao aumento das taxas de motorização, as cidades foram ampliando os espaços destinados à circulação de veículos, sem garantir a segurança necessária aos condutores e, sobretudo, aos pedestres (VILLAÇA, 1999).

As consequências são os engarrafamentos, o tempo maior de percurso, a decrescente qualidade de vida – QV em meio urbano e a agressividade dos motoristas, o que motiva a ocorrência de acidentes (MELLO JORGE; KOIZUMI, 2006; OLIVEIRA; SOUSA, 2003) e cria sérios problemas de tráfego nas cidades, onde parte da população tem preferência pelo transporte individual em detrimento do público (TAPIA-GRANADOS, 1998).

A Associação Brasileira de Medicina de Tráfego – ABRAMET (2006) informa que em 1979 morreram no trânsito dos Estados Unidos aproximadamente 52 mil pessoas para uma frota automobilística de 150 milhões de veículos e, na guerra do Vietnã, de 1961 a 1978, morreram pouco mais de 47 mil pessoas. Neste mesmo ano de 1979, se perderam, aproximadamente, seis séculos de dias úteis de trabalho pelos AT's, somando um prejuízo de 20 bilhões de dólares.

Neste certame, a cada ano o Brasil perde uma guerra silenciosa, que acontece diariamente em suas ruas e estradas: a guerra do trânsito com um número assustador de vítimas, prejuízos materiais e o que é pior, vítimas fatais (DENATRAN, 2002).

Além dessas mortes, estima-se que entre 20 e 50 milhões de pessoas saiam feridas ou incapacitadas, em decorrência de AT's nas rodovias, a cada ano.

No Brasil, em 2004, ocorreu uma média de 308 acidentes por dia (aproximadamente 13 acidentes por hora) nas rodovias federais. Trata-se da principal causa de morte entre homens de 15 e 44 anos e a quinta causa entre mulheres da mesma faixa etária (IPEA/ANTP, 2004).

O maior acometimento de homens jovens ocorre em virtude do comportamento social e cultural, como a tendência a serem mais agressivos no trânsito e características próprias da idade, como imaturidade e pouca experiência para dirigir (ANDRADE et al., 2003; ANDRADE; MELLO JORGE, 2000; MALAQUIAS et al., 2005; MELLO JORGE; KOIZUMI, 2006; SAWER; WAGNER, 2003).

Corroborando com o pensar, este grupo também é responsável pelo maior número de Anos Potenciais de Vida Perdidos – APVP, que é um indicador de saúde relevante para custos de questões profissional e social. É marcante o fato de que, no Brasil, entre 1980 e 1991, houve uma queda de cerca de 12% no total de APVP, considerando-se todas as causas de morte, mas no caso dos AT's, o indicador aumentou cerca de 30% (IUNES,1997). Segundo previsão da Organização Mundial da Saúde – OMS (1984), para o ano de 2020, os AT's ocuparão o segundo lugar em causas por APVP em todo o mundo.

Em estudo realizado em 2000, na Rede Sarah de Hospitais do Aparelho Locomotor, rede pública e de referência nacional para recuperação e reabilitação, sobre a distribuição de pacientes atendidos: do total de 293 pacientes, 42,2% foram vítimas de AT's. A maioria desses pacientes era formada por jovens, com idade entre 10 e 29 anos – 53,7%, o que representa para o País o ônus da perda de valiosos anos de vida produtiva e o custo de um tratamento médico-hospitalar que, em muitos casos, pode prolongar-se por toda a vida. Ao lado disso, registre-se o fato de que são poucos os centros de reabilitação; os pertencentes ao Instituto Nacional de Seguro Social - INSS estão sendo desativados.

Para Santos, Fernandes e Medeiros (2006) no Amapá, as estatísticas não se encontram distantes das prerrogativas supracitadas, apenas pelo Serviço de Atendimento do Corpo de Bombeiro do Amapá – CBMAP foram resgatadas em Macapá, capital do estado, 2.084 e 2.192 vítimas, em 2004 e 2005, respectivamente. Porém, deve-se ressaltar que devido às dificuldades desta instituição com pessoal, equipamentos dentre outros, existem ocorrências que são suprimidas, sendo que estas vítimas acabam resgatadas por outros meios, em busca de atendimento, causando assim, muitas vezes, agravamento e prejuízo ao seu quadro de saúde.

Estatísticas recentes do Departamento de Trânsito do Amapá – DETRAN-AP revelam que esta realidade tem se agravado, pois, somente no primeiro semestre de 2012, 50 pessoas morreram em AT's na capital. O número representa um aumento de 4% nas estatísticas em comparação ao mesmo período de 2011, quando 48 pessoas morreram nas ruas e avenidas de Macapá.

Cabe ainda mencionar que, o Batalhão de Trânsito - AP registrou de janeiro a setembro de 2012, número elevado de infrações no trânsito. Mais de 3 mil veículos foram apreendidos e quase 500 habilitações de motoristas foram recolhidas durante a realização de blitz na capital. Outro dado que preocupa é o número de motoristas não habilitados flagrados dirigindo. Foram mais de dois mil e oitocentos registros até o momento. O resultado de tanta imprudência pode ser visto nas ruas da cidade, 83 pessoas já morreram vítimas de AT's só este ano.

Vitimando também crianças e idosos, os AT's, além de produzirem vítimas fatais, deixam sequelas de graus variados entre os sobreviventes e efeitos adversos entre os membros da família. O que acaba por gerar uma série de questionamentos que enfatizam a problemática dos AT's e suas consequências em nossa sociedade, entre os quais podemos citar: Qual o custo social de uma criança que perde sua mãe e/ou seu pai num acidente? Qual o custo social de uma mulher ou de um homem que adquiriram uma deficiência grave que irá afetar seu ajustamento pessoal, familiar e profissional? (IPEA, 2007).

Percebe-se, assim, o enorme custo social desta doença chamada trauma. Isto sem considerar o sofrimento humano associado que não pode ser medido objetivamente, mas apenas sentido e suportado, muitas vezes de forma silenciosa por suas vítimas e pelos que lhe são queridos. Não raro, os danos são irreparáveis e as sequelas duradouras.

Em face do exposto, frente a esses problemas, é imprescindível a identificação dos indivíduos afetados pelos traumas provenientes dos AT's, o que permite traçar medidas de enfrentamento, bem como, dependendo da gravidade da vítima, a avaliação com rapidez e precisão, juntamente com a implementação das medidas de manutenção básicas da vida, são aspectos essenciais ao atendimento às vítimas traumatizadas. O cuidado às vítimas de trauma é um dos principais recursos no combate a esta "epidemia" e deve começar antes mesmo da chegada ao hospital (MALVESTIO; CARDOSO DE SOUSA, 2002).

Quanto aos impactos dos AT's, pode-se inferir uma influência negativa na QV do acidentado, por meio do trauma oriundo do acidente, sendo este classificado de diferentes formas, podendo evoluir para sequelas permanentes e até mesmo ao óbito.

As consequências advindas das causas externas levaram o Ministério da Saúde a reconhecer que os acidentes e violências são também problemas do setor saúde. Neste sentido, em 2001, o Ministério assumiu pela primeira vez sua participação e implementou a "Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência". Nesta proposta, o setor admitiu a responsabilidade de colaborar para a construção da cidadania e da QV da população, além do seu papel específico, que abrange a utilização de instrumentos que lhe são próprios, como as estratégias de promoção e prevenção de agravos e a melhor adequação das ações em relação à assistência e a reabilitação (BRASIL, 2001).

Então em 2002, o Ministério da Saúde, preocupado com os índices alarmantes de AT's, lançou o Programa de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito: Mobilizando a Sociedade e Promovendo a Saúde (2002). Ao definir suas áreas prioritárias de atuação do projeto, obedeceu-se a dois critérios, óbito por AT como marcador e o conceito de aglomerados urbanos. O projeto prioriza os aglomerados urbanos, a exceção a este critério foi à inclusão de três capitais da região norte, entre elas Macapá, que apesar de não constituir um aglomerado urbano e sua população ser relativamente pequena comparada a outras capitais, apresenta isoladamente risco elevado para óbitos por AT's.

Neste sentido, em 2006, o Ministério da Saúde iniciou, em parceria com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, a implantação da Rede de Serviços Sentinela de Vigilância de Violências e Acidentes, a Rede VIVA, que visa complementar o sistema de informação existente para a vigilância dessas causas. Para obter um quadro mais completo do problema, foi estabelecido como um dos seus componentes a Vigilância de acidentes e violências em emergências hospitalares selecionadas, na qual a coleta dos dados ocorre em um mês a cada ano, através de uma amostra (GAWRYSZEWSKI et al., 2006).

As elevadas expressões numéricas facilitam a visualização da questão de acidentes e traumas, demonstrando não só o quadro dos acidentes existentes, mas também, os traumas oriundos destes e da influência direta sobre a QV da vítima que precisam ser avaliados e demonstrados para que se busquem respostas visando amenizar seus reflexos, se não diminuir a incidência do quadro ora apresentado.

No âmbito da saúde coletiva e das políticas públicas de saúde é possível identificar interesse crescente pela avaliação da QV. Assim, informações sobre QV têm sido incluídas tanto como indicadores para avaliação da eficácia, eficiência e impacto de determinados tratamentos para grupos de portadores de agravos diversos, quanto na comparação entre procedimentos para o controle de problemas de saúde, entre os quais podemos citar os AT's (KAPLAN,1995).

Durante a graduação, iniciou-se uma aproximação com a temática: trauma e trânsito, através do Trabalho de Conclusão de Curso, assim, desenvolveu-se um primeiro estudo sobre trauma e trânsito, procurando traçar o perfil epidemiológico das vítimas e dos AT's em Macapá, utilizando dados secundários obtidos através dos prontuários das vítimas. Constatou-se neste estudo inicial que um dos traumas que mais ocorre são as fraturas de membros inferiores.

Posteriormente, teve-se a oportunidade de aprofundar o estudo da temática, no curso de especialização, onde trabalhou-se diretamente com a vítima de AT, investigando a percepção desta sobre o acidente e suas consequências, cuja finalidade foi identificar diagnósticos de enfermagem para as vítimas de AT com trauma ortopédico.

Dessa forma, despertou-se o interesse em aprofundar o estudo da temática, inserindo no curso de mestrado, como meio de continuidade ao estudo da especialização. Neste contexto, acredita-se que é preciso conhecer melhor a QV das vítimas para que se possa melhorar a qualidade da assistência e contribuir para uma estratégia mais eficaz de combate ao AT.

Neste sentido, é importante ressaltar que estudos sobre a QV da vítima de AT's são escassos na literatura. E é consenso entre os estudiosos que para a implantação e o desenvolvimento de políticas públicas dos AT's, deve-se conhecer a magnitude das ocorrências, o perfil das vítimas, os meios de transporte envolvidos, entre outros. Portanto, pesquisas como esta, são fundamentais na colaboração da validação de políticas públicas referentes à temática.

Cabe ainda mencionar que, alguns estudos têm apontado à necessidade de caracterizar não somente os aspectos epidemiológicos envolvidos nos AT's, mas também, de identificar que tipos de incapacidades que acometem as pessoas que sobrevivem aos acidentes, considerando os aspectos físicos, psicológicos e sociais (GLOVER, 2000).

Corroborando com o pensar, este estudo demanda relevância social, política e científica. A relevância social evidencia-se pelas características da inter-relação do trauma e a QV da vítima de AT, o que pode favorecer a alocação de recursos e criações de programas de combate ao AT. A relevância científica se faz, quando do conhecimento das características da QV para identificação do impacto físico e psicossocial da seqüela proveniente do trauma. Relevância política quando da elaboração desse estudo que constitui uma ferramenta de contribuição para os serviços de saúde que atendem essas vítimas, o que poderá contribuir na elaboração e validação de uma assistência de qualidade.

Mediante o exposto, e tendo consciência da importância científica, política e social, fez-se o seguinte questionamento: Qual é a percepção da QV das vítimas de AT's atendidas no Centro de Reabilitação do Amapá - CREAP? E como forma de responder a estes questionamentos tem-se como Objetivo Geral: Avaliar a QV de indivíduos que possuem seqüelas em decorrência de AT atendidos no Centro de Reabilitação do Amapá – CREAP através do questionário WHOQOL-BREF e Objetivos Específicos: Caracterizar a amostra através das variáveis sócio demográficas: idade, sexo, estado civil, escolaridade, renda familiar, religião, dados do acidente, tipo de seqüela em decorrência ao acidente; Identificar a relação entre as seqüelas do AT e a QV para a vítima; Identificar os domínios representativos de QV.

2.1 Aspectos gerais dos AT's

As causas externas de lesões e envenenamentos são denominações dadas pela décima revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID – 10) aos acidentes e violências (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2003). Elas têm sido foco de atenção no Brasil e no mundo por motivarem constantes atendimentos, internações hospitalares e óbitos, comprometendo a QV da população além de gerarem altos custos diretos e indiretos (IUNES, 1997; LIMA; XIMENES, 1998; BRASIL, 2001; MELLO JORGE; KOIZUMI, 2004) .

Ferreira (2010) define acidente, *do latim accidente*, acontecimento casual, imprevisto, acontecimento infeliz casual ou não de que resulta ferimento, dano.

A Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (2001) define acidente como o evento não intencional e evitável, causador de lesões físicas e/ou emocionais no âmbito doméstico ou nos outros ambientes sociais, como o do trabalho, do trânsito, da escola, de esportes e o de lazer. Entretanto, em vista da dificuldade para estabelecer, com precisão, o caráter de intencionalidade desses eventos, reconhece-se que os dados e as interpretações sobre acidentes e violências comportarão sempre certo grau de imprecisão. Esta Política adota o termo acidente em vista de estar consagrado pelo uso, retirando-lhe, contudo, a conotação fortuita e casual que lhe pode ser imputada. Assume-se, aqui, que tais eventos são em maior ou menor grau perfeitamente previsíveis e preveníveis.

Dentre as várias definições da terminologia trânsito tem-se a de Arrudão (1966), trânsito é o deslocamento de pessoas ou coisas, pelas vias de circulação.

O trânsito é o “conjunto de todos os deslocamentos diários, feitos pelas calçadas e vias da cidade e que aparece na rua na forma da movimentação geral de pedestres e veículos” (VASCONCELOS, 1985, p. 11).

Para Rozestraten (1988, p. 4), trânsito é o “conjunto de deslocamentos de pessoas e veículos nas vias públicas, dentro de um sistema convencional de normas, que têm por fim assegurar a integridade de seus participantes”. O autor refere que este sistema funciona através de uma série bastante extensa de normas e construções; é constituído de vários subsistemas, sendo os três principais: o homem, a via e o veículo.

Vale ressaltar que o ser humano no trânsito é o elemento mais importante, pois sem ele o próprio trânsito não existiria, a via e o veículo são apenas instrumentos para a realização ou a agilização do ato de transitar, embora sua relação com o homem seja fundamental para a dinâmica do trânsito. (VASCONCELOS, 1985, p. 55).

No Código de Trânsito Brasileiro – CTB (1997, p. 1), “Trânsito é a utilização das vias por pessoas, veículos e animais, isolados ou em grupos, conduzidos ou não, para fins de circulação, parada, estacionamento e operação de carga e descarga”.

Para esta pesquisa considerar-se-á: Os AT's, são aqueles que ocorrerem nas vias urbanas e rodoviárias, independente do local de seu acontecimento. Não serão considerados os acidentes ferroviários, aeroviários, aquaviários, bem como aqueles sem envolvimento de veículos automotores, isto é, as quedas de pedestres e ciclistas.

Viola (2000) define AT como todo evento com dano que envolva um veículo, a via e o homem, e que para caracterizar-se tem a necessidade da presença de dois desses fatores.

O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA (Brasil, 2003) define AT como sendo evento ocorrido na via pública, inclusive calçadas, decorrente do trânsito de veículos e pessoas, que resulta em danos humanos e materiais. Compreendem colisões entre veículos, choques com objetos fixos, capotamentos, tombamentos e atropelamentos. Além disso, a pesquisa considerou os seguintes conceitos referentes a AT's, segundo Brasil (2003):

AT com feridos: evento ocorrido em via pública, inclusive calçada, decorrente do trânsito de veículos e pessoas, que resulta em lesão física de pelo menos uma pessoa, não causando morte a nenhuma delas.

AT com mortos: evento ocorrido em via pública, inclusive calçadas, decorrente do trânsito de veículos e pessoas, que resulta em morte de pelo menos uma vítima, no local do acidente ou em consequência deste.

2.2 Traumas e consequências dos AT's

De acordo com Freire (2001) o trauma pode ser interpretado como uma doença de etiologia variada, multissistêmica e de caráter endêmico na sociedade. Os traumas resultantes dos AT's influenciam negativamente à QV do acidentado e de sua família, podendo ser classificado de diferentes formas, desde um estresse até graves lesões crânio-encefálicas.

Tambellini e Osanai (2001) relatam que "Trauma" é uma expressão antiga, porém seu uso na atualidade reflete as mudanças em seu conceito semântico. A palavra "trauma" no contexto de saúde admite várias significações, todas elas vinculadas a acontecimentos não previstos e indesejáveis, que a depender do tipo de violência, atingem indivíduos neles envolvidos produzindo-lhes alguma forma de lesão/dano/ferida/alteração de diferentes tipos e ordens. A palavra "trauma" vem do grego cujo significado é ferida.

Trauma é toda lesão de extensão, intensidade e gravidade variáveis, pode ser produzida por agentes externos, diversos e de forma intencional ou acidental. Interpretada como uma doença de etiologia variada, multissistêmica e de caráter endêmico na sociedade moderna (CARVALHO; BEZ, 2004).

A palavra grega que dá origem à expressão latina é um adjetivo que permite a interpretação da expressão "traumática" como tudo que é relativo à ou causado por ferida ou lesão. Assim, podemos concluir que esta variedade reflete as muitas formas, pelas quais os acontecimentos relativos ao trauma, sejam eles "causas" ou "efeitos", existem concretamente e, portanto, necessitam de controle, cura, prevenção e reabilitação (TAMBELLINI E OSANAI, 2001).

Em pesquisa de Acompanhamento de Vítimas de AT's em Belo Horizonte (2005), pela Secretaria de Saúde de Belo Horizonte – SMSA/BH, analisando 1663 vítimas de AT's, foi predominante o sexo masculino (73,4%), a média de idade foi de 26 anos. A faixa horária com maior número de AT foi das 17h às 18h59 horas (17,7%), observou-se que 2,2% das vítimas não apresentavam lesões no momento do primeiro atendimento hospitalar e 75,8% apresentavam lesões de pequena gravidade, apenas 6,4% apresentavam lesões de maior gravidade. Cerca de 67,4% permaneceram internadas por prazo igual ou inferior a 7 dias, a média de permanência foi de 9,8 dias.

Santos, Fernandes e Medeiros (2006) em estudo realizado no Serviço de Atendimento Pré-Hospitalar do Corpo de Bombeiros Militar do Amapá (Resgate) no município de Macapá e no Hospital de Emergência de Macapá nos anos de 2004 e 2005, com o objetivo de descrever o perfil das vítimas e dos AT's no município de Macapá. Obtiveram os seguintes resultados trabalhando com um total de 1.283 vítimas: Quanto ao perfil por sexo e idade houve predomínio do sexo masculino (71,04% e 70,06%, respectivamente 2004 e 2005) e de jovens (25-34 anos com 28,48%) entre as vítimas desses acidentes.

O presente estudo apontou o trauma mais frequente, custo médio do tratamento e período de internação das vítimas de AT, detectou-se nesta pesquisa a fratura fechada que representou 28,9% em 2004 e 29,7% em 2005, seguido de escoriações que correspondeu 25% em 2004 e 23,4% em 2005 e a fratura exposta que representou 10,6% em 2004 e 6,5% em 2005. No que corresponde ao custo médio tratamento os valores encontrados foram de R\$ 490,30 em 2004 e R\$ 474,00 em 2005. Enquanto ao período de internação, mostram que 50,8% e 46,1% das vítimas estiveram internadas no período de 3 a 7 dias em 2004 e 2005, respectivamente.

Sabendo que o trauma oriundo dos AT's, pode ser classificado desde um simples susto até extensas lesões crânio-encefálicas, podendo evoluir para sequelas permanentes e até mesmo ao óbito, influenciando assim na QV do acidentado e de sua família. Neste contexto se faz necessário a definição das lesões relacionadas no presente estudo.

Rodríguez (2001) caracteriza os tipos de lesões em leves e graves:

Lesões Leves são caracterizadas por mialgias, lacerações, contusões, abrasões, queimaduras limitadas, dentre estas, tem-se:

A escoriação, que corresponde ao arranhão na terminologia leiga, é o destacamento da epiderme, total ou parcial, de origem traumática. Sendo a mais frequente das lesões, podem ser única ou múltiplas, acompanha outras modalidades de lesão em qualquer área da superfície corporal, e apresenta formas variadas: linear retilínea ou curvilínea, várias lineares paralelas (caracterizando mecanismo de arrasto), em placa irregular, ou associações destas. Podem ainda, raramente, guardar a forma do agente lesivo.

Lesões Graves são ameaçadoras da vida à medida que podem envolver de fraturas fechadas simples a fraturas expostas, amputações, esmagamentos de

grandes lacerações a avulsões com hemorragias severas. As queimaduras de segundo e terceiro grau, envolvendo maior superfície corporal, os traumas fechados ou abertos, crânio faciais, cervicais, torácicos, abdominopélvicos por si só, ou múltiplos apresentam risco iminente de vida com grande morbidade.

Dentre as lesões físicas causadas pelos AT's, segundo, Lebrão; Mello Jorge e Laurenti, (1997) as fraturas ocupam lugar de destaque. Em 1997, elas foram responsáveis por cerca de 38% das internações no Brasil, e as lesões intracranianas e lesões traumáticas dos vasos por 17% cada. Em 2000, as fraturas representaram quase a metade dos diagnósticos do total de pacientes internados por causas externas (42,6%), especialmente nos casos de acidente de transporte (43,7%) (GAWRYSZEWSKI; KOIZUMI; MELLO JORGE, 2004).

No seu estudo Craig (1983 apud KOIZUMI, 1992) concluiu que as injúrias dos membros inferiores são as maiores causas de morbidade e permanência prolongada no hospital. Sobretudo, há unanimidade entre os autores de que as fraturas dos membros, principalmente dos inferiores, são as principais lesões nos casos não fatais.

Os traumatismos crânioencefálicos – TCEs constituem uma parcela importante dentro das causas de morte violenta nas cidades grandes, determinados principalmente por projétil de arma de fogo e AT's. O TCE é uma agressão ao cérebro, causado por uma força física externa que pode produzir um estado alterado da consciência, resultando em comprometimento das habilidades cognitivas, distúrbios no funcionamento corporal e físico. O mecanismo desta lesão define-se pela energia aplicada sobre o crânio e em seu conteúdo, gerando lesões nestas estruturas (SMITH; WINKLER, 1994).

Rodríguez (2001) afirma que o estudo das lesões medulares decorrentes de processos traumáticos é problemático, em vista das dificuldades técnicas de acesso e retirada do órgão. Os peritos só investigam a medula espinhal se não houver outra lesão que justifique a morte. Por esta razão é que se torna difícil estabelecer a frequência do acometimento medular nos processos traumáticos. As causas mais frequentes de traumatismos raquimedulares, segundo estatísticas internacionais, são os AT's e projéteis de arma de fogo.

Os principais mecanismos de lesão medular estão relacionados a hiperextensão e a hiperflexão da cabeça, comumente observadas nos AT's. Mesmo com o cinto de segurança, este movimento exagerado no sentido anteroposterior

pode ocorrer devido principalmente ao mecanismo de aceleração/desaceleração, conhecido como "chicote" (RODRÍGUEZ, 2001).

Os AT's, não causam apenas lesões físicas, em virtude deste, as vítimas podem desenvolver o chamado estresse pós-traumático que é um transtorno que se desenvolve em pessoas que experimentam estresse físico ou emocional de grande magnitude.

Para Cirylo (2005), caracteriza-se por 1- re-experiência do trauma através dos sonhos e pensamentos em vigília; 2- torpor emocional para outras experiências e relacionamentos de vida; e 3- sintomas de instabilidade autonômica, depressão e dificuldades cognitivas tais como fraca concentração. Os sintomas do estresse pós-traumático podem durar de 6 dias a 6 meses e causar angústia ou baixo desempenho nas áreas sociais e profissionais.

As vítimas dos AT's vão muito além das diretamente envolvidas no acidente. Segundo IPEA (2007) pode-se classificá-las como: sobreviventes primários são as vítimas submetidas ao nível máximo de exposição; sobreviventes secundários são os familiares próximos das vítimas; vítimas de 3º grau são os profissionais que atuam na emergência e no socorro às vítimas; vítimas de 4º grau são pessoas da comunidade envolvidas com o acidente, repórteres, pessoas do poder público; vítimas de 5º grau são aquelas que sofrem o estresse pelo que vêem ou pelo que tomam conhecimento por meio da comunicação social.

2.3 Compreendendo a relação entre trauma e trânsito por meio do processo histórico

Braga e Santos (1995) nos remetem a "uma época em que não existiam ruas nem estradas, em que os homens atravessavam campos, selvas e montanhas. Caminhando ou montados em animais, eles criaram caminhos e, a partir daí, novos meios de transporte". Assim, surgem as ruas, trilhos, auto-estradas e acidentes graves. Para que as pessoas pudessem conviver com o grande número de veículos e que trafegavam em altas velocidades, no início não ultrapassando a 20 km/h, foram criadas as regras de trânsito. Porém, as cidades continuaram a crescer cada pessoa trabalhava para ter um carro e a frota de carros das cidades começou a

crescer e surgiram os sinais de trânsito, os fiscais de trânsito, os semáforos, novas leis, muitos problemas de violência, mortes, poluição, entre outros.

Neste sentido Freire (2001) cita que o primeiro acidente rodoviário aconteceu em 1889, em Nova York, e até hoje mais de 32 milhões de pessoas já morreram em acidentes. O primeiro carro a rodar no Brasil foi um Peugeot importado da França por Henrique Santos Dumont em 1893, em São Paulo. Olavo Bilac iniciou a série de acidentes automobilísticos em 1897, quando dirigia, pela primeira vez o carro de José do Patrocínio, no Rio de Janeiro.

Com o desenvolvimento industrial do século XX houve aumento considerável da frota de veículos automotores em circulação em todo o mundo. O automóvel tornou-se um objeto de consumo, apoiado principalmente pela propaganda nas sociedades capitalistas. Em consequência do aumento expressivo da frota de veículos circulantes, da imprudência, aliados a uma vigilância insuficiente, os AT's passaram a se constituir em causa importante de traumatismos tanto na população mundial quanto na brasileira (MARÍN E QUEIROZ, 2000).

Apesar disso, o carro passou a ser artigo indispensável na civilização atual, passou de um meio de transporte para um símbolo de novo estilo de vida, símbolo de status social. Muitos fatores como: valores, cultura, economia, intercâmbios comerciais, desenvolvimento tecnológico, noção de distância e de tempo, relações humanas, padrões de vida, status social do indivíduo, entre outros, giram em função do carro e estão íntima e inevitavelmente ligados à fabricação em série e seu uso generalizado. (MAURO, 2001)

Taricco e Manreza (2001) reforçam a idéia de que a evolução da sociedade propiciou maior exposição do homem às lesões traumáticas, principalmente nos centros urbanos e nas estradas que ligam estes centros, sendo que fatores sociais urbanísticos e tecnológicos contribuem para este cenário, como exemplo, pode-se citar as altas velocidades alcançadas pelos veículos, a alta concentração populacional dos centros urbanos, a precariedade e não obediência às medidas de segurança.

A violência no trânsito mata cerca de 1,2 milhões de pessoas por ano em todo mundo, de acordo com os dados da OMS (OMS 2003 apud CYRILLO, 2005). Segundo estudo realizado pelas pesquisadoras Koizumi e Melo Jorge (2004), em evento para marcar o Dia Mundial da Saúde, cujo tema daquele ano, era a "segurança no trânsito" o Brasil é reflexo desta situação mundial e está entre os

países com os maiores índices de acidentes. Morrem em média 30.000 pessoas por ano e mais de 100.000 são internadas por lesões decorrentes de AT's. Em 2002 foram 33.265 óbitos, ou seja, 91 mortes por dia. O que o governo gasta no atendimento a AT's é maior do que quando se trata de causas naturais.

Carvalho e Bez (2004) em estudo realizado no Serviço de Atendimento Pré-Hospitalar da Polícia Militar (Resgate) no município de São Paulo, no mês de dezembro de 2003, com o objetivo de identificar as características das vítimas acometidas por trauma, atendidas por um serviço de atendimento pré-hospitalar, compuseram uma amostra aleatória de 60 fichas de atendimento de enfermagem distribuída entre as quatro unidades de suporte avançado da cidade. Estas obtiveram os seguintes resultados: 65% são do sexo masculino, predominantemente adultos jovens. Os resultados apresentados confirmaram as estatísticas nacionais que apontam indivíduos jovens, economicamente ativos, são os mais propensos a tornarem-se vítimas de acidentes automobilísticos.

Mauro (2001) aborda em seu estudo, relatório do Governo do Estado de São Paulo, que o Hospital Sarah Kubitschek de Brasília aponta os AT's como responsáveis por 42,4% dos pacientes com lesão medular. O relatório assinala ainda um gasto de cerca de 1% do Produto Interno Bruto – PIB nacional em custo material e social dos AT's.

As deficiências físicas decorrentes de AT's trazem graves prejuízos ao indivíduo: financeiros, familiares, sociais, de locomoção e profissionais (diminuição dos rendimentos mensais). Para a sociedade, os prejuízos são: gastos hospitalares, diminuição da capacidade produtiva, custos previdenciários, entre outros (Governo do Estado de São Paulo, 1993).

As estimativas da Organização Pan-americana de Saúde – OPAS apontam que 6% das deficiências físicas são causadas por AT, no mundo. No Brasil, do total de portadores de deficiências atendidos pelo Hospital das Clínicas de São Paulo, temos 5,5% de casos de vítimas de AT. Os gastos com internação, inclusive em unidades de terapia intensiva, correspondem a aproximadamente 8% das despesas de todas as causas de internação hospitalar (MAURO, 2001). Neste aspecto, encontra-se no mesmo autor referência de estimativa de custo Corroborando com sua tese do custo dos AT's “o custo estimado é de mais de US\$ 3 bilhões por ano, excluindo os prejuízos advindos de deficiências físicas permanentes” (PIRES et al., 1997 apud MAURO, 2001, p. 54).

Este é um ponto crítico de análise e discussão, haja vista que os setores financeiros dos serviços de atendimento, nem sempre contabilizam corretamente os itens ou serviços dispensados ao paciente, causando assim uma sub-notificação que mascara o verdadeiro custo empregado no tratamento dos pacientes de AT's.

Biderman (1998) define custo como sendo o valor determinado de alguma coisa.

O IPEA (2003) divide o custo do atendimento assistencial de emergência em dois, sendo estes, o custo do atendimento médico-hospitalar e o custo do resgate de vítimas:

Custo do atendimento médico-hospitalar: soma dos custos dos recursos humanos e materiais do atendimento e do tratamento das vítimas de AT's, desde a chegada ao hospital até o momento da alta ou do óbito.

Custo do resgate de vítimas: custo do transporte das vítimas de AT's do local da ocorrência até o hospital de referência. Inclui o custo da utilização de equipamentos especiais e do deslocamento das equipes de resgate, com veículos e profissionais especializados, como ambulâncias, paramédicos e médicos.

Em uma pesquisa coordenada pelo IPEA e executada pela Associação Nacional de Transportes Públicos – ANTP (2003), realizado com o objetivo de quantificar mais precisamente quais são os custos relacionados aos AT's nas aglomerações urbanas do Brasil. Após os levantamentos, foi possível estimar os custos e fazer extrapolações para o âmbito nacional. Chegou-se à estimativa de um custo anual de R\$ 5,3 bilhões para o conjunto das aglomerações urbanas brasileiras. Isto representa cerca de 0,4% do PIB do país, valor que subiria consideravelmente caso fossem incluídos os custos dos acidentes rodoviários. A maior parte dos custos refere-se à perda de produção associada à morte das pessoas ou à interrupção temporária de suas atividades.

A reflexão contida em Melione (2004) refere que a Lei nº 9.503 que instituiu o novo CTB, em vigor desde 22 de janeiro de 1998, trouxe grande expectativa à população e para os técnicos da área com relação à redução do problema. Tendo em vista o rigor das punições previstas para as infrações de trânsito, medidas educativas e de qualificação dos condutores de veículos automotivos, baseadas em experiências bem sucedidas em outros países, porém o que se observou, foi à diminuição apenas nos primeiros anos, posteriormente, os índices voltaram a patamares similares aos anteriores da lei.

Anjos et al. (2007) defendem a elaboração de um trabalho educativo e preventivo, voltado para o indivíduo vítima da violência no trânsito, a ser realizado pelos profissionais da equipe de saúde, tendo em vista que o número de acidentes e atendimentos, em decorrência do trânsito, nos serviços públicos de emergência se tornaram um problema para saúde pública. Fala-se até de um programa de educação em saúde, visando a uma educação continuada para o trânsito, com objetivo de diminuir os índices desnecessários e evitáveis dos óbitos, os custos hospitalares, os gastos previdenciários, assim como à liberação de leitos nos hospitais (MARÍN-LEON; VIZZOTO, 2003).

O Estado precisa investir em políticas públicas com objetivo de revitalizar o transporte coletivo, programas de educação e conscientização para inibir o uso de bebidas alcoólicas no trânsito. Essa temática merece muita atenção e investimentos do meio científico e governamental com projetos que visem à diminuição dos índices dos acidentes, bem como à mudança da realidade social e de saúde que envolve o ambiente de trânsito. Principalmente, em se tratando dos motociclistas, sem um treinamento e fiscalização adequados, estes se tornam grupos de alto risco, tanto para si próprio quanto para os outros, em principal para os pedestres (BARROS et al., 2003).

2.4 Qualidade de Vida: aspectos conceituais gerais e qualidade de vida relacionada a saúde

O termo qualidade de vida é bastante abrangente, estando diretamente relacionado às experiências individuais, num dado momento dentro de um contexto sociocultural, e é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e a própria estética existencial, pressupondo a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Conceitos como "padrão de vida" e "qualidade de vida" tiveram interesse inicialmente para cientistas sociais, filósofos e políticos. Com a progressiva desumanização da Medicina e ciências afins, surgiu a preocupação com o conceito

de "qualidade de vida" como um movimento no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que o controle de sintomas, diminuição da mortalidade ou aumento da expectativa de vida (FLECK et al., 1999).

A expressão qualidade de vida originou-se do fenômeno de conscientização das consequências desagradáveis ocasionadas pela industrialização desenfreada e pelo desenvolvimento econômico. Todavia, o termo qualidade de vida começou a ser usado mais frequentemente após a Segunda Guerra Mundial, principalmente nos Estados Unidos, para delinear o efeito que a aquisição de bens materiais causava na vida dos indivíduos (ALBUQUERQUE, 2003).

Neste sentido, Heerdt (2007) em uma matéria no Jornal Missão Jovem referiu que, o presidente dos Estados Unidos Lyndon Johnson, foi o primeiro a empregar a expressão qualidade de vida, ao declarar, em 1964, que “os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam as pessoas”.

Desta forma, observa-se por meio da percepção de diferentes autores, a evolução conceitual do que vem a ser QV, para Nahas (2001) QV é diferente de pessoa para pessoa e tende a mudar ao longo da vida de cada um. Existe, porém, consenso em torno da idéia de que são múltiplos os fatores que determinam a QV de pessoas ou comunidades. A combinação desses fatores que moldam e diferenciam o cotidiano do ser humano, resulta numa rede de fenômenos e situações que abstratamente, pode ser chamado de qualidade de vida. Em geral, associam-se a essa expressão fatores como: estado de saúde, longevidade, satisfação, prazer e até espiritualidade. Num sentido mais amplo QV pode ser uma medida da própria dignidade humana, pois pressupõe o atendimento das necessidades humanas fundamentais.

Estabelecer um parâmetro conceitual sobre QV é tarefa difícil, pois, tentar avaliar e mensurar quantitativamente os inúmeros fatores que influenciam na QV adquiriu importância no contexto socioeconômico e desenvolvimento humano, é realmente fundamental para obtenção de atendimento que facilite seu uso adequado no espaço acadêmico e assistencial, pois existe uma complexidade conceitual na qual Minayo; Hartz e Buss, (2000) descrevem que o tema qualidade de vida é tratado sob os mais diferentes olhares, seja da ciência, através de várias disciplinas, seja do senso comum, seja do ponto de vista objetivo ou subjetivo, seja em abordagens individuais ou coletivas.

Na abertura do 2º Congresso de Epidemiologia, Rufino Netto (1994) assim se refere: Vou considerar como qualidade de vida boa ou excelente aquela que ofereça um mínimo de condições para que os indivíduos nela inseridos possam desenvolver o máximo de suas potencialidades, sejam estas: viver, sentir ou amar, trabalhar, produzindo bens e serviços, fazendo ciência ou artes. Falta o esforço de fazer da noção um conceito e torná-lo operativo.

Seidl e Zannon (2004) apontam que a partir do início da década de 1990, houve consenso entre os estudiosos referente a dois aspectos do constructo QL, que este é subjetivo e multidimensional. O consenso sobre a subjetividade refere que a QV deve ser avaliada pelo próprio indivíduo, considera a percepção da pessoa sobre a sua situação pessoal em cada uma das dimensões da QV. Com relação a multidimensionalidade reconhece que o constructo é composto por diferentes dimensões: o físico, o social, o mental, o espiritual, entre outros.

Com o avanço da medicina, a busca de cura das doenças ou controle dos sintomas e aumento da expectativa de vida da população é percebida como aliada a um contexto social. Houve, então, a necessidade de avaliar como o indivíduo vive esses anos a mais, e nesse cenário o conceito de QV, ganhou dimensão sendo introduzido na saúde a partir da década de 1970 (FLECK, 2008).

Corroborando com o pensar Ciconelli (2003) vislumbra que a QV relacionada à saúde refere-se ao nível de bem estar e satisfação associado a vida do indivíduo e como ela é afetada pela doença, acidentes e tratamentos sob o ponto de vista do próprio paciente tem se tornado uma ferramenta importante como variável capaz de avaliar o impacto da doença, saúde e tratamento, pois analisa todos os aspectos importantes que merecem ser considerados na avaliação dos pacientes.

Neste sentido, adotar-se-á para o estudo o conceito de QV segundo a OMS que reuniu especialistas de várias partes do mundo, que definiram QV como a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (THE WHOQOL GROUP, 1995).

Estão inseridas nesse modelo duas contribuições importantes, de acordo com Fleck (2008), a primeira baseada nas ideias de Abraham Maslow, em *Motivation and Personality* (1954), e Thomas More, em *Care of the Soul* (1992), sobre as necessidades básicas do ser humano; a segunda advinda da abordagem cognitiva individual, que defende que a QV trata-se de uma percepção idiossincrática, ou seja,

é mensurada individualmente a partir de como o indivíduo reage aos acontecimentos. Já no modelo funcionalista, é considerado o nível de funcionamento do indivíduo, ou seja, o desempenho de forma satisfatória do papel social e das funções que ele considera como importante. Sendo assim, uma patologia pode significar uma disfunção na medida em que intervém no desempenho desses papéis, e de maneira implícita, considera-se a saúde como o maior valor da existência (MCKENNA; WHALLEY, 1998 apud FLECK, 2008).

Baseado nesse modelo, a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde – QVRS agrupou vários instrumentos de base funcionalista para mensurar a QV, embora haja muitas críticas e indagações, no sentido de questionar se esse modelo é adequado para avaliar esse constructo (FLECK, 2008). A QV pode ser entendida como a percepção do sujeito sobre o seu bem-estar, sua condição de vida, relacionada a vários aspectos de sua vida.

Fleck et al., (2000) referem que a avaliação da QV é um tema complexo, e o desenvolvimento de instrumentos de avaliação psicometricamente válidos, considerando-se ainda que a maioria deles foi desenvolvida nos Estados Unidos e na Europa, é um grande desafio.

2.5 Instrumentos para medir a qualidade de vida

Entendendo o conceito de qualidade de vida, surge a necessidade de criar instrumentos para sua mensuração. Essas medidas podem ser genéricas, quando se usam questionários de base populacional sem especificar patologias, sendo mais apropriados a estudos epidemiológicos, planejamento e avaliação do sistema de saúde, como o instrumento WHOQOL-100 e versão abreviada, WHOQOL-BREF, desenvolvidos pela OMS. O WHOQOL teve sua criação a partir de estudos multicêntricos baseados no conceito do WHOQOL *Group* de qualidade de vida, no qual QV é uma construção subjetiva (percepção do indivíduo em questão), multidimensional e composta por elementos positivos e negativos, estes instrumentos são recomendados pela OMS para avaliação da QV e foram adaptados, aplicados e validados para o Brasil e outros 25 países (FLECK et al.,

1999). Outro instrumento bastante utilizado, de forma genérica, é o SF-36 (*Short Form Health Survey*).

O empenho da OMS teve grande contribuição para o tema QV e trouxe com o WHOQOL a natureza multidimensional com quatro grandes dimensões: física, psicológica, relacionamento social e percepção sobre o ambiente. Conclusões sobre os resultados do instrumento da OMS, afirmam que este tem boa capacidade psicométrica para mensurar a QV e é uma ferramenta transcultural, pois sua construção se deu em grupos focais de diferentes culturas (FLECK et al., 1999).

Outras formas de medidas da QV são mais específicas, encontradas na literatura de saúde e qualidade de vida, apontam para situações relacionadas à QV cotidiana dos indivíduos, subsequente à experiência de doenças, agravos ou intervenções médicas, como câncer, diabetes, doenças cerebrovasculares, hepatites, Parkinson, casos de transplantes, entre outros (MINAYO, HARTZ, BUSS, 2000). São, portanto, instrumentos que mantêm o caráter multidimensional e avaliam a percepção geral da QV, mas com ênfase em sintomas, incapacidades e limitações devido à doença.

Corroborando com o pensar, os instrumentos de avaliação de QV podem ser genéricos ou específicos. Os genéricos avaliam vários aspectos da QV e estado de saúde, podendo ser utilizados para pacientes independentemente da doença ou condição e também para pessoas saudáveis. Os específicos podem detectar particularidades da QV em determinadas doenças e em relação a efeitos de tratamentos, podendo fornecer informações de relevância para o manejo dos pacientes, mas podem apresentar dificuldade no processo de validação psicométrica do instrumento pelo reduzido número de itens (FAYERS; MACHIN, 2000).

Segundo Reis (2008) a versão abreviada, tal como o WHOQOL-100, pressupõem caráter transcultural de construção e validação, pois diversas investigações foram realizadas em diferentes culturas, o que reforça a validade psicométrica e conceitual do instrumento, contribuindo para que atualmente seja um dos instrumentos mais utilizados para a avaliação da QV.

As questões são fechadas e as respostas foram organizadas em uma escala do tipo Likert, contendo cinco elementos, de 1 a 5 e, dependendo do conteúdo da pergunta, são utilizados quatro tipos de escalas de respostas: intensidade, capacidade, frequência e avaliação (CHACHAMOVICH; FLECK, 2008; FLECK, 2000). É como está organizado no quadro 1:

QUADRO 1 - Escala de respostas do WHOQOL-100 e BREF

Escala	0%	25%	50%	75%	100%
Intensidade	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
Avaliação	Muito insatisfeito Muito ruim Muito infeliz	Insatisfeito Ruim Infeliz	Nem satisfeito, nem insatisfeito Nem ruim, nem bom Nem feliz, nem infeliz	Satisfeito Bom Feliz	Muito satisfeito Muito bom Muito feliz
Capacidade	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
Frequência	Nunca	Raramente	Às vezes	Repetidamente	Sempre

Fonte: Adaptado de The Grupo WHOQOL (1998 apud PEDROSO; PILATTI; REIS, 2009).

De acordo com Fleck (2000), Chachamovich e Fleck (2008) e Power (2008), as questões do WHOQOL-100 avaliam os seguintes domínios e facetas, conforme consta no quadro 2.

QUADRO 2 – Domínios e facetas do WHOQOL-BREF

Domínio	Facetas
Físico	Dor e desconforto Energia e fadiga Sono e repouso Mobilidade Atividades da vida cotidiana Dependência de medicação Capacidade de trabalho
Psicológico	Sentimentos positivos Pensar, aprender Auto-estima Imagem corporal Sentimentos negativos Espiritualidade
Relações sociais	Relações pessoais Apoio social Atividade sexual
Meio Ambiente	Segurança física Ambiente no lar Recursos financeiros Cuidados de saúde Informação Recreação e lazer Ambiente físico Transporte

Fonte: Adaptado de The Grupo WHOQOL (1998 apud PEDROSO; PILATTI; REIS, 2009).

2.5 Qualidade de Vida e Acidentes de Trânsito

Diante da contextualizando da temática: trauma, trânsito e qualidade de vida, é de se esperar que estudos sobre QV e saúde de vítimas de AT's revelem forte influência negativa na QV dos mesmos. Porém, este é um tema pouco estudado. Na literatura são encontrados apenas alguns poucos trabalhos publicados sobre este assunto (FILHO, 2012).

Em um estudo na Suécia, ocupantes de automóveis, ciclistas e pedestres acidentados foram acompanhados por seis meses. Foram divididos em dois grupos um deles recebeu acompanhamento telefônico por enfermeiras e o outro não. No final da pesquisa o grupo que recebeu o procedimento apresentou um escore de QV (segundo o instrumento EURO-QOL 5D) superior ao grupo de controle (FRANZÉN et al., 2009). “Destacaram como condições preditoras de prejuízos na qualidade de vida pós-acidente: a gravidade do trauma, a presença de sintomas de ansiedade e depressão e a diminuição do convívio social e familiar com dificuldade de retorno ao trabalho” (MAGALHÃES; LOUREIRO, 2007).

Motociclistas que sofreram acidentes em Maringá, Paraná, fizeram parte de um estudo em que se comparou a QV dos que sofreram traumatismo crânio-encefálico com os demais. Como instrumento de mensuração de QV foi usado o questionário SF-36 (*Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey*) em sua versão brasileira. Nenhum dos domínios estudados: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais, saúde mental obteve diferença significativa entre os dois grupos. (OLIVEIRA; SOUZA, 2003).

Em um estudo realizado na Rede SARA de Hospitais de Reabilitação, que investigou a QV em pessoas com lesão traumática, descreveram com relação ao tipo de acidente, que é marcante a presença da violência urbana como causa das lesões medulares traumáticas. Nos indivíduos estudados, foram observados, como principal causa de trauma, os AT's, que incluíram os acidentes de motocicleta (25,3%), acidentes automobilísticos (21,6%), atropelamentos (1,8%) e acidentes de bicicleta (0,9%), totalizando 49,6% da população estudada (BAMPI; GUILHEM; LIMA, 2008).

Souza et al., (2003) realizaram uma pesquisa na qual as vítimas eram idosas, observou-se que todos os acidentados, excetuando-se os que foram a óbito no período de observação, voltaram a exercer o mesmo nível de atividades da vida diária somente um ano após o acidente e relatavam que a perda de ganhos financeiros no período trouxe grandes dificuldades para sua vida.

E ainda, no estudo realizado por Vall, Braga e Almeida (2006), sobre QV e lesão medular, na cidade de Fortaleza, CE, utilizou-se o SF-36 na avaliação, concluindo que o indivíduo com lesão medular tem um comprometimento em sua QV, em todos os domínios, principalmente nos Aspectos Sociais. Verificaram também que os domínios Aspectos Emocionais (média=59,38) e Saúde Mental (média=62%) estavam comprometidos, demonstrando que não estava ocorrendo o equilíbrio entre corpo e mente, refletindo na percepção da qualidade de vida (LOUREIRO; FARO; CHAVES, 1997).

Alves et al., 2009 realizaram uma pesquisa no Brasil, entre 2005 e 2006, em pacientes com traumas atendidos na emergência do Hospital Universitário de Ribeirão Preto, com objetivo de avaliar a QV após seis meses de alta hospitalar. Constatou-se que as vítimas apresentaram diminuição na QV, tendo o domínio Físico sido o mais afetado, embora nos domínios Psicológicos e Meio Ambiente houvesse um escore distante do esperado para a população geral.

Verificou-se, no estudo de Silva et al. (2008), que o escore médio em todos os domínios do WHOQOL-BREF e do geral foram superiores a 60 pontos, em uma escala de 0 a 100. Encontram-se também, na literatura, as sequelas invisíveis dos AT's (CAVALCANTE; MORITA; HADDAD, 2009; GONÇALVES; MORITA; HADDAD, 2007), que se referem ao estado psicológico do indivíduo acidentado; é comum encontrar uma maior referência ao Transtorno de Estresse Pós-Traumático.

Magalhães; Loureiro, (2007) refere que os principais resultados, em estudos sobre QV e AT, indicam que os indivíduos apresentam comprometimentos após o acidente. Destaca ainda, a importância do suporte social e da reabilitação como favoráveis ao retorno ao convívio social e profissional, bem como possibilitam melhor qualidade de vida.

3.1 Tipo de Estudo

Trata-se de uma pesquisa de cunho descritivo, exploratório, transversal, que utilizou dados quantitativos para avaliar a QV das vítimas de AT's com sequelas. Estudo descritivo para Tobar (2001, p. 52) “é aquele em que se expõem características de determinada população ou determinado fenômeno. Pode estabelecer correlações entre variáveis. Não tem o compromisso de explicar os fenômenos que descreve”.

Segundo Gil (2002, p. 49) o estudo exploratório “[...] tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses [...]”.

O estudo transversal ocorre quando variáveis simultaneamente são estudadas em determinado momento havendo um corte no tempo. O tempo não é importante em relação a forma em que se dão os fenômenos (PINEDA; ALVARADO; CANALES, 1994).

Optou-se pela abordagem quantitativa, porque expressou-se a realidade, submetendo-a a modelos estatísticos e de acordo com Richardson (1999) o estudo quantitativo caracteriza-se pelo emprego da quantificação tanto das modalidades de coleta de informações, quanto no tratamento delas por técnicas estatísticas.

3.2 Local do Estudo

O estudo foi desenvolvido em uma instituição pública do município de Macapá no Centro de Reabilitação do Amapá – CREAP, órgão fundado em 1991, pertencente ao Governo do Estado do Amapá, na Secretaria de Estado da Saúde. Situa-se na Rua Tiradentes 117, Centro. Tem por objetivo promover a reabilitação do portador de necessidades especiais, por meio de um processo que visa propiciar a ampliação das potencialidades laborais desses portadores, contribuindo para sua inclusão e conseqüentemente para a melhoria de sua QV. Sua missão é promover a reabilitação bio-psico-social do usuário, contribuindo com a melhoria de sua QV. E sua visão é ser referência na excelência do atendimento em reabilitação no cenário nacional.

O diretor do CREAP informou segundo estatísticas de cadastro referentes ao ano de 2011, que 154 pacientes foram vítimas de AT, destes, 70% do sexo masculino e 30% do sexo feminino. Segundo as estatísticas, para cada dez pacientes atendidos no Setor de Traumatologia do CREAP, envolvidos em acidentes considerados de causas violentas, em média, sete são vítimas de AT's, o equivalente a 70% do total. O restante se divide em acidentes com armas brancas (12,44%), de fogo (11%) e agressão física (6%). O CREAP oferece gratuitamente a esses pacientes serviços de reabilitação física e psicológica durante o tempo necessário para o tratamento.

3.3 Período de Estudo

Esta pesquisa foi desenvolvida no período de 01 de Março de 2012 a 31 de Maio de 2012, na cidade de Macapá.

3.4 Participantes do Estudo

A população da pesquisa foi composta por 50 participantes, sendo constituída por pacientes vítimas de AT's que estavam em atendimento de reabilitação no CREAP no período da coleta de dados, independente se estavam no início ou no final do tratamento. Eram identificados através dos registros do prontuário ou pelos profissionais de fisioterapia. Para coleta dos dados foram realizadas visitas diárias ao CREAP nos períodos matutino e vespertino e, aqueles indivíduos que atenderam aos critérios de inclusão, que eram: ser vítima de AT, ter idade mínima de 18 anos, ser alfabetizado e aceitar participar da pesquisa assinando o termo de consentimento livre e esclarecido, foram incluídos no estudo. Adotou-se como critério de exclusão: idade inferior a 18 anos e analfabetos.

É importante esclarecer que a maioria das vítimas de AT é acometida por traumas ortopédicos, estes demandam longo período de reabilitação, portanto, o período da coleta de dados foi de três meses porque devido o longo período de

reabilitação das vítimas, só há entrada de novos pacientes a medida que os antigos recebem alta, então, ao final do terceiro mês já havia sido entrevistados todos os pacientes que estavam em tratamento no período e através de informações fornecidas pelos fisioterapeutas não havia previsão de alta tão cedo para que novos pacientes pudessem então ser chamados.

3.5 Técnica de Coleta e Análise de Dados

3.5.1 Instrumento da Coleta de Dados

Para o alcance do objetivo proposto para o presente estudo, foram utilizados dois instrumentos. Um questionário (APÊNDICE A) que buscou identificar as características sócio-demográficas, que consta de informações acerca das seguintes variáveis de interesse: sexo, escolaridade, faixa etária, procedência, profissão, sequelas em decorrência ao acidente, renda, mudanças de vida após o AT e características do AT; e o questionário WHOQOL – abreviado (ANEXO A), questionário genérico de avaliação da vida – *World Health Organization Quality of Life* – versão em português desenvolvido pelo grupo de Qualidade de Vida da OMS.

Optou-se pela utilização deste questionário, devido sua natureza multidimensional da QV e também por ser um instrumento transcultural exercendo um papel importante no estudo e avaliação da QV em nível internacional.

O WHOQOL – Abreviado consta de 26 questões. Duas questões são gerais de QV, ao passo que as demais representam cada uma das facetas que compõem o instrumento original. E é composto pelos domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente (*THE WHOQOL GROUP, 1995*).

Os dados obtidos por meio do WHOQOL – Abreviado devem ser analisados em função de cada domínio, pois neste instrumento não se pode utilizar um escore total de QV, já que ele foi desenvolvido a partir da premissa de que QV é um constructo multidimensional, não cabendo a soma de itens referentes a diferentes domínios. É utilizada uma escala tipo *Lickert*, com valor numérico de 1 a 5, onde escores são invertidos em função de 1=5, 2=4, 3=3, 4=2, 5=1, para as

seguintes questões: 3, 4 e 26. Para as demais questões quanto maior o escore, melhor é a QV e quanto menor o escore, pior é a QV.

3.5.2 Análise dos Dados

Para análise dos dados foi utilizada a estatística descritiva que “compreende o manejo dos dados para resumi-los ou descrevê-los, sem ir além, isto é, sem procurar inferir qualquer coisa que ultrapasse os próprios dados” (FREUND; SIMON, 2000), foca somente em resumir, descrever ou apresentar dados (COLLIS; HUSSEY, 2005).

A partir da definição de estatística descritiva apresentada por Freund e Simon (2000), tem-se que as formas mais comuns de se resumir os dados ou descrevê-los é através de tabelas ou gráficos.

Nesse sentido, Hair Jr. et. al (2005) asseveram que, muitas vezes, se consegue descrever alguma situação através da pesquisa descritiva “[...] com uso de estatísticas descritivas, o que inclui contagens de frequência (quantidade), medidas de tendência central como a média ou moda, ou uma medida de variação, como o desvio padrão”.

Os dados obtidos por meio do WHOQOL-BREF foram trabalhados em função de cada domínio, pois neste instrumento não se pode utilizar um escore total de QV.

Os dados foram categorizados e processados em planilha dos Softwares Excel 2007 e Bioestat 5.0 (Ayres, 2005). Os dados foram submetidos a análises estatísticas descritivas e inferenciais.

Análise de variância foi realizada para comparações de médias dos domínios do WHOQOL-BREF. Para isso, foi empregado o teste não paramétrico *Kruskal-Wallis* para a ANOVA.

Teste Qui-quadrado foi realizado entre a variável categórica sexo. A associação entre os escores dos domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente do WHOQOL-BREF e as variáveis sociodemográficas das vítimas de AT foram exploradas por modelos de Regressão Linear Múltipla. No ajuste desses modelos, o coeficiente de determinação (R^2) fornece uma estimativa da proporção

da variabilidade de cada domínio explicada pelo conjunto de variáveis estudadas. Ressalta-se que para todas as análises adotou-se o nível de significância de 5% $\alpha=0,05$ ou $p<0,05$.

3.6 Ética em Pesquisa

Primeiramente, foi elaborado o projeto de pesquisa e apresentado a uma banca de doutores pertencentes ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da UNIFAP, após aprovação pela banca, o projeto de pesquisa foi protocolado e homologado através do certificado de aprovação expedido pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFAP – CEP UNIFAP (ANEXO B), seguindo, assim, o que determina a Resolução n.º 196 de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, por se tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996).

Foi solicitado também, autorização à Direção do CREAP para realização deste estudo no referido centro.

Após a autorização da diretoria do CREAP e parecer consubstanciado do CEP – UNIFAP, houve a realização de um levantamento prévio naquele centro, no setor de fisioterapia, para verificar as informações da demanda e os horários de atendimento dos usuários.

Com o levantamento da demanda, foram mapeados os nomes dos usuários do CREAP, dias, horários e o setor onde realizavam o tratamento e os profissionais que os atendiam.

Desta forma, o usuário era localizado e havia a apresentação da pesquisadora, que explicava os objetivos, justificativa e os direitos enquanto participantes; então, era realizado convite para participação. Os que aceitavam, preenchiam duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), ficando uma via com o participante e outra com a pesquisadora.

É importante ressaltar que as aplicações dos instrumentos foram feitas no mesmo dia em que os participantes realizavam o tratamento ou avaliação de fisioterapia, antes ou após o tratamento, com a finalidade de não comprometer os atendimentos fisioterápicos.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos dados visa garantir a interpretação, a fim de proporcionar um maior entendimento dos resultados, pois deve ser concisa e confiável. Para Barros e Lehfeld (1990, p. 61), “interpretar significa buscar o sentido mais explicativo dos resultados da pesquisa. Significa ler através dos índices e dos percentuais obtidos a partir da medição dos dados”. Os mesmos autores demonstram em sua discussão que “relacionar as descobertas feitas durante o estudo com o que já existe na literatura é fundamental para que se possam tomar decisões mais seguras sobre as direções em que vale a pena concentrarmos os esforços e as atenções”.

Os resultados foram organizados em tabelas e gráficos. Para descrever o perfil da amostra foram construídas tabelas de frequência das variáveis categóricas: sexo, idade, escolaridade, situação profissional, renda, religião, perfil do AT, perfil das sequelas, com valores de frequência absoluta (n) e relativa (%).

A apresentação dos resultados foi dividida em duas partes. Na primeira, consta a caracterização sociodemográfica da amostra; na segunda, o escore geral de QV dos domínios do WHOQOL-BREF, o escore das facetas e a correlação dos domínios de QV com as principais variáveis demográficas.

4.1 Caracterização sociodemográfica da amostra

Apresenta-se a seguir o perfil dos indivíduos com sequelas de AT, na população estudada.

TABELA 1 – Perfil Sócio Demográfico da Amostra

Variáveis	Categorias	n	%
Sexo	Masculino	27	54,00
	Feminino	23	46,00
Faixa Etária	< 20	1	2,00
	20 — 39	32	64,00
	40 — 59	16	32,00
	60 — 69	1	2,00
Estado Civil	Casado	12	24,00
	Divorciado	1	2,00
	Solteiro	23	72,00
	Viúvo	1	2,00
Escolaridade	Ensino Fundamental Completo	3	6,00
	Ensino Fundamental Incompleto	11	22,00
	Ensino Médio Completo	22	44,00
	Ensino Médio Incompleto	5	10,00
	Nível Superior Incompleto	8	16,00
	Pós-graduação Completa	1	2,00
Renda em salários mínimos	Até 1 salário	13	26,00
	De mais de 1 a 3 salários	20	40,00
	De mais de 3 a 5 salários	10	20,00
	Acima de 5 salários	7	14,00
Situação Profissional	Empregado em exercício	13	26,00
	Empregado afastado	10	20,00
	Desempregado	6	12,00
	Desempregado Após o AT	21	42,00
Religião	Católica	31	62,00
	Evangélica	13	26,00
	Outras	6	12,00
Condição no momento do AT	Condutor Bicicleta	5	10,00
	Condutor Carro	4	8,00
	Condutor Moto	19	38,00
	Passageiro Carro	4	8,00
	Passageiro Moto	16	32,00
	Pedestre	2	4,00
Motivo de Descolamento	Trabalho	20	40,00
	Consumo de Bens/Serviços	8	16,00
	Lazer	16	32,00
	Outros	6	12,00
Sequelas decorrentes do AT	Lesão em Membro Superior	24	32,43
	Lesão em Membro Inferior	40	54,05
	Outros	10	13,51

Fonte: Dados coletados na pesquisa.

Ao observar a tabela 1, a qual retrata as características sociodemográficas: considerando-se o sexo, dos 50 acidentados entrevistados, 54% eram do sexo masculino e 46% eram do sexo feminino. O resultado do teste χ^2

=0,32 (GL=1; p=0,67) indica que as diferenças entre os gêneros não são significativas. Este resultado reflete o encontrado em outros estudos que também apontam que homens e mulheres estão sujeitos igualmente aos AT's.

Como se pode depreender, quanto à faixa etária, a média de idade dos acidentados foi de $37,36 \pm 12,87$, com amplitude de 19 a 69 anos. Do total dos acidentados entrevistados, 1 (2%) tinha 19 anos, 17 (34%) tinham entre 20 e 29; 15 tinham de 30 a 39 anos; 10 tinham entre 50 e 59 anos; e somente um acidentado tinha 69. A maior incidência variou de 20 a 39 anos com total de 64%, seguida de vítimas com idade de 40 a 59 anos com 32% de ambos os sexos do período estudado.

Quanto aos resultados apresentados sobre o perfil sociodemográfico da população nas variáveis de sexo e idade, o encontrado está de acordo com o que a OMS (2004) afirma: que a maioria dos indivíduos acidentados no trânsito no mundo inteiro são jovens, na faixa etária que varia de 15 a 44 anos.

Em estudo realizado em Londrina, por Andrade e Mello Jorge (2000) foram observadas as características das vítimas por acidentes de transporte terrestre, as mulheres predominaram como passageiras de carros ou motos, e as autoras se referem à possibilidade de estar havendo uma igualdade entre os sexos com relação ao AT em futuro próximo, lembrando uma tendência de aumento da participação feminina na condução de veículos (ANDRADE; MELLO JORGE, 2000). Esta constatação foi confirmada na presente pesquisa, pois, identificou-se não ser significativa a diferença estatística entre os sexos.

O estudo de Davantel et al. (2009) comprova esta tendência, tendo sido observado que a maioria das mulheres envolvidas era condutora (65,3%), mostrando que um novo perfil já começa a se evidenciar.

Não obstante, Catchpole et al. (1994) observaram que homens ou mulheres jovens estão sujeitos igualmente aos AT's, os homens por maior exposição e negligência e as mulheres por inexperiência e menor habilidade.

Esse perfil é consequência, provavelmente, da maior exposição masculina e de jovens no trânsito e por comportamentos determinados social e culturalmente, que os fazem assumir maiores riscos na condução de veículos, como maior velocidade, manobras mais arriscadas, uso de álcool, entre outros.

Nesse contexto, as mulheres, também estão mais expostas por estar ocorrendo, nos últimos anos, uma clara tendência de aumento da participação

feminina na condução de veículos automotores, devido a sua crescente inserção no mercado de trabalho, maior independência e conseqüente maior exposição ao tráfego das cidades.

Entretanto, a maioria dos estudos ainda mostra uma maior incidência do sexo masculino, fato afirmado nas pesquisas de Malvéstio e Sousa (2002); Neves (2003); Fernandes (2004); Marín e Queiroz (2000); Andrade e Mello-Jorge (2000); Mello-Jorge; Gawryszewski e Latorre (1997); Barros et al. (2003); Bastos, Andrade e Soares (2005); Brito et al. (1996); Klein (1994) e Sallum e Koizumi (1999), que identificaram na população estudada, vítimas de AT's uma faixa etária de adultos jovens acometidos por agravos traumáticos à saúde e com maior incidência no sexo masculino. Conforme Tapia Granados (1998) em todos os países a mortalidade em mulheres vítimas de AT's é menor que nos homens de todas as idades.

Quanto ao gênero, os homens mostraram-se mais propensos ao envolvimento em AT's, em alguns estudos este risco foi considerado duas vezes maior do que o das mulheres (WORREL et al., 2006, CHIAOUTAKIS et al., 2002; KARLAFTS et al., 2003; LAM, 2002; TRAVIS et al., 2001).

Bastos, Andrade e Soares (2005) citam que teorias sobre o comportamento têm algumas hipóteses explicativas para o fato de os adolescentes e adultos jovens serem mais acometidos por acidentes e violências. Inexperiência, busca de emoções, prazer em experimentar sensações de risco, impulsividade e abuso de álcool ou drogas são termos associados aos comportamentos de adolescentes e adultos jovens que podem contribuir para a maior incidência de AT's nessas faixas etárias.

Em uma pesquisa realizada sobre QV em pessoas com lesão medular traumática, detectou-se que entre as causas que levaram ao desenvolvimento da lesão medular a principal foi o trauma por AT e entre os participantes da pesquisa houve uma predominância do sexo masculino (84,7%) e, em relação à média da idade, esta era de 31,3 anos e um desvio padrão de 11 anos (BAMPI; GUILHEM; LIMA, 2008).

Corroboram também, os dados sobre idade desta pesquisa, o estudo realizado em um ambulatório de medicina física e de reabilitação de um hospital governamental no estado de São Paulo, sobre QV sob a ótica das pessoas que apresentam lesão medular, sendo que 100% dos pacientes entrevistados estavam na faixa etária de 23 a 40 anos, cuja idade média foi de 35, 8 anos e a principal

causa da lesão foi o trauma por AT (LOUREIRO; FARO; CHAVES, 1997). Além disso, há ainda os resultados dos estudos de Anjos et al. (2007) e Custódio et al. (2009).

Em relação ao estado civil das vítimas, a maioria era solteira, com 72% do total e a minoria era viúva, com 2%. Os demais acidentados eram de outros estados civis. De forma geral, a maioria das vítimas tinha o ensino médio completo (44%), seguido de vítimas com o ensino fundamental incompleto (22%). A escolaridade com menos representantes foi a pós-graduação, com somente 2% do total, como apresentado na tabela 1.

Bampi, Guilhem e Lima (2008) encontraram em sua pesquisa a maioria dos participantes solteiros (61,3%), com o ensino fundamental (53,2%), vale destacar que, na amostra dessa pesquisa, 49,6% era proveniente de AT.

Dados semelhantes ao da presente pesquisa foram encontrados ao analisar o perfil socioeconômico em pacientes vítimas da violência no trânsito, em Anjos et al. (2007), os quais constataram na amostra que 40% dos condutores de veículos a motor tinham o ensino médio completo. Oliveira e Sousa (2006) constataram que 54,54% tinham menos de 8 anos de estudo, e 45,46%, mais de 8 anos de estudos. Magalhães (2006) também detectou predomínio do segundo grau completo (11 anos) nas vítimas de AT participantes de seu estudo.

A mesma realidade foi encontrada por Ramos (2008) em sua pesquisa que visou caracterizar os AT's e gravidade do trauma em vítimas atendidas no hospital de Urgências em Natal, mostrando em seus dados sobre escolaridade que a maioria da população, 147 (24%), possui o nível médio completo.

Mauro (2001) e Santos, Soler (2007) obtiveram como resultado, o predomínio das vítimas solteiras (41%); o mesmo fato ocorreu com Maia (2006), ao analisar a mortalidade por atropelamento em São Paulo/SP, onde 49% das vítimas eram solteiras. Dados semelhantes foram encontrados por Souza; Cavenaghi e Alves (2006), ao detectarem a sobremortalidade dos solteiros, evidenciando a maior exposição desses sujeitos ao risco de morte. Os autores ainda concluem que a ausência de uma esposa/companheira pode influenciar no comportamento masculino no trânsito, fazendo com que os homens solteiros se preocupem menos com suas próprias vidas.

Em termos de renda, encontra-se, conforme a tabela 1 que, a média de renda foi de $5,65 \pm 5,19$ salários, sendo a que a maioria (40,0%) recebe entre 1 a 3

salários mínimos e, 14% recebem mais de 5 salários mínimos. Vale destacar, que na época da pesquisa o valor do salário mínimo correspondia a R\$ 622,00 (BRASIL, 2012).

Diante do postulado, observa-se que a renda baixa é reflexo de uma situação profissional nada favorável, revelada pelos dados encontrados e expostos a tabela 1. Quanto à situação profissional das vítimas, onde se detectou que a maioria (42%) estava desempregada após o acidente, 26% estavam empregados e em pleno exercício da profissão, 20% estavam empregados, mas afastados de suas atividades (licença) e 12% estavam desempregados desde antes do acidente.

Esta realidade foi confirmada em alguns estudos em que os autores alertam quanto ao fato dessas vítimas serem jovens, em plena idade produtiva, o que pode comprometer, em algumas situações, a renda familiar. Pois, a maioria desses indivíduos deixa de trabalhar temporária ou permanentemente, em decorrência das sequelas de suas lesões, diminuindo a QV tanto do paciente como da família e contribuindo para a diminuição da força de trabalho futuro (MALVÉSTIO; SOUSA, 2000; RIBAS FILHO et al., 2002; OLIVEIRA e SOUZA, 2003).

O predomínio da renda variando entre 1 a 3 salários mínimos, tem sido registrado em muitos estudos que envolvem acidentes e violências de natureza traumática, como nos estudos de: Ramos (2008), Anjos et al. (2007), Mauro (2001), Duailibi, Pinsky e Lorangeira (2007) e se confirmou verdadeiro no presente estudo, como se pode avaliar na tabela 1.

Entretanto, Marin-León e Vizzotto (2003) em estudo realizado com universitários, vítimas de AT encontraram dados divergentes aos desta pesquisa, pois, a maior proporção dos condutores com envolvimento em AT pertencem a famílias com renda elevada (igual ou superior a 27 salários mínimos) e que têm 3 ou mais carros. Os autores ainda alertam quanto a presença da variável sócio-econômica “renda elevada”, pois, representa uma exposição maior ao risco pela maior disponibilidade de uso de carro.

Destarte, aponta-se a situação renda como importante fator que pode influenciar a QV do indivíduo, pois, observa-se na pesquisa que a maioria das vítimas tinha como renda familiar até 2 salários mínimos e que muitas ficaram desempregadas após o AT.

Neste caso, a situação financeira é o ponto de referência das dificuldades que as vítimas irão enfrentar, o que agrava mais o mecanismo de enfrentamento

desta situação, devido a impossibilidade destas trabalharem, em decorrência das sequelas. Assim sendo, para os que tem família que dependem financeiramente, a situação é mais complexa, uma vez que, as sequelas deixam essa vítima com limitações no processo de viver, com conseqüente incapacidade de tomada de decisão acerca do autocuidado e situações trabalhistas.

Corroborando com o pensar, Dornelas (2010) refere que o indivíduo acidentado, durante o período de reabilitação, tem prejuízo na vida produtiva, devido ao afastamento do trabalho durante o processo de recuperação, em uma sociedade onde o indivíduo é valorizado de acordo com sua produção e riqueza, recai sobre o indivíduo a imagem de inutilidade o que pode prejudicar sua QV. O que é concordante com Steadman-Pare et al. (2001) que destacaram a dificuldade de retorno ao trabalho pós AT como indicadores de prejuízo na QV.

Quanto à variável religião, a tabela 1 mostra que a maioria dos acidentados eram católicos (62,0%), sendo 26,0% evangélicos e 12,0% declararam ter outros tipos de religião.

Corroborando com os resultados desta pesquisa, Ramos (2008) detectou quanto a variável religião que a maioria (74,9%) de seus participantes eram católicos, seguida dos evangélicos, 11,4%.

Tais dados são ratificados pela realidade do Brasil, pois dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE apontam que a pesar do crescimento da pluralidade de religiões no Brasil, a predominância da religião católica ainda é evidente (BRASIL, 2006).

Cabe ainda mencionar que, alguns autores acreditam que a crença religiosa determina o comportamento do indivíduo face à doença (ARAÚJO, 1976). A prática da oração é capaz de provocar alterações fisiológicas favorecendo o bem estar e a saúde dos indivíduos que a exercita (LEVIN, 2004). O que pode ter correlação direta com a QV do indivíduo.

Referente à variável condição da vítima no momento do AT, a maioria (56%) dos indivíduos estavam como condutores, sendo: 38% de moto, 8% de carro, 10% de bicicleta e 40% como passageiros (sendo 32% de moto e 8% de carro). Estes dados demonstram o quanto é necessário desenvolver comportamentos seguros no trânsito, e remete à reflexão de algumas questões relacionadas ao processo de formação dos condutores e aos comportamentos inadequados dos indivíduos no trânsito, que, de acordo com Rozestraten (1996), no Brasil é precário,

bem como o baixo nível de educação para o trânsito, fazendo com o que os índices de acidentalidade aumentem a cada dia.

Diante de tais dados, é importante considerar que a moto por ser um veículo de valor aquisitivo baixo se comparado ao dos automóveis de quatro rodas, a torna mais acessível e, portanto, mais comum. Ao mesmo tempo, não se observa uma maior preocupação pela segurança dos indivíduos que a utilizam. O que, por sua vez, pode justificar a alta prevalência de AT envolvendo condutores e passageiros de moto.

Dados semelhantes foram encontrados por Ramos (2008) em seu estudo de caracterização de AT e gravidade do trauma, evidenciou o predomínio dos AT's envolvendo os condutores de moto. Soares (2003) observou em seu estudo a prevalência dos motociclistas sobre as demais vítimas.

Quanto ao deslocamento realizado pelo participante, no momento do acidente, 40% estavam em atividades de trabalho, 32% em atividades de lazer, 16% estavam em atividades de consumo de bens e serviços e 12% referiram outras situações.

Confirmam, os dados encontrados nesta pesquisa os autores Queiroz e Oliveira (2003) e Oliveira e Sousa (2003), em um estudo realizado com motociclistas e AT, constatou-se que 45,9% realizavam atividades relacionadas ao trabalho remunerado, 29,5% estavam em atividades de lazer, 24,6% realizavam outras atividades, como: transporte de familiares, deslocamento para compras e pagamentos, atividades religiosas ou residência de familiares.

Nas sequelas em decorrência ao AT, demonstradas na tabela 1, as lesões mais frequentes estão nos membros inferiores, representando 54,5%, seguidas das sequelas nos membros superiores (32,43%) e na categoria outros, 13,51%, esta se refere à lesão dos ligamentos do tornozelo, queimadura da panturrilha, fratura de costela, lesão do plexo braquial, traumatismo crânio encefálico e fratura de clavícula.

Em face do exposto, vale ressaltar que sendo os membros inferiores os mais atingidos pelas fraturas, sabe-se que este tipo de lesão ocasiona um período de permanência hospitalar significativo devido a possíveis cirurgias, imobilizações, trações e fisioterapias o que também promove maior perda laboral dos dias de trabalho da vítima, pois a mesma passa por período significativo com restrições de locomoção, além de na maioria dos casos tornarem as vítimas parcialmente dependentes de alguns cuidados. Vale salientar ainda as possíveis sequelas

permanentes oriundas dessas fraturas que modificarão de maneira singular a vida das vítimas.

Esse aspecto foi constatado por Silveira (2011) ao identificar como importante a ser avaliado, o estado emocional desse indivíduo e de seu contexto familiar, que, de um dia para outro, passa da condição de atuante (em vários aspectos: profissional, social, escolar, religioso e afetivo) para a perda da autonomia e liberdades pessoais, tendo de alguma maneira um impacto nas suas emoções e na sua percepção enquanto indivíduo.

No seu estudo, Craig (1983 apud KOIZUMI, 1992) concluiu que as injúrias dos membros inferiores são as maiores causas de morbidade e permanência prolongada no hospital. Sobretudo, há unanimidade entre os autores de que as fraturas dos membros, principalmente os inferiores, são as lesões mais recorrentes nos casos não fatais.

Corroborando ainda, com os resultados desta pesquisa, Anjos et al. (2007), em um estudo realizado sobre o perfil socioeconômico e características do acidente dos pacientes vítimas de violência no trânsito, averiguou que ocorreu lesões nos membros inferiores (59,70%), membros superiores (58,21%) e na região da cabeça (31,34%).

Para o estudo de Debieux et al. (2010), sobre lesões do aparelho locomotor nos acidentes com motocicleta detectaram que 53,9% da amostra tiveram lesões nos membros inferiores, 41,1% nos membros superiores, 3,1% no segmento cefálico e 2,8% na coluna, sendo que 19,1% se localizaram no joelho, 9,7% no tornozelo, 9,6% na mão, 8,5% na perna, 8,4% no ombro, 8,2% no cotovelo e 7,4% no pé. O que se confirma no estudo de Oliveira e Sousa (2003) em que a maior parte das vítimas motociclistas, 40 (59,70%), foram acometidas de lesões nos membros inferiores, seguidas pelas vítimas com lesões nos membros superiores, por ocasião do acidente.

Os mesmos resultados foram encontrados por Silveira (2011) em sua pesquisa sobre QV e sequelas de AT, em que identificou que as lesões mais frequentes estão nos membros inferiores (65%), seguidas das nos membros superiores (46%) e na categoria outros (12%). A autora constatou que os participantes com lesões nos membros inferiores estão com uma pior QV, o que pode estar relacionado a um grau maior de dificuldades para a locomoção, para o trabalho, esporte, vida social, nível de independência do indivíduo em várias

atividades, afetando até a sua autoestima, pois, em muitos casos, torna-se necessário utilizar fixador externo Ilizarov, muletas, cadeira de rodas ou sonda vesical de demora, podendo causar uma inibição da aparência física, bem como impedimentos para atividades laborais e sociais.

TABELA 2 – Distribuição das Vítimas de AT envolvendo moto e carro, segundo o tipo de Equipamento de Proteção Individual – EPI.

Variáveis	Categorias	n	%
Uso de Capacete	Sim	32	91,43
	Não	3	8,57
Uso de Cinto de Segurança	Sim	6	75,00
	Não	2	25,00

Fonte: Dados coletados na pesquisa.

A análise da tabela 2 mostra que, das 35 vítimas de AT que estavam na condição de condutor ou passageiro de moto, 91,43 % utilizaram o capacete e 8,57% referiram não utilizá-lo na ocasião do AT. E das 8 (oito) vítimas de AT que estavam na condição de condutor ou passageiro de carro, 75% utilizaram o cinto de segurança e 25% não utilizaram.

Embora, a utilização de capacete e/ou cinto de segurança seja considerada de uso obrigatório no Brasil, incluindo penalidades a sua não utilização, observa-se que ainda não é utilizada com a frequência desejada pela população, refletindo nos dados ora apresentados e gerando um agravamento no quadro clínico nas vítimas de AT que não os utilizam.

Pesquisa realizada por Labiak et al. (2008), verificou que com relação ao comportamento no trânsito, a utilização do cinto de segurança pelo condutor apresentou frequência de 89,46% (263) no sexo feminino, e 83,68% (159) no masculino. Stocco et al. (2002), encontraram que, entre os condutores de automóveis acidentados, 95,92% usavam cinto de segurança e entre os motociclistas 100% usavam capacete.

Corroborando com o pensar, Anjo et al. (2007) verificaram em sua pesquisa que, em 74% das vezes em que aconteceram os AT's, os condutores de automóvel usavam cinto de segurança e, em 92% dos eventos, os motociclistas usavam capacete.

Contrapondo os resultados, Ramos (2008) mostrou que apenas 53,4% das vítimas utilizaram EPI, tendo o capacete sido utilizado 49,4% vezes e o cinto de segurança 4%. Resultado parecido foi encontrado por Casanova (2005) em pesquisa realizada no México, onde 93,9% das vítimas referiram não encontrar-se em uso de

cinto de segurança.

Proporcionando visão numa perspectiva mais ampla, em estudo realizado na Itália por Valente et al. (2002), constatou-se um risco 13,27 vezes maior para dano fatal do motorista, quando associado com a “não utilização” do cinto de segurança, evidenciando-se, portanto, a importância da sua utilização. Colaborando com o pensar Richter et al. (2000) advogam que a não utilização deste dispositivo de segurança é constatada entre 72% e 75% dos pacientes hospitalizados.

May e Morabito (1989 apud Koizumi, 1992) analisaram 213 vítimas de acidentes de moto, sendo que 60 (28%) usavam capacetes e 153 (72%) não faziam uso deste equipamento de segurança. Nos últimos, o traumatismo craniano foi mais frequente, tendo sido constatada diferença estatisticamente significativa ao nível de 1% quando comparado aos com capacete.

Os autores Hitosugi, TakAT'su, Shigeta (1999) em pesquisa realizada no Japão, concluíram, por meio de estudo realizado com registro de necropsia de motociclistas, que o uso efetivo do capacete reduziu, de forma significativa, a gravidade das lesões de cabeça e pescoço, mas não teve nenhum efeito na gravidade total das lesões em outras partes do corpo.

4.2 Qualidade de Vida Geral dos indivíduos com sequelas de AT estudados na amostra

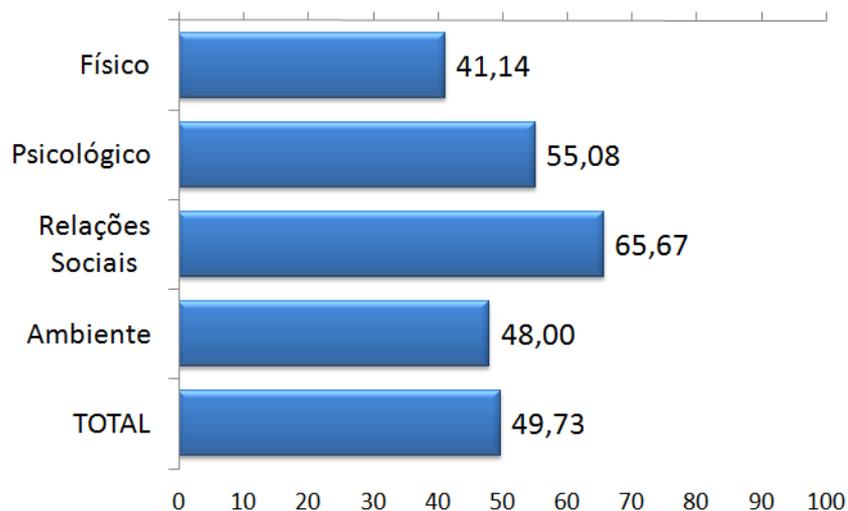
Os resultados encontrados para os quatro domínios e geral avaliados pelo questionário WHOQOL-BREF são apresentados na quadro 3 e gráfico 1. Foram utilizadas as duas formas de apresentação: na quadro 3, apresentação em escala de 4 a 20 e no gráfico 1, em escala de 0 a 100.

QUADRO 3 – Médias, desvios-padrão, coeficientes de variação, valores mínimos, valores máximos e amplitudes dos escores para domínios e geral do WHOQOL-BREF em vítimas de AT com sequelas. Macapá, AP, 2012.

DOMÍNIO	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	COEFICIENTE DE VARIAÇÃO	VALOR MÍNIMO	VALOR MÁXIMO	AMPLITUDE
Físico	10,58	2,86	27,04	5,14	16,57	11,43
Psicológico	12,81	3,05	23,77	6,00	18,67	12,67
Relações Sociais	14,51	3,52	24,26	5,33	20,00	14,67
Meio Ambiente	11,68	2,84	24,27	6,00	19,00	13,00
Auto-avaliação da QV	11,48	3,81	33,17	4,00	20,00	16,00
TOTAL	11,96	2,41	20,18	7,08	18,31	11,23

Fonte: Dados coletados na pesquisa.

GRÁFICO 1 – Avaliação geral da QV dos indivíduos com sequelas de AT por domínio do WHOQOL-BREF.



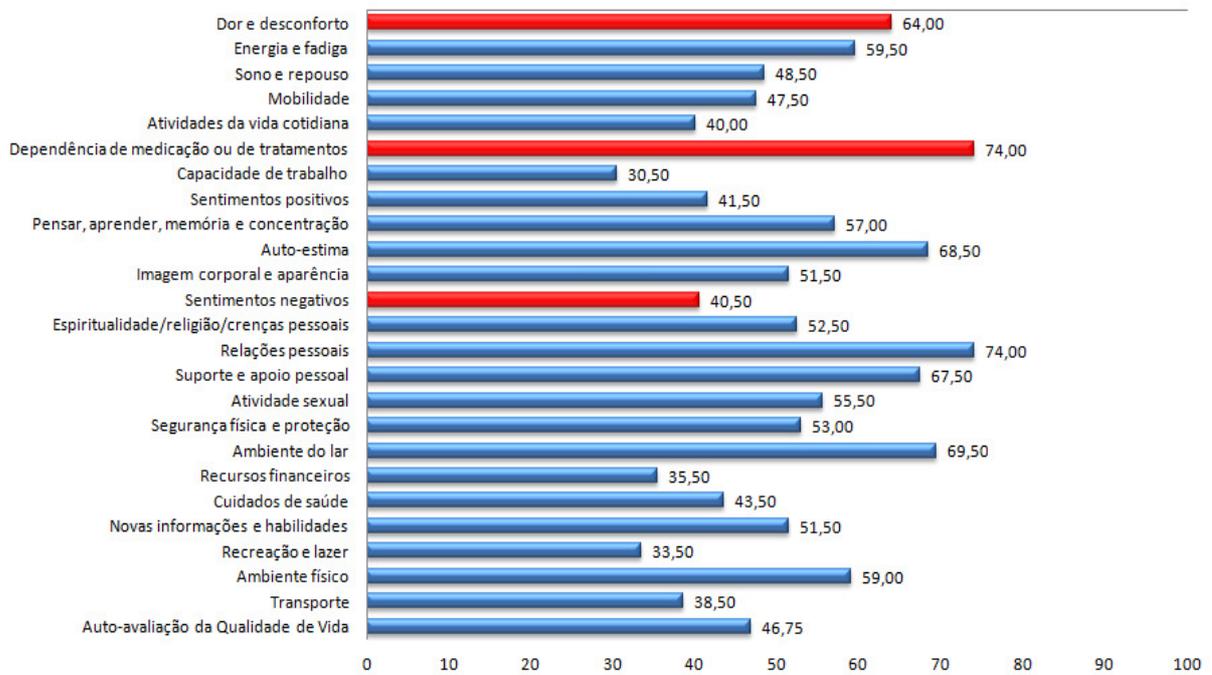
Fonte: Dados coletados na pesquisa.

Analisando o gráfico 1, verifica-se que, na avaliação da QV segundo o WHOQOL-BREF, os indivíduos com sequelas em decorrência do AT possuem escores menores nos domínios Físico (41,14) e Meio Ambiente (48,00). E escore maior, no domínio Relações Sociais (65,67), seguido do domínio Psicológico (55,08). Quanto à avaliação da Qualidade de Vida Geral – QVG obteve-se o escore (49,73). Desta forma, observa-se que o escore médio em todos os domínios do WHOQOL-BREF e no geral foram inferiores a 66 pontos em uma escala de 0 a 100.

Com o intuito de facilitar a análise referente ao escore geral do WHOQOL-BREF por domínio, optou-se por demonstrar a média geral por facetar, por possibilitar

uma melhor compreensão dos aspectos avaliados e o escore alcançado por faceta. Destarte, apresenta-se o gráfico 2.

GRÁFICO 2 – Média geral do WHOQOL-BREF por facetas.



Fonte: Dados coletados na pesquisa.

Diante de tais resultados, referentes aos gráficos 1 e 2, pode-se inferir que os indivíduos com sequelas de AT estão com a QV comprometida principalmente nos domínios Físico e Meio Ambiente, isto é, percebem sua QV segundo a escala de respostas do WHOQOL-BREF (entre ruim a não tão boa/ não tão ruim) quanto a dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos, capacidade de trabalho (facetas que compõem o domínio físico) e também quanto a segurança física, recursos financeiros, cuidados de saúde, informação, recreação e lazer, ambiente físico e transporte (facetas que compõem o domínio Meio Ambiente). Resultados semelhantes a esses foram encontrados por Silveira (2011); Bampi, Guilhem e Lima (2008) e França et al. (2011) os quais avaliaram a QV das vítimas de AT.

Em uma pesquisa realizada com pacientes que sofreram traumas, com o objetivo de avaliar a QV após seis meses de alta hospitalar, utilizando o WHOQOL-BREF, identificaram que os indivíduos vítimas de AT apresentaram diminuição da

QV, tendo o domínio Físico sido o mais afetado e nos domínios Psicológico e Meio Ambiente encontraram escores distantes do esperado para a população geral (ALVES et al., 2009).

Ao analisar os dois piores domínios identificados nesta pesquisa, a saber: Domínio Físico e Domínio Meio Ambiente, tem-se no que concerne ao Domínio Físico: pode-se fazer uma relação que as lesões decorrentes dos eventos traumáticos resultam, frequentemente, em deficiências e incapacidades temporárias ou permanentes, que interferem na capacidade de as vítimas sobreviventes cumprirem tarefas que delas são esperadas, no que diz respeito às atividades diárias, com prejuízos nas ações humanas mais básicas e importantes para o indivíduo, como: mobilidade, trabalho, saúde, autonomia para as atividades cotidianas (o que acaba por gerar a dependência).

Neste caso, a dependência é a primeira dificuldade a ser identificada, pois depende de outras pessoas para realizar as atividades diárias, devido o estado de autonomia, que dá liberdade de movimentar-se, estar comprometido devido sequela. O fato de depender de tratamento prolongado, pois, estão em reabilitação, em que parte do corpo ainda está sem a movimentação dentro do padrão normal, para o exercício de atividades, faz com que a pessoa venha a ter problemas de ordem emocional, em especial aquelas que têm família que do seu trabalho e salário dependem.

Assim sendo, a pessoa ao perder “parcial ou totalmente os movimentos de parte do seu corpo é alterado sua vivência. Esse processo é vivenciado com significado único e pessoal por cada um que pelo processo passa” (ANDRADE; ZANETTI; SANTOS, 2008). Neste contexto, Gomes (1988) refere que o fenômeno em si como se instalou, o comprometimento físico que acarreta e a mudança que pode causar na vida do indivíduo são fontes de lesão emocional. Soma-se a isso o fato de que o paciente em reabilitação não é um doente, é uma pessoa que gozava de saúde perfeita e, em decorrência de um acidente, encontra-se repentinamente hospitalizada ou necessitando de tratamento fisioterápico por longo tempo (BOTEGA, 2002).

Para Barker; Wright e Gonick apud Dunn, (2000), as pessoas com incapacidade física necessitam desenvolver três construtos mentais paralelos relativos à auto-imagem: o corpo intacto, antes do trauma, o corpo alterado com ausência de extremidades ou mudanças nas funções sensoriais e motoras e o corpo

alterado pelo uso de qualquer equipamento adaptativo, como órteses; próteses e cadeira de rodas. A flexibilidade que a pessoa pode se movimentar de sua imagem mental para outra determina o sucesso de sua reabilitação.

As autoras acima ainda advogam que, quando parte do corpo é afetada com perdas físicas, existe também a perda mental, espiritual e existencial, levando a pessoa a redimensionar sua vida. A pessoa vivenciará um movimento existencial para habituar-se a esse novo corpo e incorporar novos hábitos e estilos de vida ao seu mundo.

Desse modo a dependência entendida como fator relacionado à autonomia de cada pessoa, à medida que a condição patológica do trauma oriundo do AT começa a fazer parte do processo de vivência do acidentado, com interferência na sua independência, no seu cuidado e na sua saúde, suas atividades cotidianas e seus relacionamentos, ficam comprometidos. Consonante a todas essas prerrogativas supracitadas, tem-se o comprometimento da QV tão marcada no Domínio Físico.

Em relação ao Domínio Meio Ambiente, é de se esperar que, a percepção da vítima de AT quanto à segurança física e proteção, recursos financeiros, recreação e lazer e transporte possam ter ficado comprometidas devido ao AT, fato que lhe trouxe prejuízos financeiros e como já foi dito anteriormente em muitos casos impossibilidade de trabalhar, fatores que interferem diretamente na segurança e lazer.

A sequela acaba acarretando no indivíduo mudanças não só de ordem física, não só aquelas relacionadas ao corpo anatômico, mas aquelas que são consequências dessas sequelas. As consequências dessas lesões no corpo, que podem ser: as implicações negativas no trabalho, pois, constatou-se que a maioria das vítimas ficou desempregada após o acidente de trânsito e, com perspectivas reduzidas de voltar a trabalhar, pelo menos em um prazo mais curto, em decorrência da constatação de que a maioria das sequelas acontece nos membros inferiores, o que exige por si só um período de reabilitação muito grande, que conseqüentemente reduz as possibilidades de trabalho. Então, como a maioria dessas sequelas implica na falta ou dificuldade na mobilidade, dificilmente as vítimas podem voltar a trabalhar em um curto espaço de tempo.

Com relação ao lazer, observou-se um prejuízo considerável por alguns fatores, como: a falta de mobilidade interfere na prática de lazer de baixo custo e as questões de ordem financeira também influenciam nas possibilidades de lazer. O

que demanda uma questão social significativa, pois acaba gerando conflitos emocionais, de se perceber nessas circunstâncias adversas de improdutividade, de não conseguir dar o sustento adequado à família, somado às mudanças no corpo, geradas pela(s) sequela(s). Essas situações podem ser consideradas como sequelas ocultas, porque não estão sendo identificadas no corpo, mas sim, nos sentimentos, nas impressões, nas percepções dos indivíduos acerca do evento traumático.

Parafraseando Freitas e Mendes (1999), as mudanças ocorridas devido ao trauma nas pessoas que sofreram AT que se prolongam no cotidiano vivenciado, denominado “sequela”, têm forte impacto nas relações com o ambiente físico e social, expresso por novo estilo de vida.

Em face do exposto, é compreensível e visível a diminuição das oportunidades em adquirir novas informações, habilidades e na participação de atividades de lazer/recreação, podendo evidenciar um claro impacto na avaliação da qualidade de vida (SILVEIRA, 2011).

Corroborando com o pensar, a nova situação de vida que a sequela impõe à vítima de AT, ao, primeiramente, gerar mudanças de natureza física, inicia uma sequência de modificações diretas na QV, pois, o físico no ser humano, não é dissociado do seu existir, portanto, as relações interpessoais e meio ambiente são diretamente atingidas e o que se constata são as mudanças, muitas vezes, drásticas das possibilidades de trabalho e recreação.

Capalbo (1994) ressalta que não existe doença sem a pessoa doente. Portanto, na totalidade existencial de sua condição de vida, leva a reflexão de que, os doentes expressam em suas doenças os condicionamentos culturais, sociais e econômicos, nele presentes.

Steadman-Pare et al. (2001) destacaram a dificuldade de retorno ao trabalho pós AT, como indicadores de prejuízo na QV. Neste certame, Magalhães (2006) ressalta que é importante considerar que os condutores avaliados em seu estudo sobre adaptação psicossocial e QV de vítimas de AT, mantinham suas atividades de vida social e profissional sem maiores dificuldades até o momento do acidente, não conseguindo retomá-las com a mesma qualidade após a alta hospitalar. Este dado é um indicador de que o AT caracterizou-se como um evento de impacto negativo, que impôs limites importantes aos envolvidos, com prejuízos da saúde física e mental que impossibilitaram a manutenção da QV.

Quanto aos domínios com os maiores escores, a saber: Domínio Psicológico a média foi de 55,08 e, Domínio Relações Sociais, 65,67. Embora sendo os maiores escores encontrados, revelam percepções de QV comprometidas, segundo a escala de resposta do WHOQOL-BREF, percebidas como nem ruim/nem bom, médio ou mais ou menos.

Neste certame, vale ressaltar que as facetas destes domínios são: Psicológico (sentimentos positivos, pensar, autoestima, imagem corporal, sentimentos negativos e espiritualidade) e, Relações Sociais (relações pessoais, apoio social e atividade sexual).

Nesse contexto, Levine et al. (2000) advogam que a morbidade por AT está associada principalmente a limitações físicas e neurológicas, havendo a necessidade de se identificar, como refere Glover (2000) os aspectos sociais e psicológicos que também podem ser considerados incapacitantes ou prejudiciais à recuperação e adaptação pós AT.

Destarte, é compreensível posto todas as inter-relações negativas da sequela decorrente do AT na vida da vítima, que também, estes domínios não sejam positivos na QV dos mesmos.

Assim, tem-se no Domínio Relações Sociais que, embora a saúde da família e a de seus membros seja diferente, de alguma forma estão interligadas. Pois, a situação de saúde/doença de um dos membros afeta a saúde de toda família. Tal constatação é evidenciada por Elsen, (1984) que em seu estudo enfatiza o quanto uma hospitalização ou uma doença grave pode alterar a dinâmica familiar, já que os papéis precisam ser redimensionados e o estresse permeia as relações interpessoais, gerando, inclusive, uma situação de crise na unidade familiar.

Entretanto, ao avaliar a faceta, relações pessoais, constatou-se como boa a percepção das vítimas com relação ao apoio familiar. Guirardello et al., (1999) advogam a importância desse amparo familiar, a presença de familiares e amigos é muito positiva, pois, reafirma os laços afetivos, fortalece esse reencontro com a vida e é fundamental para retomada da sua identidade.

Quanto ao domínio Psicológico, constata-se pelo fato de que não se pode considerar apenas a questão patológica física da vítima, uma vez que, observa-se através das facetas que a sequela do AT levou a sentimentos negativos e suas associações.

O trauma quando ocasiona incapacidade física, leva o portador da

incapacidade a desenvolver alterações psíquicas e mudanças no comportamento, como reação à incapacidade física (ANJOS, 1991).

Corroborando com o pensar do autor acima, Chine e Boemer (2007) afirmam que há uma infinidade de sentimentos envolvidos no processo de alteração do corpo e, portanto, de todo o existir, já que o corpo tem importância vital enquanto meio de inserção e relação com o mundo, pela percepção. E ainda, a pessoa quando se sente incapaz de cuidar de si mesma, tem afetada sua autoestima e autoconfiança, o que interfere diretamente no processo de aceitação e adaptação da situação patológica (SILVA et al., S/D).

Nesse contexto, Liberman (1997) afirma que o corpo é um registro de lutas e dos embates vividos pelo homem, de um lado, influenciado pelas marcas da subjetividade e, de outro, constitui um campo onde surgem os desejos, os acontecimentos, onde a vida se processa, tornando a existência um conflito permanente. O corpo gera sensações, imagens, emoções, ele “fala” e se expressa. E por esses fatores, a seqüela do AT é vivenciada com sofrimento, o que influencia negativamente na QV.

Loureiro, Faro e Chaves (1997), através de uma pesquisa sobre a QV sob a ótica dos indivíduos com lesão medular, em método qualitativo, concluiu que as modificações orgânicas causaram déficit de locomoção e movimentação dos membros; quanto às modificações comportamentais, houve alteração nos hábitos e ausência de lazer; nas modificações psicológicas, apontaram uma cisão entre o antes e o após a lesão; castigo divino; culpa parcial do acontecido; colocar-se à mercê do destino; desespero pós-lesão; dificuldade de aceitar o fato, embora houvesse conscientização do problema; vergonha da impossibilidade de autocuidar-se e controle das necessidades fisiológicas e sensação de fim da vida. As modificações mais relatadas estão nas categorias psicológicas e sociais, o que demonstra a importância desses aspectos na QV dos indivíduos com lesão medular.

Corroborando com o pensar, Ho et al. (2000) ao estudarem a QV de vítimas de AT's, apontaram para a necessidade de investimentos em programas de reabilitação psicossocial especializados, que tenham por objetivo oferecer suporte social e psicológico, e minimizar o impacto negativo dos AT's para o funcionamento psicológico e para a QV das vítimas.

Com relação à avaliação da QV geral, apresentou média 49,73, score segundo a tabela de respostas do WHOQOL-BREF considerado ruim ou insatisfeito,

o que não é de se surpreender, visto todas as prerrogativas já citadas referentes aos quatro domínios do instrumento WHOQOL-BREF, que foi utilizado na presente pesquisa. Decorrentes das limitações físicas e redução na capacidade funcional das vítimas.

Resultados semelhantes aos da presente pesquisa, foram encontrados no estudo de França et al. (2011), sobre QV de adultos com lesão medular, em que detectou-se quanto a percepção dos participantes relativas a QV o escore de 46,8.

Contraopondo aos resultados desta pesquisa, Silveira (2011) identificou que os indivíduos com sequelas de AT, percebem a sua saúde geral como boa, possibilitando assim, uma melhor QV.

TABELA 3 – Modelo de Regressão Linear Múltipla entre características das vítimas de AT e quatro domínios psicométricos avaliados.

Variável	F	Coefficiente	p	R ² Geral
Domínio Físico				0,2
Idade	0,09	0,02	0,76	
Escolaridade	11,06	1,13	0,002	
Sexo	0,28	0,08	0,6	
Estado Civil	0,17	-0,039	0,68	
Renda	2,32	0,034	0,13	
Religião	0,26	0,05	0,6	
Sequelas Decorrentes do AT	0,23	-0,05	0,62	
Condição	0,006	-0,01	0,9	
R ² Geral = 0,2				
Domínio Psicológico				0,19
Idade	2,06	-0,0199	0,15	
Escolaridade	12,68	0,18	0,001	
Sexo	0,73	-0,1506	0,59	
Estado Civil	0,96	-0,09	0,33	
Renda	1,62	0,031	0,2	
Religião	0,03	0,021	0,85	
Sequelas Decorrentes do AT	4,96	0,25	0,06	
Condição no AT	2,34	0,2	0,13	
R ² = 0,19				
Domínio Relações Sociais				0,17
Idade	1,18	-0,01	0,28	
Escolaridade	6,66	0,59	0,01	
Sexo	0,29	-0,13	0,58	
Estado Civil	3,72	-0,27	0,05	
Renda	1,17	0,03	0,28	
Religião	0,02	-0,02	0,86	
Sequelas Decorrentes do AT	0,03	0,03	0,84	
Condição no AT	0,17	-0,08	0,67	
R ² Geral = 0,17				
Domínio Meio Ambiente				0,28
Idade	0,38	-0,005	0,5	
Escolaridade	12,27	0,95	0,001	
Sexo	0,22	-0,009	0,63	
Estado Civil	2,62	-0,18	0,11	
Renda	3,62	0,05	0,06	
Religião	0,73	-0,11	0,39	
Condição no Atropelamento	0,06	-0,009	0,93	
Sequelas Decorrentes do AT	0,23	-0,05	0,62	
R ² Geral = 0,28				

*Resultados Significativos

Fonte: Dados coletados na pesquisa.

Na tabela 3, a análise de regressão linear múltipla mostra que, a variável com maior associação com todos os domínios foi a escolaridade. Domínio Físico ($p=0,002$), Domínio Psicológico ($p=0,001$), Domínio Meio Ambiente ($p=0,001$) e Domínio Relações Sociais ($p=0,01$). Em todas essas relações o coeficiente foi positivo: quanto maior a escolaridade, maior tende a ser o escore do domínio.

Este resultado pode estar relacionado ao fato do saber/conhecimento do indivíduo gerar a possibilidade de maior renda financeira, o que conseqüentemente proporciona melhor padrão de vida. E também, por poder proporcionar melhor percepção acerca da QV.

Corroborando com o pensar, em um estudo sobre avaliação de QV em pacientes com trauma cranioencefálico, foi constatado que os participantes que apresentaram melhor percepção da QV, tinham maior renda e maior nível educacional (SILVA et al., 2008).

Em um estudo sobre avaliação da QV de vítimas de AT, foi constatado que a medida que aumenta a escolaridade do indivíduo acidentado, aumenta a QV no domínio Meio Ambiente. Pode estar relacionado ao fato de que quanto maior a escolaridade, maior será a percepção da QV em relação à segurança física e proteção; ambiente no lar; recursos financeiros; cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade; oportunidades de adquirir novas informações e habilidades (SILVEIRA, 2011).

QUADRO 4 – Teste de Kruskal-Wallis: $H(3, N=200) = 25.5587$ $p=0,000$.

Domínios	D. Físico - R:90.441	D.Psicológico - R:97.908	D.R.Sociais - R:134.45	D. M. Ambiente - R:79.350
Físico		1.000000	0.000799	1.000000
Psicológico	1.000000		0.010111	0.664188
Relações Sociais	0.000799	0.010111		0.000012
Meio Ambiente	1.000000	0.664188	0.000012	

Fonte: Dados coletados na pesquisa.

Os resultados da Análise de variância quadro 4 permite observar que existem diferenças estatisticamente significantes entre os domínios: Físico e Relações Sociais ($p= 0,0007$) e entre os domínios Psicológico e Relações Sociais ($p= 0,00001$). As outras associações não são significantes entre si.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os acidentes de trânsito configuram um problema de saúde pública no mundo. No Brasil, estes acidentes têm grande magnitude no que refere ao impacto nos índices de morbimortalidade da população geral, em especial da adulta jovem. O indivíduo com sequelas adquiridas após o acidente, pode ter comprometimentos na mobilidade, na vida ocupacional, nas relações sociais, na saúde física e mental, refletindo negativamente na sua qualidade de vida.

As mudanças ocorridas na crescente economia brasileira facilitaram as condições para aquisição de veículos automotores, especialmente motos, refletindo em um aumento considerável na frota de veículos circulantes, o que infelizmente não foi acompanhado por sinalizações adequadas e fiscalizações intensas no trânsito. Fato que, somado ao estilo de vida agitado, decorrente da vida moderna e o baixo nível de educação para o trânsito, convergem de forma decisiva para as elevadas expressões numéricas de ocorrência de acidentes de trânsito no Brasil.

Na população desta pesquisa, detectou-se que não houve diferença estatística significativa entre os sexos, com um número pouco elevado do sexo masculino em relação ao feminino. Houve predominância dos solteiros, católicos, escolaridade ensino médio, na faixa etária de 18 a 39 anos, com a renda de mais de 1 a 3 salários mínimos; sendo que a maioria ficou desempregada após o acidente de trânsito; Quanto à condição no momento do acidente de trânsito, a maioria estava como condutor, e quanto ao motivo do deslocamento no momento do acidente de trânsito, a maioria dos acidentes de trânsito ocorreram durante o trabalho; quanto às sequelas, a maior parte localizou-se nos membros inferiores; quanto ao uso de equipamentos de proteção individual, a maioria dos acidentados envolvendo motos, utilizou capacete e dos que envolveram carros, a maior parte utilizou cinto de segurança.

Os resultados obtidos foram semelhantes com a maioria das publicações informadas, aferindo que as vítimas de acidente de trânsito com sequelas constituem-se na maioria de adultos jovens, em idade produtiva, apresentam impacto negativo significativo na qualidade de vida, representado pela presença de dor e desconforto, dificuldades em desempenhar o trabalho, atividades da vida cotidiana, atividades de lazer, mobilidade, vida social, recursos financeiros diminuídos e presença de sentimentos negativos.

As marcas da violência urbana, caracterizada neste estudo através do acidente de trânsito, ficam impressas em cada sequela de cada vítima, refletindo na

qualidade de vida comprometida, pois de maneira geral, as vítimas de acidente de trânsito apresentaram baixos escores para todos os domínios de qualidade de vida, como foi observado nesse estudo, a saber: Físico: 41,14; Meio Ambiente: 48,00; Relações Sociais: 65,67 e; Psicológico: 55,08. Algumas facetas obtiveram escores discrepantes das encontradas nos demais domínios, dentre as quais: a alta presença de dor e desconforto, dependência de medicamentos ou de tratamentos; vivência de sentimentos negativos; redução da capacidade para o trabalho; comprometimentos financeiros; dificuldade nas atividades da vida cotidiana; percepção da sua segurança física e proteção ameaçada. Os cuidados de saúde e sociais não são vistos como tão disponíveis e com qualidade; a participação e oportunidades de recreação/lazer e de adquirir novas informações e habilidades estão reduzidas.

O atual estudo, possibilitou apreender que as alterações físicas e emocionais vivenciadas pelas vítimas em suas experiências pós acidente de trânsito, evidenciadas pelas sequelas, afetam a qualidade de vida, reflexo do comprometimento da sua percepção acerca de suas condições de vida, do seu bem-estar psicológico, com redução na capacidade para o trabalho, e limitações nos aspectos físicos. Considerando que o acidente de trânsito, evento desafortunado da vida e as sequelas adquiridas através deste, causam limitações ao indivíduo no que diz respeito às atividades diárias mais básicas e importantes, como, mobilidade, trabalho, saúde e autonomia para as atividades cotidianas referentes ao autocuidado. Observam-se, ainda, mudanças abruptas no estilo de vida e na saúde devido às lesões.

Acredita-se que, essas considerações, são suficientes para retratar a importância dos estudos sobre qualidade de vida e acidentes de trânsito em vítimas com sequelas, ao ser identificado o impacto negativo das dificuldades provocadas no indivíduo em decorrência das sequelas. Compreender as experiências vivenciadas relacionadas ao acidente de trânsito, e as modificações corporais e emocionais pelas quais passaram essas vítimas, relacionadas às sequelas e qualidade de vida, podem direcionar importantes mudanças quanto a melhoria da assistência a ser prestada.

Das considerações arroladas nessa pesquisa, suscita-se uma reflexão crítica sobre os problemas relacionados ao trânsito em Macapá-AP e no Brasil, o que impede acreditar que uma única ação resolveria esses problemas. No entanto, o

trânsito é apenas o resultado de como se encontra a sociedade, como esta vê o trânsito e quão importante ela o considera, sobretudo, nele têm prevalecido os interesses individuais em detrimento do interesse coletivo.

Urge então, a necessidade de ações de educação e segurança no trânsito e fiscalização intensificada. Modificações no meio ambiente, como melhoria da sinalização, da iluminação, do sistema de tráfego e das vias públicas, também são fundamentais para a redução de acidentes de trânsito, e só podem ser implementadas através de ações intersetoriais, que contemplem a prevenção dos acidentes de trânsito em todos os seus aspectos, e executadas de forma coordenada, como, por exemplo, tem-se as ações preconizadas pelo Ministério da Saúde, através do Programa de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito: Mobilizando a Sociedade e Promovendo a Saúde.

ALBUQUERQUE, S. M. R. L. **Qualidade de vida do idoso: a assistência domiciliar faz diferença?** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

ALVES, A. L. A. et al. Qualidade de vida de vítimas de trauma seis meses após a alta hospitalar. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 154-160, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n1/6952.pdf>>. Acesso em: 14 fev. 2011.

AMAPÁ. Departamento Estadual de Trânsito. **Estatística** – Capital [período de 2011 a 2012]. Disponível em: <<http://www.detran.ap.gov.br/institucional/158/estatistica>>.

ANDRADE, N. H. S.; ZANETTI, M. L.; SANTOS, M. A. A percepção visual de pacientes com retinopatia diabética, segundo o referencial de Merleau-Ponty. **Revista Enfermagem (UERJ)**, v. 16, p. 249-254, 2008.

ANDRADE, S. M. et al. Comportamento de risco para acidentes de trânsito: um inquérito entre estudantes de medicina na região sul do Brasil. **Revista Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 49, n. 4, p. 439-444, 2003.

ANDRADE, S. M.; MELO JORGE, M. H. P. Características das vítimas por acidentes de transporte terrestre em município da Região Sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, nº. 2, v.34, abril, p.149-156. 2000.

ANJOS, K. C. et al. Paciente vítima de violência no trânsito: análise do perfil socioeconômico, características do acidente e intervenção do serviço social na emergência. **Acta Ortopédica Brasileira**, São Paulo, v. 15, n. 5, p. 262-266, 2007.

ANJOS, L.D. **Atendimento psicológico ao paciente lesado medular no Hospital de Medicina do aparelho locomotor**. [monografia] Brasília: Hospital Sarah, 1991.

ARRUDÃO, M. **Manual de direito automobilístico: Novo código nacional de trânsito (comentado)**. São Paulo: Fulgor, 1966.

BAMPI, L.N.S.; GUILHEM, D.; LIMA, D.D. Qualidade de vida em pessoas com lesão medular traumática: um estudo com o WHOQOL-bref. **Rev. Bras. Epidemiol**, n. 11, v. 1, p. 67-77, 2008.

BARROS, A.J.P.; LEHFELD, N.A.S. **Projetos de pesquisas: propostas metodológicas**. Rio de Janeiro: Vozes, 1990.

BARROS, A. J. D. et al. Acidentes de trânsito com vítimas: sub-registro, caracterização e letalidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 979-986, 2003.

BASTOS, Y. G. L.; ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A. Características dos acidentes de trânsito e das vítimas atendidas em serviço pré hospitalar em cidade do sul do Brasil, 1997/2000. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 815-822, mai-jun. 2005.

BIDERMAN, M.T.C. **Dicionário didático de português**. São Paulo: Ática, 1998.

BOTEGA, N. J. (Org.). **Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: Interconsulta e Emergência**. São Paulo: Artmed. 2002.

BRAGA, M. G. C.; SANTOS, N.. Educação de Trânsito: Alterando as regras do jogo. **Revista de Administração Municipal**, Rio de Janeiro, n. 214, v. 42, jan./mar., p. 81-100. 1995.

BRASIL. **Código de Trânsito Brasileiro**: Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997. São Paulo: Sugestões Literárias, 1997.

BRASIL. INSTITUTO DE PESQUISAS ECÔNOMICA APLICADA - IPEA. **Impactos sociais e econômicos dos acidentes de trânsito nas rodovias brasileiras** – Relatório Executivo – Brasília: IPEA/DENATRAN/ANTP, 2006.

BRASIL. INSTITUTO DE PESQUISAS ECÔNOMICA APLICADA - IPEA. **Seqüelas invisíveis dos acidentes de trânsito**: o transtorno de estresse pós-traumático como problema de saúde pública. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências**: Portaria MS/GM nº. 737 de 16/05/01, publicada no DOU nº 96, seção 1-e, de 18/05/01. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 64 p. (Série E. Legislação de Saúde; nº. 8).

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Impactos sociais e econômicos dos acidentes de trânsito nas aglomerações urbanas brasileiras**: relatório executivo. IPEA: ANTP. Brasília, DF, 2003.

BRASIL. **Resolução nº. 196** de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, conselho nacional de saúde, 10 out. 1996. BRASIL.Ministério da Justiça.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Emprego e Renda**. Salário Mínimo. Brasília - DF. 2012.

BRITO, E. M, et al. Traumatismo crânio-encefálico em vítimas de acidentes de trânsito atendidas no Hospital de Base do Distrito Federal em 1994 e 1995. **Rev Saúde Dist Fed**, 1996; 7:41-9.

CAPALBO, C. **A Fenomenologia Existencial e a experiência do outro**. In: POKLADEK. D. (org). Fenomenologia do cuidar. São Paulo: Vozes, p. 53-59, 2004.

CARVALHO, A. O; BEZ, A. J. Caracterização das vítimas de trauma assistidas por um serviço de atendimento pré-hospitalar. **Revista Einstein**, nº. 3, v. 3, jul/set, p.203-209. 2004.

CATCHPOLE, J. E et al. **Young Drivers Research Program**: the influence of age-related and experience-related factors in reported driving behaviour and crashes. Austrália: Monash University/Accident Research Center; 1994.

CAVALCANTE, F. G.; MORITA, P. A.; HADDAD, S. R. Sequelas invisíveis dos acidentes de trânsito: o transtorno de estresse pós-traumático como problema de saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, p. 1.763-1.772, 2009.

CHACHAMOVICH, E.; FLECK, M. P. A. **Desenvolvimento do WHOQOL-100**. In: FLECK, M. P. A. (Org.). A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais de saúde. Porto Alegre: Artmed, 2008. v. 1. p. 60-73.

CHIAOUTAKIS, M. G. et al. Aggressive behavior while driving as predictor of self reported car crashes. **Journal of Safety Research**, v. 33, p. 431-443, 2002.

CHINI. G.C.O.; BOEMER, M.R. a amputação na percepção de quem vivencia: um estudo sob a ótica fenomenológica. **Revista Latino América de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 2, mar/abr. 2007.

CICONELLI, R. M., Medidas de avaliação de qualidade de vida. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v.43, n.2, p. 9-13, 2003.

COLLIS, J.; HUSSEY, R. **Pesquisa em administração: um guia prático para alunos de graduação e pós-graduação**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

CRAIG, G.R. et al. Lower limb injuries in motorcycle accidents. In: KOIZUMI, M. S. Padrão das lesões nas vítimas de acidente de motocicleta. **Rev. Saúde Pública**. v. 26, n.5, p. 306-15, 1992.

CUSTÓDIO, N. R. O. et al. **Lesão medular no Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo (CRER-GO)**. Coluna/Columna, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 265-268, 2009.

CYRILLO, R.M.Z. **Diagnósticos de enfermagem em vítimas de trauma no atendimento avançado pré-hospitalar móvel**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

DAVANTEL, P. P. et al. A mulher e o acidente de trânsito: caracterização do evento em Maringá, Paraná. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 355-367, 2009.

DEBIEUX, P. et al. Lesões do aparelho locomotor nos acidentes com motocicleta. **Acta Ortopédica Brasileira**, São Paulo, v. 18, n. 6, p. 353-356, 2010.

Departamento Nacional de Trânsito. **Estatísticas gerais de trânsito**. Brasília, 2002.

DORNELAS, L. F. Uso da prótese e retorno ao trabalho em amputados por acidentes de transporte. **Acta Ortopédica Brasileira**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 204-206, 2010.

DUAILIBI, S.; PINSKY, I.; LARANJEIRA, R. Prevalência do beber e dirigir em Diadema, estado de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, v.41, n. 6, p. 1058-1061, 2007.

DUNN, S. **Social psychological issues**. In: FRANK, R.G; ELLIOTT. R. (orgs). **Handbook of Rehabilitation Psychology**. Washington: American Psychology association.

ELSEN, I. **Concepts of health and illness and related behaviour among families living a Brazilian fishing village**. San Francisco: UCSF, 1984. 301p. Tese (Doutorado – Ciências de Enfermagem) – University of Califórnia.

FAYERS, P.M; MACHIN, D. **Quality of life**. Assessment, analysis and interpretation. Chichester: John Wiley, 2000.

FERNANDES, R.J. **Caracterização da atenção pré-hospitalar móvel da Secretaria do Município de Ribeirão Preto – SP**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

FERREIRA, A.B.H. **Dicionário da língua portuguesa**. Curitiba: Positivo, 2010.

FILHO, M., M. Acidentes de trânsito: as consequências visíveis e invisíveis à saúde da população. **Revista Espaço Acadêmico**. N. 128, Jan, 2012 (mensal ano xl pg 148-157).

FLECK, M. P. A. **Problemas conceituais em qualidade de vida**. In: FLECK, M. P. A. (Org.). A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais de saúde. Porto Alegre: Artmed, 2008. v. 1. p. 19-28.

FLECK, M.P.; et al. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). **Rev. Saúde Pública**. n. 33, v.2, p. 198-205, 1999 .

FLECK, M.P.; et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Rev. Saúde Pública**. n. 34, v.2, p. 178-83, 2000.

FLECK, M.P.O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 33-38, 2000.

FRANÇA, I. S. X. et al. Qualidade de vida de adultos com lesão medular: um estudo com WHOQOL-bref. **Rev Esc Enferm USP**. N. 45, v.6, p. 1364-1371, 2011.

FRANZÉN, C.; BRULIN, C.; STENLUND, H.; BJORNSTIG, U. Injured road users' healthrelated quality of life after telephone intervention: a randomised controlled trial. **J Clin Nurs**, v.18, n.1, p. 108-116, 2009.

FREIRE, E. **Trauma**: a doença do século. São Paulo: Atheneu, 2001. v. 2.

FREITAS, M.C. de.; MENDES, M. M. R. Condições crônicas de saúde e o cuidado de enfermagem. Ribeirão Preto: **Revista Latino-Americana**. v. 7; n.5; p: 127-135, dezembro, 1999.

FREUND, J. E.; SIMON, G. A. **Estatística aplicada**. 9. ed. Porto Alegre: Bookman, 2000.

GAWRYSZEWSKI, V. P. et al. A proposta da rede de serviços sentinela como estratégia da vigilância de violências e acidentes. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, supl., p. 1269-1278, 2006.

GAWRYSZEWSKI, V. P.; KOIZUMI, M. S.; MELLO-JORGE, M. H. P. As causas externas no Brasil no ano 2000: comparando a mortalidade e a morbidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 995-1003, jul./ago. 2004.

GIL, A. C. **Como classificar as pesquisas**. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas, 2002.

GLOVER, A. "Is this what life is goin to be like?" The history of a 34 year old man (T) who suffered a severe head injury after a fall. **Disability Rehabilitation**; v. 22, n. 10, p. 471-7, jul. 2000.

GONÇALVES, F.; MORITA, P. A.; HADDAD, S. **Seqüelas invisíveis dos acidentes de trânsito**: o transtorno de estresse pós-traumático como problema de saúde pública. Brasília, DF: IPEA, 2007. (Texto de Discussão, n. 1.291).

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO, 1993. Prevenção de Deficiências: Segurança no Trânsito. São Paulo: Programa Estadual de Atenção à Pessoa Portadora de Deficiência/Secretaria da Saúde/Secretaria de Transportes.

GREVE, M.D.J. Acidentes nas calçadas **Revista ABRAMET**, São Paulo, n. 47, p. 20-23, fev. 2006.

GUIRARDELLO, E. B. et al. A percepção do paciente sobre sua permanência na unidade de terapia intensiva. São Paulo: **Revista Escola de enfermagem USP**, v.33; n.2; p. 123-129, Jun. 1999.

HAIR JR., J. F. et al., **Fundamentos de métodos de pesquisa em administração**. Porto Alegre: Bookman, 2005.

HEERDT, M. **O desafio da qualidade de vida.** Jornal Missão Jovem, 2007.

HITOSUGI, M.; TAKATSU, A.; SHIGETA, A. Injuries of motorcyclists and bicyclists examined at autopsy. **Am J Forensic Med Pathol** 1999 September; 20(3):251

HO, R. *et al.* The impact of motor vehicle accidents on the psychological well-being of at-fault drivers and related passengers, **Journal of Health Psychology**, v. 5, n. 1, p. 33-51, jan. 2000.

IUNES, R.F. Impacto econômico das causas externas no Brasil: um esforço de mensuração. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, p. 38-46, 1997.

KAPLAN, R.M. **Quality of life, resource allocation, and the U.S. Health - care crisis.** In: Dimsdale JE, Baum A, editors. Quality of life in behavioral medicine research. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 1995. p. 3-30.

KARLAFTS, M. G., KOTZAMPASSAKIS, J., KANELLAIDIS, G. An Empirical Investigation of European driver's self assessment. **Journal of Safety Research**, v. 34, p. 207-213, 2003.

KLEIN, C.H. Mortes no trânsito do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad Saúde Pública**, 1994; 10 Suppl 1:168-76.

KOIZUMI, M. S. Padrão das lesões nas vítimas de acidentes de motocicleta. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v.26, n.5, out.1992.

LABIAK, V. B. et al. Fatores de Exposição, Experiência no Trânsito e Envolvimentos Anteriores em Acidentes de Trânsito entre Estudantes Universitários de Cursos na Área da Saúde, Ponta Grossa, PR, Brasil. **Saúde Soc.** São Paulo, v.17, n.1, p.33-43, 2008.

LAM, L. T. Distractions and the risk of car crash injury: The effect of driver's age. **Journal of Safety Research**, v. 33, n. 3, p. 411-419, 2002.

LEBRÃO, M. L.; MELLO JORGE, M. H. P.; LAURENTI, R. Morbidade hospitalar por lesões e envenenamentos. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 31, supl., p. 26-37, 1997.

LEVIN, J. **Deus, fé e saúde: explorando a conexão espiritualidade-cura**. São Paulo: Cultrix, 2004.

LEVINE, B.; DAWSON, D.; BOUTET, I.; SCHWARTZ, M.L.; STUSS, D. Assessment of strategic self-regulation in traumatic brain injury: its Relationship to injury severity and psychosocial outcome. **Neuropsychology**, v. 14, n. 4, p. 191-500, oct. 2000.
LIBERMAN, Flávia. **O corpo como produção da subjetividade**. Cadernos de Subjetividade - Dossiê: Corpo. PUC-SP, São Paulo, 5 (2): 371-383, dezembro 1997.

LIMA, M. L. C.; XIMENES, R. Violência e morte: diferenciais da mortalidade por causas externas no espaço urbano do Recife. **Cadernos de Saúde Pública**, 14:829-840, 1998.

LOUREIRO, S. C. C.; FARO, A. C. M.; CHAVES, E. C. Qualidade de vida sob a ótica das pessoas que apresentam lesão medular. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 347-367, 1997.

MAGALHÃES, S.H.T. **Adaptação psicossocial e qualidade de vida de vítimas de acidentes de trânsito**. Ribeirão Preto, 2006, 109 p. Tese (Doutorado), Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

MAGALHÃES, S.H.T.; LOUREIRO S. Acidentes de trânsito e variáveis psicossociais – uma revisão de literatura. **Medicina** (Ribeirão Preto), v.40, n.3, p.345-351, 2007.

MALAQUIAS, J.V.; et al. **Mortalidade por acidentes de transporte no Brasil, 1999**. Rio de Janeiro-RJ, [2005]. Disponível em: <<http://www.claves.fiocruz.br/Boletim%205.PDF>>. Acesso em: 08 jan. 2011.

MALVESTIO, M. A. A.; CARDOSO, R. M. S. Suporte avançado à vida: atendimento a vítimas de acidentes de trânsito. **Rev.Saúde Pública** 2002; 36(5): 589-9.

MARÍN, L.; QUEIROZ, M.S. A atualidade dos acidentes de trânsito na era da velocidade: uma visão geral. **Cad Saúde Pública** 2000; 16:7-21.

MARÍN-LEON, L.; VIZZOTO, M. M. Comportamentos no trânsito: um estudo epidemiológico com estudantes universitários. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n. 2, p. 515-523, 2003.

MAURO, M. L. F. **Acidentes de trânsito: perfil epidemiológico de vítimas e caracterização de alguns traços de personalidade de motoristas infratores em Campinas, São Paulo.** Campinas, 2001, 610 p. Tese (Doutorado), Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.

MEDICINA de tráfego. **Revista ABRAMET**, São Paulo, n. 47, p. 47-48, fev. 2006.

MELIONE, L. P. R. Morbidade hospitalar e mortalidade por acidentes de transporte em São José dos Campos, São Paulo. **Rev. bras. epidemiol.**, nº. 4, v. 7, Dezembro, p.461-472. 2004.

MELLO JORGE, M. H. P. de; KOIZUMI, M. S. Gastos governamentais do SUS com internações hospitalares por causas externas: análise no estado de São Paulo, 2000. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 228-238, 2004.

MELLO JORGE, M.H.P.; KOIZUMI, M.S. Panorama dos acidentes de trânsito/transporte no Brasil. In: FERREIRA, D. L.; RIBEIRO, L.A. **Acidentes de trânsito em Uberlândia: ensaios da epidemiologia e da geografia.** Uberlândia: Aline, 2006. p. 11-39.

MELLOR JORGE, M. H.; GAWRYSZEWSKI, V. P.; LATORRE, M. R. D. O. Análise dos dados de mortalidade. **Rev. Saúde Pública**, v. 31, n.4, p.5-25, supl, ago. 1997.

MINAYO, M.C.S.; HARTZ, Z.M.A.; BUSS, P.M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 5, p. 7-18, 2000.

NAHAS, M.V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo.** 2. ed. Londrina: Midiograf, 2001.

NEVES, R.S. **Diagnóstico de Enfermagem em pacientes lesados medulares segundo o modelo Conceitual de Horta e a Taxonomia II da NANDA.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de Brasília, Brasília, 2003.

OLIVEIRA, N. L. B.; SOUSA, R. M. C. Retorno à atividade produtiva de motociclistas vítimas de acidentes de trânsito. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 284-289, 2006.

OLIVEIRA, N.L.B.; SOUSA, R.M.C. Diagnóstico de lesões e qualidade de vida de motociclistas, vítimas de acidentes de trânsito. **Rev Latino-am Enfermagem**; v.11, n.6, p.749-56, 2003.

OLIVEIRA, N.L.B.; SOUSA, R.M.C.. Diagnóstico de lesões e qualidade de vida de motociclistas, vítimas de acidentes de trânsito. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, nº. 6, v.11, Nov/Dez, p.749-756. 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Accidentes del tráfico en los países en desarrollo**. Serie de Informes Técnicos 703. Genebra, 1984.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Internacional das Doenças**, 10ª revisão (CID-10). São Paulo: Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **World report on Road traffic injury prevention**. Geneva, 2004.

PEDROSO, B.; PILATTI, L. A.; REIS, D. R. Cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-100 utilizando o Microsoft Excel. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**, Ponta Grossa, v. 1, n. 1, p. 23-32, jan./ jul. 2009.

PINEDA, E.B.; ALVARADO, E.L.E. de; CANALES, F.H.D. **Metodologia de La investigación**: manual para El desarrollo de personal de salud. 2. Ed. Organización Panamericana de La Salud. Organización Mundial de La salud, 1994.

QUEIROZ, M. S.; OLIVEIRA, P. C. P. Acidentes de trânsito: uma análise a partir da perspectiva das vítimas em Campinas. **Psicologia & Sociedade**, Florianópolis, v. 15, n. 2, p.101-123, 2003.

RAMOS, C. S. **Caracterização do acidente de trânsito e gravidade do trauma**: um estudo em vítimas de um Hospital de Urgência em Natal/RN. Natal, 2008 ,133 p. Dissertação (Mestrado), Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

REDE SARAH DE HOSPITAIS DO APARELHO LOCOMOTOR. **Acidentes de trânsito**: caracterização dos pacientes. Brasília, 2000.

REIS, R.K. **Qualidade de Vida de Portadores do HIV/AIDS**: influencia dos fatores demográficos, clínicos e psicossociais. Ribeirão Preto, 2008, 274 p. Tese (Doutorado), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP.

RIBAS FILHO, J. M. et al. Estudo da prevalencia dos óbitos por trauma nos principais pronto-socorros de curitiba no período de abril/2001 a abril/2002. **Revista Médica do Paraná**. Curitiba, v.60, n.2, jul/dez, 2002.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1999.

RICHTER, M. et al. Upper extremity fractures in restrained front-seat occupants. **J Trauma**, 2000;48:907-12.

RODRÍGUEZ, J. M. **Emergência: Guias Práticos de Enfermagem**. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 2001.

ROZESTRATEM, R.J.A. **Psicologia do trânsito: conceitos e processos básicos**. São Paulo: EPU, 1996.

RUFINO NETTO, A. **Qualidade de vida: compromisso histórico da epidemiologia**, In LIMA e COSTA, M.F.L; SOUSA, R.P (orgs.). **Qualidade de Vida: Compromisso Histórico da Epidemiologia**. Coopmed/ Abrasco, Belo Horizonte, 1994.

SALLUM, A. M. C.; KOIZUMI, M. S. Natureza e gravidade das lesões em vítimas de acidente de trânsito de veículo motor. **Rev. Esc. Enf. USP**, v.33, n.2, p.157-64, jun. 1999.

SANTOS, A.S.; FERNANDES, E.T.A.; MEDEIROS, G.D.O. **Trauma e Trânsito: perfil das vítimas de acidente no município de Macapá**. Macapá, UNIFAP, 2006. Dissertação - TCC (Graduação em Enfermagem). Universidade Federal do Amapá, 2006.

SANTOS, M. R.; SOLER, Z. A. S. G. Vítimas do trânsito em São José do Rio Preto, São Paulo. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 16, n.2 - abr/jun, 2007.

SAWER, M.T.N.; WAGNER, M.B. Acidentes de trânsito fatais e sua associação com a taxa de mortalidade infantil e adolescência. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1519-1526, set./out. 2003.

SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE/MS. Projeto Promoção da Saúde. Programa de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito: Mobilizando a Sociedade e Promovendo a Saúde. **Rev. Saúde Pública**, nº.1, v. 36, Fevereiro, p.114-117. 2002 (Informes Técnicos Institucionais).

SECRETARIA DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE. **Saúde em trânsito: Pesquisa de acompanhamento de vítimas de acidentes de trânsito em Belo Horizonte**. Prefeitura de Belo Horizonte: Empresa de Transporte e Trânsito de Belo Horizonte (BHTRANS), 2005, 28 p.

SEIDL, E.M.F.; ZANNON, C.M.L.C. Qualidade de vida e saúde: aspectos metodológicos e conceituais. **Cadernos de Saúde Pública**, n. 20, p. 580 – 589, 2004.

SILVA, D. W. et al. Condições de trabalho e riscos no trânsito urbano na ótica de trabalhadores motociclistas. Physis: **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p.339-360, 2008.

SILVEIRA, J.Z.M. **Qualidade de vida e sequelas de acidentes de trânsito**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO, Campo Grande, 2011.

SMITH, S.S.; WINKLER, P.A. Traumatismos cranianos. In: UMPHERED, D. **Fisioterapia Neurológica**. São Paulo: Manole, 1994. p. 345-393.

SOARES, D. F. P. P. **Acidentes de Trânsito em Maringá- PR: análise do perfil epidemiológico e dos fatores de risco de internação e de óbito**. Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, SP: [s.n], 2003.

SOUZA, R.K.T; et al. Idosos vítimas de acidentes de trânsito: aspectos epidemiológicos e impacto na sua vida cotidiana. **Acta Scientiarum**, série Ciências da Saúde, v.25 n.1, p. 19-25, 2003.

SOUZA, V. R.; CAVENAGHI, S.; ALVES, J. E. D. **Mapeamento dos óbitos por local de ocorrência dos acidentes de trânsito na cidade do Rio de Janeiro**. XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, Caxambu - MG - Brasil, de 18 a 22 de setembro de 2006.

STEADMAN-PARE, D.; et al. Factors associated with perceived quality of life mam Years after traumatic brain injury. **Journal of Head Trauma Reability**, v. 16, n. 4, p. 330-42, aug. 2001.

STOCCO, C. et al. Caracterização epidemiológica dos acidentes de trânsito ocorridos dentro do perímetro urbano de Ponta Grossa, Paraná, 2002 - 2004. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v.7, n.2, p. 8-16, jun. 2006.

TAMBELLINI, A.T; OSANAI, C.H. **Epidemiologia do Trauma**. In: FREIRE, E. Trauma: a doença dos séculos. São Paulo: Atheneu, 2001.

TAPIA-GRANADOS, J.A. La reducción del tráfico de automóviles: una política urgente de promoción de la salud. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washuington, v. 3, n. 3, p. 137-151, mar. 1998.

TARICCO, M.A.; MANREZA, L.A.T.. Traumatismo cranioencefálico e raquimedular. In: BIROLINI, D.; UTIYAMA, E.; STEINMAN, E.. **Cirurgia de emergência com teste de auto - avaliação**. São Paulo: Atheneu, 2001.

TAVRIS, D. R., KUHN, E. M., LAYDE, P.M. Age and gender patterns in motor vehicle crash injuries: Importance of type crash and accupant role, **Accident Analysis and Prevention**, v. 33, n. 2, p. 167-172, mar. 2001.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Society Sic Medical**; v. 41; p. 1403 - 10. 1995.

TOBAR, F; YALOUR, M. R. **Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

VALENT, F. et al. Risk factors for fatal road traffic accidents in Udine, Italy. **Accident; Analysis and Prevention**, Amsterdam, v. 34, n. 1, p. 71-84, 2002.

VALL, J.; BRAGA, V. A.; ALMEIDA, P. C. Estudo da qualidade de vida em pessoas com lesão medular traumática. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v. 64, n. 2-B, p. 451-455, 2006.

VASCONCELOS, E. A. **O que é Trânsito**. São Paulo: Editora Brasiliense (Primeiros Passos), 1985.

VERMELHO, L.L.; MELLO JORGE, M.H.P. Mortalidade de jovens: análise do período de 1930 a 1991 (a transição epidemiológica para a violência). **Revista de Saúde Pública**, v. 30, n. 4, p. 319-31, 1996.

VILLAÇA, F. **Uma contribuição para a história do planejamento urbano no Brasil**. In: DÉAK, C. S.; RAMOS (Org.). O processo de urbanização no Brasil. Sao Paulo: Universidade de São Paulo, 1999. p. 169-243.

VIOLA, A. R.. O impacto do novo código brasileiro na mortalidade por acidentes de trânsito. **Revista ABRAMET**, no. 33/34, nov/abr, p. 50-51. 2000.

WORRELL, S. S. et al. The risk reinjury in relation to time since first injury: a retrospective population based study. **The Journal of Trauma Injury, Infection and Critical Care**, v. 60, n. 2, p. 379-384, 2006.

**APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS
E DO ACIDENTE**

**INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS
SOCIODEMOGRÁFICOS E DADOS CLÍNICOS**

N.º da Entrevista:

Idade	Sexo	Estado Civil		Ocupação	
		Anterior	Atual		
	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Outro _____	<input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viúvo(a)		

Sequelas	Renda em salários mínimos	Religião	Escolaridade	Uso de cinto de segurança
				<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO

Uso de Capacete	Motivo do deslocamento na ocasião do acidente	Condição no momento do acidente	
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Laser <input type="checkbox"/> Consumo de bens/serviços <input type="checkbox"/> Trabalho <input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Condutor (carro) <input type="checkbox"/> Condutor ônibus <input type="checkbox"/> Passageiro (moto) <input type="checkbox"/> Pedestre	<input type="checkbox"/> Condutor (moto) <input type="checkbox"/> Condutor (bicicleta) <input type="checkbox"/> Passageiro (carro) <input type="checkbox"/> Outro _____

Data da entrevista	Pesquisadora
____ / ____ / 2012	

APÊNDICE B - Termo de consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PROJETO:

QUALIDADE DE VIDA DAS VÍTIMAS DE ACIDENTE DE TRÂNSITO COM SEQÜELAS ATENDIDAS NO CENTRO DE REABILITAÇÃO DO AMAPÁ- CREAP DO MUNICÍPIO DE MACAPÁ

Eu, ,

RG: ,

nascido em

/ /

e domiciliado à

Declaro que consinto em participar como voluntário do projeto QUALIDADE DE VIDA DAS VÍTIMAS DE ACIDENTE DE TRÂNSITO COM SEQÜELAS ATENDIDAS NO CENTRO DE REABILITAÇÃO DO AMAPÁ- CREAP DO MUNICÍPIO DE MACAPÁ, sob responsabilidade da pesquisadora Enfermeira Mestranda Érika Tatiane de Almeida Fernandes Rodrigues. Declaro que fui satisfatoriamente esclarecido que: A) o estudo será realizado a partir de 01/03 a 31/05 de 2012 com os pacientes vítimas de acidente de trânsito em tratamento no Centro de Reabilitação do Amapá - CREAP, onde será respondido um questionário, que com minha permissão será gravada em MP5 B) que não haverá riscos a minha saúde, não haverá interferência no meu tratamento haja visto, que será um questionário, no qual minhas respostas escritas serão utilizadas pra estudo C) que posso consultar o pesquisador responsável em qualquer época pessoalmente ou por telefone, para esclarecimento de qualquer dúvida; D) que estou livre para, a qualquer momento, deixar de participar da pesquisa e que não preciso apresentar justificativas para isso; E) que todas as informações por mim fornecidas e os resultados obtidos serão mantidos em sigilo e que, estes últimos só serão utilizados para divulgação em reuniões e revistas científicas sem a minha Identificação; F) que serei informado de todos os resultados obtidos Independentemente do fato de mudar meu consentimento em participar da pesquisa; G) que não terei quaisquer benefícios ou direitos financeiros sobre os eventuais resultados decorrentes da pesquisa; assim consinto em participar do projeto de pesquisa em questão.

Macapá-AP,

de

de

- PARTICIPANTE -

Enf. Érika Tatiane de Almeida Fernandes Rodrigues

- Pesquisadora -

Contatos: +55 (96) 8113-9842 / 9135-4426

ANEXO A – WHOQOL-Abreviado

Versão em Português

PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
GENEBRA

Coordenação do Grupo WHOQOL no Brasil
Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck
Professor Adjunto
Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Porto Alegre – RS - Brasil

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões**. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO B – Certificado de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFAP



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CERTIFICADO

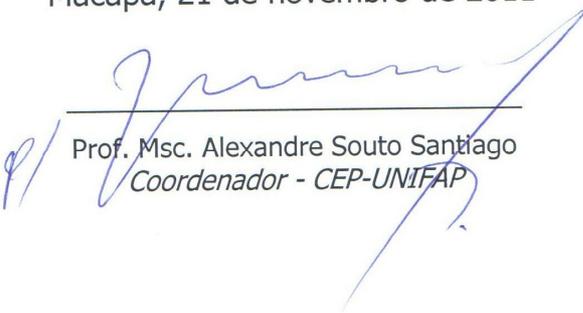
Certificamos que o Protocolo no. FR-457851/011 – CEP sobre **“Qualidade de vida das vítimas de acidente de trânsito atendidas no Centro de Reabilitação do Amapá – CREAP do Município de Macapá”**, sob a responsabilidade de **Erika Tatiane de Almeida Fernandes Rodrigues**, está de acordo com os Princípios Éticos na Experimentação Humana, adotados pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Amapá (UNIFAP), em reunião realizada em 21/11/2011.

Data para apresentação do relatório no CEP-UNIFAP: 21/11/2012

CERTIFICATE

We certify that the protocol number FR-457851/011 – CEP about **“Qualidade de vida das vítimas de acidente de trânsito atendidas no Centro de Reabilitação do Amapá – CREAP do Município de Macapá”**, **Erika Tatiane de Almeida Fernandes Rodrigues** is in agreement with the Ethical Principles in Human Research adapted by National Ethical Committee (CONEP) and was approved by the Universidade Federal do Amapá (UNIFAP) – Ethical Committee for Research (CEP) in 21/11/2011.

Macapá, 21 de novembro de 2011


Prof. Msc. Alexandre Souto Santiago
Coordenador - CEP-UNIFAP