

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE MENTAL
DEPARTAMENTO DE NEUROLOGIA, PSIQUIARIA E PSICOLOGIA MÉDICA**

**ADAPTAÇÃO PSICOSSOCIAL E QUALIDADE DE VIDA DE
VÍTIMAS DE ACIDENTES DE TRÂNSITO**

Sílvia Helena Tenan Magalhães

Ribeirão Preto – SP

2006

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE MENTAL
DEPARTAMENTO DE NEUROLOGIA, PSIQUIARIA E PSICOLOGIA MÉDICA

ADAPTAÇÃO PSICOSSOCIAL E QUALIDADE DE VIDA DE
VÍTIMAS DE ACIDENTES DE TRÂNSITO

Aluna: **Sílvia Helena Tenan Magalhães**

Orientadora: **Profa. Dra. Sonia Regina Loureiro**

Tese apresentada ao programa de Pós-Graduação em Saúde Mental, do Departamento de Neurologia Psiquiatria e Psicologia Médica da FMRP-USP para obtenção do título de Doutor em Saúde Mental.

Área de Concentração: Saúde Mental

Ribeirão Preto – SP

2006

FICHA CATALOGRÁFICA

**Preparada pela Biblioteca Central do Campus administrativo de Ribeirão
Preto – USP**

Magalhães, Sílvia Helena Tenan

Adaptação Psicossocial e Qualidade de Vida de Vítimas
de Acidentes de Trânsito, 2006.
143p.: il.; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Faculdade de Medicina de
Ribeirão Preto / USP – Departamento de Neurologia, Psiquiatria e
Psicologia Médica.

Orientadora: Loureiro, Sonia Regina

1. Acidentes de trânsito; 2. Qualidade de vida; 3. Adaptação
Psicossocial, 4. Ansiedade; 5. Depressão

FOLHA DE APROVAÇÃO

Sílvia Helena Tenan Magalhães

Título da Tese: Adaptação Psicossocial e qualidade de vida de vítimas de acidentes de trânsito

Tese apresentada ao programa de Pós-Graduação em Saúde Mental, do Departamento de Neurologia Psiquiatria e Psicologia Médica da FMRP-USP para obtenção do título de Doutor em Saúde Mental.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura _____

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Ao **Fabricio**, pelo amor demonstrado nas mínimas atitudes e pelo companheirismo constante, valorizando sempre o meu crescimento profissional e contribuindo significativamente para o meu desenvolvimento pessoal.

À **Gabriela!** A melhor coisa da minha vida. Obrigada pela alegria de ser mãe.

Aos meus pais, **Marina e Tenan** e aos meus irmãos, **Daniela e André** por permitirem que nossa família tenha uma convivência harmoniosa pautada pelo respeito e pelo amor. Obrigada pela constante valorização e apoio ao meu desenvolvimento profissional.

AGRADECIMENTOS

À **Profa. Dra. Sonia Regina Loureiro** minha gratidão!

Obrigada pela dedicação e pelo investimento incansável no meu desenvolvimento profissional, acreditando sempre na minha capacidade de aprender e de enfrentar novos desafios.

Obrigada pela amizade e carinho demonstrados ao compartilhar a felicidade de minhas conquistas pessoais e profissionais.

Obrigada, ainda, por disponibilizar sua sabedoria oferecendo-me um importante modelo profissional e pessoal pautado pelo respeito e valorização do outro.

Ao **Prof. Dr. Sandro Scarpelini**, que por acreditar na importância da atenção multidisciplinar a pacientes politraumatizados me despertou o interesse pelo tema deste trabalho. Obrigada pela constante valorização do desenvolvimento desta pesquisa e pelas contribuições técnicas indispensáveis.

Ao **Prof. Dr. Antonio Waldo Zuardi** por disponibilizar seu conhecimento na assessoria deste trabalho.

Ao **Prof. Dr. Afonso Diniz Costa Passos** por ter disponibilizado o banco de dados sobre as vítimas de acidentes de trânsito atendidas na Unidade de Emergência do HCFMRP-USP. Obrigada pela confiança.

À **equipe de psicólogas** e ao **Grupo Gestor da Unidade Funcional de Acolhimento e Comunicação da Unidade de Emergência do HCFMRP-USP**, pela amizade, compreensão e confiança que possibilitam cada dia mais o estreitamento de um vínculo que extrapola as relações de trabalho.

À secretária **Sônia M. Bueno** pela dedicação e atenção direcionadas à mim durante a realização deste trabalho.

SUMÁRIO

Lista de Tabelas

Lista de Apêndices e Anexos

Resumo

Abstract

1 – Introdução	1
1.1 - Os Acidentes de Trânsito e suas implicações	1
1.2 – O impacto dos acidentes de trânsito para o funcionamento psicológico das vítimas e para a qualidade de vida das vítimas	8
1.3 – As características dos condutores preditoras de envolvimento com acidentes de trânsito.....	13
1.4 – Os acidentes de trânsito – Estudos no Brasil.....	19
2 – Objetivo	27
3 – Método	28
3.1 – Participantes	28
3.1.1 – Delineamento 1.....	28
3.1.2 – Delineamento 2.....	31
3.2 – Instrumentos – Delineamentos 1 e 2	33
3.3 – Procedimento	35
3.3.1 – Coleta de dados.....	35
3.3.2 – Tratamento dos dados	37
3.4 – Aspectos Éticos.....	39
4 – Resultados	41
4.1 – Delineamento 1	41
4.1.1 – Perfil dos participantes	41
4.1.2 - Saúde Geral – Indicadores não psicóticos – Questionário de Saúde Geral – QSG	43
4.1.3 – Ansiedade e Depressão – Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) e Inventário de Depressão de Beck (BDI)	46
4.1.4 – Qualidade de Vida – Escala de Qualidade de Vida – versão reduzida – WHOQOL-bref.....	48
4.1.5 – Análise Correlacional	50

4.1.5.1 – Correlação univariada	50
4.1.5.2 – Análise de Regressão Logística Multivariada	53
4.2 – Delineamento 2.....	54
4.2.1 – Perfil dos participantes	54
4.2.2 - Saúde Geral – Indicadores não psicóticos – Questionário de Saúde Geral – QSG.....	56
4.2.3 – Ansiedade e Depressão – Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) e Inventário de Depressão de Beck (BDI)	59
4.2.4 – Qualidade de Vida – Escala de Qualidade de Vida – versão reduzida – WHOQOL-bref	60
4.2.5 – Análise Correlacional	62
4.2.5.1 – Correlação univariada	62
5 – Discussão	67
5.1 – As condições de saúde mental dos condutores pós acidente de trânsito	67
5.2 – A qualidade de vida dos condutores pós acidente de trânsito.....	83
5.3 – O perfil dos condutores e o envolvimento com acidentes de trânsito	93
6 – Comentários e conclusão	99
7 – Referências Bibliográficas	102

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização sócio-demográfica (frequência) dos participantes com recorrência (G1) e sem recorrência (G2) de acidentes de trânsito..... 42

Tabela 2 - Saúde Geral – Média (m), desvio padrão (dp) e comparação dos grupos com recorrência (G1) e sem recorrência (G2) de acidentes de trânsito e aos dados Normativos (N) quanto aos escores obtidos..... 44

Tabela 3 - Ansiedade e Depressão – Média (m), desvio padrão (dp) e comparações dos grupos com recorrência (G1) e sem recorrência de acidentes de trânsito (G2), e aos dados Normativos (N) com relação aos escores obtidos..... 47

Tabela 4 - Qualidade de Vida (QV) – Média (m) e desvio padrão (dp) dos escores e comparações dos grupos com recorrência (G1) e sem recorrência (G2) de acidentes de trânsito e aos dados Normativos (N) com relação aos quatro domínios avaliados 48

Tabela 5 - Grupo com recorrência de acidente de trânsito (G1) – Correlação entre os escores das variáveis ansiedade, depressão, saúde geral e qualidade de vida..... 50

Tabela 6 - Grupo sem recorrência de acidente de trânsito (G2) – Correlação entre as variáveis de ansiedade, depressão, saúde geral e qualidade de vida 52

Tabela 7 - Análise de Regressão Logística Multivariada – valores de Odds Ratio, Intervalo de Confiança de 95% (I.C.) e os valores de p..... 54

Tabela 8: Caracterização sócio-demográfica (frequência) dos participantes que se envolveram em acidente de trânsito avaliados na alta (Av1) e seis meses depois (Av2) 55

Tabela 9 - Saúde Geral - Média (m), desvio padrão (dp), comparações das avaliações na alta (Av1) e seis meses depois (Av2) e aos dados Normativos (N) quanto aos escores obtidos pelos participantes que se envolveram em acidente de trânsito..... 57

Tabela 10 - Ansiedade e Depressão – Média (m), desvio padrão (dp) e comparações das avaliações na alta (Av1) e seis meses depois (Av2) e aos dados Normativos (N) com relação aos escores obtidos pelos participantes que se envolveram em acidente de trânsito 59

Tabela 11 - Qualidade de Vida (QV) – Média (m), desvio padrão (dp) e comparações das avaliações na alta (Av1) e seis meses depois (Av2) e a dados Normativos (N) com relação aos escores obtidos pelos participantes que se envolveram em acidente de trânsito, quanto aos domínios avaliados..... 61

Tabela 12 - Primeira avaliação (Av1) – Correlação entre os escores das variáveis de ansiedade, depressão, saúde geral e qualidade de vida obtidos pelos participantes que se envolveram em acidente de trânsito 63

Tabela 13 - Segunda avaliação (Av2) – Correlação entre os escores das variáveis ansiedade, depressão, saúde geral e qualidade de vida obtidas pelos participantes que se envolveram em acidente de trânsito..... 65

LISTA DE APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICE A – Questionário Complementar

APÊNDICE B – Termo de Consentimento

ANEXO A – Protocolo de notificação de acidentes de trânsito

ANEXO B – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

ANEXO C – Artigo enviado para publicação

RESUMO

Os acidentes de trânsito tem sido apontados como um importante problema de saúde pública, sendo identificados como uma das principais causas de morte não natural e como responsáveis por seqüelas com implicações físicas e psicossociais para os envolvidos. Objetivou-se caracterizar as condições de saúde mental de condutores de veículos, vítimas de acidentes de trânsito que foram atendidos junto a uma Unidade de Emergência e que, do ponto de vista clínico, no momento da alta hospitalar foram considerados como apresentando condições de boa recuperação. Para tal foram realizados dois delineamentos. No delineamento 1 (D1) procedeu-se a avaliação psicossocial de 40 pessoas que sofreram acidentes de trânsito há cinco anos, comparando-se um grupo de pessoas com um único evento (N=20) a outro com reincidência em acidentes de trânsito (N=20). No delineamento 2 (D2) procedeu-se a avaliação psicossocial de 20 pessoas que sofreram acidente de trânsito imediatamente após a alta hospitalar e seis meses depois. Os participantes dos dois delineamentos eram condutores por ocasião do acidente de trânsito, do sexo masculino, com idade entre 18 e 50 anos, procedentes de Ribeirão Preto. Procedeu-se nos dois delineamentos a avaliação da adaptação psicossocial por meio das condições de saúde mental (Questionário de Saúde Geral de Goldberg - QSG), dos indicadores de ansiedade (Inventário de Ansiedade de Beck - BAI), e depressão (Inventário de Depressão de Beck - BDI) e da qualidade de vida (Escala de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde – versão reduzida - WHOQOL-*breif*) e de um Questionário Complementar. Procedeu-se a avaliação individual em duas sessões. Os dados das diferentes técnicas foram codificados de acordo com as recomendações técnicas e posteriormente quantificados. No D1 procedeu-se a comparação dos grupos entre si (Teste T para amostras independentes) e destes a dados normativos recentes (Teste T para uma única amostra). No D2 procedeu-se a comparação das avaliações entre si (Teste T para amostras pareadas) e posteriormente cada avaliação foi comparada a dados normativos recentes (Teste T para amostras independentes). Nos dois delineamentos procedeu-se a integração das variáveis por meio de análise correlacional. Adotou-se o nível de significância de $p = 0,05$. Os principais resultados apontaram que o grupo com recorrência em acidentes de trânsito (D1) apresentou mais prejuízos na adaptação psicossocial e na qualidade de vida, com mais indicadores de ansiedade e depressão e de impulsividade auto voltada, caracterizando uma situação de vulnerabilidade e risco psicossocial. Os condutores que se envolveram com acidentes de trânsito (D2) continuaram apresentando, seis meses após a alta hospitalar, dificuldade quanto as condições psicológicas com manutenção dos indicadores de ansiedade e depressão e com risco de manifestação da impulsividade caracterizando prejuízos quanto à adaptação psicossocial. Tais

dados indicam que a avaliação de boas condições de recuperação física no momento da alta não está associada a boas condições de saúde mental, chamando a atenção para a necessidade da avaliação das condições psicológicas pós acidente de trânsito no sentido de oferecer suporte psicológico para condutores que se envolveram com acidentes de trânsito, especialmente para aqueles que apresentaram recorrência ou indicadores de impulsividade e ansiedade, dada a possibilidade aumentada de novas ocorrências e o impacto negativo dos acidentes de trânsito para o indivíduo e para a sociedade.

Palavras-chave: Acidente de trânsito, qualidade de vida, adaptação psicossocial, ansiedade, depressão.

ABSTRACT

Traffic accidents have been reported as an important public health problem, being identified as one of the main causes for non-natural deaths and responsible for sequels with physical and psychosocial implications for those involved. We aimed to characterize the mental health conditions of vehicle conductors, accident victims admitted in an emergency unit and who, from the clinical point of view, were regarded as having good recovery conditions by the time of hospital release. In order to do such, two designs were devised. In design 1 (D1) we performed the psychosocial evaluation of 40 victims of traffic accidents in the past five years, comparing a group of patients with a single event (N=20) to another with more than one event (N=20). In design 2 (D2) we performed the psychosocial evaluation of 20 traffic accident victims immediately after hospital release and six months later. Participants in both designs were the conductors by the time of the accident, males, aged between 18 and 50 from the city of Ribeirão Preto. In both designs we performed the evaluation of psychosocial adaptation through mental health conditions (Goldberg's General Health Questionnaire – GHQ), anxiety (Beck's Anxiety Inventory – BAI) and depression indicators (Beck's Depression Inventory – BDI) and life quality (World Health Organization Quality of Life Scale – short version – WHOQOL – *brief*) and a complementary questionnaire. Individual evaluation was accomplished in two sessions. The data of the different techniques were encoded according to technical guidelines and quantified afterwards. In D1 we compared the groups between themselves (T test for independent measures) and with current normative data (single sample T test). In D2 we performed the comparison of the evaluations (T test for matched samples) and each evaluation was compared to current normative data (T test for independent samples). In both designs the integration of the variables was made through correlational analysis. The significance level adopted was $p = 0,05$. The main results indicate that the group with accident recurrence (D1) presented greater impairment in psychosocial adaptation and life quality, with more anxiety and depression indicators and self directed impulsivity, characterizing a situation of vulnerability and psychosocial risk. Conductors involved in traffic accidents (D2) continued to present, six months after hospital release, difficulties regarding psychological conditions with maintenance of the anxiety and depression indicators and with risk of impulsivity manifestation, characterizing psychosocial adaptation impairment. Such data indicate that the evaluation of good conditions for physical recovery at the time of hospital release is not associated to good mental health conditions, drawing the attention to the necessity of post traffic accident evaluation in the sense of offering psychological support for conductors involved in traffic accidents, especially for those who presented recurrence or anxiety and impulsivity

indicators, given the increased possibility of new occurrences and the negative impact of the accidents for the individual and the society.

Key-words: traffic accidents, quality of life, psychosocial adaptation, anxiety, depression

1 - INTRODUÇÃO

1.1 - OS ACIDENTES DE TRÂNSITO E SUAS IMPLICAÇÕES

Na área da saúde os acidentes de trânsito incluem-se na categoria das causas de mortes não naturais atribuídas a causas externas compreendendo todos os tipos de acidentes, as lesões intencionais e as lesões provocadas em circunstâncias de intencionalidade ignorada (ANDRADE e JORGE, 2000).

Na décima revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) os acidentes de trânsito são descritos no capítulo XX (V01 a Y98) que tem como título *causas externas de morbidade e mortalidade*. O agrupamento V01 a V99 refere-se especificamente aos acidentes de trânsito incluindo ocorrências em as vias terrestre, aquática e aérea. Os acidentes de trânsito envolvendo motocicletas e automóveis são descritos nos agrupamentos V20 a V29 e V40 a V49 respectivamente.

Especificamente os acidentes de trânsito, tem sido apontados como uma problemática da vida urbana e da civilização suscitada pela introdução dos veículos automotores no cotidiano de vida dos cidadãos exigindo, pela diversidade de características envolvidas, análises que abordem aspectos como a poluição ambiental, a engenharia do trânsito e a qualidade de vida dos envolvidos (OTT et al., 1993).

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002) refere que os acidentes de trânsito ocupam o 9º lugar entre as principais causas de mortalidade no mundo e representam 2,8% do total mundial de disfunções e incapacidades. Define o acidente de trânsito como qualquer colisão de veículo que ocorra em uma via pública, se originando ou terminando nesta via (WHO, 1992).

Os acidentes de trânsito tem sido apontados como um importante problema de saúde pública, sendo identificados como uma das principais causas de morte não natural, representando uma perda de aproximadamente 3 anos na expectativa de vida dos habitantes de países em desenvolvimento (OTT et al., 1993; MACIEL,1997).

Marson e Thomson (2001) chamam a atenção para o fato de que os acidentes com veículos motorizados são a causa mais comum de morte acidental na América, podendo ser considerado como a epidemia do século 20.

Mesmo sendo considerados como um problema de saúde mundial, Meyer (1998) aponta que os acidentes de trânsito tem recebido uma atenção limitada que não considera sua magnitude, chamando a atenção para a necessidade de estudos que abordem esta problemática, assim como para a necessidade de programas educativos e de políticas de saúde que tenham por objetivo a prevenção.

A colisão entre automóveis, os acidentes com ciclistas e motocicletas e os atropelamentos são as principais causas das lesões, sendo o perímetro urbano o local onde os acidentes ocorrem com maior frequência. (SCARPELLINI, 2001; ANDRADE e JORGE, 2001).

Os estudos de mortalidade por acidentes de trânsito, segundo Andrade e Jorge (2000) ao fornecerem informações quanto à magnitude dos acidentes e sobre o perfil característico das vítimas, podem contribuir para a proposição de medidas educativas. Estas tem por objetivo reduzir a mortalidade por acidente, considerada geralmente evitável e prematura. De modo semelhante a caracterização dos acidentes, suas circunstâncias e gravidade podem também prover de subsídios para a criação e instalação de programas educativos que objetivem a prevenção (AHARONSON-DANIEL; AVITZOUR; BARELL, 2001)

Lindqvist, Timpka e Achelp (2001) com base em um estudo realizado em uma cidade da América Latina, com elevados índices de acidentes de trânsito, desenvolveram e implantaram um programa educativo de prevenção de acidentes de trânsito em uma área central da referida cidade com os maiores registros de acidentes de trânsito. Identificaram que a educação da população e sua participação na identificação e prevenção dos acidentes, reduziram pela metade a ocorrência de acidentes de moderada gravidade, ocorrendo também um declínio

na incidência de acidentes graves e leves, reforçando a necessidade e a contribuição dos programas de educação e de prevenção de acidentes de trânsito.

Nos acidentes de trânsito são consideradas vítimas todas as pessoas envolvidas que necessitaram de atendimento médico hospitalar, independente da gravidade dos eventos, podendo ser condutores, passageiros ou pedestres. O termo vítima é amplamente utilizado na literatura, referindo-se a diferentes atores que têm em comum terem se acidentado no trânsito.

Um dos pontos destacados pela literatura quanto ao perfil das vítimas de acidentes de trânsito é que predominantemente são do sexo masculino e adultos jovens (MARÍN e QUEIROZ, 2000; HATPOGLU et al., 2001). Uma grande porcentagem de pessoas envolvidas em acidentes de trânsito estão em uma fase profissional considerada altamente produtiva, pois encontram-se principalmente na faixa etária de 18 a 50 anos de idade (BRYSIIEWICZ, 2001).

Os acidentes de trânsito trazem importantes implicações tanto para os indivíduos como para a e sociedade. As seqüelas, as deficiências físicas decorrentes dos acidentes trazem prejuízos financeiros, familiares e profissionais para o indivíduo e gastos hospitalares, diminuição da produção e custos previdenciários para a sociedade.

Marín e Queiroz (2000) referem que as estimativas da Organização Pan-Americana de Saúde (OPS) apontam que 6% das deficiências físicas são causadas por acidentes de trânsito no mundo.

Nos países menos desenvolvidos os acidentes de trânsito implicam em um custo anual de 1% a 2% do produto interno bruto (SODERLUND e ZWI, 1995).

Os acidentes de trânsito foram responsáveis por 10% de mortes de idosos nos Estados Unidos em 1975, 17% em 1998 e poderão ser responsáveis por 27% em 2015, podendo-se prever a mesma proporção para adultos abaixo de 30 anos de idade (BÉDARD et al., 2001).

A motorização da sociedade, nem sempre sustentada por medidas educativas, sociais e de saúde que acompanham o desenvolvimento tecnológico dos meios de transporte tem sido relacionada aos acidentes de trânsito. Tal desenvolvimento não tem sido acompanhado de programas de prevenção dos acidentes e da aprovação de leis nacionais de trânsito que regulamentem o comportamento dos motoristas ou mesmo da proposição de programas que destinam-se ao atendimento e acompanhamento biopsicossocial dos sobreviventes de acidentes.

Um aumento importante do número de pessoas consideradas incapacitadas tem sido atribuído aos acidentes de trânsito. Marín e Queiroz (2000) consideram que o aumento do número de jovens com melhores condições de saúde para sobreviverem aos acidentes de trânsito, o aumento da velocidade dos veículos e os avanços das técnicas médicas de ressuscitamento, podem explicar este fenômeno. Os autores citam, ainda, que um levantamento realizado

no Reino Unido identificou que mais da metade das incapacidades atingiram menores de trinta anos, sendo um terço consideradas graves e metade moderadas.

Diante deste contexto, alguns estudos tem apontado a necessidade de caracterizar não somente os aspectos epidemiológicos envolvidos nos acidentes de trânsito 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).

Alexander (2000) aponta a necessidade dos profissionais que prestam cuidados às vítimas de trauma por acidentes de trânsito, conhecerem as reações normais e patológicas às incapacidades, estando preparados para identificarem os riscos de desenvolvimento de reações adversas e de problemas de ajustamento.

As seqüelas físicas relacionam-se, em sua maioria, à lesões cerebrais e medulares, causando diversas limitações (LEVINE et al., 2000).

Friedland e Dawson (2001) avaliaram 92 pacientes vítimas de trauma grave após vinte anos da ocorrência do acidente. Identificaram que 23% ficaram incapacitados de retornar ao trabalho devido a seqüelas como cegueira, tetraplegia, incontinência e paraplegia. Os autores avaliaram ainda, as condições de saúde dos pacientes do ponto de vista físico, mental e social classificando cada paciente como apresentando resultados bons, moderados e pobres. Ao se considerar a saúde física, 51% apresentaram bons resultados, 37% resultados

moderados e 4% resultados considerados pobres. Do ponto de vista mental, 79% apresentaram boa recuperação, 11% recuperação moderada e 2% uma recuperação pobre. Quanto ao aspecto social, 77% apresentaram uma boa adaptação, 14% uma adaptação moderada e 1% uma adaptação considerada pobre. Os autores chamam a atenção para o fato de maioria dos pacientes avaliados terem passado por serviços de reabilitação pós hospitalização e para a necessidade de se oferecer condições técnicas adequadas para o atendimento e seguimento de pacientes que dão entrada em hospitais como vítimas de trauma.

Ao realizarem um estudo prospectivo de preditores de incapacidade três meses após o trauma, Richmond et al., (1998) apontaram para a necessidade de identificar fatores psicológicos que possam dificultar a recuperação e adaptação dos pacientes, pois os autores consideram que o estresse emocional causado pelo acidente influencia nas atividades de vida diária dos pacientes, na motivação para o retorno ao trabalho e nas relações interpessoais.

A realização de estudos com vítimas de acidentes de trânsito abordando além das seqüelas físicas os aspectos psicológicos e sociais se fazem necessários já que as condições de atendimento médico sofreram avanços técnicos importantes, possibilitando a manutenção da vida das vítimas, diminuindo a mortalidade. Com isso, mais pessoas estão sobrevivendo aos acidentes de trânsito e muitas delas apresentam limitações decorrentes do acidente. Tais limitações podem ser temporárias com recuperação total pós tratamento, ou permanentes com seqüelas

por toda a vida como incapacidades físicas, mentais e sociais. Dimensionar o impacto biopsicossocial de tal situação constitui-se em elemento essencial para instrumentar programas de reabilitação.

1.2 - O IMPACTO DOS ACIDENTES DE TRÂNSITO PARA O FUNCIONAMENTO PSICOLÓGICO E A QUALIDADE DE VIDA DAS VÍTIMAS

O impacto dos acidentes de trânsito para a vida das pessoas foi abordado nos estudos apresentados e analisados a seguir, desenvolvidos com condutores, passageiros e pedestres, enquanto vítimas de acidentes, objetivando a avaliação de preditores do desenvolvimento ou a instalação do quadro clínico de transtorno de stress pós-traumático e os indicadores de prejuízo na qualidade de vida após acidentes de trânsito.

Com relação ao transtorno de stress pós traumático um amplo conjunto de variáveis psicológicas foi identificado como preditor de tal quadro, a saber: a) dissociação persistente (DOUGAL et al., 2001; FRIEDLAND e DAWSON, 2001; HOLEVA e TARRIER, 2001; MURRAY et al., 2002); b) sintomas de ansiedade e depressão (MAYOU et al., 2002; MAYOU e BRYANT, 2001; MAYOU et al., 2001; MAYOU e BRYANT, 2002) e c) ruminação de idéias, acompanhada de irritabilidade e interpretação negativa da situação (HOLEVA e TARRIER, 2001; JEAVONS, 2000). Tais estudos não identificaram um perfil

psicológico típico, com a presença de variáveis específicas associadas ao desenvolvimento de transtorno de stress pós traumático destacando uma diversidade de variáveis que podem ser tomadas como preditoras.

A presença de transtornos de personalidade diagnosticados previamente e de quadro psiquiátrico de reação aguda ao stress logo após o acidente de trânsito foram apontados como importantes preditores de transtorno de stress pós traumático e de possível cronicidade deste quadro (BRYANT et al., 2000; HARVEY e BRYANT, 1999; MALTA et al., 2002).

Com relação a saúde física os estudos de Bryant et al. (2000), Friedland e Dawson (2001), Jeavons (2000) identificaram a gravidade do trauma como um importante preditor de desenvolvimento de transtorno de stress pós traumático referindo que, quanto mais grave o trauma maior a probabilidade de desenvolvimento de transtorno de stress pós traumático, associando a sua presença às limitações físicas impostas pelo trauma, principalmente aquelas que dificultam a locomoção. Vale ressaltar que este conjunto de estudos avaliou participantes que, do ponto de vista neurológico, mantinham um razoável estado de consciência. Este critério de inclusão por sua vez circunscreveu os limites da consideração da gravidade do trauma.

Os principais resultados dos estudos analisados, relativos ao transtorno de stress pós traumático apontaram que as pessoas que sofreram acidente de trânsito, em geral, apresentaram prejuízo na adaptação psicossocial pós acidente,

com sintomas depressivos e de ansiedade que reforçam a sensação de estar doente. Tais manifestações quando associadas a presença de problemas de saúde persistentes dificultaram a retomada das atividades sociais e profissionais. Destacaram ainda como agravante, condições de pouca disponibilidade de suporte social e de programas de reabilitação chamando a atenção para a necessidade de investimentos em programas especializados que tenham por objetivo a reabilitação psicossocial.

Lucas (2003) com base em uma análise de pesquisas sobre acidentes de trânsito e suas conseqüências para os envolvidos, destaca que tais estudos avaliaram as conseqüências psicológicas objetivando principalmente a identificação de preditores da instalação do quadro clínico de transtorno de stress pós traumático e do desenvolvimento de fobias em relação ao comportamento de dirigir. O referido autor crítica a especificidade dos objetivos destes delineamentos, apontando para a necessidade de estudos que identifiquem uma maior diversidade de reações psicológicas e físicas que não estejam associadas a um diagnóstico específico de um quadro clínico psiquiátrico, mas que caracterizem condições psicológicas que possam interferir na adaptação psicossocial pós acidente de trânsito.

O referido autor desenvolveu um estudo empírico visando avaliar, com base em inventários, a presença de sintomas psicológicos e físicos apresentados por pessoas que se envolveram com acidentes de trânsito, há cinco anos,

comparando tal perfil ao apresentado por pessoas que não sofreram acidente. As pessoas que se envolveram com acidente de trânsito, mesmo após cinco anos do acidente, apresentaram uma elevada preocupação com a segurança pessoal, medo de dirigir, sensação de exaustão e queixas físicas como dor de cabeça e sonolência, não associadas a doenças orgânicas. Destaca que as manifestações físicas e psicológicas que não estão associadas a critérios diagnósticos de doenças psiquiátricas ou orgânicas, em geral são subavaliadas, e conseqüentemente, não são objeto de tratamento. Ainda chama a atenção para a necessidade da avaliação de tais indicadores ser realizada imediatamente após o acidente, para que intervenções possam ser propostas no sentido de favorecer a adaptação psicossocial e a qualidade de vida das vítimas de acidentes.

Na análise dos estudos relativos a qualidade de vida os principais resultados indicaram que as vítimas de acidentes de trânsito em geral apresentaram prejuízos após o acidente de trânsito. Destacaram como preditores de prejuízos na qualidade de vida pós acidente a gravidade do trauma (CAGNETTA e CICOGNANI, 1999; HO et al., 2000), a presença de sintomas de ansiedade e depressão (CAGNETTA e CICOGNANI, 1999; HO et al., 2000; PIRENTE et al., 2001) e a diminuição do convívio social e familiar com dificuldade de retorno ao trabalho (CAGNETTA e CICOGNANI, 1999; HO et al., 2000; PIRENTE et al., 2001; STEADMAN-PARE et al., 2001). De forma semelhante aos estudos relativos ao transtorno de stress pós traumático os

autores destacaram a relevância do suporte social com vistas à reabilitação, facilitando o retorno ao convívio social e profissional, e assim promovendo melhor qualidade de vida.

Tais estudos objetivaram identificar as conseqüências dos acidentes de trânsito para a adaptação psicossocial e a qualidade de vida dos envolvidos, constatando o impacto negativo destes para as vítimas, tanto no seu funcionamento psicológico como na qualidade de vida, caracterizando assim as conseqüências negativas para as vítimas.

Peltzer e Renner (2004) ao avaliarem as conseqüências psicossociais dos acidentes de trânsito para os envolvidos, identificaram que tanto os motoristas quanto os passageiros relataram prejuízo quanto ao seu bem estar geral pós acidente, especialmente pela dificuldade de desenvolver estratégias de enfrentamento que favoreçam a adaptação psicossocial por meio da retomada de atividades rotineiras.

De um modo geral, com delineamentos diversos os estudos relatados constataram o impacto negativo dos acidentes de trânsito para a saúde física e para a qualidade de vida das pessoas envolvidas.

1.3 - AS CARACTERÍSTICAS DOS CONDUTORES PREDITORAS DO ENVOLVIMENTO COM ACIDENTES DE TRÂNSITO

As características pessoais dos condutores preditoras de envolvimento com acidentes de trânsito, foram abordadas nos estudos apresentados e analisados a seguir destacando as variáveis identificadas como preditoras de tal envolvimento, a saber: a) a idade; b) o gênero; c) a irritabilidade e agressividade e d) tendência à transgressão.

Com relação a idade, os estudos de Hatipoglu et al. (2001) e Marin e Queiroz (2000) apontaram que os condutores jovens, entre 18 e 20 anos, tem maior probabilidade de envolvimento em acidentes de trânsito, justificando que a inexperiência e a tendência a atribuir um caráter de diversão ao ato de dirigir, fazem com que tenham pouca consciência das conseqüências de seu comportamento no trânsito.

Robertson apud Bastos, Andrade e Soares (2005) refere que a inexperiência, a busca de emoções, o prazer em experimentar situações de risco, a impulsividade e o abuso de álcool ou drogas são comportamentos que podem contribuir para a maior incidência de acidentes de trânsito nas faixas etárias que compreendem os adolescentes e os adultos jovens, pois tais comportamentos podem estar associados a estas fases de desenvolvimento.

Quanto ao gênero, os homens mostraram-se mais propensos ao envolvimento em acidentes de trânsito, 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).

Andrade et al. (2003) e Marin e Vizzoto (2003) identificaram que os homens estão mais expostos à direção quando se considera o número de anos como motorista, apontando a necessidade de avaliar esta variável quando se leva em conta o gênero nos estudos sobre acidentes de trânsito.

Ao realizar um estudo de corte onde comparou um grupo de pessoas que sofreram um único acidente de trânsito a outro com recorrência de acidente, Hasselberg e Laflamme (2005) não observaram diferença quanto ao perfil sócio-demográfica dos dois grupos, apontando que gênero, grau de escolaridade e condição sócio-econômica não são preditoras de recorrência, visto que nos dois grupos predominaram os homens, com grau de escolaridade referente ao ensino médio e atividade profissional autônoma.

A agressividade e a irritabilidade ao dirigir foram também consideradas como importantes preditores. Os estudos identificaram que condutores mais agressivos e mais irritáveis ao dirigir, tem maior a probabilidade de envolvimento com acidentes de trânsito. A agressividade foi definida como uma tendência ao desrespeito às normas de trânsito vigentes, fazendo uso do veículo como uma extensão como forma de agredir a si e à sociedade. A irritabilidade foi definida como pouca tolerância e hostilidade diante das características rotineiras de

organização do trânsito, sendo este caracterizado como um importante fator estressor para o condutor (ARTHUR e DOVERSPIKE, 2001; CHIAOUTAKIS et al., 2002; IVERSEN e RUDMO, 2002; LEVINE et al., 2000; MESKEN et al., 2002; NOCHI, 2000; PARKER et al., 2002; ULLEBERG, 2001).

Dahlen et al. (2005) ao avaliarem variáveis psicológicas que seriam preditoras de comportamento de risco no trânsito, identificaram a impulsividade, a sensação de estar doente e a sensação de tédio como importantes preditores de um comportamento de dirigir caracterizado pela tendência a transgressão de normas e pela irritabilidade ao dirigir. Os referidos autores chamam a atenção para a significativa associação entre impulsividade e uso do carro para expressar a agressividade, o que aumenta o risco de envolvimento com acidente de trânsito.

Alguns estudos apontaram para a necessidade de se identificar se as características de agressividade e irritabilidade são indicadores mais estáveis e estruturais da personalidade do condutor ou se estão relacionadas a aspectos mais reativos e funcionais, caracterizando variáveis situacionais (IVERSEN e RUDMO, 2002; MESKEN et al., 2002; ULLEBERG, 2001).

Além disso, Shinar e Compton (2004) chamam a atenção para a necessidade de se considerar as variáveis situacionais ao avaliar o comportamento agressivo no trânsito, pois ao observarem o comportamento de motoristas considerados agressivos, identificaram que tal comportamento está associado a características individuais como gênero masculino e adulto jovem, e a variáveis

situacionais específicas como congestionamento e necessidade de cumprir horários.

A tendência a transgredir as normas de trânsito foi identificada como um indicador de agressividade ao dirigir, facilitando o envolvimento com acidente de trânsito, constatando que os condutores com tendências a não respeitar os índices de velocidade, a não utilizar cinto de segurança e a não respeitar a sinalização envolvem-se mais com acidentes de trânsito (IVERSEN e RUDMO, 2002; KARLAFTS et al., 2003; ULLEBERG, 2001).

Marin-Leon e Vizzoto (2003) ao compararem a frequência de comportamento de risco entre condutores com e sem história de envolvimento com acidentes de trânsito, observaram um perfil transgressor mais marcado em condutores desfavoráveis a uma legislação de trânsito mais rígida e que consideram que o bom motorista deve ser agressivo. Os autores apontaram que os condutores com esse perfil tendem, ainda, a atribuir o envolvimento com acidente a fatores externos ao motorista, associando sua causalidade a circunstâncias alheias à sua responsabilidade.

Visando identificar os aspectos de personalidade associados ao comportamento de dirigir enquanto preditores de envolvimento com acidentes de trânsito, Sümer (2003) desenvolveu e testou um modelo contextual de análise dos comportamentos associados ao acidente de trânsito. Neste modelo, o autor toma o acidente de trânsito enquanto uma referência situacional e considera as

variáveis psicológicas sensação de estar doente, agressividade, sintomas psicológicos como variáveis distais ou latentes, considerando-as como possíveis preditoras das variáveis proximais, a saber: comportamento aberrante, uso de bebida alcoólica e alta velocidade tomados como comportamentos favorecedores do envolvimento em acidentes de trânsito.

O estudo referido parte da hipótese de que as variáveis psicológicas não teriam uma relação direta com a ocorrência do acidente, mas sim, uma relação indireta enquanto causadoras ou favorecedoras do comportamento que leva ao acidente. Assim, a variável psicológica não poderia ser definida como preditora do acidente mas sim como preditora do comportamento.

Para testar tal hipótese o referido autor realizou um estudo com motoristas profissionais com o objetivo de identificar e distinguir as variáveis distais e proximais associadas aos acidentes de trânsito. Identificou que a presença de sintomas psicológicos como ansiedade e depressão são preditores de um comportamento de dirigir aberrante, estes sintomas associados à agressividade são preditores de consumo de bebidas alcoólicas ao dirigir e a sensação de estar doente seria preditora de alta velocidade. O autor concluiu que as variáveis psicológicas estabelecem uma causalidade direta com alteração no comportamento de dirigir e uma causalidade indireta com o acidente de trânsito, que seria provocado por inadequações do comportamento de dirigir. Conclui que

a variável psicológica poderia ser considerada um preditor do comportamento de dirigir e não do acidente de trânsito.

Walberg (2003) ressalta a necessidade de explicitação da culpabilidade pelo acidente de trânsito como uma variável que pode interferir no comportamento dos envolvidos. Tal explicitação é complexa por envolver não só as vítimas, como as condições de contexto e normatização do trânsito, além das leis que regem a responsabilidade civil dos cidadãos, com suas peculiaridades em diferentes países.

A análise dos estudos que avaliaram os aspectos psicológicos envolvidos no comportamento de dirigir destacaram a ansiedade, a depressão, o stress e a agressividade enquanto vivências emocionais que podem interferir no cumprimento das normas de trânsito, assim como nas habilidades cognitivas necessárias a um comportamento adequado ao dirigir (DAHLEN et al., 2005; HOFFMANN e LEGAL, 2003; HOFFMANN e GONZÁLES, 2033) não fazendo referência a estas variáveis enquanto preditoras de envolvimento com acidentes de trânsito ou enquanto consequência deste.

Nos estudos analisados, realizados com condutores, as variáveis preditoras associadas ao envolvimento com acidentes de trânsito foram encontradas em amostras identificadas, com história de envolvimento com acidentes de trânsito o que de certo modo limita o alcance dos dados no que diz respeito ao seu real valor preditor para condutores em geral, independentemente do envolvimento

prévio com acidentes de trânsito. Contudo, apontaram para a presença de características demográficas peculiares e para manifestações próprias das alterações do humor e de adequação às normas como variáveis associadas a tais ocorrências.

1.4 - OS ACIDENTES DE TRÂNSITO - ESTUDOS NO BRASIL

Com base em um estudo amplo da literatura sobre os acidentes de trânsito Marín e Queiroz (2000) apontam que no Brasil estes estudos são escassos, com pouca explicitação das ações de prevenção e controle e pouco conhecimento a respeito do comportamento dos motoristas e dos pedestres.

Apesar da carência de informações sobre os acidentes de trânsito no Brasil, Ott et al., (1993) supõe que os dados existentes não sejam distintos do que o observado em outros países.

No Brasil o custo anual estimado dos acidentes de trânsito ultrapassa três bilhões de dólares (PIRES; VASCONCELOS e SILVA, 1997). O Governo do Estado de São Paulo calcula que o custo material e social dos acidentes de trânsito chega a cerca de 1% do PIB nacional (MARÍN e QUEIROZ, 2000).

O Departamento Nacional de Trânsito brasileiro registrou, em 1994, mais de 22 mil mortes no trânsito no país e mais de 330 mil feridos (PIRES; VASCONCELOS e SILVA, 1997). No entanto é importante ressaltar que tais dados podem estar equivocados visto que, no Brasil, a Associação Brasileira de

Normas Técnicas recomenda que a morte seja registrada até três dias após o acidente, o que faz com que muitos óbitos não sejam registrados como consequência de acidentes de trânsito. A OMS recomenda que sejam incluídas as mortes por acidentes de trânsito até trinta dias após a ocorrência deste (MARÍN e QUEIROZ, 2000).

Em 1994, o coeficiente de mortalidade por acidentes de trânsito no país era de 18,9 por 100.000 habitantes, sendo superior ao dos EUA (18,4), da França (16,5) e da Argentina (9,1) (MELLO-JORGE e LATORRE, 1994). Já em 1997 foram registradas 35.756 mortes por acidentes de trânsito, permanecendo como uma das principais causas de mortes em todas as idades, atingindo um coeficiente de mortalidade de 22,4 por 100.000 habitantes (SCARPELINI, 2001). Ao se comparar tais dados nota-se que em um curto período de tempo ocorreu um aumento importante do coeficiente de mortalidade por acidentes de trânsito no Brasil.

Nas diversas capitais brasileiras a situação epidemiológica é heterogênea, porém, naquelas que se caracterizam como pólos de migração, as ocorrências de acidentes de trânsito sofreram um acréscimo de 100% ou mais no período de 1977 a 1994 (MELLO-JORGE e LATORRE, 1994).

Ao analisarem os casos de óbito por causas externas no município e no estado do Rio de Janeiro, no ano de 1990, Reichenheim e Werneck (1994)

observaram que os acidentes de trânsito foram responsáveis por 7,6% das mortes precoces no Estado e por 8,3% no município do Rio de Janeiro.

Maciel (1997) em um estudo sobre a mortalidade por acidentes de trânsito em Campo Grande – MS, refere que em 1989 a cidade apresentou o terceiro maior coeficiente bruto de mortalidade por acidentes de trânsito no Brasil, 41,1 por 100 mil habitantes, perdendo somente para Porto Velho e Goiânia, 59,2 e 52,7 respectivamente.

Os dados do estado de São Paulo em 1999 mostraram que os acidentes de trânsito foram responsáveis por 3,1% de todas as causas de morte com coeficiente de mortalidade de 20,4 por 100.000 habitantes (SCARPELINI, 2001).

Ao avaliarem a concordância de informações pesquisadas sobre causa básica de óbito por acidentes de trânsito e compará-las com as codificações feitas a partir das declarações de óbitos em 50 casos de cinco hospitais de Belo Horizonte, Ladeira e Guimarães (1998) encontraram uma baixa concordância, identificando falhas no preenchimento das declarações de óbito, o que pode interferir diretamente na qualidade das estatísticas de mortalidade. Os dados mostraram, ainda, uma subclassificação de óbitos por acidentes de trânsito, visto que 32% dos 50 óbitos estudados foram codificados como acidentes não especificados. Os autores chamam a atenção para a necessidade de um processo educativo com o objetivo de melhoria do preenchimento das declarações de óbito para que os dados estatísticos possam ser mais fidedignos.

Os estudos brasileiros sobre os acidentes de trânsito referem-se, em sua maioria, à caracterização dos acidentes, descrevendo as circunstâncias em que estes ocorreram e o perfil das vítimas.

Ao analisar as características dos acidentes de trânsito e o perfil das vítimas atendidas por um serviço de atenção pré hospitalar da cidade de Londrina, Paraná, no período de 1997 a 2000, Bastos, Andrade e Soares (2005) identificaram que dentre os 14.474 casos registrados, 70% das vítimas eram do sexo masculino, com idade entre 10 e 39 anos, sendo os motociclistas o principal tipo de vítima, com maior ocorrência de acidentes nos finais de semana.

Em um estudo onde avaliaram os acidentes de trânsito em um município de grande porte da região sul do Brasil, Andrade e Jorge (2001) identificaram que o tipo de acidente mais freqüente foi a colisão com automóvel ou caminhonete e que os acidentes com motociclistas geraram a maior taxa de vítimas. Observou-se maior número de vítimas nos finais de semana e os acidentes ocorreram, em sua maioria, no perímetro urbano.

Este perfil também foi encontrado por Deslandes e Silva (2000) ao estudarem a morbidade por acidentes de trânsito em hospitais públicos do Rio de Janeiro, e por Marson e Thomson (2001) ao avaliarem a importância da instalação de um programa de atendimento pré-hospitalar na cidade de Londrina no Paraná.

Scarpellini (2001) com base em um estudo epidemiológico sobre casos de acidentes de trânsito atendidos em uma Unidade de Emergência de um hospital escola de Ribeirão Preto, cidade de médio porte do estado de São Paulo, identificou um predomínio do gênero masculino, ocorrendo uma concentração do número de vítimas na faixa etária de 15 a 54 anos, o que também foi identificado por Andrade e Jorge (2000) em um estudo de caracterização das vítimas de acidentes de trânsito em um município da região sul do Brasil. A principal causa das lesões foi a colisão entre automóveis, seguida dos acidentes automobilísticos e posteriormente dos atropelamentos, sendo o perímetro urbano o principal local das ocorrências. Este perfil se assemelha ao descrito na literatura internacional (MEYER, 1998; AHARAONSON et al., 2001; BRYSEWICZ, 2001).

Ao realizar um inquérito sobre o comportamento de risco para acidentes de trânsito entre estudantes de Medicina da região sul do Brasil, Andrade et al. (2003) identificaram uma elevada proporção de relatos de envolvimento com acidentes de trânsito não havendo diferença entre os sexos.

No Brasil, em 1988, foram identificados em 36 hospitais públicos, 108 pacientes com lesão medular por trauma, sendo 42% dos casos decorrentes de acidentes de trânsito (CAMPOS-da-PAZ et al., 1992 apud MARÍN e QUEIROZ, 2000).

Em 1998 foi implementado no Brasil o novo Código Nacional de Trânsito que passou a regulamentar com maior rigor o uso do cinto de segurança, os limites de velocidade, o uso de capacete, o uso de álcool ao dirigir, entre outros. Marín e Queiroz (2000) apontaram que além da possibilidade de punir o infrator, o novo Código Nacional de Trânsito prevê a questão da educação para o trânsito, exigindo um esforço considerável de órgãos federais, estaduais e municipais para a implementação de tais programas.

Diante deste contexto, Deslandes e Silva (2000) chamam a atenção para a necessidade de se discutir o problema de trânsito no Brasil de forma ampliada identificando atores e responsáveis, com a participação do poder público, das autoridades de trânsito e das comunidades.

Liberatti Andrade e Soares, (2001) estudaram as características das vítimas de acidentes de trânsito antes e depois da implantação do código de trânsito, na cidade de Londrina, comparando o período de janeiro à julho de 1997 ao mesmo período em 1998. Identificaram que o uso de capacete por parte dos motociclistas aumentou em 62,6% e o uso de cinto de segurança por parte dos ocupantes de automóveis aumentou em 66%. A proporção de motoristas sem habilitação menores de 18 anos e o uso de bebida alcoólica ao dirigir declinaram significativamente. Ocorreu uma diminuição de 20% quanto aos acidentes automobilísticos e de 9% dos acidentes com motocicletas. Os autores chamam a

atenção para a necessidade de uma legislação de trânsito rigorosa para a prevenção dos acidentes de trânsito.

Além das medidas legislativas, Deslandes e Silva (2000) sugerem que no Brasil sejam implantadas também medidas voltadas para campanhas de segurança, para capacitação dos condutores, para o aumento da segurança dos veículos, para a educação do pedestre e para a participação da população e da comunidade na elaboração das políticas e no planejamento do trânsito.

A identificação de comportamentos de risco favorecedor do envolvimento com acidentes de trânsito foi abordada por Andrade et al. (2003) que identificaram a falta de atenção, o desrespeito à sinalização e o excesso de velocidade como os fatores mais relatados pelos condutores como determinantes para a ocorrência do último acidente de trânsito. Em outro estudo Marin-Leon e Vizzoto (2003) identificaram, com base em questionários, os lapsos, as transgressões, o dirigir alcoolizado, o dirigir em alta velocidade e o desrespeito à sinalização como elementos favorecedores do envolvimento com acidentes de trânsito.

Mais recentemente os estudos sistemáticos relativos a avaliação psicológica dos condutores têm abordado dois aspectos: a) os recurso de avaliação de aptidão para dirigir, com o objetivo de identificar as habilidades necessárias ao comportamento de dirigir, como forma de prevenir a transgressão (ALCHIERI, 2003; DUARTE, 2003, MÉA e ILHA, 2003) e b) a caracterização técnica dos

instrumentos psicológicos utilizados para a avaliação dos condutores (ALCHIERI e NORONHA, 2003).

A análise dos estudos empíricos desenvolvidos no Brasil relativos aos acidentes de trânsito, destinaram-se prioritariamente a definir as estatísticas de mortalidade e os aspectos epidemiológicos descrevendo o tipo de acidente, as características das vítimas e a incidência de acidentes de trânsito em determinadas regiões e mais recentemente a atenção tem se voltado para os comportamentos de risco e recursos de avaliação dos condutores.

Observa-se com base na análise dos estudos recentes, relatados na literatura internacional e nacional, que as variáveis de saúde mental, enquanto aspectos pessoais dos condutores, associadas ao envolvimento com acidentes de trânsito ou com as conseqüências para a adaptação psicossocial pós o acidente de trânsito, requerem ainda novos estudos sistemáticos, que possam elucidar o impacto psicossocial dos mesmos e instrumentar práticas preventivas quanto ao comportamento de dirigir.

2 - OBJETIVO

Tem-se como objetivo geral caracterizar as condições de saúde mental de condutores de veículos, vítimas de acidentes de trânsito, que foram atendidas junto a uma Unidade de Emergência de um hospital escola e que, do ponto de vista clínico, no momento da alta hospitalar foram considerados como apresentando condições de boa recuperação.

Buscou-se, pós acidente, caracterizar a adaptação psicossocial destas pessoas por meio da avaliação de indicadores de saúde mental, de ansiedade, de depressão e da qualidade de vida.

Para tal foram realizados dois delineamentos no primeiro, buscou-se caracterizar a adaptação psicossocial de dois grupos de condutores, diferenciados pela recorrência ou não de acidente de trânsito, em um período de cinco anos, e no segundo, buscou-se avaliar a adaptação psicossocial de um grupo de condutores que se envolveram com acidente de trânsito em dois momentos, por ocasião da alta hospitalar, e seis meses após a alta.

3 – MÉTODO

3.1 - Participantes

3.1.1 - Delineamento 1

A amostra foi composta por 40 participantes, condutores de veículos, que se envolveram em acidentes de trânsito que requereram hospitalização, divididos em dois grupos:

- G1 com recorrência de acidentes de trânsito num período de cinco anos,
- G2 sem recorrência de acidente de trânsito no mesmo período.

Todos os participantes que foram atendidos na Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP (UE-HCFMRP-USP), no segundo semestre de 1997 ¹ tendo recebido alta em condições de boa recuperação, segundo o protocolo de notificação de acidentes de trânsito do serviço de Vigilância Epidemiológica da UE-HCFMRP-USP.

Tomou-se como critérios de inclusão os participantes terem sofrido acidente de trânsito envolvendo automóveis (CID-10 - V20 – V29) ou motocicletas (CID-10 - V40 – V49), serem do sexo masculino, com idade entre 18 e 45 anos e procedentes de Ribeirão Preto.

¹ Este período foi objeto de estudo sistemático, de caracterização epidemiológica, desenvolvido na UE-HCFMRP-USP por SCARPELINI (2001), o que favoreceu a utilização dos dados gerais do período.

Os participantes incluídos no estudo referiram ausência de atendimento psicológico ou psiquiátrico pós acidente de trânsito.

- Seleção dos participantes

Os participantes foram identificados através do acesso ao banco de dados do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP, que desde 1997 adotou como rotina a notificação dos acidentes de transporte que dão entrada na Unidade de Emergência, através do preenchimento de um protocolo padrão (Anexo 1) por profissionais (médico e enfermeira) do Serviço de Vigilância Epidemiológica. Este protocolo é preenchido no momento da alta do paciente e apresenta informações sobre: a) identificação, b) características do acidente, c) tipo de lesão principal, d) diagnóstico médico, e) evolução do paciente, f) categorização das condições de alta.

Com relação às condições de alta os profissionais, com base em avaliação direta dos pacientes e em informações do prontuário, fazem a avaliação considerando cinco categorias, a saber: 1 – óbito, 2 – estado vegetativo persistente, 3 – limitações graves, 4 – limitações moderadas e 5 – boa recuperação. Para este estudo tomou-se como critério de inclusão dos participantes a avaliação de condições de alta no item cinco - boa recuperação.

Realizou-se um levantamento dos registros de acidentes de trânsito ocorridos no segundo semestre de 1997, através do banco de dados do Serviço

de Vigilância Epidemiológica do HCFMRP-USP, verificando-se as características da população atendida, avaliando-se a possibilidade de inclusão segundo os critérios pré-estabelecidos.

Foram identificadas neste período 1683 ocorrências registradas das quais 268 eram de possíveis participantes que atendiam aos critérios de alta com boa recuperação, sexo masculino, idade (18 a 45 anos) e procedência de Ribeirão Preto.

Procedeu-se então a revisão dos 268 prontuários com o objetivo de selecionar aqueles sujeitos que apresentaram recorrência de acidente de trânsito no período de 1997 a 2002.

Neste conjunto foram identificados 96 possíveis participantes para o G1 – com recorrência, alocados em uma lista aleatória de nomes, utilizada para o primeiro contato de verificação de aceitação quanto à participação. Com base na listagem foram contatados por telefone ou carta 34 participantes, destes 14 não aceitaram participar do estudo, 10 descartaram a possibilidade de colaborar já no primeiro contato por telefone, os outros quatro agendaram um primeiro horário para a inclusão no estudo, mas não compareceram, e posteriormente justificaram que haviam desistido da participação alegando falta de tempo ou de disposição para colaborar. Selecionou-se, assim, os 20 participantes de G1.

Para a composição do G2 – sem recorrência, considerou-se os 172 possíveis participantes que preenchem os critérios já descritos e que foram

alocados em uma lista aleatória de nomes. Com base nesta listagem foram contatados por telefone ou carta 31 possíveis participantes convidando-os a participarem do estudo. Inicialmente verificou-se de forma direta se haviam se envolvido em outro acidente de trânsito no período sendo atendidos em outro serviço, o que não se confirmou para nenhum eventual participante. Destes 31 sujeitos oito não se dispuseram a participar logo no primeiro contato, e três agendaram horário e não compareceram, todos alegando falta de tempo ou de disposição para colaborar com o estudo. Selecionou-se assim, os 20 participantes de G2.

3.1.2 - Delineamento 2

A amostra foi composta por 20 participantes condutores de veículos, que se envolveram em acidentes de trânsito que requereram hospitalização, avaliados em dois momentos distintos, a saber por ocasião da alta hospitalar (Av1) e seis meses após a alta hospitalar (Av2).

Todos os participantes que foram atendidos na Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP (UE-HCFMRP-USP), no período de Dezembro de 2002 a Fevereiro de 2003 tendo recebido alta em condições de boa recuperação, segundo o protocolo de notificação de acidentes de trânsito do serviço de Vigilância Epidemiológica da UE-HCFMRP-USP.

Adotou-se os seguintes critérios de inclusão: sexo masculino, idade entre 18 e 45 anos, procedentes de Ribeirão Preto, vítimas de acidente de trânsito, condutores de automóveis (CID 10, V20 - V29) ou motocicletas (CID 10 – V40 - V49).

Os participantes incluídos no estudo referiram ausência de atendimento psicológico ou psiquiátrico pós acidente de trânsito.

- Seleção dos participantes

Com base em pesquisa nos registros de acidentes de trânsito ocorridos e atendidos na Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP (UE-HCFMRP-USP) nos meses de dezembro de 2002, janeiro e fevereiro de 2003, tendo por referência o banco de dados do Serviço de Vigilância Epidemiológica do HCFMRP-USP, identificou-se os possíveis participantes. Foram identificados em cada mês respectivamente 30, 23 e 22 possíveis participantes que foram incluídos em uma lista aleatória de nomes e contatados por telefone ou carta atendendo-se a esta seqüência, até compor um grupo de 25 possíveis participantes.

A coleta de dados se iniciou em janeiro de 2003 quando foram avaliados oito dos 30 possíveis participantes, identificados em dezembro. Em fevereiro e março foram avaliados respectivamente nove e oito participantes dos 23 e 22 que foram identificados em janeiro e fevereiro. No total os 25 possíveis participantes contatados se dispuseram a participar.

Após seis meses da primeira avaliação os 25 participantes foram contatados novamente por telefone ou carta e a segunda avaliação foi realizada nos meses de Julho, Agosto e Setembro de 2003 quando foram avaliados respectivamente seis, sete e sete participantes. Cinco dos participantes avaliados por ocasião da alta referiram que não gostariam de continuar participando do estudo alegando falta de tempo e de disposição para colaborar, quando foram contatados para a segunda avaliação. Em virtude dessa desistência a composição do grupo de estudo contou com 20 participantes incluídos e avaliados na alta (Av1) e após aproximadamente seis meses (Av2).

3.2 - Instrumentos – Delineamentos 1 e 2

Os seguintes instrumentos foram utilizados na avaliação dos participantes incluídos nos dois delineamentos:

- Questionário de informações complementares incluindo dados demográficos, percepções relativas ao acidente e situação clínica (Apêndice 1);
- Questionário de Saúde Geral de Goldberg - QSG, traduzido e adaptado para o Brasil por Pasquali (1996). Trata-se de um questionário autoaplicável composto por 60 itens sobre sintomas psiquiátricos não psicóticos. Segundo estudo nacional quanto as características psicométricas relativas à validade o instrumento em questão apresentou índice de correlação de 0.80 quando comparado a uma avaliação clínica de pacientes psiquiátricos internados e de

0.77 quando comparado a avaliação de pacientes psiquiátricos ambulatoriais através do “Symptom Checklist”. Quanto a fidedignidade o coeficiente de correlação encontrado foi de 0.95.

- Escala de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde – versão reduzida - WHOQOL – *brief*, em Português, traduzida e adaptada para o Brasil por Fleck (1999). Trata-se de uma escala autoaplicável, com 26 itens, que avalia como o indivíduo se sente, nas duas últimas semanas, a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Segundo estudo nacional quanto as características psicométricas relativas à validade o instrumento em questão apresentou índice de correlação de 0.57 para o domínio físico, de 0,66 para o domínio psicológico, de 0.43 para o domínio das relações sociais e de 0.42 para o domínio ambiental, quando comparado ao Inventário de Depressão de Beck. Quanto a fidedignidade os autores referem um alfa de Cronbach de 0.77.
- Inventário de Ansiedade de Beck - BAI, traduzido e adaptado para o Brasil por Cunha (2001). Trata-se de uma escala autoaplicável, com 21 itens, que mede a intensidade dos sintomas de ansiedade. Quanto a fidedignidade o coeficiente alfa de Cronbach para amostra não clínica encontrou-se acima 0.80.
- Inventário de Depressão de Beck - BDI, traduzido e adaptado para o Brasil por Cunha (2001). Trata-se de uma escala autoaplicável, com 21 itens, que

mede a intensidade dos sintomas de depressão. Quanto a fidedignidade o coeficiente alfa de Cronbach para amostra não clínica encontrou-se acima 0.80.

3.3 – Procedimento – Delineamentos 1 e 2

3.3.1 – Coleta de Dados

Os participantes foram contatados por telefone ou carta (Apêndice 2) convidando-os a participarem do estudo, esclarecendo os objetivos da pesquisa e assinalando o caráter voluntário da participação. Para aqueles que se dispuseram a participar foi agendado um horário e neste contato pessoal foi-lhes apresentado com detalhes os objetivos do estudo e, quando da concordância, solicitado a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 3).

As avaliações foram realizadas em locais de escolha dos participantes como a própria casa ou local de trabalho, procurando-se preservar condições adequadas de privacidade e conforto. Inicialmente pretendia-se realizar as avaliações na UE-HCFMRP-USP, contudo vários participantes alegaram impossibilidade de comparecerem ao hospital por motivos pessoais ou de trabalho.

Foram realizadas duas sessões de avaliação individual dos participantes onde aplicou-se as técnicas conforme o Quadro 1.

Primeira Sessão:

- Rapport
- Questionário de informações complementares (Dados demográficos, percepções relativas ao acidente e situação clínica);
- Escala de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde – versão reduzida (WHOQOL – *brief*).

Segunda Sessão:

- Rapport
- Questionário de Saúde Geral de Goldberg (QSG),
- Inventário de Ansiedade de Beck (BAI),
- Inventário de Depressão de Beck (BDI).

Quadro 1: Instrumentos e sessões de avaliação.

A coleta de dados foi feita em duas sessões onde se realizou primeiramente um rapport e posteriormente a aplicação dos instrumentos de avaliação. A pesquisadora leu as instruções de cada instrumento em conjunto com o participante, esclarecendo as dúvidas. Posteriormente o próprio participante preencheu os instrumentos, na presença da avaliadora assinalando a alternativa de sua escolha e esclarecendo suas dúvidas quando necessário.

No delineamento 2, após aproximadamente seis meses da primeira avaliação, os participantes foram reavaliados, realizando-se o mesmo procedimento de aplicação dos instrumentos utilizados na primeira avaliação.

3.3.2 - Tratamento dos dados – Delineamentos 1 e 2

- Codificação

Os protocolos foram codificados segundo as recomendações técnicas específicas para cada um dos instrumentos de avaliação utilizados. Em relação a Escala de Avaliação de Qualidade de Vida (WHOQOL-bref) os dados foram quantificados segundo as recomendações técnicas de Fleck (1999) com o objetivo de caracterizar os aspectos de qualidade de vida para cada grupo.

Quanto ao Questionário de Saúde Geral de Goldberg (GSG) os dados foram quantificados segundo as recomendações técnicas de Pasquali (1996) com o objetivo de caracterizar os aspectos de saúde mental para cada grupo.

Com relação às Escalas de Ansiedade e Depressão de Beck os dados foram quantificados segundo as recomendações técnicas de Cunha (2001) com o objetivo de identificar a intensidade de sintomas de ansiedade e depressão. Após a codificação procedeu-se à quantificação dos dados.

- Análise dos dados

Foi realizado o teste de normalidade para todas as variáveis avaliadas em cada grupo utilizando-se o Teste de Kolmogorov-Smirnov .

Para o delineamento 1 procedeu-se, para os diferentes instrumentos, à comparação dos grupos entre si (G1 x G2) e posteriormente cada grupo foi comparado aos dados normativos (N) (G1 x N, G2 x N).

Visando atender aos objetivos do delineamento 1 os grupos foram comparados entre si para verificar se diferiam quanto aos aspectos de qualidade de vida, saúde geral, ansiedade e depressão. Para tal, aplicou-se o Teste t para amostras independentes. Posteriormente, os escores dos dois grupos relativos a qualidade de vida foram comparados aos dados normativos de Fleck et al (2000), os dados relativos a saúde geral foram comparados aos dados normativos de Pasquali (1996) e os dados relativos a ansiedade e depressão foram comparados aos dados normativos de Cunha (2000) utilizando-se para tal do Teste t para amostras independentes.

Para o delineamento 2 procedeu-se, para os diferentes instrumentos, à comparação das avaliações do mesmo grupo, realizadas em dois momentos diferentes (Av1 e Av2) e posteriormente cada avaliação foi comparada aos dados normativos (Av1 x N, Av2 x N).

Para atender aos objetivos do delineamento 2 as duas avaliações foram comparadas entre si para verificar se diferiam quanto aos aspectos de qualidade de vida, saúde geral, ansiedade e depressão. Para tal, aplicou-se o Teste t para amostras pareadas. Posteriormente os escores das duas avaliações relativos a qualidade de vida foram comparados aos dados normativos de Fleck et al (2000), os dados relativos a saúde geral foram comparados aos dados normativos de Pasquali (1996) e os dados relativos a ansiedade e depressão foram comparados

aos dados normativos de Cunha (2000) utilizando-se para tal do Teste t para uma única amostra.

Com relação aos dados obtidos nos delineamentos 1 e 2 procedeu-se à integração das variáveis por meio da análise correlacional, objetivando-se relacionar os escores de saúde geral, de ansiedade, depressão e de qualidade de vida, para tal aplicou-se o Coeficiente de Correlação de Spearman.

No que diz respeito ao delineamento 1 realizou-se ainda a análise de regressão logística com o objetivo de identificar qual a combinação de variáveis com maior possibilidade de discriminar os grupos, para tal análise selecionou-se os escores de saúde geral, ansiedade e qualidade de vida - domínio psicológico.

Em todos os teste estatísticos aplicados adotou-se o nível de significância de $p = 0,05$.

3.4 – Aspectos Éticos

O presente estudo foi apreciado e aprovado pela Comissão de Ética Médica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. (Anexo 2)

Para todos os participantes explicitou-se que a participação era voluntária fornecendo-lhes informações sobre a justificativa, objetivos, procedimentos, riscos e benefícios do estudo ao qual estavam sendo convidados a participar,

procedendo-se a apresentação oral e escrita do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Somente foram aceitos no estudo os participantes que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 3).

Foi garantido o direito de receber informações e esclarecimentos sobre quaisquer dúvidas que surgissem no transcorrer do procedimento, ainda que isso pudesse afetar sua vontade de continuar participando. Da mesma forma foi-lhes garantida a segurança de não serem identificados, bem como de que todas as informações fornecidas por eles seriam mantidas sob caráter confidencial.

Aos participantes que se encontravam em tratamento na instituição foi assegurado que caso não desejassem participar da pesquisa ou decidissem retirar seu consentimento, tal decisão não lhes traria qualquer prejuízo.

Foi oferecida a todos os participantes uma devolutiva da avaliação.

4 – RESULTADOS - DELINEAMENTOS 1 e 2

Os dados obtidos por meio dos dois delineamentos serão apresentados separadamente destacando-se, em um primeiro momento, a caracterização da amostra estudada, seguida dos dados obtidos em cada instrumento de avaliação utilizado, apresentados na seguinte ordem: Questionário de Saúde Geral (QSG), Inventários de Ansiedade (BAI) e de Depressão (BDI) e Escala de Qualidade de Vida (WHOQOL-*bref*). Em seguida, para cada delineamento apresentar-se-á a integração das variáveis.

4.1 – Delineamento 1

4.1.1 – Perfil dos participantes

As características sócio-demográficas dos participantes do grupo com recorrência (G1) e do grupo sem recorrência (G2) de acidentes de trânsito estão apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1 - Caracterização sócio-demográfica (frequência) dos participantes com recorrência (G1) e sem recorrência (G2) de acidentes de trânsito.

Variáveis		G1	G2
Idade	18 - 26	6	5
	27 - 35	9	9
	36 - 45	5	6
Escolaridade	1 grau incompleto	4	4
	1 grau completo	1	2
	2 grau incompleto	3	2
	2 grau completo	9	10
	3 grau incompleto	3	2
Estado Civil	Solteiro	8	7
	Casado	12	13
Situação Profissional	Empregado em exercício	14	17
	Empregado afastado	3	0
	Desempregado	3	3
Salário	0 - 3	11	9
	4 - 7	6	7
	8 - 10	3	3

O perfil sócio-demográfico dos grupos caracterizou-se por uma média de idade de 31,5 anos ($dp=6,8$) para o G1 e 31,6 anos ($dp=6,7$) para o G2, com predomínio do segundo grau completo (11 anos) para ambos os grupos (G1=9, G2=10). Nota-se que a escolaridade dos participantes está acima da média do município de Ribeirão Preto (8,5) e da média nacional (6,4) segundo o mapa de analfabetismo no Brasil divulgado pelo INEP em setembro de 2004. Quanto ao

estado civil, a maioria dos participantes eram casados, sendo que no G1 oito tinham vínculo conjugal oficial e quatro vínculo conjugal consensual, enquanto no G2 sete tinham vínculo conjugal oficial e seis vínculo conjugal consensual.

Observou-se o predomínio de uma situação profissional regular, pois a maioria dos participantes de ambos os grupos (G1=14, G2=17) apresentava-se empregados e em pleno exercício de sua atividade profissional. A renda concentrou-se na faixa até três salários mínimos em ambos os grupos. Segundo os dados do IBGE 26,4% da população brasileira tem renda mensal de 1 a 2 salários mínimos. Assim, observa-se que os participantes apresentaram uma renda mensal próxima da esperada para a maioria da população brasileira.

Pode-se observar que os grupos apresentam similaridade quanto à idade, escolaridade, estado civil, situação profissional e renda em salários mínimos, o que foi confirmado pela comparação por meio do Teste Qui-quadrado para as variáveis categóricas (escolaridade, estado civil e situação profissional) e do Teste t para amostras independentes, para as variáveis numéricas (idade, escolaridade), não sendo detectadas diferenças significativas.

4.1.2 – Saúde Geral – Indicadores não psicóticos – Questionário de Saúde Geral (QSG)

Os indicadores de saúde geral relativos a comparação dos grupos com recorrência (G1) e sem recorrência (G2) de acidentes de trânsito, com base no Questionário de Saúde Geral de Goldberg serão apresentados e comparados com

os dados Normativos (N) estabelecidos pelo estudo brasileiro como mostra a Tabela 2.

Tabela 2 - Saúde Geral – Média (m), desvio padrão (dp) e comparação dos grupos com recorrência (G1) e sem recorrência (G2) de acidentes de trânsito e aos dados Normativos (N) quanto aos escores obtidos.

Indicadores	G1		G2		Comparações	p
	m	dp	m	dp		
Stress psíquico (1,77)	2,63	0,61	2,08	0,75	G1>G2	0,01
					G1>N	0,00
					G2=N	0,08
Desejo de morte (1,14)	1,73	0,57	1,29	0,25	G1>G2	0,00
					G1>N	0,00
					G2>N	0,01
Desconfiança no desempenho (1,82)	2,25	0,40	1,91	0,37	G1>G2	0,00
					G1>N	0,00
					G2=N	0,29
Distúrbio do sono (1,50)	1,36	0,24	1,40	0,48	G1=G2	0,74
					G1<N	0,02
					G2=N	0,48
Distúrbios psicossomáticos (1,60)	2,19	0,46	2,00	0,43	G1=G2	0,20
					G1>N	0,00
					G2>N	0,00
Total (1,65)	2,20	0,42	1,93	0,34	G1>G2	0,03
					G1>N	0,00
					G2>N	0,00

Teste t () valor normativo
p 0,05

Considerando as cinco categorias e o escore total quanto a saúde geral observou-se que o G1, com recorrência em acidente de trânsito, diferiu

significativamente de G2 em três categorias e quanto ao escore total. Destaca-se que em todas estas condições G1 apresentou mais indicadores de problemas que o G2. Na comparação com os dados normativos G1 diferiu significativamente quanto a todos os indicadores e G2 diferiu quanto a duas categorias e ao escore total.

No que se refere ao stress psíquico o G1 apresentou uma média significativamente superior quando comparado ao G2 e ao valor normativo. Ao se comparar G2 com o valor normativo, não se observou diferença estatisticamente significativa.

Quanto a variável desejo de morte o G1 apresentou uma média significativamente superior quando comparado ao G2. Quando comparados à norma ambos os grupos, G1 e G2 apresentaram uma média significativamente superior.

Em relação à desconfiança no desempenho o G1 apresentou uma média significativamente superior quando comparado ao G2 e ao valor normativo, porém, este último não apresentou diferença estatisticamente significativa quando comparado ao G2.

No que se refere à variável distúrbio do sono, ao se comparar à média de G1 e a de G2 não se observou diferença estatisticamente significativa. Porém, quando comparado ao valor normativo, a média de G1 mostrou-se

estatisticamente inferior enquanto a de G2 não apresentou diferença estatisticamente significativa.

Quanto à variável distúrbios psicossomáticos as médias de G1 e de G2 não apresentaram diferença estatisticamente significativa, quando os grupos foram comparados. Porém, quando comparados ao valor normativo ambos os grupos apresentaram médias significativamente superiores, o que é indicativo de mais problemas de saúde que o esperado, tendo por referência o valor normativo.

Em relação ao escore total de saúde geral, quando comparados G1 apresentou uma média significativamente superior a média do G2. Quando comparados ao valor normativo, ambos os grupos apresentaram médias significativamente superiores.

4.1.3– Ansiedade e Depressão – Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) e Inventário de Depressão de Beck (BDI)

Os indicadores de ansiedade e depressão relativos as comparações dos grupos com recorrência (G1) e sem recorrência (G2) de acidentes de trânsito, com base nos escores do Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) e do Inventário de Depressão de Beck (BDI) , serão apresentados e comparados a dados normativos (N) brasileiros como mostra a Tabela 3.

Tabela 3 - Ansiedade e Depressão – Média (m), desvio padrão (dp) e comparações dos grupos com recorrência (G1) e sem recorrência de acidentes de trânsito (G2), e aos dados Normativos (N) com relação aos escores obtidos.

Indicadores	G1		G2		Comparações	p
	m	dp	m	dp		
Ansiedade (8,9)	23,7	9,5	6,5	6,8	G1> G2	0,00
					G1>N	0,00
					G2=N	0,14
Depressão (11,8)	21,9	9,0	11,5	8,1	G1>G2	0,00
					G1>N	0,00
					G2=N	0,89

Teste t ()valor normativo
p 0,05

O G1 grupo com recorrência de acidente de trânsito diferiu significativamente de G2 e do estudo normativo quanto aos indicadores de ansiedade e depressão.

Com relação o escore de ansiedade o G1 quando comparado ao G2 e ao valor normativo apresentou uma média significativamente superior, o que não foi observado quando da comparação do G2 ao valor normativo, não sendo observada diferença estatisticamente significativa.

Quanto ao escore de depressão, o G1 apresentou uma média significativamente superior quando comparado ao G2 e ao valor normativo. Já o G2 quando comparado ao estudo normativo apresentou uma média semelhante, não sendo observada diferença estatisticamente significativa.

4.1.4 – Qualidade de Vida – Escala de Qualidade de Vida – versão reduzida - WHOQOL-*bref*.

Os indicadores de qualidade de vida relativos às comparações dos grupos com recorrência (G1) e sem recorrência (G2) de acidentes de trânsito, com base na Escala de Qualidade de Vida – versão reduzida - WHOQOL-*bref*, serão apresentados e comparados a dados Normativos (N) brasileiros como mostra a Tabela 4.

Tabela 4 - Qualidade de Vida (QV) – Média (m) e desvio padrão (dp) dos escores e comparações dos grupos com recorrência (G1) e sem recorrência (G2) de acidentes de trânsito e aos dados Normativos (N) com relação aos quatro domínios avaliados.

Domínios	G1		G2		Comparações	p
	m	dp	m	dp		
Físico (16,6)	15,6	1,9	14,8	2,6	G1=G2	0,29
					G1=N	0,06
					G2<N	0,00
Psicológico (15,6)	19,0	3,7	15,5	3,9	G1>G2	0,00
					G1>N	0,00
					G2=N	0,91
Social (15,5)	13,8	2,3	13,9	4,6	G1=G2	0,89
					G1<N	0,01
					G2=N	0,15
Ambiental (14,0)	13,8	1,7	13,4	3,3	G1=G2	0,60
					G1=N	0,70
					G2=N	0,45

Teste t ()valor normativo
p 0,05

Considerando os quatro domínios avaliados observou-se que o G1 - grupo com recorrência de acidente de trânsito diferiu significativamente do G2 – sem recorrência, quanto ao escore do domínio psicológico e diferiu do estudo normativo em dois domínios, a saber psicológico e social e o G2 diferiu do estudo normativo quanto ao domínio físico.

Com relação ao domínio físico G1 quando comparado ao G2 não apresentou diferença estatisticamente significativa. Quando os grupos foram comparados ao valor normativo, G1 não apresentou diferença estatisticamente significativa, porém, a média de G2 mostrou-se significativamente inferior.

Quanto ao domínio psicológico G1 apresentou uma média significativamente superior quando comparado ao G2 e ao valor normativo. Quanto ao G2, não se observou diferença estatisticamente significativa quando comparado ao valor normativo.

No que se refere ao domínio social o G1 não apresentou diferença estatisticamente significativa quando comparado ao G2. Porém, quando os grupos foram comparados ao valor normativo G1 apresentou uma média significativamente inferior enquanto G2 não apresentou diferença significativa.

Com relação ao domínio ambiental não se observou diferença estatisticamente significativa quando da comparação entre G1 e G2 e destes ao valor normativo.

4.1.5 – Análise Correlacional

4.1.5.1 – Correlação Univariada

As correlações entre os escores avaliados pelos três instrumentos relativos as variáveis ansiedade, depressão, saúde geral (total e específicos) e qualidade de vida (domínios físico, psicológico, social e ambiental) para o grupo com recorrência (G1), são apresentados na Tabela 5.

Tabela 5 - Grupo com recorrência de acidente de trânsito (G1) – Correlação entre os escores das variáveis ansiedade, depressão, saúde geral e qualidade de vida.

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
A	1,00											
B	-0,29	1,00										
C	0,16	-0,48	1,00									
D	-0,08	0,23	-0,39	1,00								
E	-0,20	0,20	0,19	-0,09	1,00							
F	0,33	-0,20	0,37	-0,00	0,25	1,00						
G	0,22	-0,11	0,37	-0,14	0,39	0,78	1,00					
H	-0,47	-0,37	0,64	-0,43	-0,43	0,56	0,57	1,00				
I	0,34	0,19	0,01	0,22	0,21	0,56	0,60	0,16	1,00			
J	-0,05	-0,11	0,65	-0,15	0,41	0,64	0,63	0,51	0,43	1,00		
K	-0,35	-0,35	0,27	-0,10	0,15	0,03	0,40	0,21	0,16	0,54	1,00	
L	0,42	0,42	0,30	-0,05	0,29	0,00	0,00	0,55	0,62	0,64	0,46	1,00

Coefficiente de Correlação de Spearman $p < 0,05$

A – Ansiedade

B – Depressão

C – QSG - Stress Psíquico

D – QSG – Desejo de Morte

E – QSG – Desconfiança no Desempenho

F – QSG – Distúrbio do Sono

G – QSG – Distúrbio Psicossomático

H – QSG – Saúde Geral - Total

I – WHOQOL – Domínio Físico

J – WHOQOL – Domínio Psicológico

K – WHOQOL – Domínio Social

L – WHOQOL – Domínio Ambiental

No grupo com recorrência de acidentes de trânsito (G1) observou-se, com significância estatística, correlação negativa do escore de ansiedade com o escore total de saúde geral avaliado pelo QSG, e também correlação negativa do escore de depressão com o escore específico de stress psíquico do QSG.

No que se refere ao escore total de saúde geral (QSG) observou-se correlação positiva com os escores específicos de stress psíquico, distúrbio do sono e distúrbio psicossomático, além de correlações positivas com os domínios físico e psicológico da qualidade de vida. Os escores parciais de distúrbio do sono e psicossomático mostraram-se ainda correlacionados, com os domínios físico e psicológico da qualidade de vida.

Quanto à qualidade de vida, o escore de domínio psicológico apresentou correlação positiva com os domínios social e ambiental. Já os domínios físico, social e ambiental não apresentaram correlação positiva com outros indicadores.

Os escores parciais de desejo de morte e desconfiança no desempenho e qualidade de vida, domínios físico e ambiental, não apresentaram correlação com os outros indicadores.

A Tabela 6 apresenta as correlações entre os escores das variáveis ansiedade, depressão, saúde geral (total e específicos) e qualidade de vida (domínios físico, psicológico, social e ambiental) para o grupo sem recorrência de acidente de trânsito (G2).

Tabela 6 - Grupo sem recorrência de acidente de trânsito (G2) – Correlação entre as variáveis de ansiedade, depressão, saúde geral e qualidade de vida.

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
A	1,00											
B	0,39	1,00										
C	0,52	0,44	1,00									
D	0,68	0,47	0,62	1,00								
E	0,45	0,36	0,69	0,67	1,00							
F	-0,44	-0,27	0,08	-0,17	0,09	1,00						
G	0,10	0,29	0,64	0,27	0,16	-0,14	1,00					
H	-0,03	0,22	0,55	0,38	0,39	0,20	0,67	1,00				
I	0,02	0,25	0,18	-0,04	-0,08	0,27	0,33	0,29	1,00			
J	0,10	0,28	0,69	0,37	0,32	0,30	0,47	0,27	0,16	1,00		
K	-0,30	-0,09	0,01	-0,24	0,10	0,38	-0,03	0,20	0,01	-0,06	1,00	
L	0,22	0,41	0,37	0,07	0,39	0,19	-0,06	0,10	0,10	0,25	0,16	1,00

Coefficiente de Correlação de Spearman $p = 0,05$

A – Ansiedade

B – Depressão

C – QSG - Stress Psíquico

D – QSG – Desejo de Morte

E – QSG – Desconfiança no Desempenho

F – QSG – Distúrbio do Sono

G – QSG – Distúrbio Psicossomático

H – QSG – Saúde Geral - Total

I – WHOQOL – Domínio Físico

J – WHOQOL – Domínio Psicológico

K – WHOQOL – Domínio Social

L – WHOQOL – Domínio Ambiental

Para o grupo sem recorrência de acidentes de trânsito (G2), o escore de ansiedade mostrou-se positivamente correlacionado com os escores específicos de stress psíquico e desejo de morte avaliados pelo QSG.

Em relação à saúde geral, o escore específico de stress psíquico do QSG apresentou correlação positiva com os escores específicos de desejo de morte,

desconfiança no desempenho e distúrbio psicossomático, a com o escore total de saúde geral. O escore específico de desejo de morte mostrou positivamente correlacionado com o escore específico de desconfiança no desempenho e o escore parcial de distúrbio psicossomático apresentou correlação positiva com o escore total de saúde geral. Os escores de depressão, desconfiança no desempenho, distúrbio do sono, da qualidade de vida, domínios físico, psicológico, social e ambiental não apresentaram correlação com os outros indicadores avaliados.

4.1.5.2 – Análise de Regressão Logística Multivariada

Foi realizada a análise de regressão logística para verificar dentre as variáveis estudadas, o quanto separadamente, ou em conjunto elas discriminam os grupos. As variáveis foram inicialmente submetidas a uma análise univariada. Foi adotado como critério para inclusão na análise de regressão logística multivariada as variáveis que na análise univariada atingiram valores de significância, sendo selecionadas os escores de saúde geral, ansiedade e qualidade de vida - domínio psicológico.

A Tabela 7 apresenta os dados da análise de regressão logística multivariada.

Tabela 7 - Análise de Regressão Logística Multivariada – valores de Odds Ratio, Intervalo de Confiança de 95% (I.C.) e os valores de p.

Variáveis	Odds Ratio	I.C.95%	P
Ansiedade	1,300	1,083 – 1,560	0,01
Saúde Geral - Total	0,223	0,010 – 4,766	0,34
Qualidade de Vida - Domínio Psicológico	1,298	0,959 – 1,757	0,09
Ansiedade	1,224	1,084 – 1,437	0,00
Qualidade de Vida - Domínio Psicológico	1,191	0,947 – 1,497	0,13
Ansiedade	1,257	1,101 – 1,435	0,00

Analisando-se o modelo com as três variáveis observou-se que a variável ansiedade, tanto na presença de outras variáveis quanto isoladamente, foi aquela que apresentou maior poder de distinguir os grupos, G1 com recorrência e G2 sem recorrência de acidente de trânsito.

4.2 – Delineamento 2

4.2.1 – Perfil dos participantes

As características sócio-demográficas dos participantes com envolvimento com acidente de trânsito avaliados por ocasião da alta (Av1) e seis meses depois desta (Av2) são apresentados na Tabela 8.

Tabela 8 - Caracterização sócio-demográfica (frequência) dos participantes que se envolveram em acidente de trânsito avaliados na alta (Av1) e seis meses depois (Av2).

Variáveis	Av1 e Av2		
	Alta e 6m após		
Idade	18 - 26	6	
	27 - 35	8	
	36 - 45	6	
Escolaridade	1 grau incompleto	2	
	1 grau completo	2	
	2 grau incompleto	2	
	2 grau completo	10	
	3 grau incompleto	3	
	3 grau completo	1	
Estado Civil	Solteiro	9	
	Casado	11	
Situação Profissional	Empregado em exercício	13	15
	Empregado afastado	7	5
Salário	0 - 3	3	3
	4 - 7	7	9
	8 - 10	10	10

Com relação as variáveis idade, escolaridade e estado civil não se observou diferenças relevantes que justificassem um novo detalhamento.

O perfil sócio-demográfico do grupo, avaliado nos dois momentos, caracterizou-se por uma média de idade de aproximadamente 30 anos, com predomínio do segundo grau completo (11 anos). Nota-se que a escolaridade dos participantes está acima da média do município de Ribeirão Preto (8,5) e da

média nacional (6,4) segundo o mapa de analfabetismo no Brasil divulgado pelo INEP em setembro de 2004. Quanto ao estado civil, a maioria dos participantes eram casados, sendo que dez tinham vínculo conjugal oficial e um vínculo conjugal consensual.

No momento da primeira avaliação (Av1) 13 dos participantes encontravam-se empregados e exercendo sua atividade profissional, enquanto sete estavam afastados de seu emprego. No momento da segunda avaliação (Av2), 15 estavam empregados em exercício e cinco permaneciam empregados, porém afastados de suas funções por motivos relacionados ao acidente de trânsito, esta foi a única variação observada na segunda avaliação, contudo não atingiu níveis de significância (Teste de McNemar $p < 0,05$). A renda concentrou-se na faixa de oito e dez salários mínimos para ambos os grupos nas duas avaliações, estando acima do esperado, já que os dados do IBGE apontam que 26,4% da população brasileira ganha de 1 a 2 salários mínimos.

4.2.2 – Saúde Geral – Indicadores não psicóticos – Questionário de Saúde Geral (QSG).

Os indicadores de saúde geral relativos a comparação dos dois momentos, situação de alta (Av1) e seis meses após a alta (Av2), com base no Questionário de Saúde Geral de Goldberg, serão apresentados e comparados aos dados do estudo Normativo (N) brasileiro como mostra a Tabela 9.

Tabela 9 - Saúde Geral - Média (m), desvio padrão (dp), comparações das avaliações na alta (Av1) e seis meses depois (Av2) e aos dados Normativos (N) quanto aos escores obtidos pelos participantes que se envolveram em acidente de trânsito.

Indicadores	Av1		Av2		Comparações	p
	m	dp	m	dp		
Stress psíquico (1,77)	2,54	0,54	2,52	0,57	Av1=Av2	0,82
					Av1>N	0,00
					Av2>N	0,00
Desejo de Morte (1,14)	1,76	0,42	1,33	0,31	Av1>Av2	0,00
					Av1>N	0,00
					Av2>N	0,01
Desconfiança no desempenho (1,82)	2,00	0,39	1,82	0,36	Av1>Av2	0,41
					Av1>N	0,00
					Av2=N	1,00
Distúrbio do sono (1,50)	2,34	0,54	1,77	0,21	Av1>Av2	0,00
					Av1>N	0,00
					Av2>N	0,00
Distúrbios psicossomáticos (1,60)	2,71	0,43	2,26	0,40	Av1>Av2	0,00
					Av1>N	0,00
					Av2>N	0,00
Saúde Geral (1,65)	2,23	0,29	2,18	0,35	Av1=Av2	0,42
					Av1>N	0,00
					Av2>N	0,00

Teste t () valor normativo
p 0,05

Considerando os cinco escores específicos e total observou-se quatro diferenças significativas nas comparações da primeira e segunda avaliações, com mais indicadores de problemas na primeira. Com relação a comparação com os dados normativos os escores das duas avaliações diferiram significativamente em

todos os indicadores com exceção do escore específico de desconfiança no desempenho, na segunda avaliação.

No que se refere ao stress psíquico não se observou diferença significativa entre a Av1 e a Av2, porém, quando comparadas ao valor normativo, as médias de ambas as avaliações mostraram-se significativamente superiores.

Quanto ao desejo de morte a média obtida na Av1 mostrou-se significativamente superior quando comparada a Av2. Quando da comparação ao valor normativo observou-se que tanto na Av1 quanto na Av2 a média obtida mostrou-se significativamente superior.

Em relação a desconfiança no desempenho a média da Av1 quando comparada a Av2 mostrou-se significativamente superior, o que também foi observado quando da comparação com o valor normativo. Não se observou diferença estatisticamente significativa quando da comparação de Av2 com o valor normativo.

Com relação ao distúrbio do sono a média de Av1 mostrou-se significativamente superior quando comparada a Av2. Quando da comparação com o valor normativo tanto Av1 quanto Av2 mostraram-se significativamente superiores.

Quanto aos distúrbios psicossomáticos a média de Av1 mostrou-se significativamente superior quando comparada a Av2 e ambas apresentaram valores significativamente superiores quando comparadas ao valor normativo.

No que se refere ao escore total de saúde geral não se observou diferença estatisticamente significativa quando da comparação de Av1 com Av2, porém ambas mostraram-se significativamente superiores quando comparadas ao valor normativo.

4.2.3 – Ansiedade e Depressão – Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) e Inventário de Depressão de Beck (BDI)

Os indicadores de ansiedade e depressão relativos as comparações nos dois momentos de avaliação na alta (Av1) e seis meses depois (Av2), com base no Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) e do Inventário de Depressão de Beck (BDI), são apresentados e comparados a dados do estudo Normativo (N) brasileiro como mostra a Tabela 10.

Tabela 10 - Ansiedade e Depressão – Média (m), desvio padrão (dp) e comparações das avaliações na alta (Av1) e seis meses depois (Av2) e aos dados Normativos (N) com relação aos escores obtidos pelos participantes que se envolveram em acidente de trânsito.

Indicadores	Av1		Av2		Comparações	p
	m	dp	m	dp		
Ansiedade (8,9)	26,8	6,4	21,8	9,3	Av1>Av2	0,03
					Av1>N	0,00
					Av2>N	0,00
Depressão (11,8)	23,5	9,4	24,4	10,2	Av1=Av2	0,60
					Av1>N	0,00
					Av2>N	0,00

Teste t ()valor normativo
p 0,05

Com relação a ansiedade observou-se uma média significativamente superior da Av1 em relação a Av2 e em comparação ao valor normativo. A Av2 também apresentou média superior ao valor normativo, com significância estatística.

Quanto aos indicadores de depressão, a Av1 quando comparada a Av2 não apresentou diferença significativa, porém quando Av1 e Av2 foram comparadas ao valor normativo observou-se que ambas apresentaram médias significativamente superiores.

4.2.4 – Qualidade de Vida – Escala de Qualidade de Vida – versão reduzida - WHOQOL-*bref*

Os indicadores de qualidade de vida relativos às comparações dos dois momentos de avaliação na alta (Av1) e seis meses depois (Av2), com base na Escala de Qualidade de Vida – versão reduzida - WHOQOL-*bref*, são apresentados e comparados aos dados Normativos (N) brasileiros como mostra a Tabela 11.

Tabela 11 - Qualidade de Vida (QV) – Média (m), desvio padrão (dp) e comparações das avaliações na alta (Av1) e seis meses depois (Av2) e a dados Normativos (N) com relação aos escores obtidos pelos participantes que se envolveram em acidente de trânsito, quanto aos domínios avaliados.

Domínios	Av1		Av2		Comparações	p
	m	dp	m	dp		
Físico (16,6)	22,1	2,2	20,2	2,5	Av1>Av2	0,00
					Av1>N	0,00
					Av2>N	0,00
Psicológico (15,6)	19,3	2,0	18,6	1,8	Av1=Av2	0,09
					Av1>N	0,00
					Av2>N	0,00
Social (15,5)	20,7	2,8	19,0	1,8	Av1>Av2	0,00
					Av1>N	0,00
					Av2>N	0,00
Ambiental (14,0)	17,0	2,1	16,6	2,2	Av1=Av2	0,21
					Av1>N	0,00
					Av2>N	0,00

Teste t ()valor normativo
p 0,05

Considerando os quatro domínios avaliados a avaliação por ocasião da alta diferiu significativamente da segunda avaliação em dois domínios, o físico e o social. Comparativamente aos dados normativos as duas avaliações apresentaram diferença estatisticamente significativa nos quatro domínios de qualidade de vida.

Quanto ao domínio físico, a Av1 quando comparada a Av2 apresentou uma média significativamente superior, o que também foi observado quando da comparação de Av1 e Av2 ao valor normativo.

Em relação ao domínio psicológico, não se observou diferença significativa quando da comparação de Av1 com Av2. No entanto quando Av1 e Av2 foram comparadas ao valor normativo, ambas apresentaram médias com valores significativamente superiores.

No que se refere ao domínio social a Av1 apresentou média significativamente superior quando comparada a Av2. Quando comparadas ao valor normativo, tanto Av1 quanto Av2 apresentaram médias significativamente superiores.

Quanto ao domínio ambiental não se observou diferença estatisticamente significativa quando da comparação da Av1 com Av2, porém, quando comparadas ao valor normativo, ambas apresentaram médias significativamente superiores.

4.2.5 – Análise Correlacional

4.2.5.1 – Correlação Univariada

As correlações entre os escores avaliados pelos três instrumentos relativos as variáveis ansiedade, depressão, saúde geral (total e específicos) e qualidade de vida (domínio físico, psicológico, social e ambiental) para a primeira avaliação (AV1) no momento da alta pós acidente de trânsito estão apresentadas na Tabela 12.

Tabela 12 - Primeira avaliação (Av1) – Correlação entre os escores das variáveis de ansiedade, depressão, saúde geral e qualidade de vida obtidos pelos participantes que se envolveram em acidente de trânsito.

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
A	1,00											
B	0,43	1,00										
C	-0,31	-0,16	1,00									
D	-0,15	0,30	0,38	1,00								
E	-0,39	0,44	0,37	0,47	1,00							
F	-0,44	-0,32	0,74	0,34	0,15	1,00						
G	0,17	-0,03	0,04	-0,08	-0,24	-0,38	1,00					
H	-0,32	0,17	0,64	0,62	0,42	0,63	0,13	1,00				
I	-0,14	0,01	0,26	0,04	0,41	0,11	-0,24	0,00	1,00			
J	-0,14	0,32	0,44	0,25	0,34	0,42	0,11	0,55	0,36	1,00		
K	-0,23	-0,09	0,38	0,13	-0,06	0,59	-0,04	0,44	0,12	0,36	1,00	
L	-0,21	-0,02	0,16	0,10	0,25	0,04	-0,17	0,06	0,44	0,26	0,28	1,00

Coefficiente de Correlação de Spearman $p < 0,05$

A – Ansiedade

B – Depressão

C – QSG - Stress Psíquico

D – QSG – Desejo de Morte

E – QSG – Desconfiança no Desempenho

F – QSG – Distúrbio do Sono

G – QSG – Distúrbio Psicossomático

H – QSG – Saúde Geral - Total

I – WHOQOL – Domínio Físico

J – WHOQOL – Domínio Psicológico

K – WHOQOL – Domínio Social

L – WHOQOL – Domínio Ambiental

Na primeira avaliação quanto ao escore total de saúde geral, observou-se correlação positiva com os escores parciais de stress psíquico, desejo de morte, distúrbio do sono e qualidade de vida no domínio psicológico. O escore específico de distúrbio do sono apresentou correlação positiva com o domínio

social da qualidade de vida e o escore específico de stress psíquico apresentou correlação positiva com distúrbio do sono.

Em relação aos escores de ansiedade e depressão, desconfiança no desempenho e qualidade de vida nos domínios físico, social e ambiental, não se observaram, com significância estatística, correlações com os escores dos indicadores total e específicos de saúde geral e de qualidade de vida.

A Tabela 13 apresenta as correlações entre os escores de ansiedade, depressão, saúde geral e qualidade de vida obtidos na segunda avaliação (Av2).

Tabela 13 - Segunda avaliação (Av2) – Correlação entre os escores das variáveis ansiedade, depressão, saúde geral e qualidade de vida obtidas pelos participantes que se envolveram em acidente de trânsito.

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
A	1,00											
B	0,73	1,00										
C	-0,14	0,05	1,00									
D	-0,09	0,03	-0,00	1,00								
E	-0,03	-0,02	0,00	-0,21	1,00							
F	0,27	0,23	0,11	0,45	0,41	1,00						
G	0,14	0,31	0,28	-0,11	-0,10	-0,54	1,00					
H	-0,20	0,16	0,24	0,58	-0,34	-0,29	0,07	1,00				
I	0,24	0,22	0,25	0,32	0,12	0,74	-0,29	0,01	1,00			
J	0,37	0,54	0,05	0,24	0,22	-0,00	0,04	0,19	0,41	1,00		
K	0,27	0,57	0,40	-0,28	-0,20	0,07	0,25	0,08	0,18	-0,01	1,00	
L	-0,00	0,22	0,35	0,14	0,12	-0,01	0,00	-0,00	0,67	0,42	0,21	1,00

Coefficiente de Correlação de Spearman $p < 0,05$

A – Ansiedade

B – Depressão

C – QSG - Stress Psíquico

D – QSG – Desejo de Morte

E – QSG – Desconfiança no Desempenho

F – QSG – Distúrbio do Sono

G – QSG – Distúrbio Psicossomático

H – QSG – Saúde Geral - Total

I – WHOQOL – Domínio Físico

J – WHOQOL – Domínio Psicológico

K – WHOQOL – Domínio Social

L – WHOQOL – Domínio Ambiental

Na segunda avaliação o escore de ansiedade apresentou correlação positiva com o escore de depressão e este, com os domínios psicológico e social da qualidade de vida.

Em relação à saúde geral, o escore específico de desejo de morte mostrou-se positivamente correlacionado com o escore total de saúde geral avaliados pelo

QSG e o escore específico de distúrbio do sono apresentou correlação negativa com o escore específico de distúrbio psicossomático.

Em relação à qualidade de vida o escore do domínio físico apresentou correlação positiva como o escore do domínio ambiental.

Os escores específicos de stress psíquico, desconfiança no desempenho e a qualidade de vida nos domínios psicológico e social não se mostraram correlacionados com os demais indicadores avaliados.

5 – DISCUSSÃO

5.1 – AS CONDIÇÕES DE SAÚDE MENTAL DOS CONDUTORES PÓS ACIDENTE DE TRÂNSITO

As condições de saúde mental de condutores que se envolveram com acidentes de trânsito foram estudadas por meio de dois delineamentos de pesquisa que avaliaram os aspectos de saúde geral e as condições psicossociais associadas à ansiedade, à depressão e a qualidade de vida de vítimas, atendidas em um serviço de emergência, e que por ocasião da alta foram consideradas com boas condições de recuperação do ponto de vista da saúde física, com ausência de seqüelas físicas e neurológicas importantes, caracterizando a possibilidade de retorno às atividades produtivas.

No primeiro delineamento, estudo transversal de comparação de grupos, realizou-se a avaliação de dois grupos de condutores que se envolveram com acidentes de trânsito, diferenciados pela recorrência ou não de acidente, em um período de cinco anos, visando à identificação das condições de saúde mental enquanto variáveis pessoais favorecedoras ou não da recorrência. No segundo delineamento, prospectivo, longitudinal realizou-se a avaliação no momento da alta hospitalar pós-acidente e seis meses depois, visando a identificação das condições de saúde mental enquanto variáveis conseqüentes, e suas associações com a adaptação psicossocial.

Os dados serão discutidos a partir da análise das variáveis pessoais dos condutores, homens de 18 a 45 anos, que se envolveram com acidentes de trânsito, destacando-se primeiramente os aspectos relacionados à recorrência e posteriormente aqueles associados à adaptação psicossocial pós acidente em um período de seis meses pós alta hospitalar.

A comparação entre os grupos com e sem recorrência e destes a dados normativos atuais apontou para algumas diferenças entre os grupos, que serão analisadas a seguir.

Do ponto de vista da saúde geral, quando comparados aos dados normativos, tanto o grupo com recorrência quanto o grupo sem recorrência apresentou indicadores de dificuldades, sugerindo que o envolvimento com acidentes de trânsito, pode estar associado a prejuízos para os participantes quando estes são comparados à população geral.

A comparação do grupo sem recorrência aos dados normativos apontou para escores mais elevados quanto ao desejo de morte e distúrbio psicossomático, sugerindo a presença de uma impulsividade auto voltada e de recorrência de manifestações somáticas, que podem estar interferindo na saúde geral. No grupo com recorrência, a comparação com os dados da população geral revelou que, além dos escores mais elevados quanto ao desejo de morte e distúrbio psicossomático, também mostraram-se elevados os indicadores de stress psíquico e a desconfiança no próprio desempenho, sugerindo maiores

prejuízos quanto a saúde geral, visto que além de indicadores de impulsividade e de manifestações somáticas, estes condutores apresentaram indícios de suscetibilidade às situações de estresse com pouca credibilidade na própria capacidade de desempenho.

A comparação dos grupos com e sem recorrência de acidentes de trânsito aos dados normativos revelou prejuízos na saúde geral dos condutores tanto do ponto de vista da saúde mental quanto da saúde física, estando este prejuízo ainda mais acentuado nos condutores com história de recorrência de envolvimento com acidentes de trânsito, o que aponta para a necessidade de se avaliar as peculiaridades associadas à reincidência.

Ao se comparar os grupos entre si, observou-se que o grupo com recorrência apresentou mais indicadores de prejuízo quanto a saúde geral, caracterizado principalmente pela elevação dos escores de stress psíquico, desejo de morte e desconfiança no desempenho, não sendo observadas diferenças quanto aos indicadores de distúrbio psicossomático.

Assim, do ponto de vista da saúde geral, o grupo com recorrência apresentou uma acentuação dos indicadores de dificuldades associados principalmente a variáveis pessoais relacionadas à baixa tolerância a situações de estresse, a manifestação da impulsividade auto voltada e a falta de credibilidade no próprio desempenho, que revelam prejuízos na saúde mental caracterizando

indicadores próprios de uma situação de vulnerabilidade psicológica e crise que pode estar favorecendo a recorrência de envolvimento com acidentes de trânsito.

O indicador de desejo de morte apresentou-se elevado tanto no grupo com recorrência quanto no grupo sem recorrência, fazendo pensar que, do ponto de vista da saúde mental, a dificuldade de controle dos impulsos pode favorecer o envolvimento com acidentes de trânsito. Quando se leva em conta a recorrência, a vulnerabilidade às situações de estresse, associada a um rebaixamento da autoconfiança para lidar com estas situações, pareceram caracterizar um perfil psicológico favorecedor da manifestação da impulsividade, podendo aumentar a possibilidade de reincidência de envolvimento com acidentes de trânsito.

E estudos que avaliaram as características pessoais dos condutores enquanto favorecedoras do envolvimento com acidentes de trânsito apontaram a impulsividade como um importante preditor associado a agressividade e a transgressão de normas como relatado por Arthur e Doverspike (2001) e Chiaoutakis et al. (2002). Estes estudos porém, não descrevem um perfil psicológico favorecedor da atuação da impulsividade enquanto um componente do comportamento de dirigir.

No presente estudo o grupo com recorrência apresentou mais indicadores de impulsividade auto voltada, podendo-se supor que tal característica, enquanto um aspecto pessoal do condutor, pode ter favorecido a recorrência de envolvimento com acidentes de trânsito. Tal afirmativa até certo ponto se

concretiza na história de mais de uma recorrência em acidente de trânsito, no período de cinco anos, relatada por 11 dos 20 participantes sendo que alguns referiram até três recorrências.

Marin-Leon e Vizzoto (2003) destacaram, ainda que a agressividade enquanto manifestação da impulsividade está associada à alta incidência de comportamentos de risco, caracterizados principalmente pela transgressão das normas de trânsito, aumentando a frequência de envolvimento com acidentes. Worrel (2006) ao avaliar casos de reincidência de acidentes de trânsito identificou como principal preditor da recorrência o fato e o primeiro acidente ter sido causado por uma infração do motorista.

É importante ressaltar que, no presente estudo as variáveis situacionais e comportamentais associadas ao acidente de trânsito não foram consideradas na determinação do envolvimento com o acidente, assim, não foi possível identificar se os condutores avaliados apresentavam por ocasião do acidente comportamento transgressor ou não, mas vale destacar que estas pessoas apresentaram uma percepção de descontrole de sua impulsividade e que esta variável psicológica tem sido apontada pelos estudos de Iversen e Rudmo (2002), Parker et al. (2002) e Nochi (2000) como favorecedora do envolvimento com acidentes de trânsito.

A baixa tolerância a situações de estresse observada no grupo com recorrência pode ser considerada um indicador de uma elevada sensibilidade a

aspectos situacionais que podem despertar vivências emocionais intensas, com poucos recursos de controle, favorecendo a manifestação da impulsividade. Considerando-se que a situação de trânsito rotineiramente é caracterizada por situações inesperadas, que podem fugir ao controle do condutor, a baixa tolerância ao estresse foi relatada por Iversen e Rudmo (2002) e Levine et al. (2000) como própria de manifestação de excessiva irritabilidade e hostilidade diante de características rotineiras da organização do trânsito. Segundo os referidos autores tal condição pode colocar estes condutores em uma situação de vulnerabilidade, favorecedora de um comportamento transgressor, o que por sua vez pode favorecer a recorrência de envolvimento com acidentes de trânsito.

Desse modo, pode-se pensar que as pessoas com recorrência de envolvimento com acidentes de trânsito podem apresentar um baixo limiar de tolerância às normas de trânsito, experimentando tais limites ao comportamento de dirigir como um fator estressor, o que por sua vez pode favorecer-lhes uma situação de maior desgaste e vulnerabilidade. Nesse sentido Shinar e Compton (2004) recomendam que para avaliar o comportamento agressivo no trânsito é necessário avaliar as variáveis relativas à auto-regulação emocional.

Ao se considerar a variável psicológica relativa a tolerância a situações de estresse, nota-se que os estudos de Malta et al. (2002) e de Murray et al. (2002) a relacionam tal variável a aspectos situacionais, associados principalmente às

características de organização do trânsito como determinante no envolvimento com o acidente.

Faz-se necessário destacar que no presente estudo, as variáveis ambientais e comportamentais envolvidas na determinação do acidente de trânsito não foram avaliadas, não sendo possível afirmar que o envolvimento com o acidente se deu em função de um comportamento caracterizado pelo não respeito à regulamentação do trânsito ou ainda pela presença de variáveis situacionais favorecedoras do envolvimento. Pode-se apenas identificar que os condutores do grupo com recorrência de acidentes de trânsito apresentaram uma intensificação de variáveis pessoais apontadas pela literatura como favorecedoras do comportamento transgressor associado a maior incidência de envolvimento com acidentes de trânsito, não sendo possível testar a causalidade no que diz respeito ao acidente em si.

A identificação de variáveis associadas a causalidade dos acidentes de trânsito foi apontada por Mesken et al. (2002) e Ulleberg (2001) como uma condição que pode configurar o aspecto acidental ou não do envolvimento, o que pode favorecer a identificação do quanto a variável psicológica do condutor foi determinante no envolvimento com o acidente. Nesse sentido, os referidos autores chamam a atenção para a necessidade de investigar se as características de impulsividade e agressividade dos condutores estão relacionadas a aspectos mais

estruturais da personalidade ou a aspectos funcionais relacionados a variáveis situacionais.

No presente estudo, tal discussão está limitada à comparação dos grupos entre si e com os dados normativos já que a avaliação não guarda proximidade temporal com o momento de envolvimento com o acidente. Por outro lado, quando se tem em conta o marco temporal de cinco anos da primeira ocorrência de acidente de trânsito, pode-se pensar em características pessoais mais estáveis ou recorrentes que possivelmente se mostraram presentes em momentos diversos da vida de tais participantes.

Ao se considerar os indicadores de ansiedade e depressão pode-se especular sobre tal hipótese visto que, o grupo com recorrência, quando comparado aos valores normativos e ao grupo sem recorrência apresentou mais indicadores de ansiedade e de depressão enquanto que o grupo sem recorrência não se diferenciou dos dados normativos.

Diferentemente do grupo sem recorrência, no grupo com recorrência as variáveis pessoais relativas à ansiedade e depressão mostraram-se elevadas. Pode-se questionar se tais características são decorrentes do primeiro envolvimento com acidente de trânsito, do qual podem ter tido dificuldade de se recuperar. Os sintomas depressivos e de ansiedade foram apontados por Mayou et al. (2002) e por Mayou e Bryan (2001) como fatores que dificultam a recuperação pós acidente, podendo ainda ser entendidos enquanto indicadores associados a

recorrência de envolvimento com acidentes de trânsito (MAYOU e BRYANT, 2002).

A identificação de sintomas de ansiedade e depressão em vítimas de acidentes de trânsito foi considerada por Sümer (2003) como importante preditor de um comportamento de dirigir distante dos padrões adequados, caracterizado principalmente pela tendência à transgressão, o que pode favorecer o envolvimento com acidentes de trânsito. O referido autor aponta também que a associação de sintomas de ansiedade e depressão à características de impulsividade e agressividade aumentam a possibilidade de envolvimento com acidentes de trânsito.

Este perfil, apontado por Sümer (2003) como favorecedor do envolvimento com acidentes de trânsito, foi identificado nos participantes do presente estudo, especialmente no grupo com recorrência, que apresentou elevados índices de ansiedade, depressão e impulsividade. Pode-se assim questionar se a recorrência está associada ao prejuízo nas condições de saúde mental dos condutores, enquanto fator favorecedor do envolvimento recorrente com acidentes de trânsito.

Pelas peculiaridades do delineamento adotado não foi possível testar diretamente tal hipótese, já que as pessoas foram avaliadas cinco anos após a primeira ocorrência, período este em que já seria esperado que tivessem superado

o impacto inicial da situação do acidente, especialmente porque do ponto de vista da saúde física foram avaliados como tendo boas condições de recuperação.

O período de cinco anos após a primeira ocorrência de acidente de trânsito foi identificado por Worrel et al. (2003) como um período onde o risco de um novo envolvimento com acidente permanece elevado, principalmente quando a primeira ocorrência se deu em função de um comportamento transgressor. Porém, os referidos autores avaliaram exclusivamente o comportamento de dirigir de condutores com recorrência de acidentes de trânsito, não se atendo para a influência das variáveis pessoais dos condutores e não fazendo menção sobre as condições físicas das vítimas pós acidente. Identificaram, ainda, que o risco de recorrência é maior no período entre seis e doze meses após o primeiro acidente.

Discutir-se-á em seguida se os indicadores pessoais identificados após cinco anos no grupo com recorrência de acidentes de trânsito, a saber, impulsividade, ansiedade e depressão, configuram-se como variáveis de impacto também para a saúde mental e a adaptação psicossocial dos condutores, tendo como marco temporal o momento da alta e seis meses pós alta hospitalar, o que permitiu maior proximidade temporal do envolvimento com o acidente de trânsito.

Vale destacar que todos os participantes tiveram uma avaliação de boas condições de recuperação por ocasião da alta, tal avaliação foi realizada por

profissional de saúde, tendo por fundamento a avaliação clínica da saúde física a partir de informações relatadas no prontuário quanto às características do trauma e a evolução clínica.

A avaliação de aspectos de adaptação psicossocial no momento da alta hospitalar, possibilitou avaliar também as condições psicológicas das vítimas de acidentes de trânsito, acrescentando à avaliação clínica da saúde física uma avaliação dos aspectos subjetivos, relativos à experiência de envolvimento com acidente de trânsito.

A comparação das avaliações no momento da alta hospitalar e seis meses depois aos valores normativos apontou, nos dois momentos, para a presença de indicadores de prejuízo da saúde mental assim como da saúde física.

A elevação dos indicadores de estresse psíquico, desejo de morte, e desconfiança no desempenho revelou dificuldades psicológicas associadas principalmente a vivências de tensão e sobrecarga, a impulsividade auto voltada e a falta de confiança no próprio desempenho. Já a elevação dos indicadores de distúrbio do sono e distúrbio psicossomático, associados a problemas relacionados ao sono como insônia e pesadelos e a manifestações somáticas do estresse, revelaram que os condutores avaliados apresentaram sintomas físicos associados a vivências de estresse.

Estes indicadores sugerem que os condutores que se envolveram com acidente de trânsito apresentaram, quando comparados à população geral,

prejuízos em sua saúde geral, tanto logo após o acidente quanto seis meses depois, sugerindo a necessidade de caracterizar se tais prejuízos se mantêm inalterados após seis meses.

Na comparação entre as avaliações o único indicador que se aproximou do esperado para a população geral, seis meses após a alta hospitalar foi o de desconfiança no próprio desempenho, apontando que na segunda avaliação os envolvidos com acidente de trânsito pareceram recuperar sua auto-confiança na capacidade de desempenho. No entanto, o prejuízo nos demais indicadores se manteve apontando que seis meses após o acidente as vítimas ainda apresentavam indicadores de dificuldade quanto à saúde física e a saúde mental.

Esta dificuldade foi confirmada ao se considerar os indicadores de ansiedade e depressão, pois quando comparadas aos valores normativos tanto a avaliação após a alta hospitalar quanto seis meses depois, os condutores que se envolveram com acidente de trânsito apresentaram escores mais elevados de ansiedade e depressão. Na comparação entre as avaliações observou-se que seis meses após a alta hospitalar os indicadores de depressão permaneceram elevados e os indicadores de ansiedade mostraram-se ainda mais acentuados.

Destaca-se que após seis meses da alta hospitalar, quando se leva em consideração a avaliação dos aspectos subjetivos de pessoas que se envolveram com acidente de trânsito, estas apresentaram um perfil muito próximo daquele observado nos participantes com recorrência de acidentes de trânsito,

caracterizado principalmente pela vulnerabilidade ao estresse, pela impulsividade auto voltada e pela presença de sintomas de ansiedade e depressão. A estas características somam-se ainda as vivências associadas aos sintomas físicos, caracterizadas pelo distúrbio do sono e distúrbio psicossomático.

A associação de características de impulsividade à presença de sintomas físicos caracterizados principalmente pela sensação de estar doente é apontada por Dahlen et al. (2005) como um importante preditor de comportamento de risco ao dirigir, aumentando a possibilidade de envolvimento com acidentes de trânsito, principalmente pela tendência ao uso do carro como meio de manifestação da agressividade. Considera-se que seis meses depois da alta hospitalar, os condutores avaliados no presente estudo encontravam-se em uma situação de risco e vulnerabilidade caracterizada principalmente pela possibilidade de recorrência de acidentes de trânsito.

Outro ponto a ser discutido diz respeito a presença de sintomas de ansiedade e depressão pós acidente de trânsito enquanto indicadores de prejuízo nas condições de saúde mental dos envolvidos, poder estar associada à possibilidade de desenvolvimento de transtorno de stress pós traumático.

A identificação destas variáveis na avaliação no momento da alta foi apontada por Mayou et al. (2002) e Mayou e Bryant (2001) como um forte preditor de instalação de transtorno de stress pós traumático, pois os referidos autores ao realizarem um estudo longitudinal identificaram que seis meses após a

primeira avaliação a maioria dos participantes com indicadores de ansiedade na alta preencheram os critérios diagnósticos para o transtorno de stress pós traumático.

No presente estudo, nos dois delineamentos, a instalação de transtorno de stress pós traumático não foi investigada de forma sistemática. No entanto, na avaliação seis meses após a alta hospitalar, os participantes não relataram a necessidade de atendimento psicológico ou psiquiátrico, mesmo tendo sido observados indicadores de ansiedade e depressão característicos da instalação de transtorno de stress pós traumático, no período de seis meses após o trauma, tempo este tomado como critério de diagnóstico para o desenvolvimento deste quadro clínico. A ausência de necessidade de ajuda psicológica foi relatada pelos participantes que sofreram acidente de trânsito há cinco anos, mesmo o grupo com recorrência tendo apresentado elevados índices de ansiedade.

Vale ressaltar que nos estudos referidos acima, que objetivaram avaliar os preditores de instalação de transtorno de stress pós traumático, consideraram como vítimas de envolvimento com acidentes de trânsito condutores, passageiros e pedestres, sem qualquer distinção. Tal condição diferencia-se da adotada no presente estudo onde foram avaliados somente condutores. Pode-se questionar se para os condutores, enquanto vítimas de acidentes de trânsito, as manifestações de ansiedade e depressão sem a instalação do transtorno de stress

pós traumático possam ter significado diverso, sem perder de vista que o tal transtorno pode ter sido também sub-diagnosticado.

Destaca-se ainda, que no presente estudo, os sintomas de ansiedade e depressão mostraram-se associados a outros indicadores psicológicos e físicos que não são tomados como critério diagnóstico de transtorno de stress pós traumático, mas que podem guardar uma relação estreita com um perfil psicológico característico do funcionamento mental pós acidente de trânsito.

Nesse sentido, Lucas (2003) enfatiza que os estudos que avaliam as conseqüências dos acidentes de trânsito para os envolvidos, destinam-se prioritariamente à identificação de preditores da instalação do quadro clínico de transtorno de stress pós traumático em detrimento da avaliação das manifestações psicológicas e físicas que não estão associadas a caracterização de um quadro clínico psiquiátrico específico, mas que seriam peculiares a dificuldades no funcionamento psicológico pós acidente de trânsito.

O perfil identificado no presente estudo aponta para um prejuízo na saúde geral de condutores vítimas de acidentes de trânsito, caracterizado principalmente pela baixa tolerância ao estresse, pela impulsividade auto voltada e por sintomas de ansiedade e depressão, identificados já na avaliação no momento da alta e que também mostraram-se de forma semelhante a observada para os participantes com recorrência. Porém, estes sintomas psicológicos não foram considerados na avaliação das condições de saúde no momento da alta hospitalar, não tendo sido

considerados na intervenção pós acidente, visto que os condutores avaliados não relataram atendimento psicológico ou psiquiátrico e o tratamento voltou-se prioritariamente para as necessidades físicas decorrentes do trauma.

Tais indicadores sugerem que a avaliação clínica de boa recuperação no momento da alta hospitalar não guarda associação com condições psicológicas favoráveis, visto que a avaliação dos aspectos subjetivos indicou que as vítimas de acidente de trânsito já apresentavam indicadores de prejuízos na adaptação psicossocial logo após o acidente, observando-se um agravamento destes seis meses depois. A avaliação de boas condições físicas associadas à capacidade de retomada das atividades de lazer e do convívio familiar, não contemplou também a avaliação de manifestações psicossomáticas enquanto uma alteração das condições de saúde geral.

Tais dados reforçam o já apontado por Lucas (2003) quanto ao tratamento de pessoas que se envolveram com acidentes de trânsito ter por foco principal a intervenção curativa, voltada para o tratamento da lesão física com uma conseqüente sub-avaliação das condições psicológicas dos envolvidos o que em geral não tem sido motivo de tratamento. O autor chama a atenção para a necessidade de inclusão da avaliação dos aspectos psicológicos como parte do diagnóstico clínico já no momento imediato pós acidente.

Destaca-se que o perfil das condições de saúde mental de condutores que se envolveram com acidente de trânsito, avaliadas no presente estudo,

caracteriza-se por um prejuízo na adaptação psicossocial já logo após o acidente, chamando a atenção para a necessidade de avaliação dos indicadores de desejo de morte, ansiedade e depressão, com vistas ao suporte psicológico dessas pessoas ainda no momento da hospitalização. Além disso, sugere-se que os programas de reabilitação incluam na avaliação diagnóstica e no tratamento pós acidente a consideração das condições psicológicas dos envolvidos, enquanto aspectos que podem dificultar a retomada da vida e da adaptação psicossocial, necessitando de intervenção especializada.

5.2 – A QUALIDADE DE VIDA DE CONDUTORES PÓS ACIDENTE DE TRÂNSITO

A avaliação dos aspectos de qualidade de vida de condutores que se envolveram com acidentes de trânsito foi tomada, no presente estudo, como um dos indicadores de impacto do acidente para vida dos envolvidos, destacando-se primeiramente os aspectos relacionados à recorrência e posteriormente aqueles associados à retomada da vida pós acidente em um período de seis meses pós alta.

Faz-se necessário destacar que no presente estudo, tomou-se como hipótese central que o funcionamento psicológico interfere na adaptação psicossocial com conseqüências para a qualidade de vida.

A comparação do grupo com recorrência aos valores normativos e ao grupo sem recorrência mostrou prejuízo no domínio psicológico da qualidade de vida. Já no grupo sem recorrência, quando comparado aos dados da população geral, o prejuízo foi observado no domínio físico. Este dado sugere que os grupos apresentaram peculiaridades quanto ao impacto do acidente de trânsito para a qualidade de vida, referendando a recorrência como um aspecto relevante na diferenciação dos grupos.

Ao se tomar os indicadores de saúde mental como referência observou-se que os condutores sem recorrência de acidentes de trânsito apresentaram indicadores de impulsividade auto voltada e de manifestações psicossomáticas. O prejuízo no domínio físico da qualidade de vida pode sugerir que estes condutores apresentaram uma percepção de um funcionamento psicológico caracterizado pela tendência a somatização, estando os impulsos voltados para o próprio corpo o que favoreceria uma sintomatologia física que garantiria a ausência de manifestações diretas de ansiedade e depressão, com redução da atuação dos impulsos, favorecendo a adaptação psicossocial e diminuindo a possibilidade de envolvimento em situações de risco, dentre estas o acidente de trânsito. Assim, o prejuízo na qualidade de vida caracterizou-se principalmente pela vivência de manifestações somáticas voltadas para o corpo, com ausência de queixas emocionais. Muito possivelmente estes participantes não se percebem como tendo dificuldades com a saúde geral atribuindo as causas da

sintomatologia psicossomática aos aspectos rotineiros da vida cotidiana geralmente classificados como estressantes, o que justificaria a presença de sintomas físicos.

O funcionamento psicológico caracterizado pela contenção da impulsividade, com ausência de sintomas de ansiedade e depressão, pode estar favorecendo a adequação de indicadores pessoais tidos como preditores de envolvimento com acidentes de trânsito. Desse modo, pode-se considerar que o prejuízo para a qualidade de vida está presente, porém parece surgir em função de um esforço adaptativo que pode estar protegendo tais condutores do envolvimento com situações de vulnerabilidade e risco.

No grupo com recorrência observou-se um funcionamento psicológico caracterizado por vivências emocionais intensas relacionadas à baixa tolerância ao estresse, impulsividade, desconfiança quanto ao próprio desempenho e a presença de sintomas de ansiedade e depressão, além de sintomas físicos relacionados a manifestações psicossomáticas do estresse e a sensação de estar doente. Caracterizou-se um perfil psicológico semelhante ao apontado por Iversen e Rudmo (2002) e Cagneta e Cicognani (1999) como favorecedor que prejuízos para a qualidade de vida pós acidente de trânsito.

Tal prejuízo caracterizado pela presença de indicadores de dificuldades no domínio psicológico da qualidade de vida sugere que, apesar de os condutores com recorrência de acidentes de trânsito lançarem mão da somatização enquanto

um recurso de contenção dos impulsos tal mecanismo não tem sido eficaz, colocando-os em uma situação de vulnerabilidade com maior risco de atuação da impulsividade, o que pode aumentar a possibilidade de envolvimento com acidentes de trânsito. Caracterizou-se, assim uma situação de instabilidade psicológica com a presença de sintomas de ansiedade e depressão que possivelmente estão prejudicando a adaptação psicossocial e a manutenção das atividades rotineiras denotando assim prejuízo para a qualidade de vida.

As manifestações de ansiedade e depressão, identificadas no grupo com recorrência, parecem estar relacionadas a maior vulnerabilidade para o envolvimento com acidentes de trânsito implicando em maior prejuízo para a adaptação psicossocial e para a qualidade de vida. Tais sintomas são apontados por Cagnetta e Cicognani (1999) como importantes preditores de prejuízos para a qualidade de vida e para a adaptação psicossocial pós acidente de trânsito. Já no grupo sem recorrência, tal prejuízo parece se expressar pela vivência de manifestações somáticas voltadas para o corpo, porém tais manifestações não são percebidas como fatores que dificultam a adaptação.

Os prejuízos na qualidade de vida e na adaptação psicossocial pós acidente de trânsito são apontados por Pirente et al. (2001) como tendo um impacto negativo para o funcionamento psicológico dos envolvidos, principalmente no que se refere à presença de sintomas de ansiedade e depressão. Pode-se questionar se os condutores com recorrência avaliados no presente estudo, não

foram capazes de desenvolver recursos internos que favorecessem a adaptação psicossocial pós acidente, com retomada das condições de qualidade de vida, o que pode ter favorecido a intensificação dos sintomas de ansiedade e depressão implicando em prejuízo para as condições de saúde mental com características de cronicidade, o que poderia favorecer do envolvimento recorrente com acidente de trânsito. O que faz pensar em prejuízo da qualidade de vida com características de cronicidade é que cinco anos após o acidente os indicadores de dificuldades encontram-se muito acentuados guardando uma diferença importante em relação aos condutores sem recorrência de acidentes de trânsito e ao que seria esperado para a população geral.

A presença de um perfil, no grupo com recorrência, com indicadores clínicos de ansiedade e depressão, chama a atenção para as peculiaridades deste grupo, do ponto de vista da saúde mental, caracterizando-se como um grupo de participantes que requerem atenção especializada que tenha como foco a reabilitação no sentido de favorecer a adaptação psicossocial e minimizar os prejuízos para a qualidade de vida pós acidente. Tal achado é concordante com a afirmativa de Ho et al. (2000) que ao estudarem a qualidade de vida de vítimas de acidentes de trânsito 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

acidentes de trânsito para o funcionamento psicológico e para a qualidade de vida das vítimas.

Os estudos que tem avaliado as conseqüências dos acidentes de trânsito para a adaptação psicossocial e a qualidade de vida das vítimas pós-acidente, geralmente, adotaram delineamentos longitudinais avaliando os participantes logo após o acidente e posteriormente em intervalos de tempo que variam de estudo para estudo, tomando a variável tempo enquanto um critério que pode interferir no processo de recuperação das condições físicas e mentais.

No presente estudo, adotou-se delineamentos prospectivos, sendo um deles de corte transversal e outro longitudinal.

As avaliações após a alta hospitalar e seis meses depois foram comparadas aos valores normativos e apontaram para prejuízos nos domínios físico, psicológico, social e ambiental indicando que logo após o acidente os condutores apresentaram dificuldades em todas os aspectos da qualidade de vida. Ao se comparar as duas avaliações observou-se que seis meses após a alta hospitalar ocorreu uma melhora nos domínios físico e social que pode estar associada à recuperação física pós-acidente e ao retorno para casa com a retomada dos contatos pessoais.

A avaliação das condições de saúde mental dos condutores no momento da alta hospitalar apontou para a percepção de um funcionamento psicológico caracterizado pela elevada sensibilidade ao estresse, impulsividade e desconfiança

quanto ao próprio desempenho associado a sintomas físicos caracterizados por manifestações psicossomáticas e dificuldades com o sono. Estas pessoas apresentaram, ainda, uma percepção de estarem vivenciando sintomas de ansiedade e depressão.

O prejuízo nos domínios psicológico e físico da qualidade de vida, no momento da alta pareceram estar associados respectivamente a vivências emocionais intensas, com sintomas de ansiedade e depressão e a sintomas físicos caracterizados pela manifestação psicossomática do estresse e que também podem estar associados aos prejuízos na saúde física causados pelo acidente. Além disso, tais indicadores podem estar interferindo na credibilidade no próprio desempenho levando dificultando a retomada dos contatos sociais e das atividades cotidianas, o que pode justificar o prejuízo nos domínios social e ambiental. A pouca confiança no desempenho foi apontada por Cagneta e Cicognani (1999) como reflexo do impacto negativo o acidente de trânsito para o funcionamento psicológico dos envolvidos, levando a dificuldade de retomada das atividades rotineiras, o que por sua vez implica em prejuízo para a qualidade de vida e para a adaptação psicossocial.

Observa-se que no momento da alta hospitalar os condutores avaliados no presente estudo apresentaram dificuldades associadas aos indicadores apontados como preditores de prejuízo na qualidade de vida, a saber: a) prejuízos na saúde física e mental caracterizados principalmente pela sensação de estar doente e pela

presença de sintomas de ansiedade e depressão (HO et al., 2000); b) diminuição do convívio social e familiar (PIRENTE, et al., 2001) e c) dificuldade de retorno ao trabalho (STEADMAN-PARE et al., 2001).

É importante considerar que os condutores avaliados no presente estudo 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 acidente de trânsito 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 qualidade de vida, levando à necessidade de desenvolvimento de estratégias de enfrentamento de situações já conhecidas, mas que requereram uma nova adaptação após o acidente de trânsito.

A avaliação das condições de qualidade de vida assim como dos indicadores de saúde geral dos participantes após seis meses da avaliação depois da alta, proporcionou identificar se os participantes do presente estudo apresentaram recursos pessoais que favorecessem a superação do impacto inicial do acidente possibilitando a retomada da vida. É importante destacar que no momento desta avaliação os participantes relataram que nesse período de seis meses não apresentaram necessidade de atendimento que tivesse por objetivo a reabilitação psicossocial pós acidente.

A avaliação revelou que, após seis meses da primeira avaliação, os prejuízos quanto à saúde mental permaneceram praticamente inalterados, observando-se melhora somente da confiança no próprio desempenho. Tal melhora, possivelmente associada à recuperação da lesão física causada pelo acidente de trânsito pode ter contribuído para a manutenção do emprego através da retomada das atividades profissionais e sociais após o acidente de trânsito, já que, no presente estudo, a maioria dos participantes não apresentou prejuízo quanto a atividade profissional seis após o acidente. Estes indicadores podem justificar a adequação dos domínios físico e social da qualidade de vida, o que é concordante com Steadman-Pare et al. (2001) que destacaram a diminuição do convívio social e familiar assim como a dificuldade de retorno ao trabalho pós acidente de trânsito como indicadores de prejuízo na qualidade de vida.

No entanto, a retomada das atividades profissionais e sociais não garantiu a adequação total das condições de qualidade de vida visto que o prejuízo nos domínios psicológico e ambiental permaneceram. Este dado indica que a vivência de sentimentos negativos como baixa auto estima, falta de motivação e desvalorização das próprias capacidades poderiam estar limitando a amplitude de atuação dos participantes, que possivelmente estão realizando somente as atividades imediatas e inadiáveis, com poucos recursos para lidar com situações novas e complexas, o que pode estar interferindo na qualidade de vida. Tal dado é concordante com o relato de Pirente et al. (2001) que ao estudarem a qualidade

de vida de vítimas de acidentes de trânsito apontaram que os sintomas depressivos assim como os de ansiedade são importantes preditores de prejuízo na recuperação e na adaptação psicossocial das vítimas de acidentes de trânsito.

Pode-se considerar que seis meses depois da alta hospitalar os condutores avaliados apresentaram indicadores de que não foram capazes de retomar a vida com os mesmos padrões de qualidade e de adaptação que mantinham antes do acidente, a avaliação boas condições de recuperação no momento da alta não foi suficiente para identificar que estes condutores não seriam capazes de desenvolver estratégias de enfrentamento que favorecessem a adaptação. Como apontado por Peltzer e Renner (2004) boas condições físicas e capacidade de retomar as atividades profissionais e sociais, não são por si só suficientes quando se considera a qualidade de vida e a adaptação psicossocial pós acidente de trânsito.

A necessidade de suporte às condições de saúde mental dos condutores logo após o acidente, de intervenção especializada, com vistas à reabilitação psicossocial já foi destacada por Alexander (2000) ao chamar a atenção para a necessidade dos de atender não somente às necessidades físicas, mas também às reações adversas que podem envolver aspectos psicológicos, sociais e familiares.

A avaliação longitudinal das condições de qualidade de vida dos condutores revelou prejuízo em todas as áreas no momento da alta hospitalar indicando dificuldades generalizadas quanto à adaptação psicossocial logo após o

acidente, com prejuízo na qualidade de vida. Seis meses depois, ocorreu uma melhora no que se refere à retomada das atividades rotineiras, relacionadas aos contatos sociais e profissionais, porém os participantes avaliados mantiveram uma percepção de estarem vivenciando dificuldades emocionais, de adaptação psicossocial e de qualidade de vida pós acidente, relacionando tais condições a vivência de sintomas de ansiedade e depressão. Os prejuízos na adaptação psicossocial e na qualidade de vida ainda estão presentes seis meses pós acidente, indicando a necessidade de suporte psicossocial já no momento da hospitalização.

5.3 – PERFIL DOS CONDUTORES E O ENVOLVIMENTO COM ACIDENTES DE TRÂNSITO

Os acidentes de trânsito tem se revelado como um importante problema de saúde pública, sendo apontados como uma das principais causas de mortalidade, além de serem responsáveis por elevados índices de morbidade e incapacidades que atingem uma população jovem. Diante deste contexto, os estudos envolvendo os acidentes de trânsito, tem se destinado principalmente a caracterização das variáveis epidemiológicas envolvidas assim como a identificação dos aspectos de morbidade.

Os estudos nacionais (SCARPELINI, 2001, MARÍN E QUEIROZ, 2000) apontam para um perfil das vítimas de acidentes de trânsito semelhante ao que é

referido pela literatura internacional (BRYSEWICZ, 2001, HATPOGLU et al., 2001). Os envolvidos são em sua maioria do sexo masculino, adultos jovens com idade predominante entre 18 e 50 anos e que encontram-se em uma fase ativa social e profissionalmente. Nesse sentido, a morbidade decorrente do acidente de trânsito tem sido apontada como causa de prejuízos tanto para o indivíduo quanto para a sociedade, com implicações diversas. Tal morbidade está associada principalmente a limitações físicas e neurológicas (LEVINE et al., 2000), 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 acidente de trânsito.

No Brasil os estudos tem enfatizado identificação de aspectos epidemiológicos relativos aos acidentes de trânsito (BASTOS, ANDRADE e SOARES, 2005; SCARPELINI, 2001, ANDRADE e JORGE, 2000), assim como a identificação dos aspectos de morbidade (MARSON E TOMPSON, 2001, DESLENDES e SILVA, 2000). Os estudos envolvendo a avaliação psicológica destinam-se prioritariamente para a identificação de habilidades necessárias ao comportamento de dirigir (DUARTE, 2003 MÉA e ILHA, 2003) e a análise técnica de instrumentos para a avaliação de condutores no momento da habilitação (ALCHIERI e NORONHA, 2003), não sendo localizados estudos que se destinassem a identificação de variáveis pessoais enquanto indicadores de risco de envolvimento com acidentes de trânsito.

Dentro deste contexto, para a realização do presente estudo tomou-se como referência o estudo epidemiológico de Scarpelini (2001) para a cidade de Ribeirão Preto que identificou que as pessoas que se envolveram com acidentes de trânsito eram em sua maioria homens que estavam conduzindo carro ou motocicleta no momento do acidente de trânsito e que encontravam-se em uma faixa etária entre 18 e 54 anos. Com o objetivo avaliar as variáveis psicológicas associadas a um perfil que poderia ser associado ao envolvimento com acidentes de trânsito e aquelas relacionadas a prejuízos para a qualidade de vida pós acidente, tais características demográficas foram tomadas como critério de seleção para inclusão no presente estudo. É importante considerar que os condutores avaliados não eram motoristas profissionais.

As condições de saúde mental dos condutores avaliados no presente estudo, em ambos os delineamentos, apontou para um perfil psicológico caracterizado principalmente por indicadores de dificuldade de controle da impulsividade e pela presença de sintomas de ansiedade e depressão, observando-se uma intensificação destas variáveis quando da associação à recorrência de acidentes de trânsito e na avaliação logo após a alta hospitalar, caracterizando uma situação de crise e vulnerabilidade psicológica que dificultou a adaptação psicossocial e a qualidade de vida.

Ao analisar tal perfil destaca-se a dificuldade de controle da impulsividade enquanto favorecedora de envolvimento com situações de transgressão das

normas de trânsito como apontado por Marin Leon e Vizzoto (2003), Sümer (2003) e Karlafts et al. (2003).

Pode-se questionar se o perfil psicológico identificado reflete um maior risco de envolvimento com situações de perda de controle pessoal, diante de estressores internos e externos, tendo uma papel importante quando se avalia a causalidade dos acidentes de trânsito, visto que o envolvimento com acidentes de trânsito, em geral, é apontado como acidental quando se investiga sua causalidade, pois na maioria das vezes, considera-se exclusivamente as condições ambientais e a infração das normas na determinação da ocorrência. Embora as condições de saúde mental do condutor tenha sido pouco consideradas na investigação da causalidade, Dahlen et al. (2005) chamam a atenção para a necessidade de sua investigação enquanto variáveis preditoras do envolvimento com acidentes de trânsito, especialmente pelo impacto deste para a vida das pessoas.

No presente estudo, a avaliação das condições de saúde mental de condutores que se envolveram com acidentes de trânsito apontaram que estes, quando comparados à população geral, apresentaram mais indicadores de maior vulnerabilidade psicológica que poderia favorecer o envolvimento com situações acidentais requerendo suporte e orientação. Contudo, o delineamento adotado não teve por objetivo testar a causalidade, visto que não foi realizada uma análise global das variáveis associadas ao acidente incluindo as variáveis situacionais e

ambientais que precederam o envolvimento com o acidente. Shinar e Compton (2004) chamam a atenção para a necessidade de se considerar tais variáveis enquanto possíveis desencadeadoras do comportamento impulsivo geralmente apontado como preditor do envolvimento com acidentes de trânsito e que foi identificado no presente estudo enquanto um indicador de prejuízo da saúde mental dos condutores.

Assim, no presente estudo o perfil psicológico identificado apontou para uma associação entre acidentes de trânsito e indicadores de prejuízos para a saúde mental e para a qualidade de vida, porém não é possível estabelecer uma associação direta de causa e efeito devido às peculiaridades do delineamento adotado.

A associação entre acidentes de trânsito e variáveis pessoais relativas ao controle dos impulsos e a presença de sintomas de ansiedade e depressão chama a atenção para a necessidade de se considerar a avaliação das condições de saúde mental em associação à avaliação das condições de saúde física no momento da alta hospitalar. A identificação de um perfil psicológico de vulnerabilidade e crise associado ao envolvimento com acidentes de trânsito, o quanto antes, pode favorecer uma intervenção psicológica imediata e focal, com vistas à reabilitação psicossocial como sugerido por Lucas (2003).

No que se refere à prevenção dos acidentes de trânsito, os achados do presente estudo apontaram para a necessidade de a avaliação psicológica dos

condutores voltar-se especificamente para a identificação dos níveis de atuação da impulsividade e dos sintomas de ansiedade e depressão enquanto indicadores de internalização dos impulsos o que pode favorecer o risco de envolvimento com situações acidentais. A intervenção psicológica diante da identificação destas variáveis tem como contribuição potencial à prevenção de comportamentos inadequados ao dirigir, que conforme aponta Sümer (2003) estabelecem uma causalidade direta com sintomas de ansiedade e depressão.

Além disso, os programas educativos poderiam ter como parte de sua estratégia, o desenvolvimento de práticas pedagógicas que auxiliassem os condutores no reconhecimento de situações que os expõem a um maior risco de envolvimento com situações acidentais em função de experiências emocionais.

6 – COMENTÁRIOS E CONCLUSÃO

Os delineamentos adotados no presente estudo permitiram avaliar os indicadores de saúde mental de condutores envolvidos em acidentes de trânsito sob dois aspectos: a) enquanto variáveis pessoais favorecedoras ou não da recorrência de envolvimento com acidentes de trânsito e b) enquanto variável conseqüente ao acidente de trânsito, caracterizando prejuízos na qualidade de vida e na adaptação psicossocial dos envolvidos.

A comparação de um grupo com recorrência a outro sem recorrência de acidentes de trânsito possibilitou identificar que envolver-se repetidamente com acidentes de trânsito pode estar associado a vulnerabilidade relacionada a prejuízos quanto à saúde mental, caracterizados principalmente pela pouca tolerância ao estresse, com possibilidade de manifestação da impulsividade e a presença de sintomas de ansiedade e depressão.

Já a comparação da avaliação no momento da alta hospitalar e seis meses depois possibilitou identificar prejuízos quanto a saúde mental nos dois momentos caracterizando vulnerabilidade psicológica que pode ser relacionada ao risco de envolvimento com situações acidentais.

Tais achados demonstraram a necessidade de avaliação das condições psicológicas dos condutores vítimas de acidentes de trânsito no momento da alta hospitalar, em associação a avaliação das condições físicas, já que a boa

recuperação física não pareceu associada a boas condições de saúde mental. Tal dado chama a atenção também, para a necessidade de suporte psicossocial pós acidente de trânsito, já no momento da hospitalização destacando a aplicabilidade dos dados considerando o impacto dos acidentes de trânsito para as comunidades urbanas. Como nos dois delineamentos foram avaliados condutores, tal afirmativa se aplica a este tipo de vítima, o uso de instrumentos e medidas padronizadas e validadas para o nosso meio também dão suporte a aplicabilidade destes dados.

Faz-se necessário considerar alguns limites do presente estudo quanto ao número de sujeitos avaliados e o recorte temporal aleatório adotado no delineamento 1 – cinco anos pós acidente de trânsito, e no delineamento 2 – seis meses pós alta. Nos dois estudos, provavelmente um delineamento prospectivo com recorte temporal mais amplo daria maior alcance aos dados, no sentido de permitir um seguimento mais sistemático dos envolvidos com acidentes de trânsito. Outro ponto a ser comentado diz respeito ao número de participantes que poderia ser ampliado, assim como a inclusão de mulheres enquanto condutoras que não foram incluídas no estudo.

Outro limite a ser considerado é que os participantes avaliados faziam parte de uma amostra de conveniência, identificada e tratada em um hospital terciário, com história prévia de envolvimento com acidentes de trânsito. Tal condição de certo modo limita o alcance dos indicadores pessoais enquanto um

preditor de envolvimento com acidentes de trânsito. Por outro lado, referenda a relevância de se considerar, no momento da habilitação para dirigir, a necessidade de avaliação dos aspectos psicológicos, especialmente os relativos a impulsividade e ansiedade. Destaca-se ainda a relevância de buscar identificar tais variáveis preditoras em grupos de novos motoristas acompanhados a médio e longo prazo por meio de estudos de seguimento.

Conclui-se que os dados obtidos colocam em destaque a necessidade de novos estudos sistemáticos que abordem diferentes tipos de vítimas de acidentes de trânsito, que testem o valor preditivo das variáveis pessoais, com novos motoristas, com mulheres e populações com risco específico aumentado como as pessoas mais jovens.

Considera-se que o presente estudo contribuiu para a caracterização das condições de saúde mental de condutores que se envolveram com acidentes de trânsito, apontando para a vulnerabilidade psicossocial a que estão expostas e para a necessidade de medidas de suporte psicológico que favoreçam a reabilitação e diminuam a probabilidade de reincidência de acidentes de trânsito, dado o impacto negativo destes para o indivíduo e para a sociedade.

7 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AHARAONSON-DANIEL, L.; AVITZOUR, M.; BARELL, V. Road traffic Accidents, circumstances, diagnoses and severity of injury – data from The Israeli National Trauma Registry. **Harefuah**, v. 140, n. 10, p. 919-2, out. 2001.

ALCHIERI, J. C. Considerações sobre a prática da avaliação psicológica de condutores no Brasil. In: **Comportamento Humano no Trânsito** (M.H. Hoffmann, R.M. Cruz, J.C. Alchieri, org.), p. 249 - 262, São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

ALCHIERI, J. C., NORONHA, A. P. P. Caracterização técnica dos instrumentos psicológicos utilizados na avaliação psicológica no trânsito. In: **Comportamento Humano no Trânsito** (M.H. Hoffmann, R.M. Cruz, J.C. Alchieri, org.), p. 311 - 340, São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

ALEXANDER, D. A. Normal and pathological reactions to severe stress: their Features and management. **J. R. Army Med Corps**, v. 146, n. 3, p. 165-70, out. 2000.

ANDRADE, S. M.; JORGE, M.H.P.M. Acidentes de transporte terrestre em município da região sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 35, n. 3, p. 123 – 130, São Paulo, 2001.

ANDRADE, S. M.; JORGE, M.H.P.M. Características das vítimas de acidentes de transporte em município da região sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 34, São Paulo, abr., 2000.

ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; BRAGA, G. P.; MOREIRA, J. H.; BOTELHO F. M. N. Comportamentos de risco para acidentes de trânsito: um inquérito entre estudantes de Medicina na região sul do Brasil, **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 49, n. 4, p. 439-444, 2003.

ARTHUR, W. J., DOVERSPIKE, D. Predicting motor vehicle crash involvement of a personality measure and drivin knowledge test, **Journal of Prevention and Intervention in the Community**, v. 22, n. 1, p. 35-42, 2001.

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.

BÉRDARD, M.; STONES, M. J.; GUYATT, G. H.; HIRDES, J. P. Traffic related fatalities among older drivers and passengers: past and future trends. **Gerontologist**, v. 41, n. 6, p. 751-6, dec., 2001.

BRYANT, R. A., HARVEY, A. G.; GUTHRIE, R. M., MOULDS, M.L. A Prospective Study of Psychophysiological Arousal, Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder. **Journal Anormal Psychology**, v. 109(2), p. 341-344, 2000.

BRYSIEWICZ, P. Pedestrian road traffic collisions in South Africa. **Accidents Emergency Nursing**, v. 9, n. 3, p.194-7, jul., 2001.

CAGNETTA, E., CICOGNANI, E. Surviving a serious traffic accident: Adaptation processes and quality of life, **Journal of Health Psychology**, v. 4, n. 4, p. 551-564, oct., 1999.

Classificação dos Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas. (1993) Porto Alegre: Artes Médicas.

CHIAOUTAKIS, M. G., DEMAKOKOS, P., TZAMALOUKA, G., BAROU, V., KOUMAKI, M., DARVIRI, C. Agressive behavior while driving as predictor of self reported car crashes. **Journal of Safety Research**, v. 33, p. 431-443, 2002.

CUNHA, J. A. **Manual da versão em Português das escalas de Beck**, São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

DAHLEN, E. R.; MARTIN, R. C.; RAGAN, K.; HUHLMAN, M. M. Driving anger, sensation seeking, impulsiveness, and boredom proneness in the prediction of unsafe driving. **Accident Analysis and Prevention**, v. 37, p. 341-348, 2005.

DESLANDES, S.F.; SILVA, C.M.F.P. Análise da morbidade hospitalar por acidentes de trânsito em hospitais públicos do Rio de Janeiro, **Revista De Saúde Pública**, São Paulo, v.34, p. 45 – 56, ago. 2000.

DOUGAL, A., URSANO, R. J., POSLUSZNY, D. M., FULLERTON, C. S., BAUM, A. Predicors of posttraumatic stress among victims of motor vehicle accidents, **Psychossomatic Medicine**, v. 63, n. 3, p. 404-411, may./jun. 2001.

DUARTE, T. O. Avaliação psicológica de motoristas. In: **Comportamento Humano no Trânsito** (M.H. Hoffmann, R.M. Cruz, J.C. Alchieri, org.), p. 289 - 310, São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

FLECK, M. P. A., LOUZADA, S., XAVIER, M., CHACHAMOVICH, E., VIEIRA, G., SANTOS, L., PINZON, V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”, **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 178 – 83, abr. 2000.

FRIEDLAND, J. F., DAWSON, D. R. Function after motor vehicle accidents: A prospective study of mild head injury and posttraumatic stress, **Journal of Nervous and Mental Disease**, v. 189, n.7, p. 426-434, jul. 2001.

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.

HARVEY, A. G., BRYANT, R. A. The relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder: A 2 year prospective evaluation, **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 67, n. 6, p. 958-988, dec. 1999.

HASSELBERG, M., LAFLAMME, L. The social patterning of injury repetitions among young car drivers in Sweden. **Accident Analysis and Prevention**, v. 37, p. 163-168, 2005.

HATIPOGLU, A.R.; KARAGUILE, E.; KARAKAYA, K.; GUKÇE, S.F. ABCI, I. Nine years of trauma cases. **Ulus Trauma Derg**, v. 7, n. 2, p. 91-5, apr. 2001.

HO, R., DAVIDSON, G., VAN-DYKE, M., AGAR-WILSON, M. 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.

HOFFMANN, M. H., GONZALES, L. M. Acidentes de trânsito e fator humano. In: **Comportamento Humano no Trânsito** (M.H. Hoffmann, R.M. Cruz, J.C. Alchieri, org.), p. 375 - 392, São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

HOFFMANN, M. H., LEGAL, E. J. Sonolência, stress, depressão e acidentes de trânsito. In: **Comportamento Humano no Trânsito** (M.H. Hoffmann, R.M. Cruz, J.C. Alchieri, org.), p. 341 - 358, São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

HOLEVA, V., TARRIER, N. Personality and peritraumatic dissociation in the prediction of PTSD in victims of road traffic accidents, **Journal of Psychosomatic Research**, v.51, n. 5, p. 687-692, nov. 2001.

IVERSEN, H., RUNDMO, T. Personality risky driving and accident involvement among Norwegian drivers. **Personality and Individual Differences**, v. 5, n. 1, p. 63-76, dec. 2002.

JEAVONS, S. Predicting who suffers psychological trauma in the first year after a road accident, **Behavior Research and Therapy**, v. 38, n. 5, p. 499-508, may. 2000.

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.

LADEIRA, R.M.; GUIMARÃES, M.D.C. Análise da concordância da codificação de causa básica de óbito por acidentes de trânsito. **Revista De Saúde Pública**, v. 32, n. 2, p. 134 – 153, São Paulo, abr. 1998.

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.

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.

LIBERATTI, C.L.; ANDRADE, S.M.; SOARES, D.A. The new Brazilian traffic code and some characteristics of victims in southern Brazil. **Injury Prevention**, v. 7, n. 3, p.190-3, sep. 2001.

LINDIQUIST, K.; TIMPKA, T.; ACHELP, L. Evaluation of inter organizational traffic prevention in a WHO safe community. **Accident Analysis and Prevention**, v. 33, n. 5, p. 599-607, sep. 2001.

LUCAS, J. L. Driver's psychological and physical reactions after motor vehicle accidents. **Transportation research Part F**, v. 6, p. 135-145, 2003.

MACIEL, A.M.S. Mortalidade por acidentes de trânsito em Campo Grande - MS. **Divulg. Saúde Debate**, v. 18, p. 51-58, jun. 1997.

MALTA, L. S., BLANCHARD, E. B., TAYLOR, A. E., HICKLING, E. J., FREIDENBERG, B.M. Personality disorders and posttraumatic stress disorder in motor vehicle accident survivors, **Journal of Nervous and Mental Disease**, v. 190, n. 11, p. 767-774, nov. 2002.

MARIN-LEÓN, L.; QUEIROZ, M.S. A atualidade dos acidentes de trânsito na era da velocidade: uma visão geral. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, jan./mar.2001.

MARIN-LEÓN, L.; VIZZOTTO, M. M. Comportamento no trânsito: um estudo epidemiológico com estudantes universitários. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 515-523, mar-abr. 2003.

MARSON, A.C.; THOMSON, J.C. The influence of prehospital trauma care on motor vehicle crash mortality. **Journal of Trauma**, v.50, p. 917-921, may, 2001.

MAYOU, R., BRYANT, B. Outcome in consecutive emergency department attenders following a road traffic accident, **British Journal of Psychiatry**, v. 179, p. 528-534, dec. 2001.

MAYOU, R., BRYANT, B., EHLERS, A. Prediction of psychological outcomes one year after a motor vehicle accident, **American Journal of Psychiatry**, v. 158, n. 8, p. 1231-123, aug. 2001.

MAYOU, R. A., EHLERS, A., BRYANT, B. Posttraumatic stress disorder after motor vehicle accidents: 3 year follow-up of a prospective longitudinal study. **Behavior Research and Therapy**, v. 40, n. 6, p. 665-675, jun. 2002.

MAYOU, R. A., BRYANT, B. Outcome 3 years after a road traffic accident. **Psychological Medicine**, v. 32, n. 4, p. 671-675, may. 2002.

MEA, C. P. D., ILHA, V. D. Percepção de psicólogos do trânsito sobre a avaliação de condutores. In: **Comportamento Humano no Trânsito** (M.H. Hoffmann, R.M. Cruz, J.C. Alchieri, org.), p. 263 - 288, São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

MELLO-JORGE, M.H.P.; LATORRE, M.R.D.O. Acidentes de trânsito no Brasil: Dados e tendências. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 10, p.19-44, 1994.

MESKEN, J., LAJUNEN, T., SUMMALA, H. Interpersonal violations, speeding violations and their relation to accident involvement in Finland, **Ergonomics**, v. 45, n. 7, p. 469-483, jun. 2002.

MEYER, A.A. Death and disability from injury: a global challenge. **Journal of Trauma**, v. 44, n. 1, p. 1-12, 1998.

MURRAY, J., EHLERS, A., MAYOU, R. A. Dissociation and posttraumatic stress disorder: Two prospective studies of road traffic accident survivors. **British Journal of Psychiatry**, v. 180, n. 4, p. 363-368, apr. 2002.

NOCHI, M. Reconstructing self-narratives in coping with traumatic brain injury. **Soc. Science of Medicine**, v. 51, n. 12, p. 1795-804, 2000.

OTT, E.A.; FAVARETTO, A.L., NETO, A.F.P.R., ZECHIN, J.G.; BORDIN, R. Acidentes de trânsito em área metropolitana da região Sul do Brasil – Caracterização da vítima e das lesões. **Revista de Saúde Pública**, v. 27, n. 5, p. 350-356, 1993.

PARKER, D.; LAJUNEN, T.; SUMMALA, H. Anger and aggression among drivers in three European countries. **Accident Analysis and Prevention**, v. 34, p. 229-235, 2002.

PASQUALI, L. **Manual Técnico do Questionário de Saúde Geral – Adaptação Brasileira**, São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996.

PELTZER, K.; RENNER, W. Psychosocial correlates of the impact of road traffic accidents among South African drivers and passengers. **Accident Analysis and Prevention**, v. 36, p. 367-374, 2004.

PIRENTE, N.; GREGOR, A.; BOUILLON, B.; NEUGEBAUER, E. Quality of life of severely injured patients 1 year after trauma. A Matched pair study compared with a health control group. **Unfallchirurg**, v. 104, n. 1, p. 57-63, jan. 2001.

PIRES A.B.; VASCONCELOS, E.A., SILVA, A.C. Transporte Humano: Cidades com qualidade de vida. São Paulo. **Associação Nacional de Transportes Públicos – ANTP**, 1997.

REICHENHEM, M.E.; WERNECK, G.L. Anos potenciais de vida perdidos no Rio de Janeiro – As mortes violentas em questão. **Cadernos De Saúde Pública**, v. 10, p.188-198, 1994.

RICHMOND, T.S.; KAUDER, D.; SCHWAB, W. A prospective study of predictors of disability at 3 months after non-central nervous system trauma. **The Journal of Trauma**, v. 44, n. 4, p. 635-43, 1998.

SCARPELINI, S. Estudo da atenção às vítimas de acidentes de transporte em um hospital universitário de emergências no Brasil. Aspectos epidemiológicos, de gravidade e mortalidade. **Tese de Doutorado**, Ribeirão Preto, São Paulo, 2001.

SHINAR, D.; COMPTON, R. Aggressive driving: an observational study of driver, vehicle, and situational variables. **Accident Analysis and Prevention**, v. 36, p. 429-437, 2004.

SODERLUND, N.; ZWI, A.B. Mortalidad por accidentes de tránsito en países industrializados y en desarrollo. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, v. 119, p. 471-480, 1995.

STEADMAN-PARE, D.; COLANTONIO, A.; RATCLIFF, G.; CHASE, SVERNICH, L. Factors associated with perceived quality of life many years after traumatic brain injury. **Journal of Head Trauma Rehabilitation**, v. 16, n. 4, p. 330-42, aug. 2001.

SÜMER, N. Personality and behavioral predictors of traffic accidents: testing a contextual mediated model. **Accident Analysis and Prevention**, v. 35, p. 949-964, 2003.

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

ULLERBERG, P. Personality subtypes of young drivers. Relationship to risk – taking preferences, accident involvement and responses to traffic safety campaign, **Transportation Research Part F: Traffic Psychology and Behavior**, v. 4, n. 4, p. 279-297, dec. 2001.

WALBERG, A. E. Some methodological deficiencies in studies on traffic accidents predictors. **Accident Analysis and Prevention**, v. 35, p. 473-486, 2003.

WORRELL, S. S.; KOEPESELL, T. D.; SABATH, D. R.; GENTILELLO, L. M.; MOCK, C. N.; NATHENS, A. B. 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.

World Health Organization. WHO. Geneva, 1992.

APÊNDICE A – Questionário Complementar

QUESTIONÁRIO**Identificação:**

1 - Nome: _____

2 - Endereço: _____
_____ Telefone: _____

3 - Naturalidade: _____

4 - Procedência: _____ () urbana () rural

5 - Sexo: _____

6 - Idade: _____ Data de nascimento: _____

7 - Estado civil: _____

8 - Você mora com (número de pessoas): _____

Grau de parentesco	Idade	Estado civil	Instrução	Ocupação	Renda líquida

9 - Religião atual: _____

10 - Cor: () branca () negra () parda () mista

11 - Escolaridade: _____

12 - Você está: () empregado () desempregado () afastado () aposentado
() não trabalha () outro

Profissão atual: _____ Tempo: _____

Salário: _____ (em salários mínimos)

Quantos trabalham na família: _____ Quem? _____

Renda familiar: _____ (em salários mínimos)

Casa: () própria () aluguel () financiamento valor: _____

Situação Clínica:

1- Como você avalia o acidente?

2 – Alguma coisa mudou em sua vida depois do acidente? O quê?

3 – Como foi esta mudança?

4 – Como foi sua adaptação após o acidente?

5 - Como você avalia seu estado clínico? Justifique.

6 - A sua situação pós acidente interferiu / interfere em seu jeito de viver? Como? (Trabalho, relacionamentos e lazer)

7 – Você acha que algo mudou em seu jeito de ser depois do acidente?

8 – Você está fazendo algum tipo de tratamento? Qual?

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Nome da pesquisa:

“Adaptação psicossocial e qualidade de vida de vítimas de acidentes de trânsito”

Pesquisador responsável:

Sílvia Helena Tenan Magalhães – Psicóloga – CRP 06/49802-2 (Doutoranda – Pós-graduação – Saúde Mental)

Orientadora: Profa. Dra. Sonia Regina Loureiro (FMRP-USP)

ESCLARECIMENTO AO SUJEITO DA PESQUISA

Descrição das Informações que deverão ser, obrigatoriamente, prestadas aos sujeitos da pesquisa:

Com a autorização da coordenação da Unidade de Emergência do HCFMRP-USP estamos consultando pessoas que como você sofreram acidentes de trânsito e foram atendidas na Unidade de Emergência do HCFMRP-USP, verificando se estão disponíveis para participar desse estudo.

Os acidentes de trânsito constituem-se em um problema de saúde importante que interfere de imediato na vida das pessoas. Poucos estudos tem sido realizados verificando como fica a qualidade de vida das pessoas após o acidente. Estudar esta questão pode ser útil para propor formas de ajuda e orientação a pessoas que como você sofreram acidente de trânsito.

Prendemos com este estudo conhecer melhor as condições de saúde mental, de adaptação e de qualidade de vida, após o acidente, de pessoas que como você, do ponto de vista clínico, quando tiveram alta do HC foram consideradas em condições de boa recuperação. Para tal vamos precisar estar com você em dois encontros de aproximadamente 1h 30min que serão realizadas na Unidade de Emergência do HCFMRP-USP. Nestes dois dias você irá responder à questionários: um questionários com dados gerais, a um questionário sobre características de personalidade, ou seja, seu jeito de ser e outros dois questionários, um sobre as suas condições de vida quanto a trabalho, lazer e outro sobre a maneira como você responde e reage à situações de estresse e ansiedade. Este conhecimento poderá ser útil no sentido de auxiliar a planejar formas de orientar e ajudar a pessoas que sofreram acidente de trânsito quanto a sua qualidade de vida. Estamos interessadas em estudar pessoas que sofreram acidente há cinco anos, há dois anos, há seis

meses e também algumas pessoas no momento da alta. Não haverá qualquer tipo de despesas com as atividades ou materiais.

Sua participação é voluntária e você não será identificado em nenhum momento através de seu nome ou opiniões, apenas nós pesquisadoras teremos acesso ao seu nome, todas as informações prestadas serão agrupadas e trabalhadas em conjunto com as de outras pessoas. Tomaremos todos os cuidados para garantir o sigilo quanto as informações. Os “resultados” individuais não serão divulgados, a não ser para você mesmo, por solicitação direta. A sua participação neste estudo não implicará em riscos para a sua saúde ou exposição. Você poderá desistir a qualquer momento sem qualquer prejuízo ao seu tratamento ou atendimento no HCFMRP-USP.

Esta é uma atividade de pesquisa, não é um atendimento psicológico. Mas caso você tenha interesse, poderemos conversar sobre os seus dados, se for necessário e do seu interesse poderemos lhe indicar acompanhamento favorecendo o encaminhamento para a rede de saúde.

Coloco-me à disposição para maiores esclarecimentos. Grata.

Ribeirão Preto, 24 de Junho de 2002.

Sílvia Helena Tenan Magalhães
Psicóloga – Pós-graduação Saúde Mental
Telefone: 602 1132

Profª. Dra. Sonia Regina Loureiro
Orientadora
Telefone: 625 0309

AUTORIZAÇÃO:

Tendo recebido as informações sobre o projeto de pesquisa *Adaptação psicossocial e qualidade de vida de vítimas de acidentes de trânsito*, eu

RG _____, me disponho a participar da pesquisa.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de _____.

Assinatura



HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DOS ACIDENTES DE TRANSPORTE
Núcleo de Vigilância Epidemiológica e Grupo de Cirurgia de Trauma – HCFMRP-USP

I – INFORMAÇÕES SOBRE O PACIENTE:

Número: _____ Nome: _____
 Registro: _____ Idade: _____ Nasc.: ____/____/____
 Naturalidade: _____ UF: [][] Sexo: [] Estado Civil: []
 Cidade de Residência: _____ UF: [][] Dosagem alcoólica: _____ mg/ml

II – INFORMAÇÕES SOBRE O ACIDENTE:

Local: _____
(detalhar o mais possível: nome da rua, nº de casa próxima, entre quais cruzamentos, nome da estrada, Km, ponte, cruzamento)
 Sub-setor do local de ocorrência do acidente: [][][]
 Data: ____/____/____ SE.: _____ Dia da semana: [] Hora: ____:____
 Descrição: _____
(detalhar o mais possível as características do acidentado e dos envolvidos: pedestre, condutor, ocupante, atropelamento, colisão, tipo de veículo, colidiu com quê)

Código CID: [][][] [] Transportado por: _____ []

III – LESÃO PRINCIPAL:

Código CID: [][][] []

IV – EVOLUÇÃO:

Dia da admissão: ____/____/____ Hora da admissão: ____:____ Dias de internação: ____ em CTI: ____
 Data da alta: ____/____/____ Condições da alta* [] Razão(ões) do óbito: [][]

Responsável pelo preenchimento: _____ Data: ____/____/____

* Condições da alta: Considerar 5 categorias:

1 = óbito; 2 = estado vegetativo persistente; 3 = limitações graves; 4 = limitações moderadas; 5 = boa recuperação. Óbito e estado vegetativo persistente são condições que se autodefinem.

Limitações graves: Paciente com lesões que o tornarão permanentemente dependente de ajuda para execução de atividades do dia a dia devido a limitações de natureza física ou mental, ou a uma combinação de ambas. Importante lembrar que a categoria pode incluir limitações mentais graves, mesmo em pacientes com pouca ou nenhuma limitação física.

Limitações moderadas: Pacientes que conseguem ou conseguirão desempenhar independentemente atividades do dia a dia, tais como viajar em transporte público e desenvolver alguma atividade de trabalho. Limitações neurológicas incluem algum grau de disfasia, hemiparesia ou ataxia, assim como déficit intelectual e/ou de memória e alterações de personalidade. Pode ocorrer perda de membros ou órgãos sensoriais, desde que não incapacitem o indivíduo para as funções acima mencionadas. Lembrar que o grau de independência é maior do que aquele definidas por geriatras como "atividades do dia a dia", entendidas essas como capacidade apenas de auto-cuidado no interior do domicílio (nessa última situação o paciente deverá ser considerado como portador de limitações graves.)

Boa recuperação: Implica em reassumir uma vida normal, embora possam ocorrer déficits neurológicos e/ou motores de pequena monta. Capacidade para participar de atividades de lazer, bem como perspectivas de relações familiares normais podem ser considerados na avaliação. Retorno ao trabalho não deve ser considerado como indicador de boa recuperação.



HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

CAMPUS UNIVERSITÁRIO - MONTE ALEGRE
FONE: 602-1000 - FAX (016) 633-1144

Ribeirão Preto, 21 de agosto de 2002

Ofício nº 2206/2002
CEP/SPC

Prezada Senhora:

O trabalho intitulado **“ADAPTAÇÃO PSICOSSOCIAL E QUALIDADE DE VIDA DE VÍTIMAS DE ACIDENTE DE TRÂNSITO”**, foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 137ª Reunião Ordinária realizada em 19/08/2002, e enquadrado na categoria: **APROVADO**, de acordo com o Processo HCRP nº 6433/2002.

Aproveito a oportunidade para apresentar a Vossa Senhoria protestos de estima e consideração.

PROF. DR. SÉRGIO PEREIRA DA CUNHA
Coordenador do Comitê de Ética
em Pesquisa do HCFMRP-USP e da FMRP-USP

Ilustríssima Senhora
SILVIA HELENA TENAN MAGALHÃES (Orientanda)
Profª Drª SONIA REGINA LOUREIRO (Orientadora)
Depto. de Neurologia, Psiq. e Psic.Médica-Hospital Dia-nove de julho
Em mãos

Acidentes de Trânsito (AT) e Adaptação Psicossocial – Uma Revisão da Literatura

Traffic Accidents (TA) and Psychosocial Variables – A Literature Revision

Os acidentes de trânsito (AT) tem sido apontados como uma problemática da vida urbana e da civilização suscitada pela introdução e popularização dos veículos automotores no cotidiano dos cidadãos (OTT et al., 1993). São referidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como ocupando mundialmente o 9 lugar entre as principais causas de mortalidade, representando 2,8% do total mundial de disfunções e incapacidades. Este órgão refere, ainda, que o número de mortes como consequência de lesões em AT aumentará de 5,1 milhões em 1990 para 8,4 milhões em 2020 (HOFFMANN & GONZALEZ, 2003).

Em diversos países e inclusive no Brasil os AT tem sido apontados como um importante problema de saúde pública pelas implicações tanto para os indivíduos quanto para a sociedade (MARÍN-LÈON & VIZZOTTO, 2003) em função das seqüelas das deficiências físicas e psicossociais decorrentes dos acidentes.

Faz-se necessário considerar que as incapacidades decorrentes dos AT podem acometer as pessoas envolvidas, independente de seu papel na determinação da ocorrência do acidente, caracterizando-as como vítimas. Na literatura, o termo vítima de AT é referente aos condutores, passageiros ou pedestres, enquanto diferentes atores que têm em comum terem se acidentado no trânsito, necessitando de atendimento médico hospitalar, independente da gravidade do evento (MARIN & QUEIROZ, 2001; BRYSIWICZ, 2001, HOFFMANN & GONZALEZ, 2003).

Interessou-se por avaliar as características metodológicas de estudos relativos a associação de AT a variáveis psicossociais. Objetivou-se analisar a metodologia utilizada em estudos empíricos sobre AT que abordam variáveis psicossociais como ansiedade e depressão, condições de adaptação e qualidade de vida pós acidente.

Procedeu-se ao levantamento bibliográfico eletrônico da literatura indexada, no período de 1998 a 2003, nas bases de dados PsycINFO, MedLINE e LILACS utilizando-se as palavras chaves: Acidentes de Trânsito, Ansiedade, Depressão, Adaptação Psicossocial e Qualidade de Vida e seus correspondentes em inglês. Foram incluídos para análise todos os artigos relativos a estudos empíricos, que abordaram variáveis psicológicas de pessoas adultas consideradas vítimas de AT incluindo pedestres, passageiros e / ou condutores. Foram excluídos os artigos que abordaram exclusivamente: os aspectos epidemiológicos dos AT; crianças e adolescentes enquanto vítimas ou condutores; tipos de seqüelas orgânicas decorrentes do AT; modalidades de tratamento do transtorno de stress pós traumático; uso de álcool e envolvimento com AT e a validação de instrumentos relativos ao comportamento do motorista ao dirigir.

Foram identificados 30 artigos agrupados em duas categorias, de acordo com os objetivos e delineamentos adotados. Na primeira foram incluídos 16 estudos que objetivaram a avaliação de preditores do desenvolvimento ou instalação do quadro clínico de transtorno de stress pós traumático e de qualidade de vida após AT, na segunda, foram incluídos 14 estudos que objetivaram avaliar as variáveis pessoais de condutores que se envolveram em AT.

Preditores de Transtorno de Stress Pós Traumático (TSPT) e Qualidade de Vida (QV) pós AT

A caracterização dos delineamentos adotados nos 16 artigos que objetivaram identificar preditores de desenvolvimento de transtorno de stress pós traumático (TSPT) e de qualidade de vida (QV), tendo como participantes vítimas de AT estão apresentados na Tabela 1.

Inserir Tabela 1

No que se refere ao delineamento dos estudos relativos ao TSPT, nota-se que os 12 estudos adotaram delineamentos longitudinais comparando o mesmo grupo de participantes em momentos diferentes. O período de um ano pareceu ser tomado como referência para a realização das avaliações. Em seis estudos a primeira avaliação foi realizada no período de hospitalização, imediatamente após a ocorrência de AT, ou nas primeiras semanas subsequentes, não ultrapassando quatro semanas. Esta avaliação, considerada pelos autores como linha de base foi tomada como padrão de comparação com as avaliações posteriores, visando identificar os preditores associados ao desenvolvimento de TSPT. As avaliações posteriores foram realizadas aos seis meses e um ano após o AT. Outros seis estudos tomaram como linha de base a avaliação fora do contexto hospitalar, geralmente realizando as avaliações posteriores após um ano e até três anos depois.

Pode-se hipotetizar que as avaliações aos três e seis meses foram realizadas com o objetivo de identificar a instalação do TSPT, pois os critérios de diagnóstico para este transtorno estabelecem que ele não deve ser diagnosticado a menos que haja evidência de que surgiu dentro de seis meses após um evento traumático de excepcional gravidade (CID-10, 1993; DSM IV, 1994). As avaliações posteriores, um ano ou mais, após o AT, possivelmente foram realizadas para confirmar a remissão do TSPT e identificar variáveis psicológicas presente nas primeiras avaliações, tomando-as como preditoras.

No que se refere aos delineamentos dos estudos sobre QV dois adotaram o modelo

de estudo longitudinal, sendo que um deles realizou a primeira avaliação durante a hospitalização e a segunda, um ano depois e o outro realizou a primeira avaliação após a hospitalização e a segunda 24 anos após a ocorrência do AT. Dois estudos adotaram o delineamento transversal, realizando uma única avaliação, porém, sem especificar quanto tempo após o acidente esta avaliação foi realizada. Notou-se que os estudos, tanto longitudinais quanto transversais, não referiram o período de tempo tomado como ideal para a avaliação dos aspectos de qualidade de vida após o AT.

Nos estudos analisados, o número de avaliações e o período em que elas ocorreram mostrou-se variável e não se observou sugestão explícita quanto ao número ideal de avaliações ou quanto aos períodos críticos em que estas deveriam ser realizadas.

Quanto a seleção dos participantes, tanto nos estudos relativos ao TSPT como nos de QV adotaram amostras de conveniência, pois avaliaram vítimas de AT que necessitaram de hospitalização, identificando os participantes durante a internação ou através de registros de arquivos. Os estudos em geral não trabalharam com grandes amostras e todos incluíram em suas amostras condutores, passageiros e pedestres não fazendo distinção entre eles aos avaliarem os aspectos de qualidade de vida e sem fazer distinção quanto ao grau de responsabilidade da pessoa pela ocorrência do AT, não referindo os aspectos de culpabilidade e seu impacto enquanto um fator estressor.

A coleta de dados nos estudos relativos ao TSPT geralmente foi realizada em avaliações individuais onde procedeu-se à aplicação de escalas padronizadas para a avaliação das variáveis relativas à: a) TSPT; b) a gravidade do trauma; c) a saúde geral; e d) as características de personalidade, ansiedade e depressão, combinando estes instrumentos à questionários para caracterização das variáveis sócio-demográficas.

As escalas e entrevistas padronizadas específicas para diagnóstico de TSPT foram utilizadas nos 12 estudos ocorrendo uma relativa variação quanto aos instrumentos aplicados. Aqueles que adotaram as entrevistas padronizadas utilizaram-se do módulo específico para diagnóstico de TSPT da Composite International Diagnostic Interview – CIDI, do mesmo módulo da Structured Clinical Interview – SCID ou da Post Traumatic Stress Disorder Interview (PTSD I) baseada nos critérios diagnósticos do DSM III R . Nos estudos que utilizaram-se de escalas padronizadas, o instrumento mais comumente adotado foi a Post Traumatic Stress Symptom Scale. A maioria destes estudos avaliaram as condições de saúde física dos participantes pós AT, avaliada pelo Injury Severity Score – ISS, que gradua o nível de gravidade do trauma de acordo com as características anatômicas das lesões físicas sofridas correlacionando-as como a sobrevida do paciente. Aqueles que analisaram as condições de saúde geral dos participantes após o AT, utilizaram-se de questionários não padronizados que avaliavam aspectos de saúde física, mental e condições sociais e profissionais. Dois estudos adotaram um instrumento padronizado para a avaliação destas variáveis utilizando-se do General Health Questionnaire - GHQ.

Os aspectos psicológicos como ansiedade e depressão, características de personalidade, assim como transtorno psiquiátrico prévio, foram considerados como possíveis preditores de desenvolvimento de TSPT. Três estudos avaliaram a presença de sintomas de ansiedade e depressão através da Hospital Anxiety and Depression Scale – HAD, enquanto os participantes estavam hospitalizados e três estudos consideraram que a dissociação, enquanto um aspecto de organização da personalidade, poderia ser um preditor de desenvolvimento de TSPT após AT e a avaliaram através de inventários de personalidade como o Peritraumatic Dissociation Experience Questionnaire, o State

Dissociation Questionnaire e o Trait Dissociation Questionnaire e ainda investigaram a presença de diagnóstico prévio de transtorno psiquiátrico através da SCID.

Os aspectos de QV foram avaliados através de instrumentos de avaliação que compreendem aspectos gerais e específicos. Um dos estudos utilizou-se de um questionário que avaliou aspectos gerais como características demográficas, condições sócio-econômicas, de saúde física e mental e profissionais, considerando estes aspectos como importantes na caracterização da QV dos participantes. Outros três estudos utilizaram-se de escalas padronizadas para a avaliação da QV, porém, cada estudo utilizou uma escala diferente. Esta diversidade de instrumentos indica que uma variedade de aspectos são considerados quando se trata de avaliar a QV, dificultando o estabelecimento de parâmetros específicos que possibilitem a comparação.

Quanto ao tratamento dos dados, os estudos realizaram uma análise quantitativa. Aqueles com delineamentos longitudinais procederam a comparação das avaliações do mesmo grupo em momentos diferentes e aqueles com delineamentos transversais, realizando avaliação única, procederam a comparação de variáveis específicas.

De modo geral, notou-se uma diversidade de instrumentos utilizados nos estudos que destinaram-se a avaliar preditores de QV e de desenvolvimento de TSPT após AT. Além disto, não se observou, nos estudos identificados, uma comparação de dados de diversos instrumentos nem uma sugestão de instrumentos que seriam considerados mais adequados para o estudo das variáveis psicológicas após AT. A Tabela 2 apresenta os principais resultados relativos ao TSPT e a QV.

Inserir Tabela 2

Os principais resultados dos estudos relativos ao TSPT apontaram que pessoas que sofreram AT apresentam elevado prejuízo na adaptação psicossocial após o AT,

principalmente no que se refere a presença de sintomas depressivos e de ansiedade que reforçam a sensação de estar doente destacando ainda que a presença de problemas de saúde persistentes que dificultam a retomada das atividades sociais e profissionais. Destacaram como condição agravante que a falta ou a pouca disponibilidade de suporte social e de programas de reabilitação favorece a permanência de sintomas e dificultam a retomada da vida após o AT. Os estudos apontaram para a necessidade de investimentos em programas especializados que tenham por objetivo a reabilitação psicossocial.

Quanto aos estudos relativos a QV os principais resultados indicaram que as vítimas de AT em geral apresentam prejuízos após o AT, identificando como principais preditores prejuízos na saúde física e mental, caracterizados principalmente pela gravidade do trauma, pela presença de sintomas de ansiedade e depressão e pela diminuição do convívio social e familiar com dificuldade de retorno ao trabalho. Os estudos sugeriram a necessidade de suporte social com vistas à reabilitação, facilitando o retorno ao convívio social e profissional, promovendo assim melhor QV.

Os estudos que objetivaram a identificação de preditores de desenvolvimento de TSPT destacaram como condições de saúde mental associadas a presença de reações psicológicas ao stress, de quadro psiquiátrico e a gravidade do trauma.

Um amplo conjunto de variáveis psicológicas foi identificado como preditor de TSPT, a saber: a) dissociação persistente; b) sintomas de ansiedade e depressão c) ruminação de idéias, irritabilidade, interpretação negativa da situação. Os estudos não apontaram para a descrição de um perfil psicológico típico com a identificação de variáveis específicas que facilitem o desenvolvimento de TSPT, pelo contrário, notou-se a identificação de uma variedade de variáveis que são tomadas como preditoras.

A presença de transtornos de personalidade diagnosticados previamente e de quadro psiquiátrico de reação aguda ao stress logo após o AT são apontados como importantes preditores de TSPT e de possível cronicidade deste quadro.

Do ponto de vista da saúde física os estudos a identificaram a gravidade do trauma como um importante preditor de desenvolvimento de TSPT referindo que, quanto mais grave o trauma maior a probabilidade de desenvolvimento de TSPT, associando o seu desenvolvimento às limitações físicas impostas pelo trauma, principalmente aquelas que dificultam a locomoção. Vale ressaltar que este conjunto de estudos avaliou participantes que do ponto de vista neurológico mantinham um razoável estado de consciência. Este critério de inclusão por sua vez circunscreveu os limites da consideração da gravidade do trauma.

Variáveis Pessoais dos Condutores e suas associações aos AT

As características dos delineamentos dos 14 estudos que objetivaram avaliar variáveis pessoais de condutores que se envolveram em AT e sua associação à ocorrência dos AT estão na Tabela 3.

Inserir Tabela 3

Os estudos adotaram delineamentos transversais, realizando uma única avaliação após o AT, sem especificar qual o período de tempo tomado como parâmetro para a avaliação das variáveis pessoais dos condutores após a ocorrência do AT.

A identificação e seleção dos participantes foi realizada, em todos os estudos, através de consulta a dados de arquivos relativos as notificações policiais de ocorrências de AT ou relativos a registros de atendimento médico hospitalar em decorrência do AT. Adotaram amostras de conveniência avaliando exclusivamente condutores de veículos após o envolvimento em AT procurando identificar as variáveis pessoais que poderiam ser

tomadas como preditoras deste envolvimento com AT. As amostras, geralmente, foram compostas por um grande número de participantes.

A coleta de dados, em nove estudos, foi realizada através de avaliações individuais onde procedeu-se ao envio dos instrumentos de avaliação, via correio ou internet para que os participantes respondessem e reenviassem aos pesquisadores. Foram utilizadas escalas de avaliação padronizadas específicas para a avaliação das variáveis relativas à: a) comportamento de dirigir; b) irritabilidade ao dirigir e c) características de personalidade, combinando estes instrumentos a questionários gerais para caracterização de variáveis sócio-demográficas e da situação em que o AT ocorreu.

A avaliação do comportamento de dirigir foi realizada, em sete estudos, através do Driving Behavior Questionnaire – DBQ que avalia principalmente os erros e transgressões dos condutores de veículos, procurando identificar fatores psicológicos, como agressividade, que poderiam ser considerados como determinantes destes comportamentos. O nível de irritabilidade ao dirigir foi avaliado, em três estudos, através de um instrumento padronizado o Driving Anger Questionnaire – DAQ, específico para a avaliação desta variável.

Os aspectos de personalidade dos condutores foram avaliados em três estudos por meio de inventários de personalidade diversos. Apesar de utilizarem inventários que avaliam a personalidade em seus vários aspectos, os estudos focalizaram a análise das variáveis relativas à agressividade. Em geral, notou-se que os estudos que destinaram-se a avaliar as variáveis pessoais dos condutores utilizaram-se de instrumentos específicos como o Driving Behavior Questionnaire - DQB e o Driving Anger Questionnaire - DAQ, destinados à avaliação de variáveis psicológicas associadas a agressividade e irritabilidade, consideradas como preditoras do envolvimento em AT.

Todos os estudos analisados realizaram análise quantitativa dos dados, procedendo a comparação das variáveis pessoais avaliadas.

A Tabela 4 apresenta os resultados mais relevantes relativos a associação entre variáveis pessoais e envolvimento com AT.

Inserir Tabela 4

Os principais resultados dos estudos analisados apontaram como variáveis pessoais preditoras de envolvimento com AT a idade, o gênero e a irritabilidade e agressividade ao dirigir .

Quanto a idade, os estudos apontaram que os condutores jovens, entre 18 e 20 anos, tem maior probabilidade de envolvimento em AT, justificando que a inexperiência e a tendência a atribuir um caráter de diversão ao ato de dirigir, fazem com que tenham pouca consciência das conseqüências de seu comportamento no trânsito.

Os homens mostraram-se mais propensos ao envolvimento em AT, em alguns estudos este risco foi considerado duas vezes maior do que o das mulheres.

A agressividade e a irritabilidade ao dirigir foram também consideradas como importantes preditores. Os estudos identificaram que condutores mais agressivos e mais irritáveis ao dirigir, tem maior a probabilidade de envolvimento em AT. A agressividade foi definida como uma tendência ao desrespeito às normas de trânsito vigentes, fazendo uso do veículo como uma extensão de si na tentativa de agredir a si e à sociedade. A irritabilidade, foi definida como pouca tolerância e hostilidade diante das características rotineiras de organização do trânsito, sendo este caracterizado como um importante fator estressor para o condutor. Alguns estudos apontaram para a necessidade de se identificar se as características de agressividade e irritabilidade se apresentam como aspectos mais estáveis

e estruturais da personalidade do condutor ou se estão relacionadas a aspectos mais reativos e funcionais, caracterizando variáveis situacionais.

A tendência a transgredir as normas de trânsito foi identificada como um indicador de agressividade ao dirigir, facilitando o envolvimento com AT, constatando que os condutores com tendências a não respeitar os índices de velocidade, a não utilizar cinto de segurança e a não respeitar a sinalização envolvem-se mais em AT.

Em concordância com WAHLBERG (2003) pode-se considerar que os estudos analisados carecem de sistematização quanto a especificação das variáveis psicossociais focalizadas e do período de tempo pós AT a ser tomado como referência nas comparações. Além destes aspectos WAHLBERG (2003) chama a atenção para a necessidade de explicitação da culpabilidade pelo AT como uma variável que pode estar interferindo no comportamento dos envolvidos. Tal explicitação é complexa por envolver não só as vítimas como as condições de contexto e normatização do trânsito além das leis que regem a responsabilidade civil dos cidadãos com suas peculiaridades em diferentes países.

Outro ponto a ser destacado é que o estudo das variáveis psicológicas de pessoas identificadas pelo envolvimento com AT em amostras não randômicas, de um certo modo limita o alcance dos dados na medida em que se desconhece de fato o valor preditor de tais variáveis com condutores em geral, independentemente do envolvimento com AT.

Considerações Finais

De um modo geral, os estudos que objetivaram identificar as conseqüências dos AT na adaptação psicossocial e na QV dos envolvidos, predominantemente adotaram delineamentos longitudinais envolvendo uma diversidade de procedimentos de avaliação, com poucos parâmetros definidos quanto as variáveis estudadas e as peculiaridades dos participantes. Tal desenho dificultou a generalização dos achados quanto aos preditores de

desenvolvimento de TSPT e de prejuízos na QV após AT. Destaca-se assim que tal falta de sistematização dificulta a identificação de variáveis psicológicas específicas e estáveis que possam ser consideradas associadas aos prejuízos na QV e ao desenvolvimento de TSPT.

De maneira geral, os estudos analisados conduzidos em quatro países diferentes não fizeram referência ao contexto social e normativo do trânsito em que tais AT ocorreram, parecendo não considerar relevante a interferência destes aspectos situacionais na ocorrência do AT. Os estudos focalizaram a descrição de um perfil psicológico buscando identificar características pessoais preditoras do envolvimento em AT, sem destaque para as variáveis ambientais. Neste sentido, o modelo destes estudos se contrapõe as considerações de GÜNTHER (2002) que aponta que o trânsito deve ser considerado como um problema social onde os antecedentes causadores dos eventos não devam se restringir ao estudo da subjetividade do participante, mas da sua inserção num contexto ambiental complexo, que considere o impacto do seu comportamento sobre o ambiente e do ambiente sobre seu comportamento.

Outros pontos a serem destacados dizem respeito a ausência de referência a aspectos de culpabilidade dos envolvidos e suas implicações enquanto um fator estressor importante que pode interferir na recuperação pós AT e a não especificação do número de ocorrências de AT em que os participante se envolveram, já que a recorrência de envolvimento com AT chama a atenção para a associação de aspectos emocionais e de personalidade.

Conclui-se que nos estudos analisados as variáveis subjetivas do condutor pareceram serem tomadas como o principais preditores de envolvimento em AT. Porém, notou-se que os delineamentos adotados não favoreceram a descrição de um perfil psicológico mais amplo, selecionando variáveis psicológicas específicas e associando-as ao comportamento de dirigir momentâneo e, no caso, acidental. Assim, faz-se necessário que

estudos futuros destinem-se a identificação dos processos associados ao comportamento de dirigir, considerando as características psicológicas individuais de forma mais ampla assim como as condições ambientais envolvendo a normatização e organização do trânsito

Referências Bibliográficas

AKERSTEDT, T., KECKLUND, G., 2001. Age, gender and early morning highway accidents. *Journal of Sleep Research*, Jun., vol. 10(2): 105-110.

AL-MADANI, H; AL-JANAHI, AR., 2002. Assessment of drivers comprehension of traffic signs based on their traffic, personal, and social characteristics. *Transportation Research Part F: Traffic Psychology and Behavior*, Mar., Vol. 5(1): 63-76.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4rd edn. Washington, DC.

ARTHUR, W J; DOVERSPIKE, D., 2001. Predicting motor vehicle crash involvement of a personality measure and driving knowledge test, *Journal of Prevention and Intervention in the Community*, vol. 22(1): 35-42.

BALLESTEROS, MF; DISCHINGER, PC., 2002. Characteristics of traffic crashes in Maryland (1996-1998): Differences among youngest drivers. *Accident Analysis and Prevention*, May, vol. 34 (3): 279-284.

BRYANT, RA; HARVEY, AG; GUTHRIE, RM & MOULDS, ML, 2000. A Prospective Study of Psychophysiological Arousal, Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(2), May: 341-344.

BRYSIIEWICZ, P., 2001. Pedestrian road traffic collisions in South Africa. *Accidents Emergency Nursing*, 9(3):194-7, Jul.

CAGNETTA, E; CICOGNANI, E., 1999. Surviving a serious traffic accident: Adaptation processes and quality of life, *Journal of Health Psychology*, Oct., vol. 4(4): 551-564.

Classificação dos Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas, 1993. Porto Alegre: Artes Médicas.

CHIAOUTAKIS, MG; DEMAKOKOS, P.; TZAMALOUKA, G; BAROU, V; KOUMAKI, M & DARVIRI, C., 2002. Aggressive behavior while driving as predictor of self reported car crashes. *Journal of Safety Research*, 33: 431-443.

DOUGAL, AL; URSANO, RJ; POSLUSZNY, DM; FULLERTON, CS; BAUM, A. , 2001. Predictors of posttraumatic stress among victims of motor vehicle accidents, *Psychosomatic Medicine*, May-Jun., vol 63(3): 404-411.

FRIEDLAND, JF; DAWSON, DR., 2001. Function after motor vehicle accidents: A prospective study of mild head injury and posttraumatic stress, *Journal of Nervous and Mental Disease*, Jul., vol. 189(7): 426-434.

GÜNTER, H, 2003. Ambiente, Psicologia e Trânsito: Reflexões sobre uma integração necessária. In: *Comportamento Humano no Trânsito* (M.H. Hoffmann, R.M. Cruz & J.C. Alchieri, org.), pp. 47-57, São Paulo: Casa do Psicólogo.

HARVEY, AG; BRYANT, RA., 1999. The relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder: A 2 year prospective evaluation, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Dec., vol. 67(6): 958-988.

HO, R; DAVIDSON, G; VAN-DYKE, M; AGAR-WILSON, M., 2000. The impact of motor vehicle accidents on the psychological well-being of at-fault drivers and related passengers, *Journal of Health Psychology*, Jan., vol. 5(1): 33-51.

HOLEVA, V. TARRIER, N., 2001. Personality and peritraumatic dissociation in the prediction of PTSD in victims of road traffic accidents, *Journal of Psychosomatic Research*, Nov., vol. 51(5): 687-692.

IVERSEN, H; RUNDMO, T., 2002. Personality risky driving and accident involvement among Norwegian drivers. *Personality and Individual Differences*, Dec., vol. 5(1): 63-76.

JEAVONS, S., 2000. Predicting who suffers psychological trauma in the first year after a road accident, *Behavior Research and Therapy*, May., vol. 38(5): 499-508.

KARLAFTS, MG; KOTZAMPASSAKIS, I; KANELLAIDIS, G., 2003. An Empirical Investigation of European driver's self assessment. *Journal of Safety Research*, 34:207-213.

LAM, LT., 2002. Distractions and the risk of car crash injury: The effect of driver's age. *Journal of Safety Research*, vol. 33 (3): 411-419.

LEVINE, B.; DAWSON, D.; BOUTET, I.; SCHWARTZ, M.L.; STUSS, D., 2000. Assessment of strategic self-regulation in traumatic brain injury: its Relationship to injury severity and psychosocial outcome. *Neuropsychology*; 14(4): 191-500.

MALTA, LS; BLANCHARD, EB; TAYLOR, AE; HICKLING, EJ; FREIDENBERG, BM., 2002. Personality disorders and posttraumatic stress disorder in motor vehicle accident survivors, *Journal of Nervous and Mental Disease*, Nov., vol. 190(11): 767-774.

MARÍN-LÉON, L; VOZZOTTI, M.M., 2003. Comportamentos no trânsito: um estudo epidemiológico com estudantes universitários. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(2):515-523.

MARIN, L.; QUEIROZ, M.S., 2001. A atualidade dos acidentes de trânsito na era da velocidade: uma visão geral. *Cadernos de Saúde Pública*, v.16, n. 1, jan./mar.

MAYOU, R; BRYANT, B., 2001. Outcome in consecutive emergency department attenders following a road traffic accident, *British Journal of Psychiatry*, Dec., vol. 179: 528-534.

MAYOU, R; BRYANT, B; EHLERS, A., 2001. Prediction of psychological outcomes one year after a motor vehicle accident, *American Journal of Psychiatry*, Aug., vol. 158(8): 1231-1238.

MAYOU, RA; EHLERS, A; BRYANT,B., 2002. Posttraumatic stress disorder after motor vehicle accidents: 3 year follow-up of a prospective longitudinal study. *Behavior Research and Therapy*, Jun., vol. 40 (6): 665-675.

MAYOU, R; BRYANT, B., 2002. Outcome 3 years after a road traffic accident. *Psychological Medicine*, May, vol. 32 (4): 671-675.

MESKEN, J; LAJUNEN, T; SUMMALA, H., 2002. Interpersonal violations, speeding violations and their relation to accident involvement in Finland, *Ergonomics*, Jun., vol. 45(7): 469-483.

MURRAY, J.; EHLERS, A.; MAYOU, RA., 2002. Dissociation and posttraumatic stress disorder: Two prospective studies of road traffic accident survivors. *British Journal of Psychiatry*, Apr., Vol. 180 (4): 363-368.

NOCHI, M., 2000. Reconstructing self-narratives in coping with traumatic brain injury. *Soc. Science of Medicine*.; 51(12):1795-804.

OTT, E.A.; FAVARETTO, A.L., NETO, A.F.P.R., ZECHIN, J.G.BORDIN, R., 1993. Acidentes de trânsito em área metropolitana da região Sul do Brasil – Caracterização da vítima e das lesões. *Revista de Saúde Pública*, 27 (5): 350-6.

PARKER, D; LAJUNEN, TC & SUMMALA, H, 2002. Anger and aggression among drivers in three European countries. *Accident Analysis and Prevention*, 34: 229-235.

PIRENTE, N.; GREGOR, A.; BOUILLON, B.; NEUGEBAUER, E., 2001.

Quality of life of severely injured patients 1 year after trauma. A Matched pair study compared with a health control group. *Unfallchirurg*, 104(1):57-63, Jan.

STEADMAN-PARE, D.; COLANTONIO, A.; RATCLIFF, G.; CHASE, SVERNICH, L., 2001. Factors associated with perceived quality of life many Years after traumatic brain injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 16(4):330-42, Aug.

TAVRIS, DR; KUHN, EM; LAYDE, PM., 2001. Age and gender patterns in motor vehicle crash injuries: Importance of type crash and occupant role, *Accident Analysis and Prevention*, Mar., vol. 33(2): 167-172.

ULLERBERG, P., 2001. Personality subtypes of young drivers. Relationship to risk – taking preferences, accident involvement and responses to traffic safety campaigning, *Transportation Research Part F: Traffic Psychology and Behavior*, Dec., vol. 4 (4): 279-297.

WALBERG, AE, 2003. Some methodological deficiencies in studies on traffic accidents predictors. *Accident Analysis and Prevention*, 35: 473-486.

WALLACE, C.A.; BOGNER, J., 2000. Awareness of deficits: emotional implications for persons with brain injury and their significant others. *Brain Injury*, 14(6):549-62.

Tabela 1: Caracterização dos delineamentos adotados nos estudos analisados (N=16) quanto a variável TSPT (N=12) e QV (N=04).

	Delineamento	Estudos*	
		TSPT	QV
Longitudinal Período compreendido	Hospitalização / 6m/ 1ano	1, 3, 7, 11, 12, 14	15
	Pós Hospitalização – pós 1 ano	4, 5, 8, 9, 10, 13	16
Transversal	Avaliação Única	-	2, 6
Amostras de conveniência (Condutores, passageiros e pedestres)	< 100	4, 5, 8	2, 6
	> 100 < 500	1, 3, 7, 9, 12, 14	15, 16
	> 500	10, 11, 13	-
Instrumentos	Escalas de TSPT	1, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14	-
	Escala de gravidade do trauma	3, 4, 7, 9, 10, 11, 13, 14	-
	Questionários de Saúde Geral	4, 8	-
	Escalas – ansiedade e/ou depressão	11, 12, 13	-
	Inventários de Personalidade	7, 9, 14	-
	Questionário Gerais	4	2
	Escalas de qualidade de vida	-	6, 15, 16

Legenda: * Os números correspondem aos artigos 1) BRYANT et al., 2000; 2) CAGNETTA&CICOGNANI, 1999; 3) DOUGAL et al., 2001; 4) FRIEDLAND&DAWSON, 2001; 5) HARVEY&BRYANT, 1999; 6) HO et al., 2000; 7) HOLEVA&TARRIER, 2001; 8) JEAVONS, 2000; 9) MALTA et al., 2002; 10) MAYOU et al., 2002; 11) MAYOU&BRYANT, 2001; 12) MAYOU et al., 2001; 13) MAYOU&BRYANT, 2002; 14) MURRAY et al., 2002; 15) PIRENTE et al., 2001, 16) STEADMAN-PARE et al., 2001.

Tabela 2: Principais resultados – identificação de variáveis predictoras TSPT (N=12) e de prejuízos QV (N=04).

Variáveis Predictoras	Estudos*	
	TSPT	QV
Saúde Mental		
I - Reações psicológicas ao stress		
- dissociação	3, 4, 7, 14	-
- ansiedade / depressão	10, 11, 12, 13	2, 6, 15
- ruminação de idéias	7, 8	-
II - Diagnóstico psiquiátrico		
- Transtorno de personalidade	9	-
- Reação aguda ao stress	1, 5	-
Saúde Física		
I – Gravidade do trauma	1, 4, 8	2, 6
II - Estilo de vida		
- do convívio social e familiar / impossibilidade de retorno ao trabalho	-	2, 6, 15, 16

Legenda: * Os números correspondem aos artigos 1) BRYANT et al., 2000; 2) CAGNETTA&CICOGNANI, 1999; 3) DOUGAL et al., 2001; 4) FRIEDLAND&DAWSON, 2001; 5) HARVEY&BRYANT, 1999; 6) HO et al., 2000; 7) HOLEVA&TARRIER, 2001; 8) JEAUVONS, 2000; 9) MALTA et al., 2002; 10) MAYOU et al., 2002; 11) MAYOU&BRYANT, 2001; 12) MAYOU et al., 2001; 13) MAYOU&BRYANT, 2002; 14) MURRAY et al., 2002; 15) PIRENTE et al., 2001, 16) STEADMAN-PARE et al., 2001.

Tabela 3: Caracterização dos delineamentos adotados nos estudos analisados (N=14) quanto a associação entre variáveis pessoais e o envolvimento com AT.

	Delineamento	Estudos*
Transversal	Avaliação única	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9,
Amostras	Conveniência (condutores)	10, 11, 12, 13, 14
Número de sujeitos	< 1000	3, 5, 9, 11
	> 1000 < 5000	6, 8, 10, 12, 13, 14
	> 5000	1, 2, 4, 7
Instrumentos	Questionários Gerais	2, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 14
	Questionários de avaliação do comportamento de dirigir	3, 5, 6, 7, 10, 11, 12
	Questionário de irritabilidade ao dirigir	6, 12, 14
	Inventários de Personalidade	9, 11, 14

Legenda: * Os números correspondem aos artigos 1) AKERSTEDT&KECKLUND, 2001; 2) AL-MADANI&AL-JANAHI, 2002; 3) ARTHUR&DOVERSPIKE, 2001; 4) BALLESTEROS&DISCHINGER, 2002; 5) CHIAOUTAKIS et al., 2002; 6) IVERSEN&RUDMO, 2002; 7) KARLAFTS et al., 2003; 8) LAM, 2002; 9) LEVINE et al., 2000; 10) MESKEN et al., 2002; 11) NOCHI, 2000; 12) PARKER et al., 2002; 13) TRAVIS et al., 2001; 14) ULLEBERG, 2001.

Tabela 4: Principais resultados – Identificação das características dos condutores relacionadas ao envolvimento em AT.

Objetivo / N° de estudos	Variáveis Preditoras	Estudos*
Características dos condutores (14)	Aspectos demográficos	
	- Idade – 18 / 20 anos	1, 2, 4, 8
	- Gênero – Masculino	5, 7, 8, 13
	Aspectos psicológicos e o comportamento de dirigir	
	- Irritabilidade / Intolerância	3, 5, 6, 9, 10, 11, 12, 14
	- Agressividade / Transgressão	6, 7, 14

Legenda: * Os números correspondem aos artigos 1) AKERSTEDT&KECKLUND, 2001; 2) AL-MADANI&AL-JANAHI, 2002; 3) ARTHUR&DOVERSPIKE, 2001; 4) BALLESTEROS&DISCHINGER, 2002; 5) CHIAOUTAKIS et al., 2002; 6) IVERSEN&RUDMO, 2002; 7) KARLAFTS et al., 2003; 8) LAM, 2002; 9) LEVINE et al., 2000; 10) MESKEN et al., 2002; 11) NOCHI, 2000; 12) PARKER et al., 2002; 13) TRAVIS et al., 2001; 14) ULLEBERG, 2001.

Resumo

Objetiva-se analisar a metodologia utilizada em estudos empíricos sobre acidentes de trânsito que abordam variáveis psicossociais como ansiedade e depressão, condições de adaptação e qualidade de vida. Procedeu-se ao levantamento bibliográfico eletrônico da literatura indexada, no período de 1998 a 2003, através do PsycINFO, MedLINE e LILACS, utilizando-se as palavras-chave: Acidentes de Trânsito, Ansiedade, Depressão, Adaptação Psicossocial e Qualidade de Vida. Foram identificados e analisados 30 artigos agrupados em duas categorias, uma relativa a ansiedade e qualidade de vida pós acidente e outra relativa às variáveis pessoais dos condutores que se envolveram em acidentes. Os estudos analisados foram desenvolvidos com amostras de conveniência com sujeitos identificados, constatando-se a associação de acidentes de trânsito a prejuízos psicossociais, sem a identificação de preditores específicos.

Palavras-chave: Acidente de trânsito, Ansiedade, Depressão, Adaptação Psicossocial, Qualidade de Vida.

Abstract

This work objectifies to analyses the methodology used in empirical studies about traffic accidents that deal with psychosocial variables as anxiety and depression, conditions of adaptation and quality of life. It was proceeded the eletronic bibliographic survey of the indexed literature, from 1998 to 2003, through the PsycINFO, MedLine and LILACS, using the key-words: Traffic Accidents, Anxiety, Depression, Psychosocial Adaptation and Quality of Life. It were identified and analysed 30 articles assembled in two categories, one category related to the anxiety and post accident quality of life and the other related to the personal variables of the drivers who were involved in accidents. The analysed studies were performed with samples of convenience with identified subjects, confirming the association of the traffic accidents with the psychosocial injuries, without the identification of specific predictors.

Key-words: Traffic Accidents, Anxiety, Depression, Psychosocial Adaptation, Quality of Life



silviatenan@hotmail.com

Impresso: quarta-feira, 10 de maio de 2006 16:50:33

De: Revista Psicologia USP <revpsico@usp.br>
Enviado: segunda-feira, 23 de janeiro de 2006 15:54:37
Para: silviatenan@hotmail.com, srlourei@usp.br
Assunto: Psicologia USP

Prezada(s) autora(s),

Acusamos o recebimento do artigo intitulado "Acidentes de trânsito (AT) e variáveis psicossociais - uma revisão da literatura" autoria de Silvia Helena Tenan Magalhães e Sonia Regina Loureira.
Informamos ainda, que o artigo acima, está em avaliação. Assim que possível, daremos maiores informações.
Atenciosamente,

Joelma Borges
Revista Psicologia USP
Fone: 11 3091-4452

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)