

JUCIMARA ZACARIAS MARTINS SILVEIRA

**QUALIDADE DE VIDA E SEQUELAS DE ACIDENTES
DE TRÂNSITO**

UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO (UCDB)

MESTRADO EM PSICOLOGIA

CAMPO GRANDE-MS

2011

JUCIMARA ZACARIAS MARTINS SILVEIRA

**QUALIDADE DE VIDA E SEQUELAS DE ACIDENTES
DE TRÂNSITO**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia, área de concentração: Psicologia da Saúde, sob a orientação do Prof. Dr. José Carlos Rosa Pires de Souza.

UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO (UCDB)
MESTRADO EM PSICOLOGIA
CAMPO GRANDE-MS
2011

Ficha Catalográfica

Silveira, Jucimara Zacarias Martins
S587q Qualidade de vida e seqüelas de acidentes de trânsito / Jucimara Zacarias
Martins Silveira; orientação, José Carlos Rosa Pires de Souza. 2011
128 f. + anexos

Dissertação (mestrado em psicologia) – Universidade Católica Dom
Bosco, Campo Grande, 2011.

1. Qualidade de vida 2. Acidentes de trânsito I. Souza, José Carlos
Rosa Pires de II. Título

CDD – 388.41019

A dissertação apresentada por JUCIMARA ZACARIAS MARTINS SILVEIRA, intitulada “QUALIDADE DE VIDA E SEQUELAS DE ACIDENTES DE TRÂNSITO”, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em PSICOLOGIA à Banca Examinadora da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), foi

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. José Carlos Rosa Pires de Souza
(orientador/UCDB)

Prof. Dr. Luis Alberto Magna (UNICAMP)

Profa. Dra. Heloisa Bruna Grubits Freire (UCDB)

Prof. Dr. Fr. Márcio Luis Costa (UCDB)

Campo Grande, MS, 12 de setembro de 2011.

Dedico este projeto de vida a Emmanuel –
Deus conosco.

Você é real em minha vida!

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela oportunidade de viver, pela saúde e sonhos que me motivaram a iniciar e concluir esse projeto. Sou grata pelos recursos emocionais e financeiros que me proporcionaram a realização deste.

Ao Fábio Silveira, meu esposo, pelo seu amor, compreensão e total apoio que foram indispensáveis! A sua serenidade e equilíbrio emocional foram essenciais para os momentos mais críticos, pela disposição no investimento emocional e financeiro em um projeto que foi familiar. Grata sou pela sua companhia que foi perfeita e pelo seu interesse de me ajudar com os seus conhecimentos sobre o trânsito por meio dos quais me auxiliou na busca de dados e até as conversas longas sobre o meu tema.

Aos meus pais, Luiz Carlos Martins e Zilma Zacarias dos Santos, por incentivar o meu crescimento pessoal e profissional. Amo vocês!

Ao Prof. Dr. José Carlos Rosa Pires de Souza, que, muito antes da seleção do Programa, me incentivou a estudar e pesquisar; por sua dedicação e preciosas orientações durante todo o processo, desde como aluna especial até a dissertação final. Sempre muito disponível e presente, com os seus e-mails, ligações e algumas broncas, mas que foram imprescindíveis, pois em nenhum momento me senti sozinha ou sem direção nessa caminhada. E que novas parcerias venham no futuro!

Aos participantes da pesquisa, que, mesmo em um momento de dor e insegurança, me possibilitaram abordar um assunto que foi trágico em suas vidas e fez relembrar a dor, as incertezas, medos, a esperança e o otimismo da recuperação dos movimentos ou da alegria de conseguir uma vaga no Sistema Único de Saúde para a reabilitação. A vocês sou grata, pois sem a sua participação não seria possível a realização desta pesquisa. A sua contribuição e o objetivo desta foi estudar a Qualidade de Vida e Acidentes de Trânsito para melhorar a realidade do trânsito em Mato Grosso do Sul, em especial na cidade de Campo Grande, com

medidas preventivas e no tratamento de reabilitação do indivíduo com sequelas em decorrência ao Acidentes de Trânsito.

A banca examinadora, Professores Dra. Heloísa Bruna Grubits Freire e Dr. Márcio Luis Costa pela participação na avaliação dessa dissertação, com contribuições importantes para aperfeiçoar a elaboração desta. Ao Prof. Dr. Luis Alberto Magna, por ter aceitado a participar da Banca de Defesa.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação do Mestrado em Psicologia da UCDB, que contribuíram na minha formação de mestre com os conhecimentos transmitidos e dedicação nas disciplinas, em especial, às Professoras Dra. Ângela Lapa Coêlho e Dra. Lucy Ratier Nunes, com sugestões sobre o meu tema de pesquisa.

A todos os familiares, em especial a Zuleide, Luciane, Aderivaldo e Deivison, pela participação intensa e sempre otimista, pela compreensão e companheirismo nos momentos de dificuldades!

Aos meus sogros Sr. Glauco e Sra. Oriéla, pelo apoio e carinho, por estarem sempre presentes em minha vida nos momentos especiais e até nos de dificuldades.

Aos meus bispos e amigos Sérgio Fernando R. Harfouche e Cláudia Olívia Cesco R. Harfouche pela amizade, orações e companheirismo em momentos de alegrias e dificuldades. Muito obrigada mesmo!

Aos meus amigos: Ana Paula, Alzira, Diego, Eudes, Gabriela Raianna, Márcia, Roger, Rand e Sérgio, cada um do seu jeito me ajudou a permanecer nesse processo, desde a leitura dos meus textos, elaboração das tabelas e gráficos à companhia e compreensão dos meus momentos.

Ao Prof. M.Sc. Renan Cunha Soares Júnior, pelo constante incentivo e orientações desde a graduação.

Ao fisioterapeuta e psicólogo, Prof. M.Sc. Serginaldo José dos Santos pelo apoio e carinho.

Aos fisioterapeutas: Carmem, Heline, Lilian, Thiago, José Roberto, Adroaldo, Neurimar e Lígia, as terapeutas ocupacionais: Evelyne e Janaína, por terem sido tão

atenciosos, não somente comigo, mas com todos os participantes desta pesquisa.

Aos Professores Daniel Santee e Carolina Santee pelo carinho e ajuda sempre quando eu precisei.

Aos acadêmicos estagiários de fisioterapia, pela gentil recepção e proatividade nas informações sobre a localização dos pacientes no perfil da presente pesquisa.

Às secretárias que me auxiliaram com informações e suporte administrativo: Zenilde, Luciana e Kelly.

Ao estatístico Lucas Rasi, a Maria Helena e a Maria Elisa, profissionais que auxiliaram com muita competência e carinho nesta pesquisa.

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

RESUMO

Introdução: Os acidentes de trânsito têm aumentado nos últimos anos, com um perfil epidemiológico característico; consequentemente o indivíduo com lesões e sequelas adquiridas após o acidente pode ter comprometimentos na mobilidade, na vida ocupacional, nas relações sociais, na saúde física e mental, refletindo na sua qualidade de vida. **Objetivo:** Avaliar a Qualidade de Vida Geral e Qualidade de Vida Relacionada à Saúde de indivíduos que possuem sequelas em decorrência de acidentes de trânsito. **Método:** realiza-se neste trabalho uma pesquisa quantitativa, de corte transversal, com um estudo exploratório-descritivo para conhecer as características sociodemográficas e a qualidade de vida dos indivíduos com sequelas de acidentes de trânsito. Utilizam-se os instrumentos de avaliação de qualidade de vida: questionários World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-100) e The Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey (SF-36) e o Questionário Sociodemográfico elaborado pela pesquisadora, numa amostra de 100 participantes. Para a análise estatística, utilizam-se o teste *t* de Student para as variáveis categóricas em relação aos domínios dos questionários SF-36 e WHOQOL-100; o teste de correlação linear de Pearson, para as variáveis contínuas; e o teste de análise de variância (ANOVA). O nível de significância adotado para os testes estatísticos é de 5%, ou seja, $p < 0,05$. **Resultados:** Dos 100 participantes, há 66% do sexo masculino; 42% solteiros; 52% com ensino médio, e apenas 4% com ensino superior ou pós-graduação; 86% na faixa etária de 18 a 49 anos; 32% com a renda antes do acidente entre R\$ 501,00-1.000,00, e 38% entre R\$ 1.001,00-2.000,00; 49% com uma renda após o acidente entre R\$ 501,00-1.000,00 e R\$ 1.001,00-2.000,00; 66% como condutores no momento do acidente. Quanto aos veículos envolvidos, 77% são motocicletas, e 52% carros; quanto à ocorrência do acidente, 52% durante momento de lazer, e 36% de trabalho; 65% das lesões localizam-se nos membros inferiores, e 46%, nos membros superiores. Com o WHOQOL-100, obtêm-se os escores médios para todos os domínios de qualidade de vida, exceto para os Aspectos Espirituais/Religião/Crenças Pessoais, o que demonstra a importância desse aspecto na qualidade de vida da amostra. Em relação à Qualidade de Vida Relacionada à Saúde, verificam-se os menores escores para os domínios Aspectos Físicos, Aspectos Emocionais e Capacidade Funcional, sendo o maior escore para o domínio Estado Geral de Saúde. **Conclusão:** A partir dos diversos resultados apresentados, conclui-se que, da amostra estudada, os indivíduos com sequelas de acidente de trânsito apresentam mudanças e dificuldades significativas após o acidente, as quais trazem prejuízos à sua percepção da qualidade de vida, e o fator espiritual apresenta-se como um aspecto importante para possibilitar uma melhor qualidade de vida.

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

ABSTRACT

Introduction: In recent years traffic accidents have increased to an epidemiological profile, thus individuals with lesions acquired from accidents may affect mobility, occupation, social relationship, physical and mental health which reflect in the quality of life. **Objective:** Evaluate the quality of life and general health-related consequences in individuals who have suffered traffic accidents. **Methods:** this research covers a quantitative, an exploratory-descriptive cross-sectional study to covering sociodemographic characteristics and quality of life of patients affected by traffic accidents. The instruments used for assessing the quality of life were a questionnaire: World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-100) and The Medical Outcomes Study-36-item Short-Form Health Survey (SF-36) and the sociodemographic questionnaire produced by this researcher, sampling 100 subjects. For the statistic analysis the t-Student test was used for variations in categories in relation to the domain of questionnaires SF-36 and WHOQOL-100; Pearson's lineal correlation test, for continual variables; and the test for analysis of variance (ANOVA). The level of significance for statistical tests was 5%, ie, $p < 0.05$. **Results:** 66% of the participants are male, 42% were single, 52% had high school degrees, and only 4% held higher education or graduate degrees, 86% were aged 18 to 49, 32% had an income between \$ 501.00-1,000.00 before the accident, and 38% had an income between \$ 1,001.00-2,000.00, 49% had an income between \$ 501.00-1,000.00 and \$ 1,001.00-2,000.00 after the accident, 66% were the drivers at the time of the accident. 77% of the vehicles involved were motorcycles, and 52% were automobiles; 52% of the accidents happened during leisure activities, and 36% during work shift; 65% of the lesions were on lower limbs, and 46%, on upper limbs. WHOQOL-100 provides average scores for all domains of quality of life except for Spirituality/Religion/Personal Beliefs, which demonstrates the importance of these aspects in the quality of life of the sampled subjects. Concerning Healgh Related Quality of Life, the scores are lowest for dimensions of physical, emotional and functional capacity, the highest score was for general health. **Conclusion:** From the results, we are able to conclude that the subjects affected by traffic accidents undergo significant changes and suffer difficulties after the accident, interfering with their perception of quality of life, and spiritual factor which are important aspects for a better quality of life.

Keywords: Quality of life. Traffic accidents. Health.

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - Total de condutores existente em Campo Grande, período de 2006 a 2010	45
GRÁFICO 2 - Tipos de multas que ocorreram em Mato Grosso do Sul, período de 2006 a 2010.....	46
GRÁFICO 3 - Índices de acidentes de trânsito em Mato Grosso do Sul, período de 2006 a 2010.....	48
GRÁFICO 4 - Índices de acidentes de trânsito em Campo Grande, período de 2006 a 2010.....	49
GRÁFICO 5 - Média geral do WHOQOL-100 dos indivíduos com seqüelas de acidentes de trânsito amostrados por domínio	88
GRÁFICO 6 - Média geral do WHOQOL-100 da amostra por facetas	91
GRÁFICO 7 - Média geral do SF-36 dos indivíduos com seqüelas de acidentes de trânsito amostrados por domínio.....	93

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Classificação das definições de QV.....	29
QUADRO 2 – Escala de respostas do WHOQOL-100.....	64
QUADRO 3 – Domínios e facetas do WHOQOL-100.....	65

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 -	Perfil sociodemográfico da amostra	74
TABELA 2 -	Perfil dos acidentes de trânsito na amostra estudada.....	77
TABELA 3 -	Perfil das seqüelas em decorrência ao AT da amostra estudada.....	80
TABELA 4 -	Dificuldades atuais em decorrência do AT.....	83
TABELA 5 -	Mudanças após o AT	84
TABELA 6 -	Análise descritiva das variáveis contínuas dos dados sociodemográficos dos participantes com sequelas de AT	86
TABELA 7 -	Escore geral do WHOQOL-100 da amostra estudada, por domínio	87
TABELA 8 -	Escore geral do SF-36 da amostra estudada, por domínio.....	92
TABELA 9 -	Nível de significância das variáveis Sociodemográficas para os domínios do WHOQOL-100	95
TABELA 10 -	Nível de significância das variáveis Sociodemográficas para os domínios do SF-36	96
TABELA 11 -	Nível de significância das variáveis Perfil dos AT para os domínios do WHOQOL-100	97
TABELA 12 -	Nível de significância das variáveis Perfil dos AT em relação aos domínios do SF-36	98
TABELA 13 -	Nível de significância das variáveis Sequelas para os domínios do WHOQOL-100	99
TABELA 14 -	Nível de significância das variáveis Sequelas para os domínios do SF-36	99
TABELA 15 -	Nível de significância das variáveis Tempo de Lesão/AT para os domínios do WHOQOL-100	101

TABELA 16 -	Nível de significância das variáveis Tempo de Lesão/AT para os domínios do SF-36	101
TABELA 17 -	Nível de significância das variáveis Dificuldades Atuais para os domínios do WHOQOL-100	102
TABELA 18 -	Nível de significância das variáveis Dificuldades Atuais para os domínios do SF-36	103
TABELA 19 -	Nível de significância das variáveis Mudanças no Contexto Profissional, para os domínios do WHOQOL-100.....	105
TABELA 20 -	Nível de significância das variáveis Mudanças no Contexto Profissional, para os domínios do SF-36.....	105
TABELA 21 -	Nível de significância das variáveis Mudanças no Contexto Escolar, para os domínios do WHOQOL-100.....	106
TABELA 22 -	Nível de significância das variáveis Mudanças no Contexto Escolar, para os domínios do SF-36.....	107
TABELA 23 -	Nível de significância das variáveis Mudanças no Contexto Familiar, para os domínios do WHOQOL-100	107
TABELA 24 -	Nível de significância das variáveis Mudanças no Contexto Familiar, para os domínios do SF-36	108
TABELA 25 -	Nível de significância das variáveis Mudanças no Contexto Social, para os domínios do WHOQOL-100.....	109
TABELA 26 -	Nível de significância das variáveis Mudanças no Contexto Social, para os domínios do SF-36	109
TABELA A1 -	Sexo dos indivíduos com seqüelas de acidentes de trânsito amostrados em relação aos domínios do WHOQOL-100 e SF-36.....	128
TABELA A2 -	Estado civil dos indivíduos com seqüelas de acidentes de trânsito amostrados em relação aos domínios do WHOQOL-100 e SF-36.....	129
TABELA A3 -	Escolaridade dos indivíduos com seqüelas de acidentes de trânsito amostrados em relação aos domínios do WHOQOL-100 e SF-36.....	130
TABELA A4 -	Correlações da variável contínua idade em relação aos domínios do WHOQOL-100 e SF-36	131

TABELA A5 - Correlações da variável contínua renda familiar antes do acidente de trânsito em relação aos domínios do WHOQOL-100 e SF-36	131
TABELA A6 - Correlações da variável contínua renda familiar após o acidente de trânsito em relação aos domínios do WHOQOL-100 e SF-36.....	132
TABELA A7 - Correlações da variável contínua tempo de lesão/acidente em relação aos domínios do WHOQOL-100 e SF-36.....	132
TABELA A8 - Correlações da variável contínua duração da internação em relação aos domínios do WHOQOL-100 e SF-36	133
TABELA A9 - Benefícios em decorrência do acidente de trânsito em relação aos domínios do WHOQOL-100 e SF-36.....	134
TABELA A10 - Tipos de acidente de trânsito na amostra estuda em relação aos domínios do WHOQOL-100 e SF-36.....	135
TABELA A11 - Condição do participante no acidente de trânsito em relação aos domínios do WHOQOL-100 e SF-36.....	137
TABELA A12 - Condição do condutor no acidente de trânsito em relação aos domínios do WHOQOL-100 e SF-36.....	138
TABELA A13 - Internação em decorrência do acidente de trânsito em relação aos domínios do WHOQOL-100 e SF-36.....	139
TABELA A14 - Lesão nos membros superiores em relação aos domínios do WHOQOL-100 e SF-36	140
TABELA A15 - Lesão nos membros inferiores em relação aos domínios do WHOQOL-100 e SF-36	141
TABELA A16 - Traumatismo crânioencefálico em relação aos domínios do WHOQOL-100 e SF-36	142
TABELA A17 - Utilização de pinos em relação aos domínios do WHOQOL-100 e SF-36	143
TABELA A18 - Dificuldades na locomoção em decorrência do acidente de trânsito em relação aos domínios do WHOQOL-100 e SF-36.....	144
TABELA A19 - Dificuldades no trabalho em decorrência do acidente de trânsito em relação aos domínios do WHOQOL-100 e SF-36.....	145

TABELA A20 - Dificuldades para a prática de esportes em decorrência do acidente de trânsito em relação aos domínios do WHOQOL-100 e SF-36	146
TABELA A21 - Dificuldades para os estudos em decorrência do acidente de trânsito em relação aos domínios do WHOQOL-100 e SF-36.....	147
TABELA A22 - Dificuldades para a atividade sexual em decorrência do acidente de trânsito em relação aos domínios do WHOQOL-100 e SF-36.....	148
TABELA A23 - Dificuldades com o sono em decorrência do acidente de trânsito em relação aos domínios do WHOQOL-100 e SF-36.....	149
TABELA A24 - Dificuldades na vida social em decorrência do acidente de trânsito em relação aos domínios do WHOQOL-100 e SF-36.....	150
TABELA A25 - Dificuldades para exercer a profissão que tinha antes do acidente de trânsito em relação aos domínios do WHOQOL-100 e SF-36.....	151
TABELA A26 - Baixo desempenho profissional em decorrência do acidente de trânsito em relação aos domínios do WHOQOL-100 e SF-36.....	152
TABELA A27 - Dificuldade de ascensão profissional em decorrência do acidente de trânsito em relação aos domínios do WHOQOL-100 e SF-36.....	153
TABELA A28 - Outras dificuldades profissionais em decorrência do acidente de trânsito em relação aos domínios do WHOQOL-100 e SF-36.....	154
TABELA A29 - Dificuldades nos estudos em decorrência do acidente de trânsito em relação aos domínios do WHOQOL-100 e SF-36.....	155
TABELA A30 - Dificuldades para a leitura em decorrência do acidente de trânsito em relação aos domínios do WHOQOL-100 e SF-36.....	156
TABELA A31 - Dificuldades para a escrita em decorrência do acidente de trânsito em relação aos domínios do WHOQOL-100 e SF-36.....	157
TABELA A32 - Afastamento dos familiares em decorrência do acidente de trânsito em relação aos domínios do WHOQOL-100 e SF-36.....	158
TABELA A33 - Aproximação dos familiares em decorrência do acidente de trânsito em relação aos domínios do WHOQOL-100 e SF-36.....	160

TABELA A34 - Dificuldades nos relacionamentos íntimos em decorrência do acidente de trânsito em relação aos domínios do WHOQOL-100 e SF-36	160
TABELA A35 - Perda de interesse nas relações sociais em decorrência do acidente de trânsito em relação aos domínios do WHOQOL-100 e SF-36.....	162
TABELA A36 - Dificuldade na interação em decorrência do acidente de trânsito em relação aos domínios do WHOQOL-100 e SF-36.....	163

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	20
2 QUALIDADE DE VIDA.....	25
2.1 HISTÓRICO.....	26
2.2 CONCEITO DE QUALIDADE DE VIDA	28
2.3 QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE	31
3 ACIDENTES DE TRÂNSITO E QUALIDADE DE VIDA	36
3.1 PSICOLOGIA DO TRÂNSITO.....	37
3.2 OS ACIDENTES DE TRÂNSITO E ALGUNS FATORES QUE PODEM PROVOCÁ-LOS	39
3.3 ASPECTOS DE MORBIMORTALIDADE POR ACIDENTES DE TRÂNSITO	44
3.4 QUALIDADE DE VIDA E ACIDENTES DE TRÂNSITO.....	51
4 OBJETIVOS.....	57
4.1 OBJETIVO GERAL.....	58
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	58
5 METODOLOGIA	59
5.1 MÉTODO	60
5.2 LOCAL DA PESQUISA	60
5.3 PARTICIPANTES.....	60
5.3.1 Critérios de inclusão.....	61
5.3.2 Critérios de exclusão	61
5.4 INSTRUMENTOS	61
5.4.1 Questionário Sociodemográfico.....	62
5.4.2 Questionário World Health Organization Quality of Life-100	62
5.4.3 The Medical Outcomes Study-36-item Short-Form Health Survey.....	66
5.5 PROCEDIMENTOS.....	68

5.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	71
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	72
6.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DA AMOSTRA	73
6.2 VARIÁVEIS CONTÍNUAS.....	86
6.2.1 Qualidade de Vida Geral e Qualidade de Vida Relacionada à Saúde dos indivíduos com sequelas de acidente de trânsito estudados na amostra	87
6.2.2 Qualidade de Vida e o perfil dos acidentes de trânsito na amostra estudada.....	97
6.2.3 Qualidade de Vida e sequelas em decorrência de acidentes de trânsito.....	98
6.2.4 Qualidade de Vida e dificuldades atuais vivenciadas pelos participantes	102
6.2.5 Qualidade de Vida e mudanças após o acidente de trânsito.....	104
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	112
REFERÊNCIAS	118
APÊNDICES	128
ANEXOS.....	169

1 INTRODUÇÃO

A busca pelo conhecimento tornou-se um desejo constante ao longo da vida acadêmica da autora deste trabalho e o contato com a Psicologia do Trânsito ocorreu no 2º semestre do Curso de Graduação em Psicologia na Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), tendo como privilégio ser aluna do Prof. Dr. Reinier J. A. Rozestraten, que a medida que apresentava o conteúdo ficava fascinada pela área.

A experiência desta autora, em Psicologia da Saúde, com a temática Trânsito iniciou-se nos Estágios Específicos I e II – Prevenção e Promoção de Saúde no curso de Psicologia da UCDB, sendo estagiária de grupos de apoio a pessoas com fobia de trânsito, encaminhadas pelo Departamento Estadual de Trânsito do Estado de Mato Grosso do Sul e de grupo de apoio a vítimas de acidentes de trânsito que realizavam tratamento no setor de fisioterapia da Clínica Escola da Universidade Católica Dom Bosco, sob a supervisão da Profa. M.Sc. Maria Solange Félix Pereira, cuja paixão e o compromisso social pela psicologia e estudos sobre o trânsito influenciou esta autora, então estudante e pesquisadora.

O interesse por pesquisar esta temática começou com o Trabalho de Conclusão de Curso em Psicologia – Formação de Psicólogo, com uma pesquisa no enfoque qualitativo, tendo como título *O Lado Oculto dos Acidentes de Trânsito Envolvendo Crianças e Adolescentes* (2009), sob a orientação da Profa. M.Sc. Maria Solange Félix Pereira e do Prof. M.Sc. Renan da Cunha Soares Junior. Ao entrar em contato com a realidade do campo de pesquisa, foi observado o quanto a psicologia pode contribuir para intervir nessa realidade dos acidentes de trânsito.

No entanto, na referida pesquisa, ficaram demonstrados os impactos de um Acidente de Trânsito (AT) na vida de um indivíduo, em vários aspectos (físico, emocional, socioeconômico, espiritual e contexto familiar) em vista das mudanças ocorridas na vida dos envolvidos, que foram abruptas, dolorosas e até irreversíveis em alguns casos. Nesse sentido, considera-se um conjunto de fatores que podem possibilitar o impacto do acidente, tais como: tipo do acidente, condições socioeconômicas, características de personalidade, condições de saúde física e mental. Concluído esse Trabalho de Conclusão de Curso em Psicologia, surgiram várias indagações, tais como: Em quais aspectos a Qualidade de Vida (QV) dos indivíduos com sequelas de AT são comprometidos? Por quê? Como? Por que em alguns casos, há um maior comprometimento?

Na busca por respostas a esses questionamentos, com o objetivo de continuar esses

estudos e pesquisas, em agosto de 2009, esta autora matriculou-se na disciplina Qualidade de Vida, Saúde e Trabalho, como aluna especial no Programa de Pós-Graduação do Mestrado em Psicologia da UCDB e, em dezembro de 2009, participou do Processo Seletivo do referido programa. A partir desse momento, iniciou-se a preparação do projeto de pesquisa, tendo como problema de pesquisa as indagações acima apresentadas.

Assim, a presente pesquisa tem como objeto de estudo a QV dos indivíduos com sequelas em decorrência de AT. Ressaltam-se, a seguir, alguns pontos fundamentais que justificam os estudos e pesquisas sobre essa temática.

Ao estudar a problemática de AT no Brasil, torna-se necessário compreender um contexto complexo que o envolve. Os ATs têm aumentado nos últimos anos. Com um perfil epidemiológico característico, têm como principais vítimas indivíduos do sexo masculino, com idade entre 25 e 29 anos, em 29% dos municípios do Brasil, que contribuem com o maior índice de mortos e traumatizados (MINAYO, 2009). O trauma é considerado a terceira causa de morte no Brasil (ALVES et al., 2009), e “[...] ao redor de 300 acidentes diários, com cerca de 1.200 pessoas envolvidas, entre mortes, feridos e ilesos, ao dia, no Brasil [...]” (BRASIL, 2006, p. 28).

O indivíduo vítima de acidentes de trânsito, com lesões e sequelas adquiridas após o acidente, pode ter comprometimentos na mobilidade, na vida ocupacional, nas relações sociais, na saúde física e mental, refletindo em sua QV. Trata-se de um problema que compromete não apenas a saúde física, mas também a saúde mental; e, ainda, as consequências físicas, psicológicas e sociais do trauma na vida do indivíduo são pouco estudadas no Brasil (DANTAS; SAWADA; MALERBO, 2003; OLIVEIRA; SOUSA, 2003; VALL; BRAGA; ALMEIDA, 2006).

Alguns atribuem que se vive na era da velocidade, do mundo virtual e transfere-se essa característica, também, para o suprimento das necessidades humanas. No entanto, esse fato tem trazido prejuízos ao indivíduo e à sociedade, refletindo-se em vários contextos, sendo um deles o trânsito. O aumento da frota brasileira de veículos, o espaço urbano despreparado para receber a ampliação da circulação, a precariedade da formação dos motoristas e o baixo nível de educação para o trânsito proporcionam um espaço favorável para os altos índices dos acidentes de trânsito.

Para Rozestraten (1996), no Brasil, as causas dos acidentes de trânsito estão

relacionadas com a falta de preparo dos motoristas e com o comportamento dos indivíduos. Ressalta ainda que, na América do Sul, os condutores recebem uma formação precária ou com informações superficiais, ou seja, com pouco aprofundamento e incompletas, com métodos ultrapassados, que não atendem as necessidades atuais do trânsito. Embora não seja objetivo deste estudo discutir com aprofundamento as causas dos acidentes, faz-se necessário compreender o contexto que envolve o indivíduo acidentado para avaliar a sua QV.

Os acidentes de trânsito se tornaram uma questão de saúde pública. No Brasil, são maiores os gastos do Sistema Único de Saúde (SUS) com os traumas do que com os tratamentos de doenças, o que evidencia um prejuízo enorme para os cofres públicos (ONCKEN, 2004). No entanto, os recursos destinados à recuperação das vítimas após o acidente poderiam ser investidos em serviços de qualidade para a sociedade, tais como: cultura, educação, lazer, saúde, segurança, entre outros.

Estudos sobre QV com indivíduos traumatizados e vítimas de acidentes de trânsito têm mostrado uma redução na QV, com os domínios Físico e Meio Ambiente afetados, na avaliação com o questionário World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)-Breve (ALVES et al., 2009; BAMPI; GUILHEM; LIMA, 2008); com um quadro generalizado de ansiedade (QUEIROZ; OLIVEIRA, 2003) e com o aumento das necessidades especiais, decorrentes não apenas por mudanças anatômicas e fisiológicas, mas também por aspectos psicológicos e sociais envolvidos no processo (ALVES et al., 2009). Os autores Maia e Pires (2005) ressaltam que o AT representa um risco em termos de saúde mental, pois possibilita as chances de se ficar perturbado, ou seja, de se desenvolver uma psicopatologia. Comparam os AT com uma guerra, pois há vítimas e um responsável, também por ser oriundo, em muitos casos, de ações humanas incorretas.

No Brasil, existem muitos estudos e pesquisas de levantamentos de dados sobre o trânsito, mas poucos com propostas de intervenção nessa realidade. Estudar a QV dessa população é compreender as suas necessidades e a partir delas traçar as propostas que serão eficazes. O presente estudo se faz necessário devido a sua extrema relevância social, científica e econômica e vem ao encontro do que regulamenta o Código de Trânsito Brasileiro (CTB), instituído pela Lei n. 9.503, de 23 de setembro de 1997, a prioridade nas ações de defesa da vida e a promoção da saúde.

Dessa forma, no segundo capítulo, consta o histórico e conceitos de QV e de

Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS). No terceiro capítulo, o conceito de psicologia do trânsito, de acidentes de trânsito e alguns fatores que podem provocá-los, aspectos de morbimortalidade por acidentes de trânsito e QV e acidentes de trânsito. No quarto, descreve-se os objetivos que pautaram o desenvolvimento de todo o trabalho, bem como, no capítulo seguinte, os métodos observados para a sua elaboração. No capítulo sexto, apresentam-se os resultados obtidos, os quais possibilitam uma discussão para fundamentar a pesquisa realizada, o que permite estabelecer, no último capítulo, as considerações finais para a conclusão do trabalho.

2 QUALIDADE DE VIDA

2.1 HISTÓRICO

A QV trata-se de uma abordagem multidimensional que tem sido amplamente estudada e que necessita de um aprofundamento teórico consistente para uma intervenção eficaz. Vale destacar que toda pesquisa deve ser ancorada em um campo teórico, todavia o campo que constitui a QV será apresentado aqui visando a compreender os percursos e as influências teóricas que o constituíram.

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

O desenvolvimento do conceito de QV converge com influências de seis grandes vertentes, de acordo com Fleck (2008), sendo elas:

1. Estudos de base epistemológica sobre a felicidade e o bem-estar: em países desenvolvidos, com uma sociedade mais rica, com demandas distintas, interesses mais amplos e indivíduos cientes de seus direitos e deveres, apenas a eliminação da miséria era insuficiente. Surge a preocupação com a saúde mental e o monitoramento da QV.
2. Busca de Indicadores sociais: a busca de indicadores, tais como: Produto Interno Bruto, índice de mortalidade infantil, renda *per capita*, a partir do início do século XX. E também mais recente, o Índice de Desenvolvimento Humano, com indicadores de saúde e educação, em que o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento buscou incluir aspectos de natureza social e cultural às medidas econômicas.
3. Insuficiência das medidas objetivas de desfecho em saúde: as medidas tradicionais de desfecho em saúde fundamentadas em exames laboratoriais e avaliações clínicas, ainda que com contribuições importantes, mas com um foco de avaliação mais acentuado na doença do que na pessoa, tornam-se insuficientes para um desfecho em doenças crônicas, cujo objetivo seria de diminuir o impacto na vida do indivíduo portador. E ainda, se considerado que existe uma associação entre a utilização dos serviços de saúde e como o indivíduo percebe seu estado de saúde, do estado de saúde objetivo em si. Já as medidas

baseadas na percepção do doente (*Patient Report Outcomes*) incluem a QV, o bem-estar psicológico, a disfunção, a interação e o apoio social, entre outros indicadores.

4. Psicologia positiva: as pesquisas sobre as características adaptativas, como resiliência, espiritualidade, coragem, sabedoria e criatividade vêm substituindo a ênfase na doença das pesquisas na área da saúde. Estudos na área de QV têm uma reciprocidade ao estudar as variáveis positivas da vida do indivíduo.

5. Satisfação do cliente: desde o final do século XX, cresceu a preocupação com a satisfação do cliente, em relação aos serviços prestados. As empresas implantaram serviços de atendimento ao consumidor e pesquisas de grau de satisfação. Consequentemente, essa tendência alcançou a área da saúde, com a preocupação na QV dos usuários.

6. Movimento de humanização da medicina: em meio ao desenvolvimento tecnológico ocorreu um grande avanço na medicina ao considerar a necessidade de reumanização do atendimento. A partir da preocupação de colocar novamente a relação médico-paciente como uma contribuição importante nas intervenções da saúde, houve a necessidade de criar critérios de mensuração baseados nesse movimento.

No entanto existem dois grandes grupos de modelos teóricos de QV: o modelo da satisfação e o modelo funcionalista (FLECK, 2008). O modelo da satisfação foi construído com influências da sociologia e psicologia, trazendo dessas áreas os conceitos de felicidade e bem-estar (DIENER, 1984), ou seja, para esse modelo a QV está pautada na satisfação do indivíduo em relação aos vários aspectos de sua vida, que considera importante (FLECK, 2008).

Campbell et al. (1976 apud AWAD; VORUGANTI, 2000) ressaltam que o senso de satisfação é algo vivenciado de forma subjetiva, mesmo que o indivíduo obtenha sucesso ou resignação em algo. Já Fleck (2008) acrescenta que há possibilidade da estrutura de personalidade e contexto cultural em que o indivíduo está inserido, contribuir significativamente na decisão de aumentar as realizações ou diminuir-lhe as expectativas.

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

se de uma percepção idiossincrática, ou seja, é mensurada individualmente a partir de como o indivíduo reage aos acontecimentos.

Já no modelo funcionalista, é considerado o nível de funcionamento do indivíduo, ou seja, o desempenho de forma satisfatória do papel social e das funções que ele considera como importante. Sendo assim, uma patologia pode significar uma disfunção na medida em que intervém no desempenho desses papéis, e de maneira implícita, considera-se a saúde como o maior valor da existência (MCKENNA; WHALLEY, 1998 apud FLECK, 2008). Baseado nesse modelo, a QVRS agrupou vários instrumentos de base funcionalista para mensurar a QV, embora haja muitas críticas e indagações, no sentido de questionar se esse modelo é adequado para avaliar esse constructo (FLECK, 2008). A QV pode ser entendida como a percepção do sujeito sobre o seu bem-estar, sua condição de vida, relacionada a vários aspectos de sua vida.

2.2 CONCEITO DE QUALIDADE DE VIDA

O termo “Qualidade de Vida” tem sido muito discutido em vários campos do conhecimento sendo relacionado às várias áreas de conhecimento, tais como: saúde, trabalho, etnias, espiritualidade, entre outros. Trata-se de um tema extremamente abrangente e subjetivo, que pode ser avaliado a partir de critérios objetivos e subjetivos.

No entanto é comum a utilização do termo em dois contextos. No senso comum, pela população em geral, no jornalismo, na política, gestores das políticas públicas e em profissões de diferentes atuações. E, no contexto da ciência, com pesquisas nas áreas da educação, sociologia, medicina, economia, enfermagem, medicina, psicologia e outras especialidades no campo da saúde (BOWLING; BRAZIER, 1995; ROGERSON, 1995).

É abordado individualmente e/ou coletivamente, com um olhar mais objetivo e/ou subjetivo, pelo senso comum ou meio científico, mas pode-se observar que o termo Qualidade de Vida é muito discutido e está presente no cotidiano das pessoas (SIVIEIRO, 2003). Existem indícios de que, em 1930, essa terminologia foi utilizada pela primeira vez na literatura médica com a finalidade de conceituar e avaliar a QV (SEIDL; ZANNON, 2004). Em 1964, esse termo foi utilizado pelo presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson (1908-1973), que naquele momento fez referência ao sistema bancário norte-americano,

ressaltando que os objetivos só podem ser medidos através da QV que proporcionam as pessoas, e não através de balanços bancários (FLECK et al., 1999).

Na década de 1970, Campbell et al. (1976 apud AWAD; VORUGANTI, 2000, p. 558) salientou as dificuldades relacionadas à conceituação da QV: “Qualidade de Vida é uma vaga e etérea entidade, algo sobre a qual muita gente fala, mas que ninguém sabe claramente o que é [...]”. Esses autores ressaltam que a definição do conceito era vaga e incerta, embora muito se falasse sobre o assunto.

Já para Wilheim e Déak (1970), a QV é a sensação de bem-estar do indivíduo. Esse bem-estar é proporcionado pela satisfação de condições objetivas (emprego, renda, objetos possuídos, qualidade da habitação) e de condições subjetivas (segurança, privacidade, reconhecimento, afeto).

Farquhar (1995), por meio de um levantamento da literatura produzida até os primeiros anos de 1990, sugere uma classificação das definições de QV, como se apresenta no Quadro 1.

QUADRO 1- Classificação das definições de Qualidade de Vida

Taxonomia	Características e implicações das definições
I – Definição global	Primeiras definições que aparecem na literatura. Predominam até meados da década de 80. Muito gerais, não abordam possíveis dimensões do constructo. Não há operacionalização do conceito. Tendem a centrar-se apenas em avaliação de satisfação/insatisfação com a vida.
II – Definição com base em componentes	Definições baseadas em componentes surgem nos anos 1980. Inicia-se o fracionamento do conceito global em vários componentes ou dimensões. Iniciam-se a priorização de estudos empíricos e a operacionalização do conceito.
III – Definição focalizada	Definições valorizam componentes específicos, em geral voltados para habilidades funcionais ou da saúde. Aparecem em trabalhos que usam a expressão QVRS. Ênfase em aspectos empíricos e operacionais. Desenvolvem-se instrumentos diversos de avaliação da QV para pessoas acometidas por diferentes agravos.
IV – Definição combinada	Definições incorporam aspectos do Tipo I e II: favorecem aspectos do conceito em termos globais e abrangem diversas dimensões que compõem o construto. Ênfase em aspectos empíricos e operacionais. Desenvolvem-se instrumentos de avaliação global e fatorial.

Fonte: Farquhar (1995).

No Quadro 1, fica demonstrada a evolução do conceito e as suas tendências. Inicialmente, os conceitos aparecem muito gerais, centrados apenas na avaliação de satisfação/insatisfação com a vida; logo após, as definições surgem com base em componentes ou dimensões, iniciam-se os estudos empíricos e a operacionalizar o conceito; outra tendência é a definição focalizada com componentes específicos, surge aqui à expressão QVRS, com o desenvolvimento de vários instrumentos para avaliar o impacto das doenças na QV. Por último, a tendência de uma definição combinada com aspectos nos componentes ou dimensões e focalizada, com ênfase nos aspectos empíricos e operacionais, possibilitando um surgimento de instrumentos de avaliação global e fatorial.

Na década de 1990, surge, entre os pesquisadores da área, um consenso de dois aspectos no conceito de QV: a subjetividade e a multidimensionalidade. A subjetividade entendida como a percepção que o indivíduo tem da própria saúde e de aspectos não-médicos que envolvem a sua vida; a multidimensionalidade significa que a QV tem diferentes dimensões (FLECK et al., 1999; SEIDL; ZANNON, 2004).

Em 1996, a partir do 26º Congresso Internacional de Psicologia no Canadá, o referido termo foi apresentado como o modo de viver de pessoas comuns, e foi relacionado a várias áreas como a sociologia, a medicina e a psicologia (SAMPAIO; GOULART, 1999).

A partir da bioética, a Qualidade Vida pode ser entendida como algo intrínseco, possível de ser avaliado somente pela própria pessoa; e não há indicação de boa ou má QV, embora a saúde pública assim o faça por necessitar de indicadores para criar as suas políticas (SEGRE; FERRAZ, 1997).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), por meio do The WHOQOL Group (1995, p. 1.404), com a necessidade de criar instrumentos de avaliação e elaborar estudos na área, adotou uma conceituação mais genérica, e a define como:

[...] a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito bem abrangente, afetado de maneira complexa pela saúde física, pelo estado psicológico, pelo nível de independência, pelas relações sociais da pessoa e por suas relações com características significativas do ambiente.

Nessa definição, pode ser compreendido que o referido termo refere-se em como o indivíduo percebe os fatores intrínsecos a sua vida. Esses fatores podem ser entendidos como:

familiares, sociais, ambientais e afetivos (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000). Trata-se de uma percepção subjetiva, com influências dos contextos culturais, sociais e ambientais (FLECK, 2008). É uma visão mais ampla, com uma provável contribuição de estudos sociológicos, sem referir as disfunções ou agravos (SEIDL; ZANNON, 2004).

Para o The WHOQOL Grupo, o estudo de QV se baseia em três aspectos: a subjetividade – trata-se da percepção do indivíduo (FLECK, 2008), sobre a sua própria condição de saúde e de aspectos não-médicos de sua vida (SEIDL; ZANNON, 2004), ou seja, é como o indivíduo comprehende a sua situação atual em cada um dos aspectos relacionados à QV (THE WHOQOL GROUP, 1995). A partir da compreensão desse aspecto da QV, fica claro que esta só pode ser avaliada pela própria pessoa.

O aspecto da multidimensionalidade significa que a QV abrange várias dimensões da vida do indivíduo (FLECK, 2008); é um reconhecimento dos diferentes aspectos que abrange a vida de uma pessoa (SEIDL; ZANNON, 2004) e, na avaliação, é um fator que deve ser considerado. Quanto ao aspecto da bipolaridade – é a presença de elementos positivos e negativos, como dor e a mobilidade (FLECK, 2008).

Nas duas últimas décadas, houve um grande crescimento nas pesquisas, elaboração e validação de instrumentos de avaliação de QV, demonstrando um amadurecer no conceito e na metodologia ao utilizar o conceito na linguagem científica (SEIDL; ZANNON, 2004).

É importante considerar que, nas pesquisas baseadas em uma definição genérica do termo de QV, as amostras pesquisadas são com indivíduos saudáveis da população, ou seja, não se restringe a uma população com agravos específicos, como é realizado nas pesquisas de QVRS (SEIDL; ZANNON, 2004). Embora seja difícil estabelecer a unanimidade de significado do termo entre as pessoas, comunidades e sociedade sobre QV (VILARTA; GONÇALVES, 2004), torna-se necessário estabelecer um conceito para orientar as pesquisas relacionadas à QV.

2.3 QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE

A OMS (1946 apud SEGRE; FERRAZ, 1997) define saúde como o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença. Trata-se de um conceito avançado para a época, mas utópico e irreal, por visar a uma perfeição

inatingível e faz uma distinção inadequada entre o físico, o mental e o social (SEGRE; FERRAZ, 1997).

Compreender a saúde como ausência de doença é uma concepção mecanicista (VILELA; MENDES, 2000). Atualmente não existe um consenso do conceito de saúde, mas, à medida que vai sendo estudado por diversas áreas de conhecimento, assume características do campo estudado. Assim, a saúde pode ser relacionada a políticas públicas, ao biopsicossocial e ao culto do corpo (MEDEIROS; BERNARDES; GUARESCHI, 2005).

Para Wilson (1984 apud VILELA; MENDES, 2000, p. 49), “A saúde é, portanto, situacional: ou seja, está relacionada àquilo que um povo acredita ser a integralidade da vida [...]”. O mesmo autor ressalta, ainda, que a saúde está relacionada à satisfação das necessidades biológicas, como a alimentação, a água, o abrigo, o vestuário, a não-doença e as necessidades de harmonia pessoal, tais como: responsabilidade, objetivo e significado de vida, dignidade humana e comunicação.

O conceito de saúde está relacionado a uma condicionalidade, que varia de acordo com o contexto cultural. Para Vilela e Mendes (2000, p. 42), “A saúde deve ser entendida em sua multifatorialidade, ou seja, envolve questões como o comportamento, a alimentação, o ambiente [...].” Os autores acima acrescentam, ainda, que essas variáveis são peculiares de cada cultura e pode ser observado que, em cada uma, ocorrem doenças características; se houver alterações nas variáveis, mudam também as doenças.

As contribuições da ciência e da tecnologia possibilitaram um controle de doenças e mortalidade por causa infectocontagiosa, mas percebe-se uma mudança no perfil de morbimortalidade e, atualmente, uma predominância das doenças crônico-degenerativas, características da civilização moderna (SEIDL; ZANNON, 2004; VILELA; MENDES, 2000), além dos traumas que ganharam uma proporção nos últimos anos. Observa-se, ainda, uma dificuldade no campo da saúde, em compreender a doença a partir de uma visão holística, priorizando somente os aspectos físicos (VILELA; MENDES, 2000).

Wilson (1984 apud VILELA; MENDES, 2000), ao falar sobre doença e experiência dolorosa, ressalta que há uma tentativa de relacioná-las com o mal; mas que ambas devem ser vistas como mensagem social. Cita o exemplo da doença do estresse, que convida para uma reflexão sobre o estilo de vida doentio da sociedade moderna.

Para Seidl e Zanon (2004, p. 580), o processo de saúde-doença tem vários fatores complexos que o determinam: “Assim, saúde e doença configuram processos compreendidos como um continuum, relacionados aos aspectos econômicos, socioculturais, à experiência pessoal e estilos de vida [...].” A cultura contribui para uma visão de mundo que vai refletir em comportamentos diante da doença, da dor e das consequências perante a saúde e sua assistência (GUIMARÃES; GRUBITS; FREIRE, 2007).

Na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 17 a 21 de março 1986, foi estabelecido que a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde (BRASIL, 1986). Nesse sentido, essa definição de saúde se assemelha com a ideia de Seidl e Zanon (2004) e essas condições relacionadas ao conceito de saúde tornaram-se presentes, no Brasil, a partir da década de 1980, com a constituição do SUS, baseado na Constituição Federal de 1988 (MEDEIROS; BERNARDES; GUARESCHI, 2005).

Nos países da América Latina, inclusive no Brasil, existem sérios problemas como o analfabetismo, a distribuição de renda, o baixo grau de escolaridade, às condições precárias de habitação e ambiente, que têm uma contribuição importante na saúde e condições de vida da sociedade (BUSS, 2000).

Portanto, a promoção da saúde está relacionada a vários fatores, tais como: QV, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria. Pode ser realizada por meio de estratégias como políticas públicas, ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais, reorientação do sistema de saúde e parcerias com setores da sociedade (BUSS, 2000). Fica demonstrado que a saúde tem dimensão social e política (VILELA; MENDES, 2000), e é constituída a partir de condições sociais, econômicas, culturais de uma sociedade, e não é simplesmente a ausência de doença.

Apresentam-se aqui algumas definições de QVRS. Trata-se de um conceito que é comumente relacionado à consequência de uma patologia ou agravos decorrente delas no estado de saúde do indivíduo. Para os autores Guiteras e Bayés (1993, p. 179), a QVRS “[...] é a valoração subjetiva que o paciente faz de diferentes aspectos de sua vida, em relação ao seu estado de saúde [...]”. Já Cleary, Wilson e Fowler (1995, p. 91) afirmam que o conceito “[...] refere-se aos vários aspectos da vida de uma pessoa que são afetados por mudanças no seu estado de saúde, e que são significativos para a sua qualidade de vida [...]”.

No entanto, de acordo com Fleck (2008), o conceito de QV na área da saúde foi introduzido sem uma concordância, possibilitando alguns conceitos distorcidos, de um lado uma visão biológica e funcional, como status de saúde, *status* funcional e incapacidade/deficiência; de outro lado, o social e psicológico, como bem-estar, satisfação e felicidade, como também, a teoria da “preferência” (*utility*), com uma visão de origem econômica. Ressalta, ainda, que a QVRS apresenta encontros com várias nuances desses conceitos, em um aspecto mais geral, a saúde aparece apenas como um dos domínios a serem avaliados, e tem um particular valor e diferencial.

O estudo sobre QV tem sido aplicado em várias áreas e, a cada dia, tem-se ampliado principalmente na área de saúde. Para Patrick (2008), a QVRS, frequentemente, é definida como o “funcionamento físico, emocional e social”. Embora, no caso de indivíduos com deficiência, a relação com o estado funcional pode ser imprópria e confusa, considera-se que, mesmo com uma deficiência a pessoa pode ter uma alta QV, devido ao apoio proporcionado pelo ambiente ou pela percepção que tem de sua vida, das suas necessidades e desejos.

São identificadas duas tendências quanto à conceituação de QV na área de saúde: QV como um conceito mais genérico, com um significado mais amplo, sem mencionar disfunções ou danos, com influências da sociologia; e a QVRS (*health-related quality of life*), com os mesmos objetivos do conceito geral de QV, mas diretamente aplicado às doenças e às intervenções em saúde (SEIDL; ZANNON, 2004).

Gladis et al. (1999) ressaltam que existem divergências relacionadas ao uso das avaliações específicas de QVRS, pois alguns autores têm um foco mais específico da QV, defendendo que os conceitos referentes àquela contribuem para identificar melhor as características relacionadas a alguns agravos. No entanto outros defendem que determinadas avaliações de QVRS restringem-se aos sintomas e às disfunções, sendo pouca a contribuição para uma ampla visão dos aspectos não-médicos relacionada à QV.

Alguns autores, como Gill, Alvan e Feinstein (1994), Gladis et al. (1999) e Seidl e Zanon (2004), fizeram importantes considerações sobre algumas fragilidades identificadas nos instrumentos de avaliação de QV, para orientar os estudos nessa área, sendo elas: Apresentar a definição do conceito que embasa a pesquisa ou a intervenção; tornar claro os motivos teórico-metodológicos da escolha dos instrumentos de avaliação utilizados; não fazer uso de avaliações reducionistas ou simplistas, que são estruturadas com itens únicos ou com

foco apenas nos sintomas; e, em caso de uso de avaliações padronizadas, utilizar como recurso auxiliar questões abertas, com o objetivo de analisar outros aspectos que possivelmente não foram considerados em um questionário padronizado.

A busca de operacionalizar o constructo e desenvolver instrumentos capazes de avaliar a complexidade desse constructo necessita de um considerável esforço nos aspectos: conceitual, metodológico, psicométrico e estatístico. Além disso, é necessário o cuidado de considerar a relevância dos fatores sociais e transculturais e incorporar isso nas pesquisas sobre QV (FLECK, 2008).

3 ACIDENTES DE TRÂNSITO E QUALIDADE DE VIDA

3.1 PSICOLOGIA DO TRÂNSITO

No Brasil e em vários países, a inserção do profissional de Psicologia no trânsito estava muito ligada a aplicações de testes na seleção de condutores, embora, naquele momento, não houvesse comprovação da validade e fidedignidade de tais testes. Posteriormente, vieram os estudos científicos sobre os processos psicológicos relacionados à ação de dirigir (ROZESTRATEN, 1988).

Para os autores Hoffmann e Cruz (2003), a Psicologia do trânsito no Brasil divide-se em quatro etapas: a primeira ocorreu entre 1920 e 1930, quando as primeiras aplicações de testes psicológicos foram realizadas até o momento em que foi regularizada a profissão de psicólogo, em 27 de agosto de 1962; na segunda, a Psicologia do trânsito foi reconhecida como disciplina científica no meio universitário; na terceira, houve um crescimento da produção de conhecimento na área da Psicologia aplicada ao trânsito junto com áreas interdisciplinares; na quarta, ocorreu a aprovação do CTB-1997, demonstrando a importância de a sociedade e os profissionais de Psicologia do trânsito discutirem temas como segurança e educação no trânsito e políticas públicas de saúde, ligados à mobilidade dos indivíduos.

No entanto a produção de conhecimento nessa área teve uma ascensão importante nos últimos anos, no Brasil e no mundo, e por meio de métodos científicos válidos, a Psicologia do trânsito tem desempenhado um importante papel na pesquisa em Psicologia. Como afirma Rozestraten (1988, p. 11) “[...] ela é uma das psicologias aplicadas mais abrangentes e mais extensas, incluindo muito mais categorias de indivíduos do que a psicologia escolar, a psicologia industrial ou a psicologia clínica [...]. Dá-se início, então, a um novo tempo para a Psicologia do trânsito. Muitas pesquisas iniciaram a partir desse novo conceito: os processos psicológicos e sua interferência, ao conduzir um veículo, no comportamento do usuário (ROZESTRATEN, 1988).

Entretanto, aliada as várias áreas de conhecimento, a psicologia do trânsito estuda e contribui com o trânsito brasileiro. Rozestraten (2003) ressalta que as pessoas são tão dependentes do ambiente ao qual pertencem que seria impensável existirem longe deste. Desde o útero materno, as pessoas se inserem em um contexto propício à sobrevivência; após o nascimento, dá-se início à exploração do ambiente. Afirma que elas são tão ligadas a esse meio que, longe dele, perderiam a existência. E nesse ambiente acontece a interação do homem com o espaço e coisas com as quais convive.

Para Rozestraten (2003), a atuação dos profissionais que trabalham com o ambiente social pode ser confundida: até onde atua o psicólogo social, etnólogos, engenheiros, arquitetos e urbanistas? Todas essas áreas estudam o ambiente e as interações que neste acontecem. No entanto, a Psicologia ambiental estuda a influência do ambiente na vida do homem e como aquele influencia o ambiente onde ele vive. “O campo da psicologia ambiental restringe-se mais à maneira como os ambientes, material e vivo, agem sobre o homem e como o comportamento do homem influencia esses ambientes [...]” (ROZESTRATEN, 2003, p. 36).

O trânsito é um espaço onde acontece a interação do homem com a máquina, com as normas, com o comportamento humano e com as estruturas físicas do trânsito. O condutor, com a possibilidade de deslocamentos para vários ambientes, necessita respeitar as peculiaridades de cada via, curva, acrivo e o veículo. Essas peculiaridades dão dimensão ao comportamento do motorista (ROZESTRATEN, 2003).

A Psicologia, em suas diversificadas aplicações, estuda o comportamento dos indivíduos no trânsito e pode contribuir com variadas intervenções. Rozestraten (1988, p. 9) define Psicologia do trânsito como:

[...] uma área da psicologia que estuda, através dos métodos científicos válidos, os comportamentos humanos no trânsito e os fatores e processos externos e internos, conscientes e inconscientes que os provocam ou alteram. Em síntese: é o estudo dos comportamentos-deslocamentos no trânsito e de suas causas.

O estudo do comportamento do usuário do sistema de trânsito pode analisar as interações que acontecem entre o ser humano com a máquina, com as vias, legislações, comunicação e comportamentos desenvolvidos dentro desse processo dinâmico.

O objeto de estudo da Psicologia do trânsito é o comportamento dos usuários, a partir de vários papéis desempenhados dentro do trânsito, seja ele pedestre, motorista, ciclista e motociclista (ROZESTRATEN, 1988). Trata-se de uma análise contextualizada do indivíduo, do ambiente, das relações de poder, da interação homem e máquina.

Dessa forma, estudos nessa área podem contribuir com a sociedade em geral, proporcionando a segurança e a QV dos usuários, a redução dos gastos públicos com vítimas e a diminuição das estatísticas no trânsito.

3.2 OS ACIDENTES DE TRÂNSITO E ALGUNS FATORES QUE PODEM PROVOCÁ-LOS

Para analisar os fenômenos que acontecem no ambiente trânsito, torna-se necessário compreender que esse ambiente é constituído de uma diversidade de papéis dinâmicos, os quais podem ser ativos (são os pedestres, ciclistas, motociclistas, motoristas, passageiros) e passivos (são os moradores do bairro, visitantes, lojistas, clientes das lojas, usuário do equipamento público) (VASCONCELOS, 2005). Considera-se em separado os papéis dos envolvidos, embora todos os indivíduos ocupem um papel no sistema de circulação, por meio de um veículo ou de um deslocamento a pé, ocorrendo, assim, a utilização da via pública.

E ainda, Vasconcelos (2005) ressalta que, com os papéis dinâmicos, surgem os conflitos de circulação, exemplificando que a renda interfere no tipo de transporte da população; que quanto maior a escolaridade, maior a mobilidade, tendo em vista que a renda possibilita o acesso a vários locais; são os trabalhadores (entre 18 a 50 anos) e estudantes, os que mais circulam no trânsito; o estágio do ciclo vital do ser humano (idade, estado civil e número de filhos por família) interfere na mobilidade, pois gera necessidades de deslocamentos diferentes; aquisição de um automóvel e o custo da sua utilização; a oferta de transporte público e seu custo; a localização dos destinos desejados e o horário de funcionamento desses destinos.

Para Rozestraten (1986), o trânsito é um problema social, cujos participantes têm necessidades distintas e, em determinado momento, os conflitos surgem, devido à ambivalência ou contradição no julgamento da situação, que depende da posição que ocupa no momento, se está como motorista ou como pedestre.

Salienta, ainda, que há certo egoísmo, ao reivindicarem os envolvidos aos seus direitos e ao cumprir o mínimo de seus deveres, imaginando que podem fazer o que lhes é conveniente porque isso é mais importante que as regras. Assim, essas questões refletem nesse ambiente, impedindo a compreensão de que o trânsito é um jogo social, que envolve os seus participantes conforme regras definidas (ROZESTRATEN, 1986). Já para Viecili (2003), no Brasil existe uma cultura que valoriza e considera o condutor do automóvel como o único indivíduo de direitos no ambiente do trânsito, cultura essa voltada para o autoritarismo que não (re)conhece o direito dos indivíduos e vê o automóvel como símbolo de poder e status,

ocorrendo o predomínio de força de quem tem o carro maior, melhor e mais potente ou de ações que intimidam os demais condutores. No entanto os conflitos no trânsito fazem com que a morbimortalidade por acidentes de trânsito aumente a cada dia.

Existem algumas considerações sobre acidentes de trânsito como “[...] acontecimentos repentinos, inesperados, imprevistos e involuntários, com a conotação de se tratar de eventos que não podem ser evitados [...]” (ROZESTRATEN, 1996, p. 7). Mas, ao serem analisadas as circunstâncias dos acidentes, constata-se que apenas 10% deles foram inesperados, imprevistos ou involuntários, e 90% aconteceram em decorrência da falta de prudência, de cuidado e preparo, ao considerar que muitos desses acidentes ocorrem nas proximidades de placas advertindo sobre potenciais riscos (ROZESTRATEN, 1996).

Já os autores Biavati e Martins (2007) ressaltam que, se é um evento alheio à vontade do homem, muitos dos acidentes de trânsito poderiam ser evitados, considerando que a maioria tem a sua causa na negligência e não no cumprimento das normas de circulação nas vias urbanas.

Fica evidente que os acidentes vão ocorrer com maior gravidade ao deixarem o motorista e/ou passageiro de utilizar os equipamentos obrigatórios de segurança (capacete, cinto de segurança, setas, extintores, dispositivo de retenção para crianças), ao fazerem uso de substâncias psicoativas, na ausência de direção defensiva, ao desconsiderar as condições físicas do veículo e das vias.

Quanto ao uso de cinto de segurança, de acordo com Anjos et al. (2007), torna-se importante uma reflexão sobre seu uso, também nos bancos traseiros. Atualmente, os usuários utilizam-no com maior frequência nos bancos dianteiros, pelo fato das multas e da conscientização da necessidade de uso promovido pela mídia. Infelizmente, no banco traseiro, não há utilização nem valorização da necessidade por parte dos indivíduos e, ainda, as multas são de difíceis aplicações devido à visualização. Os autores enfatizam que é necessária a educação e a prevenção; ao considerar que se tornam mais fáceis diante das consequências dos graves AT e as sequelas deles decorrentes.

Com relação ao uso do dispositivo de segurança para motociclistas e passageiros que utilizam a motocicleta como transporte, conhecido como capacete, este reduz em 29% as lesões fatais e, em 67%, o risco de traumatismo crânioencefálico (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 1994).

Para Rozestraten (1996), no Brasil, as causas dos AT estão relacionadas à falta de preparo dos motoristas e ao comportamento dos indivíduos. Ressalta ainda que, na América do Sul, os condutores recebem uma formação precária, pouco aprofundada e incompleta, com métodos ultrapassados, que não atendem às necessidades atuais do trânsito.

Afirma, ainda, que o processo de obtenção da Carteira Nacional de Habilitação habilita o condutor de forma muito superficial, capacitando-o apenas para deslocar o veículo de um ponto ao outro. As situações vivenciadas no trânsito vão requerer do novo condutor habilidades além do simples movimentar o veículo em um determinado percurso e estacioná-lo. Evidencia essa característica, no texto abaixo.

No Brasil, quando uma pessoa confessa que sabe dirigir (logo após a habilitação), em princípio, devemos entender que ela sabe ligar o motor, trocar as marchas e frear, tendo em vista que foi avaliado através de uma pequena “volta” e de um único estacionamento. Essa forma é reprovável pela descomunal taxa de acidentes, 10 vezes superiores às taxas norteamericanas e européias (ROZESTRATEN, 1996, p. 81).

Nesse sentido, a falta de preparo oriunda do referido processo faz com que, a cada dia, sejam inseridos no ambiente de trânsito motoristas não capacitados, o que faz gerar um contexto perigoso e inseguro, como afirma Rozestraten (1996, p. 81) que “[...] transforma em um cidadão turbulento, perigoso, mutilador e com que passa a conduzir tanques de guerra em tempo de paz [...]”, fato esse que contribui para o aumento dos acidentes de trânsito.

O futuro condutor não é preparado para enfrentar situações emergenciais, bem como identificar possíveis riscos e gerenciar conflitos; na verdade, não aprendem a evitar acidentes (ROZESTRATEN, 1996). Resulta, então, em um contexto extremamente arriscado, favorável para o aumento da accidentalidade, da morbimortalidade por acidentes de trânsito.

Ao examinar isso, atentamente, faz-se a seguinte reflexão: um acidente pode ser o resultado final de um processo decorrente de várias ocorrências, condições e comportamentos, que acontecem através de uma interação, que não é simples, entre o condutor, o veículo e a via, com condições ambientais e culturais (HOFFMANN; LEGAL, 2003).

Sendo assim, um acidente não ocorre por um único motivo, mas por uma combinação de fatores. Atribuir unicamente à falha humana a responsabilidade disso é uma visão limitada do ambiente de trânsito. Torna-se, assim, imprescindível uma visão abrangente de fatores que interagem entre si no sistema de circulação, como questões ambientais, culturais, econômicas,

políticas e sociais (VASCONCELOS, 2005; 1985), condições físicas da via, veículo, condições físicas e psicológicas do condutor (ROZESTRATEN, 1996).

No ato de dirigir, existem processos psicológicos e biológicos implicados (VIECILI, 2003). As variáveis pessoais, de ambiente refletem radical e complexamente nas capacidades psicofísicas dos condutores, ou seja, na sua percepção de risco, na análise da situação e na tomada de decisões (HOFFMANN, 2003).

Por exemplo, no caso da ansiedade, esta se configura como fator importante, por comprometer a capacidade cognitiva e a percepção do indivíduo (VIECILI, 2003); “A impulsividade está associada aos comportamentos de risco no trânsito, correr por aventura e infrações. Embora a associação entre impulsividade e mais envolvimento em acidentes é controversa [...]” (ARAÚJO; MALLOY-DINIZ; ROCHA, 2009, p. 67). Os autores ainda afirmam que as características de personalidade do condutor podem influenciar no envolvimento com AT.

Para a ocorrência de lesões por AT ocorrerem, diversos fatores interagem nesse contexto. E a caracterização do tipo de acidente depende do tipo de veículo envolvido, da condição do indivíduo no momento do acidente, das partes do corpo que foram lesionadas e de sua gravidade. Por exemplo, estudos indicam que os motocicletas e pedestres, estão mais vulneráveis no trânsito, sendo que participam das estatísticas em maiores proporções e devem ser considerados como prioridades nas ações de educação e prevenção (ANJOS et al., 2007; BARROS et al., 2003).

Quanto aos atropelamentos, ressalta-se que, na maioria das vezes, o indivíduo acidentado não recebe nenhum tipo de ajuda do condutor que o atropelou. Isso se torna um fator complicador, pois, além de acidentado, esse indivíduo não é assistido por quem lhe causou o acidente; em alguns casos, a ajuda só é recebida com ação judicial de perdas e danos. Discute-se, ainda, sobre a criação de penas alternativas ou sobre a obrigatoriedade de os condutores que atropelaram oferecerem uma assistência adequada para o indivíduo acidentado, pois as lesões podem ocasionar sequelas físicas e emocionais com uma duração longa (ANJOS et al., 2007).

Todos esses aspectos podem comprometer a QV, pelo fato de trazer prejuízos à saúde, ao estado funcional do indivíduo, que passa a depender de medicamentos e tratamentos médicos para uma reabilitação, além dos custos financeiros despendidos com medicamentos,

tratamentos ou de materiais (cadeira de rodas, colchão adequado, entre outros), dificuldades de locomoção, dependência dos outros em cuidados de higiene pessoal e necessidades básicas (alimentação, administração das finanças, entre outras), perda na remuneração, além de sobrecarregar toda a estrutura familiar nos cuidados desse indivíduo.

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

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

E também, estudos enfatizam a necessidade de se desenvolver, nos atuais e futuros condutores, passageiros, pedestres e usuários de bicicleta no Brasil, a cultura de valorização e respeito pela vida, tanto a individual quanto a do outro. É um desafio a ser vencido, que merece prioridade, tanto pelo Estado como pela sociedade (MELIONE, 2004).

Trata-se este de um tema de extrema relevância econômica, científica e social devido às consequências que traz para o indivíduo, para os cofres públicos e sociedade. Portanto, diante do contexto do trânsito e das variáveis envolvidas nos AT, fica a seguinte indagação: quantas mortes e lesões poderiam ter sido evitadas? Se os condutores e passageiros utilizassem corretamente os dispositivos de segurança obrigatórios; se os participantes do trânsito tivessem um maior nível de educação para o trânsito; se as ações governamentais investissem mais em prevenção, pois, a cada ano que passa, é assustador o número de morte e feridos no trânsito.

3.3 ASPECTOS DE MORBIMORTALIDADE POR ACIDENTES DE TRÂNSITO

Um dado importante, diretamente relacionado com um fator vivenciado em todo o mundo, os ATs são um problema grave (GONÇALVES; MORITA; HADDAD, 2007). Dentre as principais causas de morte no mundo, os AT estão na nona posição. No entanto, se os índices continuarem aumentando, estima-se que alcancem a sexta posição até o ano de 2020; podem ser considerados uma das maiores causas de morte da modernidade (MANTOVANI, 2003). No Brasil, desde a década de 80, os acidentes e as violências, apresentam-se ora em segunda, ora em terceira maior causa de óbito (ALVES et al., 2009; MINAYO, 2009, 2004).

Para a OMS, a morbimortalidade por acidentes de trânsito é uma questão de saúde pública e uma das principais causas de morte entre adultos jovens no mundo, na faixa etária de 15 a 44 anos, indivíduos que, muitas vezes, estão no sustento de suas famílias. Desse modo, estima-se que 1,2 milhões de pessoas, por ano, são vítimas fatais e aproximadamente 50 milhões sofrem lesões. Desse total, 15 a 20% das lesões apresentam sequelas em decorrência do acidentes de trânsito. Ressalta-se, ainda, que os custos dos AT abrangem em média de 1% a 2% do Produto Interno Bruto nos países pobres e em desenvolvimento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004).

Os resultados das pesquisas indicam uma maior ocorrência de traumas em adultos jovens e no sexo masculino (ABREU et al., 2010; ANJOS et al., 2007; BAMPI; GUILHEM; LIMA, 2008; BASTOS et al., 2009; CUSTÓDIO et al., 2009; DEBIEUX, et al., 2010; LOUREIRO; FARO; CHAVES, 1997; VALL; BRAGA; ALMEIDA, 2006); com nível de escolaridade considerado baixo (ANJOS et al., 2007; BAMPI; GUILHEM; LIMA, 2008, OLIVEIRA; SOUSA, 2006; SILVA et al., 2008); e solteiros (BAMPI; GUILHEM; LIMA, 2008; DAVANTEL et al., 2009).

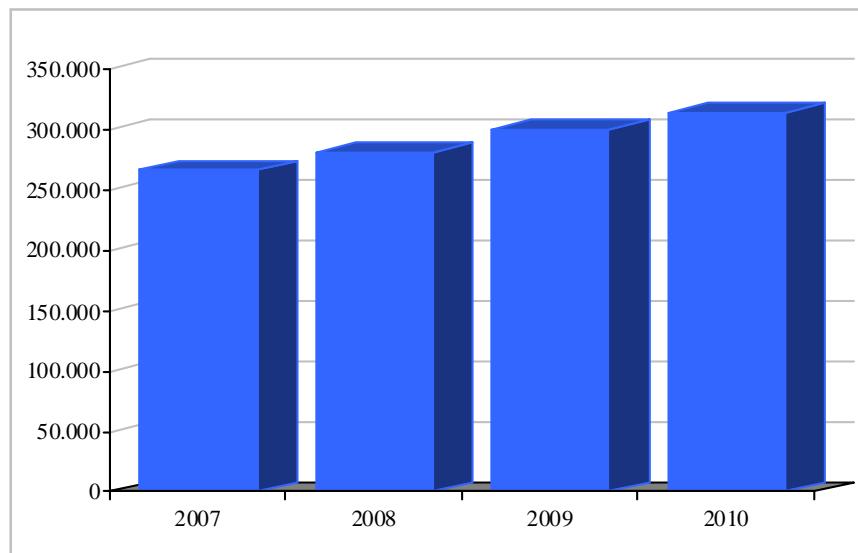
Nos últimos anos, no Brasil, com a finalidade de aquecer a economia do país, com a diminuição do Imposto sobre Produto Industrializado por parte do governo federal, incentivou-se o acesso da população aos veículos novos, possibilitando, assim, um aumento na produção para atender as necessidades das demandas.

De acordo com o Departamento Nacional de Trânsito (DENATRAN), no Brasil, a frota geral de veículos era de 64.817.974, no ano de 2010. Desse total, 972.529 veículos estão

no Mato Grosso do Sul. A tabela completa com a quantidade e tipo de veículos está no Anexo C.

A frota de Mato Grosso do Sul, de acordo com o DENATRAN, é de 972.529 veículos, conforme tabela no ANEXO C (BRASIL, 2011). Para o Departamento de Estadual de Trânsito de Mato Grosso do Sul (DETRAN-MS), o Estado tem 964.492 veículos, para uma população de 2.404.256 de habitantes, de acordo com o Censo Demográfico 2010 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2011; MATO GROSSO DO SUL, 2011c).

GRÁFICO 1 - Total de condutores existente em Campo Grande, período de 2006 a 2010



Fonte: Mato Grosso do Sul (2011b).

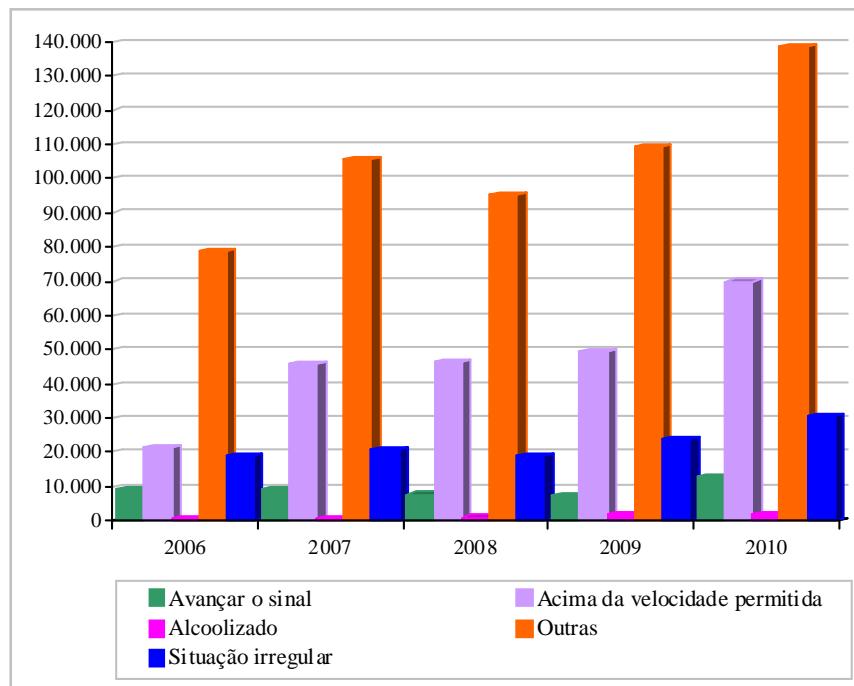
O Estado de Mato Grosso do Sul possui 842.419 condutores habilitados, dados referentes ao ano de 2010, registrados no DETRAN-MS. Na cidade de Campo Grande, com uma população de 766.461 habitantes (Censo Demográfico 2010), concentra-se um total de 313.736 condutores habilitados, ainda em 2010 (MATO GROSSO DO SUL, 2011a). Ressalta-se, aqui, que o número de condutores circulando no estado pode ser muito superior aos índices mencionados acima, ao se considerar os que circulam pelas vias sem obter a Carteira Nacional de Habilitação (GRÁFICO 1).

Com todos os índices apresentados acima, fica evidente que muitos conflitos surgirão

no sistema de circulação. Atualmente muitos esforços têm sido realizados para a diminuição dos acidentes de trânsito no Brasil, entre eles está a Lei n. 11.705, de 20 de junho de 2008, conhecida popularmente como “Lei Seca”, que estabelece o índice de tolerância zero de álcool e punições mais severas para quem dirigir alcoolizado. Estudos do DENATRAN, divulgado em 16 de outubro de 2008, apontam uma tímida diminuição nos acidentes de trânsito após a implantação da referida lei. Em 2007, foram identificados 13.672 acidentes com vítimas, sendo que, no mesmo período de 2008, foram registrados 13.459. Já com vítimas fatais, 1.055 acidentes foram registrados em 2007, contra 981, em 2008 (BRASIL, 2008).

Quanto ao cenário, no Mato Grosso do Sul, percebe-se um pequeno índice de autuações a condutores sob influência de substâncias psicoativas, denominada no gráfico abaixo, somente como álcool, pelo DETRAN-MS.

GRÁFICO 2 - Tipos de multas que ocorreram em Mato Grosso do Sul, período de 2006 a 2010



Fonte: Mato Grosso do Sul (2011b).

Ocorre um grande consumo de álcool no Brasil, o que pode ser pelo fato de existir uma prevalência do álcool como bebida social, sendo muito consumida aos finais de semana e durante eventos sociais (QUEIROZ; OLIVEIRA, 2003).

Ao analisar o Gráfico 2, observa-se uma pequena diminuição de acidentes de trânsito decorrentes do uso de álcool de outras substâncias psicoativas. Paula (2009, p. 99), em uma pesquisa com os motoristas de caminhões sobre o uso de álcool e outras drogas nas rodovias federais brasileiras, conclui que “[...] mesmo após a lei seca os motoristas continuam bebendo e dirigindo [...]. Somente haverá a efetiva diminuição de condutores alcoolizados se for intensificada a fiscalização, aplicando o que prevê os artigos 165 e 277 do CTB-1997.

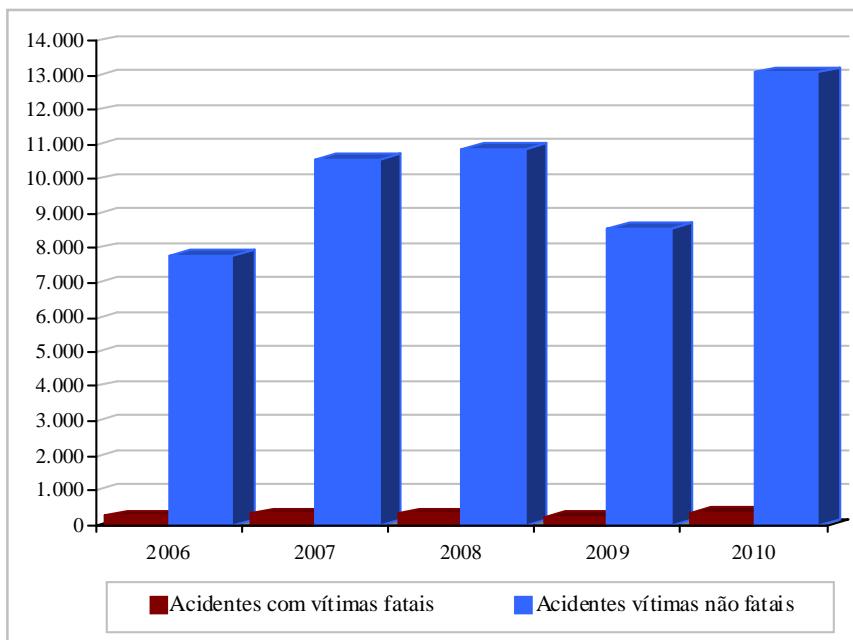
Considerando-se que o condutor embriagado pode ter várias alterações no comportamento e no estado fisiológico, isso compromete o desempenho seguro do ato de dirigir um veículo. No sentido da visão, ocorre a fixação em um determinado ponto, prejudicando, assim, a atenção difusa. Além disso, a adaptação à luz comum é mais lenta, diminuindo o campo da visão, e esta é ofuscada. A embriaguez também compromete o julgamento, ou seja, o condutor perde a capacidade de avaliar o que é permitido ou proibido. Na coordenação motora, nota-se perda do equilíbrio, tornando-se brusca e imprecisa, com reflexos lentos (ROZESTRATEN, 1996).

De acordo com Lima (2007), a concentração de 0,6 g/L de álcool por litro de sangue no organismo humano, dependendo da sensibilidade do indivíduo e de outros fatores associados, podem provocar alterações neurofuncionais no cérebro suficientes para alterar comportamentos, possibilitando, assim, a violência e outras consequências, como ao dirigir.

Para Abreu et al. (2010, p. 515), “[...] embora seja reconhecido que o consumo de bebidas alcoólicas aumenta efetivamente o risco de acidentes de trânsito, esse se torna mais grave e com mais vítimas fatais [...]”. Dessa forma, o indivíduo que faz uso do álcool e dirige um veículo, torna-se um risco à segurança do trânsito, contribuindo para aumentar as estatísticas dos acidentes de trânsito.

Autores afirmam que aproximadamente 70% dos acidentes de trânsito com vítimas fatais têm o álcool como principal responsável (ABREU; LIMA; SILVA, 2007; OROZCO et al., 2005). Nota-se que “[...] as estatísticas de acidente de trânsito indicam a ocorrência de cerca de 350 mil acidentes anuais com vítimas em todo o país, dos quais resultam cerca de 33 mil mortes e 400 mil feridos [...]” (BRASIL, 2004, p. 13). Esses são dados alarmantes, um prejuízo imenso à economia do país e à saúde física e mental dos indivíduos envolvidos.

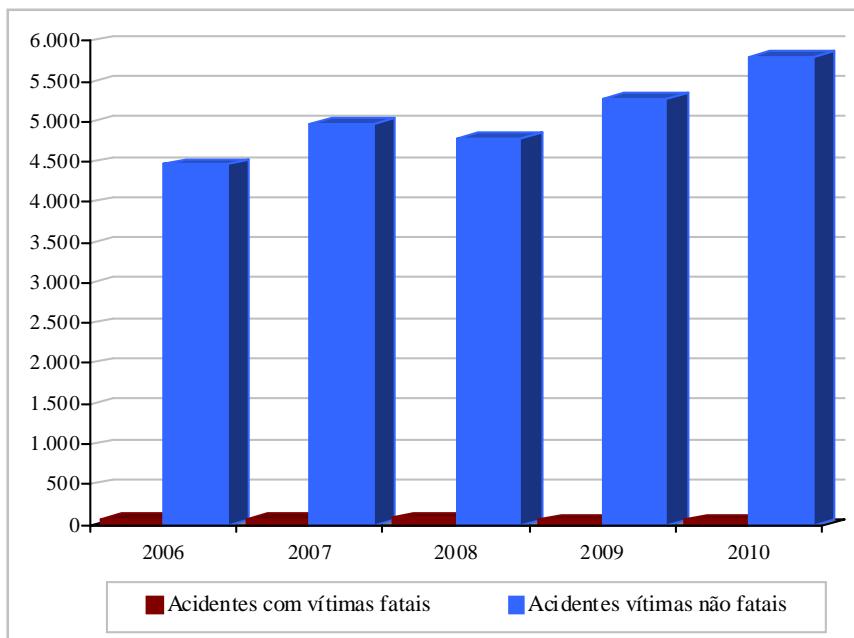
GRÁFICO 3 - Índices de acidentes de trânsito em Mato Grosso do Sul, período de 2006 a 2010



Fonte: Mato Grosso do Sul (2011d).

No período de 2006 a 2010, no estado de Mato Grosso do Sul, foram 50.973 acidentes com vítimas não fatais e 1.463 com vítimas fatais (MATO GROSSO DO SUL, 2011d). Ao comparar os Gráficos 2 a 3 e analisar o que os autores Abreu, Lima e Silva (2007) afirmam sobre a porcentagem de acidentes que ocorrem tendo o álcool como agravante ao caso, verifica-se que os dados que compõem as estatísticas publicadas pelos órgãos responsáveis pelo trânsito, indicam que algo no sistema de trânsito encontra-se equivocado, seja nas autuações, seja na fiscalização ostensiva.

GRÁFICO 4 - Índices de acidentes de trânsito em Campo Grande, período de 2006 a 2010



Fonte: Mato Grosso do Sul (2011a).

No período de 2006 a 2010, em Campo Grande-MS, foram 25.331 acidentes com vítimas não fatais e 345 com vítimas fatais (MATO GROSSO DO SUL, 2011a). No Gráfico 4 observa-se uma diminuição de AT com vítimas fatais no período de 2006 a 2010, em Campo Grande, embora tenha aumentado significativamente o número de AT com vítimas não fatais no mesmo período. São os indivíduos que sobrevivem a AT e que, na maioria das vezes, vão para os hospitais, necessitando de intervenções cirúrgicas, do que podem resultar sequelas temporárias ou permanentes, com mudanças abruptas no estilo de vida do indivíduo acidentado, como também, algumas vezes, na de sua família.

A mortalidade e a morbidade por acidentes de trânsito no Brasil é um tema da mais alta importância pelo custo humano e social dos óbitos que poderiam ser evitados e pelo sofrimento advindo das lesões e sequelas irreversíveis [...] (GONÇALVES; MORITA; HADDAD, 2007, p. 13).

É importante destacar que, atrás das estatísticas, existem muitos indivíduos envolvidos e muito sofrimento decorrente da perda de vidas e de deficiências adquiridas.

Bastos, Andrade e Soares (2005, p. 815) ressaltam que:

Em consequência do aumento expressivo do número de veículos circulantes e da alta frequência de comportamentos inadequados, aliados a uma vigilância insuficiente, os acidentes de trânsito envolvendo veículos a motor passaram a se constituir uma causa importante de traumatismos na população mundial e, especialmente, na brasileira.

De acordo com Bastos, Andrade e Soares (2005), verifica-se uma combinação de fatores que contribuem para os índices de AT e aumento de indivíduos feridos: aumento da frota de veículos, comportamentos inadequados dos usuários do sistema de trânsito e fiscalização insuficiente. Resulta, assim, um aumento nos índices de AT, conforme demonstram os Gráficos 3 e 4, e indivíduos com sequelas que podem ser temporárias ou irreversíveis.

Com esse cenário, o SUS gasta mais com traumas do que com doenças (ONCKEN, 2004). No entanto os recursos públicos destinados aos atendimentos de indivíduos com lesões em decorrência de AT atingem anualmente 1,2% do Produto Interno Bruto nacional, sendo mais de 22 milhões de reais por ano (BRASIL, 2006).

Trata-se de um fracasso para a economia do país, pois nota-se que há muito investimento financeiro na tentativa de trazer o indivíduo acidentado ao convívio social e restabelecer-lhe a saúde. Contudo o custo médio por vítima chega a R\$ 144 mil reais, sendo que a maior parte é custeada pelo SUS. Esse valor inclui despesas pré-hospitalares, atendimento hospitalar, pós-hospitalar, custo da perda de produção, remoção e translado e gastos previdenciários (BRASIL, 2006; VASCONCELOS, 2005).

Mas, quanto às estatísticas, ressalta-se que o número de acidentes com mortes fatais pode ser muito maior do que os registrados, se considerado que, no Brasil, o indivíduo que vem a óbito no percurso do hospital ou dois ou três meses após o acidente, não é inserido na estatística oficial como causa de AT (ROZESTRATEN, 1986).

Importante constar as considerações de Almeida et al. (2009) sobre a redução dos AT, enfatizando que, nesse caso, devem ser considerados aspectos como as condições das vias, sinalização e condições de trabalho dos motoristas profissionais, não focar apenas no condutor. Esses aspectos, muitas vezes, são omitidos por questões burocráticas, econômicas ou políticas; atribui-se a redução do AT a uma ação individual (do condutor, pedestre), limitando-se a necessidade de mais investimentos em educação no trânsito e aumento da fiscalização, ações necessárias, mas que individualmente não são eficazes.

3.4 QUALIDADE DE VIDA E ACIDENTES DE TRÂNSITO

Para contextualizar QV de indivíduos com sequelas de acidentes de trânsito, utiliza-se aqui nesse contexto, a compreensão de QV, como a percepção do indivíduo de vários fatores da sua vida, de natureza subjetiva e imersa em um conceito sociocultural e de meio ambiente (FLECK, 2000). Avaliar a QV dessa população é fundamental para estabelecer os programas que atendem às necessidades dessa demanda, pois o indivíduo vítima de AT, torna-se um politraumatizado, com múltiplas lesões, com um período de permanência hospitalar, parecido com o que ocorre nos casos de doenças crônicas. Tanto o indivíduo acidentado como todo aquele que o acompanha é também vitimizado pelo trauma, porque compartilha de situações que envolvem sofrimentos e conflitos (SOUZA FILHO; XAVIER; VIEIRA, 2008).

Os indivíduos com sequelas em decorrência de acidentes de trânsito, geralmente passam por um processo de internação. Após o acidente vivenciam mudanças na rotina e nos hábitos; vulnerabilidade emocional; medo e dificuldades relacionados às sequelas físicas decorrentes dos AT, devido à possibilidade de perder algum membro do corpo, riscos das cirurgias, morte e com a recuperação da própria saúde (QUEIROZ; OLIVEIRA, 2003). Em consequência do AT, ocorrem mudanças em vários contextos da vida do indivíduo com sequelas, em alguns casos, sendo marcada por muita dependência dos cuidados dos outros. Nesse processo, vários sentimentos são experimentados, de acordo com a sua percepção dos acontecimentos, a resiliência, as características de personalidade e o nível da rede de apoio.

Em uma pesquisa realizada sobre AT, uma análise da perspectiva das vítimas, constatou-se um quadro generalizado de ansiedade entre os participantes, devido a “[...] o sentido de assumir o mais rápido possível o controle e suas vidas e, assim, retomar as atividades cotidianas, ao trabalho e ao vínculo com a família [...]” (QUEIROZ; OLIVEIRA, 2003, p. 108). Na mesma pesquisa, os participantes atribuíram às causas dos acidentes a falha comportamental dos envolvidos, às condições negativas de trabalho que exigia rapidez e produtividade, à ação de inveja ou mal olhado dos outros. Percebe-se que, após o acidente, os aspectos físicos e psicológicos podem ser afetados, ainda, concomitantemente estão presentes crenças que podem gerar um desconforto maior, associadas ao estado de ansiedade, raiva, culpa, medo, impotência, tristeza, entre outros.

Entre várias lesões físicas que um indivíduo pode adquirir após o acidente, há lesão na medula espinhal, traumatismo crânioencefálico, traumas ortopédicos em membros superiores

e inferiores do corpo, perfuração de órgãos, entre outras. No Brasil, nos últimos 10 anos, mais de um milhão de indivíduos ficaram com sequelas de traumas mecânicos, sendo os AT os principais responsáveis por esses índices (MELO; SILVA; MOREIRA JUNIOR, 2004; MELO et al., 2003).

Constatou-se, em uma pesquisa, que os acidentes com meios de transportes, que incluem os automobilísticos, atropelamentos, motociclísticos e veículos de transporte não motorizados, foram as principais causas de internações em indivíduos com traumatismo crânioencefálico, totalizando em 40,7%, seguidos de agressões físicas, com 25,4%, e quedas, com 24% de internações (MELO; SILVA; MOREIRA JUNIOR, 2004). Estudos indicam que os acidentes de transporte responsáveis pelo traumatismo crânioencefálico em grandes cidades no Brasil, tais como: São Paulo (ANDRADE et al., 1996), Brasília e Distrito Federal são referentes à colisão entre veículos e depois o atropelamento (FARAGE et al., 2002).

Na referida pesquisa, os atropelamentos foram considerados as principais causas de traumatismo crânioencefálico nos indivíduos internados (MELO; SILVA; MOREIRA JUNIOR, 2004). Em outra pesquisa, sobre avaliação de QV, com o The Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey (SF-36), em um grupo de motociclistas com traumatismo crânioencefálico e outro sem a lesão, residentes na cidade de Maringá, PR, concluíram que, em ambos os grupos, as médias maiores foram para o domínio Capacidade Funcional (média=88,53 e 85,23 respectivamente) e os escores mais baixos, para o domínio Vitalidade (média=73,53 e 64,66 respectivamente).

Em um estudo sobre QV em uma população com lesão medular traumática, constatou-se que os participantes apresentaram os piores escores nos domínios Meio Ambiente e Físico do WHOQOL-Breve. Acreditam que pode estar relacionado ao fato de a lesão medular acarretar mudanças físicas, em consequência, essas alterações e as barreiras sociais podem trazer dificuldades à vida e interferir na avaliação da QV dessa população. E os domínios com maiores escores foram o psicológico e relações sociais. Cabe ressaltar que 49,6% dos participantes adquiriram a lesão em decorrência de acidentes de trânsito (BAMPI; GUILHEM; LIMA, 2008).

No entanto as sequelas após o acidente podem possibilitar alterações na mobilidade, nas mais simples atividades da vida cotidiana, na dependência de medicação e de outras pessoas, na capacidade de trabalhar ou estudar, lazer, comprometimento nos recursos

financeiros, pois geralmente isso interfere na vida ocupacional do indivíduo ou de algum membro da família que deixa de trabalhar para cuidar da pessoa com alguma lesão ou deficiência adquirida, configurando, assim, uma necessidade de adaptação e mudanças no estilo de vida dos membros do núcleo familiar.

Vale destacar que, no estudo de Bampi, Guilhem e Lima (2008), das aplicações do WHOQOL-Breve 86,5% foram autoaplicados e 13,5% dependeram de alguma ajuda do aplicador, seja na administração (5,4%), seja no auxílio (8,1%) do entrevistador. Fica demonstrado que podem ocorrer dificuldades inerentes ao estado clínico do participante, sendo necessário um auxílio para o preenchimento do questionário.

Loureiro, Faro e Chaves (1997), em uma pesquisa sobre a QV sob a ótica das pessoas que apresentaram lesão medular, com enfoque qualitativo, utilizaram a entrevista individual semiestruturada e constataram que os participantes encontravam-se na faixa etária de 23 a 40 anos, com uma média na idade de 35,8 anos, com a predominância do sexo masculino, comprovando assim a frequência dessa lesão em homens. E que etiologia das lesões se deu por causas externas, ou seja, acidentes automobilísticos, mergulho e queda, e somente um participante foi devido um a tumor, tendo seis meses como tempo médio de lesão medular.

A partir de algumas categorias de análise, encontraram na avaliação da QV os seguintes resultados: nas modificações orgânicas, estando relacionadas ao estado de saúde e funcional, ocorreu déficit de locomoção e movimentação dos membros; nas modificações psicológicas (estando relacionado a aspectos como identidade, autoestima e aprendizado), apontaram uma cisão entre o antes e o após a lesão; castigo divino; culpa parcial do acontecido; colocar-se à mercê do destino; desespero pós-lesão; dificuldade de aceitar o fato, embora houvesse conscientização do problema; vergonha da impossibilidade de autocuidar-se e controle das necessidades fisiológicas e sensação de fim da vida (LOUREIRO; FARO; CHAVES, 1997).

Nas modificações comportamentais, houve alteração nos hábitos e ausência de lazer. Constataram-se também modificações estruturais, materiais como a sensação de perda do convívio social, papel social, trabalho, *status* e do significado da vida; também a necessidade de apoio e agradecimento, atribuindo a razão de viver a algo ou a alguém. As modificações mais relatadas estão nas categorias psicológicas e sociais, demonstrando a importância desses aspectos na QV dos indivíduos com lesão medular (LOUREIRO; FARO; CHAVES, 1997).

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

Quanto aos aspectos emocionais do indivíduo acidentado, os autores Sousa Filho, Xavier e Vieira (2008), constataram, em uma pesquisa, que os participantes atribuíram as suas ansiedades à demora na recuperação da saúde, ao tratamento hospitalar prolongado, às suspensões de cirurgias e ao retardo para agendá-lo. A ansiedade se manifesta no cognitivo (preocupação, obsessão, autoconfiança), no comportamental (retraimento, fuga, repetição compulsiva), no afetivo (constrangimento e disforia) e no físico (manifestação e exacerbação de sinais e sintomas variados, que interfere no restabelecimento da própria saúde).

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

Para ALVES et al. (2009), atualmente já existe um reconhecimento de que o trauma aumenta as necessidades especiais e reduz a QV dos indivíduos no médio e longo prazo, decorrentes não apenas de mudanças anatômicas e fisiológicas iniciais, mas também dos aspectos psicológicos e sociais envolvidos nos atendimentos iniciais ao trauma e na reabilitação. E, Alves et al. (2009, p. 158) salientam que algumas variáveis podem influenciar a QV após o trauma, tais como: “[...]a qualidade do atendimento oferecido pelo sistema de saúde, tipo e gravidade das lesões, número de intervenções cirúrgicas, grau de sequelas, dor, acesso à reabilitação e condição socioeconômica, entre outros [...]”.

Entretanto, as pesquisas demonstram a complexidade que envolve a saúde, o bem-estar físico e psíquico de um indivíduo com sequelas após um AT. A recuperação da sua funcionalidade demanda uma série de fatores que vão do atendimento do sistema de saúde, gravidade da lesão e sequelas, idade, aspectos psicológicos às condições socioeconômicas, bem como o suporte social recebido.

Silva et al. (2008) realizaram um estudo transversal, no Centro de Reabilitação da Associação de Assistência à Criança Deficiente de São Paulo, com o objetivo de avaliar a QV de indivíduos com trauma cranioencefálico com o WHOQOL-Breve, além de averiguar possíveis correlações com as características sociodemográficas e clínicas dos participantes.

Verificou-se, no estudo de Silva et al. (2008), que o escore médio em todos os domínios do WHOQOL-Breve e do geral foram superiores a 60 pontos, em uma escala de 0 a 100. Concluíram que os participantes que apresentaram melhor percepção da QV tinham maior renda, maior nível educacional e que conseguiram se ajustar socialmente (retornar para o trabalho ou estudo), mas influenciaram menos intensamente na avaliação da QV, a classe social e a forma de locomoção. Quanto ao sexo, as mulheres obtiveram menor pontuação no domínio Físico.

Encontram-se também, na literatura, as sequelas invisíveis dos acidentes de trânsito (CAVALCANTE; MORITA; HADDAD, 2009; GONÇALVES; MORITA; HADDAD, 2007), que se referem ao estado psicológico do indivíduo acidentado; é comum encontrar uma maior referência ao Transtorno de Estresse Pós-Traumático.

Ressaltam Gonçalves, Morita e Haddad (2007, p. 9) que,

[...] entre os fatores de risco, quanto pior for a história pregressa da pessoa, quanto maior for sua exposição à violência ou a formas crônicas de sofrimento ao longo da vida, mais grave será sua reação ao estresse intenso e maior será o risco de desenvolver perturbação mental [...].

Contudo, um conjunto de fatores pode ameaçar o estado geral de saúde e a QV desse indivíduo.

Os principais resultados, em estudos sobre QV e AT, indicam que os indivíduos apresentam comprometimentos após o acidente. E são consideradas condições favoráveis no comprometimento na QV após o AT: a gravidade do trauma, a diminuição do convívio social

e familiar com dificuldade de retorno para o trabalho, a presença de sintomas de ansiedade e depressão. Destacam, ainda, a importância do suporte social e da reabilitação como favoráveis ao retorno ao convívio social e profissional, bem como possibilitam melhor QV (MAGALHÃES; LOUREIRO, 2007).

A gravidade do trauma pode determinar o período de internação, tipo de sequelas e se haverá diminuição da capacidade funcional, afastamento das atividades ocupacionais, dependência de medicamentos e tratamentos médicos e prejuízos no convívio social. Os acidentes de trânsito são considerados um problema na saúde pública, uma epidemia que está sem controle (ONCKEN, 2004; VASCONCELOS, 2005; BRASIL, 2006). As consequências dos acidentes de trânsito refletem na vida dos indivíduos acidentados e nos cofres públicos, com prejuízos pessoais e econômicos. Estão presentes a dor e o sofrimento de um ser humano que sofreu o acidente ou perdeu um familiar ou amigo, os prejuízos econômicos, como as despesas hospitalares, perdas materiais, perda de produção para a sociedade e despesas para reorganizar o trânsito (VASCONCELOS, 2005).

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a Qualidade de Vida Geral e Qualidade de Vida Relacionada à Saúde de indivíduos que possuem sequelas em decorrência de acidentes de trânsito.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Caracterizar a amostra através das variáveis sociodemográficas: idade, sexo, estado civil, escolaridade, renda familiar, dados do acidente, tipo de sequelas em decorrência ao acidente e mudança de vida após o acidente;

Avaliar a QV do indivíduo com sequelas de acidentes de trânsito, de acordo com os domínios do WHOQOL-100: Físico, Psicológico, Nível de Independência, Relações Sociais, Meio Ambiente e Aspectos Espirituais/Religião/Crenças Pessoais;

Avaliar a QV do indivíduo com sequelas de acidentes de trânsito, de acordo com os domínios do SF-36: Capacidade Funcional, Aspectos Físicos, Dor, Estado Geral da Saúde, Vitalidade, Aspectos Sociais, Aspectos Emocionais e Saúde Mental;

Relacionar os resultados obtidos no WHOQOL-100, SF-36 e no Questionário Sociodemográfico.

5 METODOLOGIA

5.1 MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, de corte transversal, no qual foi realizado um estudo exploratório-descritivo para conhecer as características sociodemográficas e a QV dos indivíduos com sequelas de acidentes de trânsito.

5.2 LOCAL DA PESQUISA

A presente pesquisa foi realizada em três clínicas que oferecem o serviço de atendimento em fisioterapia, sendo elas:

A clínica de fisioterapia A, composta pelos setores de hidroterapia, ortopedia e neurologia, realiza tratamento de reabilitação em indivíduos que são encaminhados pelo Sistema Único de Saúde e por aqueles que procuram um atendimento fisioterápico. Nessa instituição, os atendimentos, filantrópicos, são organizados da seguinte forma: Inicialmente, é realizada uma avaliação com uma entrevista, apresentação dos exames e encaminhamento. Se, nesse momento, houver vaga, dá-se início ao tratamento, para o qual são agendadas as sessões semanalmente; caso contrário, é necessário aguardar surgir uma vaga. Na referida clínica, os atendimentos são realizados por estagiários, acadêmicos regularmente matriculados no curso de Fisioterapia da instituição a que a clínica é vinculada e supervisionada pelos professores e fisioterapeutas dessa instituição.

As clínicas B e C, em modalidade privada, realizam tratamento de fisioterapia na área de hidroterapia, neurologia e ortopedia com atendimentos conveniados ao SUS e particulares.

As aplicações individuais dos instrumentos de avaliação foram realizadas em salas de atendimentos nas dependências das clínicas.

5.3 PARTICIPANTES

A amostra da pesquisa foi composta por 100 participantes. E o processo de amostragem se deu por conveniência e não probabilística, ou seja, os usuários das clínicas com o perfil da pesquisa eram localizados, por meio dos prontuários ou dos profissionais de

saúde. Sendo assim, era realizado o contato com o participante para explicar os objetivos da pesquisa e convidá-lo a participar.

5.3.1 Critérios de inclusão:

Ter sequela decorrente de acidente de trânsito.

Sexo feminino e masculino.

Idade mínima de dezoito anos.

Aceitar participar voluntariamente da pesquisa.

5.3.2 Critérios de exclusão:

Ter vivenciado um acidente de trânsito sem possuir sequela após o acidente.

Idade inferior a dezoito anos.

Recusar a participar da pesquisa.

Não possuir capacidade cognitiva para compreender e responder os questionários.

5.4 INSTRUMENTOS

Para avaliar um grupo específico de participantes, optou-se pela utilização dos seguintes instrumentos para coleta de dados: o Questionário Sociodemográfico (APÊNDICE C), WHOQOL-100 e SF-36 (ANEXO A).

Salienta-se, que foram utilizados dois instrumentos de avaliação de QV, por considerar que possibilitam uma mensuração mais consistente e completa possível do constructo QV, com a presença de domínios que avaliam aspectos culturais, emocionais, espirituais e sociais, além dos aspectos relacionados à saúde, como dor, capacidade funcional, estado geral de saúde e nível de independência nas atividades do cotidiano.

Entretanto, o SF-36 pode avaliar o nível de mobilidade e funcionalidade, através de medidas objetivas (FLECK, 2008), considerando que o objetivo desse instrumento é mensurar o grau da disfunção e o impacto de uma patologia na avaliação de QV. Já para o WHOQOL-100, o objetivo é avaliar como o indivíduo percebe a sua mobilidade e o quanto ele está satisfeito com ela (FLECK, 2008), entre outros fatores de sua vida e como esta percepção influencia sua QV.

5.4.1 Questionário Sociodemográfico

O Questionário Sociodemográfico foi elaborado exclusivamente para a referida pesquisa, sendo composto pelas variáveis: idade, sexo, estado, civil, escolaridade, ocupação, profissão, renda familiar antes e depois do AT, dados do acidente, tipo de sequelas e mudança de vida após o acidente.

Tornou-se adequada a utilização do referido questionário para coletar os dados sociodemográficos, informações sobre o acidente e alteração na vida do indivíduo com sequelas de acidentes de trânsito. É importante ressaltar que esse instrumento possibilitou uma maior compreensão da população estudada e a significação aos dados coletados a partir dos instrumentos de avaliação de QV.

5.4.2 Questionário World Health Organization Quality of Life-100

Devido à importância do tema QV e à necessidade de desenvolver modalidades de avaliação, a OMS, criou o Grupo de Qualidade de Vida (THE WHOQOL GROUP, em 1995). Esse grupo ficou responsável pelo Projeto WHOQOL, que com uma metodologia única e com enfoque transcultural, criou o WHOQOL-100. Todavia participaram do processo de elaboração desse instrumento 19 centros, composto por vários países e as características psicométricas foram constituídas por meio de uma amostra de 8.294 indivíduos (THE WHOQOL GROUP, 1998).

O WHOQOL-100 é um dos instrumentos de mensuração da QV mais utilizado no mundo. E, até o presente momento, os instrumentos WHOQOL estão disponibilizados em aproximadamente 50 idiomas e WHOQOL-100 em 20 idiomas (WHO FIELD CENTRE FOR

THE STUDY OF QUALITY OF LIFE OF BATH, 2008).

No Brasil, a construção da versão em português do WHOQOL-100 foi realizada na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Faculdade de Medicina, coordenada pelo pesquisador e professor Marcelo Pio de Almeida Fleck, no centro de Porto Alegre, RS. Esse centro foi um dos primeiros a se incorporar ao Grupo WHOQOL, embora não estive sido incluído entre os centros iniciais ao desenvolver o WHOQOL (THE WHOQOL GROUP, 1998).

Para elaboração do WHOQOL, foram realizados estudos com várias culturas, com a participação da elaboração e organização dos domínios de avaliação de QV, da escolha das questões e redação, da derivação da escala de respostas e do teste de campo nos países envolvidos nessa etapa (CHACHAMOVICH; FLECK, 2008; FLECK, 2000).

Trata-se de instrumento de avaliação da QV, composto de 100 questões que avaliam seis domínios: Físico, Psicológico, Nível de Independência, Aspectos Sociais, Meio Ambiente e Aspectos Espirituais/Religião/Crenças Pessoais. No entanto esses domínios são divididos em 24 facetas, cada uma delas composta por quatro perguntas. Além das 24 facetas específicas, há mais uma que não está inserida em nenhum domínio, sendo composta por perguntas sobre QV global e percepção geral de saúde (FLECK, 2000).

As questões são fechadas e as respostas foram organizadas em uma escala do tipo Likert, contendo cinco elementos, de 1 a 5 e, dependendo do conteúdo da pergunta, são utilizados quatro tipos de escalas de respostas: intensidade, capacidade, frequência e avaliação (CHACHAMOVICH; FLECK, 2008; FLECK, 2000). É como está organizado no Quadro 2.

QUADRO 2 - Escala de respostas do WHOQOL-100

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

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

É possível perceber que há uma predominância das respostas com a escala de intensidade (45%) e avaliação (37%), enquanto as escalas de capacidade (15%) e frequência (3%) apresentam-se em menor número. Na escala de avaliação, é maior o número de questões sobre a satisfação (muito insatisfeito – muito satisfeito), apresentando 29 incidências, seguidas pelas questões com aspectos absolutos na avaliação (muito ruim – muito bom), com 7 incidências, e finaliza-se com uma única resposta que menciona a felicidade (muito infeliz – muito feliz) (PEDROSO; PILATTI; REIS, 2009).

De acordo com Fleck (2000), Chachamovich e Fleck (2008) e Power (2008), as questões do WHOQOL-100 avaliam os seguintes domínios e facetas, conforme consta no Quadro 3.

QUADRO 3 - Domínios e facetas do WHOQOL-100

Domínio	Facetas
I – Físico	1. dor e desconforto 2. energia e fadiga 3. sono e repouso
II – Psicológico	4. sentimentos positivos 5. pensar, aprender, memória e concentração 6. auto-estima 7. imagem corporal e aparência 8. sentimentos negativos
III – Nível de Independência	9. mobilidade 10. atividades da vida cotidiana 11. dependência de medicação ou de tratamentos 12. capacidade de trabalho
IV – Relações Sociais	13. relações pessoais, 14. suporte apoio social 15. atividade sexual
V – Meio Ambiente	16. segurança física e proteção 17. ambiente no lar 18. recursos financeiros 19. cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade 20. oportunidades de adquirir novas informações e habilidades 21. participação em, e oportunidades de recreação/lazer 22. ambiente físico (poluição/ruído/trânsito/clima) 23. transporte
VI – Aspectos Espirituais/ Religião/Crenças Pessoais	24. espiritualidade/religião/crenças pessoais

Fonte: Fleck (2000, 2008) e Power (2008).

Esse Quadro foi elaborado a partir da necessidade de um instrumento de avaliação de QV que obtivesse características multidimensionais, aspectos positivos e negativos, além de valorizar a percepção subjetiva do indivíduo (CHACHAMOVICH; FLECK, 2008).

No entanto foi concluído por meio de pesquisas em que o WHOQOL-100 apresenta uma aprovada capacidade psicométrica para avaliar a QV e por ser estrutura do constructo semelhante em várias culturas, o que confirma a sua importância como instrumento transcultural (SEIDL; ZANNON, 2004).

É um questionário autoaplicável, cuja aplicação pode ser observada pelo entrevistador ou ser aplicado por este em casos de participantes analfabetos ou com condições clínicas que o impeçam (CHACHAMOVICH; FLECK, 2008).

Ressalta-se que, para a aplicação do questionário, foram respeitadas as seguintes orientações da OMS: Informar os objetivos da pesquisa; obter o consentimento informado do participante, em duas vias; ser o local de aplicação com privacidade e o participante não responder acompanhado de outra pessoa (familiar, cônjuge ou outros); e enfatizar que o preenchimento do questionário se refere às duas últimas semanas, independente do local onde o participante esteja, por exemplo: internado, em casa. E, para os indivíduos com impossibilidade de responder, devido ao estado clínico ou analfabetismo, a aplicação poderá ser realizada pelo pesquisador, mantendo uma postura que não venha influenciar nas respostas - sem discutir as questões ou o significado destas (FLECK, 2008).

Para análise dos dados do WHOQOL-100, a OMS recomenda o *software Statistical Package for the Social Sciences* com a função de realizar o cálculo dos escores dos resultados obtidos nas aplicações (PEDROSO; PILATTI; REIS, 2009; SANTOS et al., 2010).

Na presente pesquisa, optou-se pelo questionário WHOQOL-100 em vez do questionário WHOQOL-Breve por se tratar de uma versão que contempla com maior abrangência os domínios: Nível de Independência e Aspectos Espirituais/Religião/Crenças Pessoais, aspectos importantes para serem avaliados na população estudada. E também, o SF-36 para avaliar a QV nos domínios de Capacidade Funcional, Dor, Vitalidade, Saúde Mental, Aspectos Físicos e Aspectos Sociais, Estado Geral de Saúde.

5.4.3 The Medical Outcomes Study-36-item Short-Form Health Survey

O SF-36 foi criado por Ware e Shebourne, em 1992, com o objetivo de serem utilizados na pesquisa, na clínica, nas políticas de saúde e pesquisas gerais na população (ABREU, 2005).

Primeiramente, foi desenvolvido um questionário de avaliação da saúde, com 149 itens, então testado em 22.000 pacientes. Dada a necessidade de um questionário que unificasse duas características, maior abrangência e menos extenso, elaborou-se um questionário com 18 itens, composto pelos domínios: capacidade física, limitação devida à

doença, saúde mental e percepção da saúde. Após, foram acrescentados mais dois itens: Aspectos Sociais e Dor. A partir daí surge, então, o questionário o SF-20 (Short-Form 20). (WARE; SHEBOURNE, 1992).

O questionário SF-36 foi traduzido e validado em aproximadamente 20 países. No Brasil, foi realizado por Rozana Mesquita Ciconelli, em um estudo com pessoas portadoras de artrite reumatoide, o qual resultou em uma tese de doutorado, na Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, em 1997 (CICONELLI, 1997). Com um protocolo de tradução e validação baseado em algumas etapas propostas pelo International Quality of Life Assessment Project, a validação desse instrumento surgiu da necessidade em ter um questionário de avaliação genérica de saúde traduzido para a língua portuguesa, com propriedades de medida (reprodutibilidade, validade e sustentabilidade a alterações), já comprovadas por outros estudos (CICONELLI, 2003).

Trata-se este de um questionário genérico de avaliação de QVRS, multidimensional, sendo composto por 36 itens que avaliam 8 domínios, conforme Ciconelli (1997):

1. Capacidade Funcional – composto de dez itens que avaliam a presença e a extensão das limitações quanto à capacidade física;
2. Aspectos Físicos – composto por quatro itens, avalia o tipo da limitação e a quantidade do trabalho, bem como as dificuldades e interferências nas atividades diárias, sendo relacionado com a produtividade;
3. Dor – Com dois itens, avalia a extensão e a interferência na vida do indivíduo, esse domínio foi baseado em duas questões do SF-20 sobre a intensidade da dor e outra sobre como a dor influencia nas atividades do cotidiano do indivíduo;
4. Estado Geral da Saúde – com cinco itens, avalia como o indivíduo percebe a sua saúde geral. Esse domínio deriva do Questionário General Health Rating Index;
5. Vitalidade – composto de quatro itens que avalia o nível de energia (no questionário são mencionados como: cheio de vigor, muita energia) e o nível de fadiga (esgotado, cansado);
6. Aspectos Sociais – composto por dois itens que avaliam a integração do indivíduo em atividades sociais;

7. Aspectos Emocionais – composto por três itens que avaliam as consequências do aspecto psicológico no bem-estar do indivíduo;
8. Saúde Mental – composto por cinco itens que avaliam a saúde mental e mensuram dimensões como: depressão, ansiedade, alteração de compromisso ou descontrole emocional e bem-estar psicológico. Esse domínio surgiu a partir do resumo de 38 itens do questionário The Mental Health Inventory-38.

É autoaplicável, de fácil administração e compreensão tanto para o pesquisador, quanto para o participante. Para avaliação dos resultados, as respostas são transformadas em um escore para cada questão, logo após tal escore é convertido em uma escala de 0 (o pior estado geral de saúde) a 100 (o melhor estado geral de saúde), lembrando que cada domínio é analisado separadamente. Nessa avaliação, não é possível obter um único valor que conclua toda a avaliação, resumindo-se em um estado de melhor ou pior estado, para evitar erros de identificar ou subestimar as verdadeiras dificuldades quanto à saúde (CICONELLI, 2003).

A importância do referido questionário nesta pesquisa dá-se pela sua objetividade e eficiência ao mensurar aspectos relacionados à saúde e QV da população estudada. Torna-se importante conhecer o nível de dor, vitalidade, estado geral de saúde, saúde mental, capacidade funcional, aspectos físicos, aspectos sociais e aspectos emocionais de indivíduos que estão com sequelas em decorrência de AT e fazem tratamento visando a sua recuperação.

5.5 PROCEDIMENTOS E ASPECTOS ÉTICOS

Primeiramente, foi elaborado o projeto de pesquisa e apresentado à Diretoria Administrativa da Clínica A, solicitando a autorização para a referida clínica ser o local de pesquisa. Após a autorização da Clínica, o projeto foi protocolado e homologado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UCDB (ANEXO B), seguindo, assim, o que determina a Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, por se tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996).

Após a aprovação, foi realizado um levantamento prévio na Clínica A, Setor de Fisioterapia, para verificar as informações da demanda e os horários de atendimento aos usuários.

No mês de setembro de 2010, foi realizado um estudo piloto com 5 participantes. O objetivo desse estudo foi verificar o tempo de aplicação dos instrumentos e a adequação do questionário sociodemográfico. Ressalta-se que houve a necessidade de fazer alteração de algumas palavras do questionário sociodemográfico para facilitar a compreensão dos participantes.

Com o levantamento da demanda, foram mapeados os nomes dos usuários da clínica, dias, horários, o setor onde realizavam o tratamento e o profissional que os atendia.

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

Ressalta-se que as aplicações foram agendadas para o mesmo dia em que os participantes realizavam o tratamento ou avaliação no setor de fisioterapia, em horários combinados, com a finalidade de não comprometer as sessões fisioterápicas.

No momento em que atingiu a quantidade de 68 (sessenta e oito) participantes que preencheram a pesquisa, percebeu-se que houve uma diminuição na procura de atendimento fisioterápico com o perfil de usuários que se buscava na Clínica A, ficando assim, aguardando-se por muito tempo a adesão de novos usuários com o perfil desejado. Então, foram consultadas as fisioterapeutas que realizavam o atendimento do SUS na referida clínica, sobre a relação das clínicas de fisioterapia conveniadas ao SUS em Campo Grande, MS. Simultaneamente, o Comitê de Ética em Pesquisa da UCDB foi consultado sobre a possibilidade de incluir mais locais de pesquisa no projeto que havia sido apresentado, e esse comitê informou os procedimentos de inclusão a serem efetivados.

Em posse da relação, foram localizadas duas clínicas: Clínica B e Clínica C, com a demanda no perfil desejado. Em seguida, foram realizadas visitas pela pesquisadora para apresentar o projeto e solicitar a autorização para aplicação da pesquisa nas referidas clínicas.

Após a inclusão das referidas clínicas, a coleta de dados foi concluída em duas semanas. Cabe ressaltar que as aplicações compreenderam um período relativamente longo, devido às características da amostra pesquisada, ou seja, somente indivíduos com alguma

sequela de acidentes de trânsito, sendo assim, era necessário aguardar a chegada desses indivíduos nos locais de pesquisa.

Durante a coleta de dados, houve necessidade de orientar alguns participantes a procurar um serviço de psicologia e/ou psiquiatria para uma avaliação, tendo em vista que alguns participantes informaram situações vivenciadas ou perguntas relacionadas às dificuldades que vêm enfrentando após o acidente, tais como: presença de uma irritabilidade incontrolável, ejaculação precoce, choro fácil, sentimentos depressivos e tentativas de suicídio.

Nesses casos, a pesquisadora buscava informações junto ao participante, se realizava algum acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico, e os que não o realizavam eram orientados sobre a necessidade de buscar um encaminhamento junto ao setor de fisioterapia para o atendimento em psicologia e/ou psiquiatria na referida Clínica A, local esse em que ocorreram esses casos e que oferece esses serviços também. Sendo assim, o profissional de fisioterapia realizava o encaminhamento.

A coleta de dados foi realizada no período de setembro de 2010 a abril de 2011, com duração em média de 35 minutos. E, de acordo com a chegada da referida população nas Clínicas, as aplicações eram realizadas.

As equipes de trabalho (diretoria das clínicas, estagiários, profissionais de fisioterapia, secretárias, recepcionistas, profissionais de terapia ocupacional e professores supervisores) mostraram-se muito receptivas, colaboraram na localização dos usuários das clínicas no perfil desta pesquisa e com muita agilidade nas informações.

Os dados foram tabulados no programa Microsoft Office Excel 2007 pela pesquisadora e encaminhado para análise estatística, que contou com o apoio de um profissional específico dessa área, o qual organizou junto com a pesquisadora o delineamento da análise.

Após a organização da dissertação, a presente pesquisa foi submetida a dois momentos avaliativos: Banca de Exame Geral de Qualificação e Banca de Defesa. Posteriormente, será agendada uma data para a apresentação dos resultados obtidos da pesquisa aos participantes nas referidas clínicas.

Ressalta-se que, nos casos de participantes com lesões nos membros superiores,

analfabetos ou com uma baixa escolaridade, as transcrições das respostas dos instrumentos de avaliação foram realizadas pela pesquisadora. Cabe salientar que foram seguidas as orientações da OMS quanto à aplicação do WHOQOL-100, bem como se cuidou para não induzir o participante em sua resposta aos questionários.

5.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para a análise estatística dos dados coletados, foram utilizados os testes estatísticos: o teste *t* de Student para as variáveis categóricas em relação aos domínios dos questionários SF-36 e WHOQOL-100, o teste de correlação linear de *Pearson* para as variáveis contínuas e o teste de análise de variância (ANOVA).

Ressalta-se que o nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5%, ou seja, $p < 0,05$.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados aferidos foram organizados em tabelas e gráficos, a partir de categorias de análise. Para descrever o perfil da amostra foram realizadas tabelas de frequência das variáveis categóricas: sexo, estado civil, escolaridade, perfil do AT, perfil das sequelas, dificuldades atuais e mudanças após o acidente de trânsito, com valores de frequência absoluta (n) e relativa (%).

Para as estatísticas descritivas das variáveis numéricas: idade (em anos), tempo do acidente/lesão, duração da internação hospitalar, renda antes e após o acidente e escores de QV, foram realizadas tabelas com os valores de média, desvio padrão, valores mínimo e máximo.

A apresentação dos resultados foi dividida em três partes. Na primeira parte, consta a caracterização sociodemográfica da amostra; na segunda, o escore geral de QV dos domínios do WHOQOL-100 e SF-36; e na terceira, a correlação dos domínios de QV com as principais variáveis sociodemográficas.

É importante registrar que embora a pesquisa tenha sido realizada no método quantitativo, a análise e a discussão dos resultados não ficaram restritas aos dados estatísticos, mas procurou-se analisá-los e discuti-los qualitativamente, por considerar-se a necessidade de dar significado aos dados coletados, para assim compreender a demanda a partir da psicologia.

6.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DA AMOSTRA

A seguir, o perfil dos indivíduos com sequelas de AT na amostra estudada.

TABELA 1 - Perfil sociodemográfico da amostra

Variável	n	%
Sexo:		
Feminino	34	34,00
Masculino	66	66,00
Estado civil:		
Casado	33	33,00
Solteiro	42	42,00
Outros	25	25,00
Escolaridade:		
Analfabeto	2	2,00
Ensino Fundamental incompleto	24	24,00
Ensino Fundamental completo	18	18,00
Ensino Médio	52	52,00
Ensino Superior	2	2,00
Pós-Graduação	2	2,00
Faixa etária (anos):		
< 20	4	4,00
20 – 29	32	32,00
30 – 39	27	27,00
40 – 49	23	23,00
50 – 59	6	6,00
60-69	5	5,00
= 70	3	3,00
Renda familiar antes do AT:		
0 – 500	3	3,13
501 – 1.000	32	33,33
1.001 – 2.000	38	39,58
2.001 – 3.000	18	18,75
3.001 – 4.000	1	1,04
4.001 – 5.000	3	3,13
> 5.000	1	1,04
Renda familiar após o AT:		
0 – 500	12	12,37
501 – 1.000	49	50,52
1.001 – 2.000	24	24,74
2.001 – 3.000	8	8,25
3.001 – 4.000	2	2,06
4.001 – 5.000	1	1,03
> 5.000	1	1,03

Fonte: Jucimara Zacarias Martins Silveira, 2011.

Constatou-se na Tabela 1 que predominou o sexo masculino (66%); a faixa etária de 18 a 49 anos (86%) e de 50 a = 70 anos (14%); estado civil solteiro (42%); o grau de instrução ensino médio (52%), somente 4% tinham o nível superior/pós-graduação; 91,66% com a renda familiar de R\$ 501,00 a R\$ 3.000,00 antes do AT, e 83,51% para o mesmo valor de renda depois do AT, havendo uma redução de 8,15%.

Quanto aos resultados apresentados sobre o perfil sociodemográfico da amostra nas variáveis de sexo e idade, o encontrado está de acordo com o que a Organização Mundial da Saúde (2004) afirma: que a grande maioria dos indivíduos acidentados no trânsito no mundo inteiro são jovens do sexo masculino, na faixa etária de 15 a 44 anos. Em uma pesquisa realizada sobre QV em pessoas com lesão medular traumática, houve uma predominância do sexo masculino (84,7%), e, em relação à média da idade, esta era de 31,3 anos e um desvio padrão de 11 anos (BAMPI; GUILHEM; LIMA, 2008).

Corrobora, também, os dados sobre idade e sexo desta pesquisa, o estudo realizado em um ambulatório de medicina física e de reabilitação de um hospital governamental no estado de São Paulo, sobre QV sob a ótica das pessoas que apresentam lesão medular, sendo que 100% dos pacientes entrevistados eram homens, na faixa etária de 23 a 40 anos, cuja idade média foi de 35,8 anos (LOUREIRO; FARO; CHAVES, 1997). Além disso, há ainda os resultados dos estudos de Anjos et al. (2007) e Custódio et al. (2009).

Em relação à predominância do sexo masculino e idade de adultos em AT, Abreu et al. (2010) constataram, em uma pesquisa sobre uso de álcool em vítimas de AT, que 86,7% amostra pesquisada era composta pelo sexo masculino, na faixa etária de 20 a 49 anos. Ressaltam, ainda, que o predomínio quanto ao sexo nos envolvimentos em AT é visível e mais intenso nos homens. E isso pode estar relacionado à maior exposição, devido ao comportamento social e cultural dessa categoria, estando mais vulneráveis aos riscos de lesões e mortes. Observaram, ainda, que os indivíduos envolvidos em AT são adultos jovens, em fase economicamente ativa. Ao considerar a faixa etária de 20 a 50 anos, são indivíduos trabalhadores, estando na idade mais produtiva de suas vidas. E, em relação aos indivíduos com idade acima de 60 anos, observou-se que o tipo predominante de AT é o atropelamento.

Estudos na área apontam que os condutores jovens estão mais vulneráveis ao AT, devido ao fato da falta de experiência e facilidade para atribuir à diversão ao dirigir um veículo, impossibilitando assim a reflexão das consequências do seu comportamento no

trânsito (MAGALHÃES; LOUREIRO, 2007).

No que se refere ao estado civil e escolaridade da presente pesquisa, verificou-se que os solteiros e a escolaridade de ensino médio são mais frequentes na amostra. Embora, Bampi, Guilhem e Lima (2008) tenham encontrado em sua pesquisa a maioria dos participantes solteiros (61,3%), com o ensino fundamental (53,2%), vale destacar que, na amostra dessa pesquisa, 49,6% era proveniente de AT. Isso pode representar um dado diferente, ao considerar que amostra da presente pesquisa é somente com indivíduos com sequelas de AT.

Mas, dados semelhantes ao da presente pesquisa foram encontrados ao analisar o perfil socioeconômico, as características do acidente e intervenção do serviço social na emergência em pacientes vítimas da violência no trânsito, em Anjos et al. (2007), os quais constataram na amostra que 40% dos condutores de veículos a motor tinham o ensino médio completo e que 35% dos condutores de motocicletas possuíam o ensino fundamental completo. Dados de outra pesquisa constatam que 54,54% tinham menos de 8 anos de estudo, e 45,46%, mais de 8 anos de estudos (OLIVEIRA; SOUSA, 2006).

Na renda mensal familiar, observa-se que houve uma diminuição de 8,15% quanto ao valor de R\$ 501,00 a R\$ 3.000,00 e um aumento de 9,24% para a renda de R\$ 0 a R\$ 500,00 após o AT, o que pode estar relacionado aos afastamentos das atividades laborais sem remuneração, em casos de indivíduos que não possuem vínculos empregatícios ou pelo fato de o valor recebido durante o auxílio doença ser menor, se comparado ao salário mensal. Fica demonstrado que o AT altera a renda familiar do indivíduo acidentado. E quanto à variação da renda, esses resultados são semelhantes ao encontrado por Queiroz e Oliveira (2003).

TABELA 2 - Perfil dos acidentes de trânsito na amostra estudada

Variável	n	%
Tipo do acidente:		
Atropelamento	16	16,00
Abalroamento	17	17,00
Colisão	37	37,00
Capotamento	3	3,00
Queda de motocicleta	24	24,00
Outros	3	3,00
Condição no momento do AT:		
Condutor	66	66,00
Passageiro	13	13,00
Pedestre	10	10,00
Outro	1	1,00
Se o condutor era habilitado:		
Sim	54	83,00
Não	11	17,00
Em branco	1	1,00
Categorias da Carteira Nacional de Habilitação:		
A	10	18,87
AB	34	64,15
AC	3	5,66
AD	3	5,66
C	1	1,89
D	1	1,89
E	1	1,89
Veículos envolvidos no AT:		
Caminhão	6	6,00
Carro	52	52,00
Bicicleta	5	5,00
Motocicleta	77	77,00
Outros	4	4,00
Benefícios em decorrência do AT:		
Sim	43	43,00
Não	57	57,00
O acidente aconteceu quando você estava no:		
Estudo	2	2,00
Lazer	52	52,00
Trabalho	36	36,00
Viagem	5	5,00
Outro	5	5,00

Fonte: Jucimara Zacarias Martins Silveira, 2011.

A Tabela 2 traça o perfil dos ATs na amostra estudada. Em relação ao tipo de acidente, verificou-se colisão (37%), queda de motocicleta (24%), abalroamento (17%), atropelamento (16%) e capotamento/outros (6%). Quanto aos veículos envolvidos, a motocicleta (77%) e o carro (52%) aparecem com maior frequência, sendo que 66% dos participantes estavam como condutor, 13% como passageiro e 10% como pedestre no momento do acidente. Dessa forma, 54% dos condutores eram habilitados para conduzir o veículo, e 11% não possuía a Carteira Nacional de Habilitação. Na condição do indivíduo, no momento do acidente, dados semelhantes foram encontrados por Anjos et al. (2007). Já para os tipos de AT, em uma pesquisa sobre lesões e AT, encontrou-se que 80% era colisão, e 20%, queda de motocicleta (DEBIEUX, et al., 2010).

Referente à condição do participante no momento do AT, 66% da amostra estavam como condutores, demonstrando o quanto é preciso desenvolver comportamentos seguros no trânsito, e esse dado reflete algumas questões relacionadas ao processo de formação dos condutores e aos comportamentos inadequados dos indivíduos no trânsito, que, de acordo com Rozestraten (1996), no Brasil é precário, bem como o baixo nível de educação para o trânsito, fazendo com o que os índices de accidentalidade aumentem a cada dia.

Quanto ao deslocamento realizado pelo participante, no momento do acidente, 52% estavam em atividades de lazer, 36% a trabalho ou no percurso (da residência-trabalho-residência), já 5% estavam em atividades diversas (ida ao supermercado, médico, instituições públicas para resolver questões pessoais). Dados semelhantes são encontrados, em um estudo realizado com motociclistas e AT, constatando que 45,9% realizavam atividades relacionadas ao trabalho remunerado, 29,5% estavam em atividades de lazer, 24,6% realizavam outras atividades, como: transporte de familiares, deslocamento para compras e pagamentos, atividades religiosas ou residência de familiares (OLIVEIRA; SOUSA, 2006). Confirmam, também, os dados encontrados nesta pesquisa os autores Queiroz e Oliveira (2003).

A ocorrência de AT, no percurso ou durante o trabalho, traz a discussão sobre o acidente de trabalho e risco a que os profissionais do trânsito estão submetidos diariamente. De acordo com Anjos et al. (2007, p. 265), “[...] os dados revelam que o número de acidente de trabalho e de percurso é altíssimo, visto que, no desempenho de suas atividades profissionais, estes pacientes como a população em geral estão sujeitos a diversos riscos [...]”. E ainda, é muito comum haver reclamações dos motociclistas quanto às desvantagens e à falta

de respeito com essa categoria no trânsito, na tentativa de justificar a ocorrência de AT; os autores Queiroz e Oliveira (2003) constataram esse fato em uma pesquisa.

Na presente pesquisa, verificou-se que 43% dos participantes receberam benefícios em decorrência de AT, tais como: Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres (DPVAT), que indeniza os indivíduos vítimas de acidente de trânsito, em casos de morte, invalidez ou despesas para assistência médica ou suplementar; e auxílio doença do Instituto Nacional do Seguro Social, por meio do qual o trabalhador recebe um afastamento remunerado para tratamento de uma alguma doença.

Embora haja esses benefícios, percebe-se que há uma grande demora na liberação do DPVAT, e o indivíduo acidentado fica desprovido de recursos para custear as despesas relacionadas à saúde, ao tratamento de reabilitação e para a subsistência da família, nos casos daqueles que não tinham uma renda fixa. Por esse motivo, a condição socioeconômica fica comprometida e é isso um fator de que podem surgir ou aumentar os sentimentos de angústia e tristeza, tendo assim, um reflexo no bem-estar psicológico, bem como na avaliação da QV desse indivíduo acidentado.

Percebeu-se, durante as aplicações dos questionários, terem os participantes muitas dúvidas sobre DPVAT, seguros, afastamentos e estado clínico. Isso também foi constatado em uma pesquisa sobre a hospitalização na óptica do acidentado de trânsito e seu acompanhante, segundo a qual existe uma fragilidade nas informações sobre licenças e perícias, aquisição de seguros (DPVAT), aparelhos de órtese e prótese, entre outros benefícios oferecidos pelo Instituto Nacional do Seguro Social. Caracteriza, assim, uma precária visão de integralidade à assistência dos indivíduos com lesões em decorrência ao AT e sua família (SOUSA FILHO; XAVIER; VIEIRA, 2008).

Também Anjos et al. (2007) destacam a necessidade de um profissional no Pronto-Socorro para orientações previdenciárias, prestando um atendimento aos que necessitarem para que recorram aos seus direitos, bem como obtenha uma ajuda financeira, no período de reabilitação, que por sinal se trata de um processo que exige um longo tempo para se recuperar.

Vale destacar que, quanto os veículos envolvidos no AT, foram organizados de maneira que se repetem, pois, em alguns casos, um mesmo acidente envolvia dois tipos de veículos, ou seja, a colisão entre dois carros ou entre um carro e uma motocicleta.

TABELA 3 - Perfil das seqüelas em decorrência ao AT da amostra estudada

Variável	n	%
Tipo de lesão:		
Lesão medular	6	6,00
Membros inferiores	65	65,00
Membros superiores	46	46,00
Traumatismo crânioencefálico	9	9,00
Outros	12	12,00
Utilizam-se de próteses, placas ou pinos:		
Sim	66	66,00
Não	34	34,00
Internação hospitalar:		
Sim	89	89,00
Não	11	11,00
Duração da internação (dias):		
1-10	47	52,81
11-20	16	17,98
21-30	15	16,85
31-40	4	4,49
41-50	2	2,25
51-60	3	3,37
> 60	2	2,25
Tempo de lesão/acidente (meses):		
1 – 6	37	37,00
7 – 12	29	29,00
13 – 24	18	18,00
25 – 36	3	3,00
37 – 48	3	3,00
> 48	10	10,00

Fonte: Jucimara Zacarias Martins Silveira, 2011.

Nas sequelas em decorrência ao AT, demonstradas na Tabela 3, as lesões mais frequentes estão nos membros inferiores (65%) e nos membros superiores (46%), na categoria outros (12%), esta se refere à perfuração de órgãos, escoriações, dentes quebrados e lesões que causaram a perda de uma gravidez. Já Anjos et al. (2007), em um estudo realizado sobre o perfil socioeconômico e características do acidente dos pacientes vítimas de violência no trânsito, averiguou que ocorreu lesões nos membros inferiores (59,70%), membros superiores (58,21%) e na região da cabeça (31,34%). Para o estudo de Debieux et al. (2010), 53,9% da amostra tiveram lesões nos membros inferiores.

De acordo com dados encontrados na Tabela 3, sobre os tipos de sequelas, pode-se relacioná-los com a Tabela 2 sobre os tipos de AT na amostra. Os veículos com maiores envolvimentos foram a motocicleta (77%), com a predominância do tipo de AT de colisão (34%), queda de motocicleta (24%) e abalroamento (17%), que pode estar associado ao tipo de lesão nos membros superiores e inferiores, identificado que ocorre com maior frequência na amostra pesquisada. Os condutores de motocicleta têm as regiões dos membros mais desprotegidas, pois há somente proteção na região da cabeça pelo equipamento de segurança, conhecido como o capacete. Além disso, há uma pesquisa cujos autores constataram, ainda, que os motociclistas tiveram com maior frequência traumas considerados de gravidade leves (73, 14%) ou moderadas (16, 41%) (OLIVEIRA; SOUSA, 2006).

Há que se considerar que, no impacto dos acidentes de motocicleta, ocorre com frequência um choque desigual com veículos de maior porte. Além disso, a motocicleta não tem a estrutura do veículo para proteger o condutor ou passageiro, sendo assim, este absorve toda a energia do impacto e é comum ser projetado à distância (OLIVEIRA; SOUSA, 2006). Fica demonstrado que eles estão mais vulneráveis às lesões em decorrência de AT, até mesmo se analisados atentamente os índices envolvendo esse tipo de veículo.

Entretanto, o número de participantes com lesões nos membros superiores e inferiores percebe-se como de maior frequência, podendo estar relacionado ao tipo de acidente (a colisão e a queda de motocicleta) e aos veículos envolvidos (carro e motocicleta) no AT na amostra pesquisada.

Desses participantes, 66% utilizam-se de prótese, pinos ou placas. Isso se dá devido aos tipos de AT e sequelas, que necessitam de procedimentos mais invasivos e/ou como suporte para melhor recuperação das lesões. Verificou-se um período de lesão/acidente de 1 a 6 meses correspondente a 37%, de 7 a 12 meses, a 29% da amostra, embora 34% dos participantes tenham apresentado de 13 a = 48 meses, cuja média foi de 24, 79 meses. A partir das informações quanto ao período de internação hospitalar, verificou-se que 89% dos participantes necessitaram de internação hospitalar, e 11% ficaram de observação em um período do dia e liberados pela equipe médica, no entanto, a média foi de 16,27 dias.

As lesões em decorrência ao AT requerem um tempo relativamente longo de internação. Isso tal como afirma Sousa Filho, Xavier e Vieira (2008), que o indivíduo acidentado, torna-se um politraumatizado, com um tempo de permanência hospitalar, parecido com o que ocorre nos casos de doenças crônicas.

Nesse sentido, dois pontos merecem ser salientados: o estado emocional desse indivíduo e de seu contexto familiar, que, de um dia para outro, passa da condição de atuante (em vários aspectos: profissional, social, escolar, religioso e afetivo) para a perda da autonomia e liberdades pessoais, tendo de alguma maneira um impacto nas suas emoções e na sua percepção enquanto indivíduo. Esse aspecto foi constatado por Queiroz e Oliveira (2003) que, nesse sentido, citam a vulnerabilidade emocional, o sentimento de medo, as dificuldades relacionadas às sequelas físicas, em decorrência da possibilidade de riscos nas cirurgias, perda de um membro do corpo, morte e com a recuperação da própria saúde.

O segundo ponto a ser salientado são os gastos financeiros realizados para a recuperação da saúde e reabilitação desse indivíduo, sobrecarregando o sistema de saúde. De acordo com informações do Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada (IPEA, 2006), o custo médio por indivíduo acidentado é de R\$ 144.000,00, sendo a maior parte custeada pelo SUS, abrangendo gastos desde o atendimento pré-hospitalar aos gastos previdenciários.

Custódio et al. (2009), em uma pesquisa sobre lesão medular, com 44,70% da amostra representadas por acidentes de trânsito, constatou que o tempo médio de internação para reabilitação desses pacientes foi de 44,9 dias, e o tempo médio de lesão até a admissão no Centro de Reabilitação foi de 129,7 dias. Já Alves et al. (2009) identificaram que a permanência hospitalar variou de 1 a 35 dias, com uma média de 6,3 dias. Mas vale destacar que os valores encontrados em ambas as pesquisas podem ser diferentes dos resultados da presente, devido a ter amostra pesquisada por Custódio et al. (2009) sido composta por lesão medular, patologia essa que exige um maior período de internação e de recuperação, e a de Alves et al. (2009), por um grupo de trauma neurológico mínimo ou ausente.

Com relação à internação hospitalar, torna-se necessária uma reflexão sobre como esses indivíduos se sentem nesse período, pois passam de uma condição ativa para um momento de dependência de outras pessoas, permeado de angústias, medo e preocupações. Em uma pesquisa sobre QV de vítimas de trauma, seis meses após a alta hospitalar, alguns participantes citaram sentimentos vivenciados durante a internação, tais como: humilhação, dependência e medo. Observou-se que a internação é um período de grandes conflitos emocionais para o indivíduo acidentado e seus familiares (ANJOS et al., 2007).

TABELA 4 - Dificuldades atuais em decorrência do AT

Variável	n	%
Atividade sexual:		
Sim	20	20,00
Não	79	79,00
Em branco	1	1,00
Estudo:		
Sim	16	16,00
Não	34	34,00
Em branco	50	50,00
Locomoção:		
Sim	61	61,00
Não	39	39,00
Praticar esportes:		
Sim	67	67,00
Não	33	33,00
Sono:		
Sim	33	33,00
Não	67	67,00
Trabalho:		
Sim	84	84,00
Não	16	16,00
Vida social:		
Sim	52	52,00
Não	48	48,00

Fonte: Jucimara Zacarias Martins Silveira, 2011.

Na Tabela 4, sobre as dificuldades atuais vivenciadas em decorrência em AT, destacaram-se a relacionadas ao trabalho (86%), prática de esportes (67%), locomoção (61%), vida social (52%), sono (33%), atividade sexual (20%) e estudo (16%).

Quanto ao estudo, é importante ressaltar que 34% assinalaram que não têm dificuldades, e 50% deixaram em branco a resposta a esse tópico. Esses resultados podem estar relacionados às características da amostra, indivíduos com baixa escolaridade, tendo em vista que somente 4% da amostra têm o nível Superior/Pós-graduação.

TABELA 5 - Mudanças após o AT

Variável	n	%
Profissional:		
Dificuldade de exercer a profissão que tinha antes do AT	83	83,00
Baixo desempenho profissional	39	39,00
Dificuldade de ascensão profissional	19	19,00
Outros	10	10,00
Escolar:		
Baixo rendimento escolar	6	6,00
Concentração	4	4,00
Dificuldade para o estudo e aperfeiçoamento	8	8,00
Escrita	8	8,00
Impossibilidade de progresso na vida estudantil	3	3,00
Leitura	11	11,00
Melhor rendimento escolar	1	1,00
Não apresenta mudanças	59	59,00
Familiar:		
Aproximação dos familiares	69	69,00
Afastamento dos familiares	14	14,00
Manteve o nível de relacionamento (aproximação ou afastamentos dos familiares)	17	17,00
Social:		
Dificuldades nos relacionamentos íntimos (casamento, namoro, amizades, com os filhos)	32	32,00
Perda de interesse nas relações sociais	35	35,00
Dificuldade de interagir com as pessoas	21	21,00
Não apresenta mudanças	12	12,00

Fonte: Jucimara Zacarias Martins Silveira, 2011.

Na Tabela 5, estão às mudanças percebidas pelos participantes após o AT, sendo que 83% acreditam que o AT resultou em dificuldades para exercer a profissão que tinham antes do AT, 39% em um baixo desempenho profissional, 19% com dificuldades de ascensão profissional e outros com 10%. Estudos indicam que 20% relataram alterações na atividade produtiva, e 100% tiveram mudanças na produtividade (OLIVEIRA; SOUZA, 2006).

E ainda, pelo fato de que, durante o período da reabilitação, o indivíduo acidentado tem prejuízo na vida produtiva, devido ao afastamento do trabalho durante o processo de recuperação, em uma sociedade onde o indivíduo é valorizado de acordo com a sua produção e riqueza, recai sobre o indivíduo a imagem de inutilidade (DORNELAS, 2010).

No presente estudo, observou-se que houve perda de interesse nas relações pessoais (35%), dificuldades nas relações pessoais - casamento, namoro, amizades, com os filhos (32%), prejuízos na interação social (21%). De acordo com Sousa Filho, Xavier e Vieira (2008), após o AT os indivíduos e seu contexto familiar vivenciam questões aparentemente desconhecidas pelos profissionais que os atendem. No entanto, há mudanças no estilo de vida desses indivíduos e de seus familiares, que vão das evidências de sentimentos de tristeza até as verbalizações de estado de desânimo, sem mencionar as lesões físicas, limitações do corpo, as amputações de membros até a morte de uma pessoa querida. Salienta-se, ainda, que, dentre os aspectos vivenciados pelo indivíduo acidentado e seus familiares, estão os relacionados à esfera emocional, familiar, econômica e social.

No contexto familiar, 69% responderam que com o AT houve aproximação dos familiares, e 17% responderam que mantiveram o nível de relacionamento. Isso pode estar relacionado a que, com o AT, com as limitações físicas e dificuldades vivenciadas por este indivíduo, seja favorecida uma aproximação dos familiares como apoio, possibilitando assim o fortalecimento dos laços afetivos, pois, em muitos casos, a vida deste esteve em risco de morte.

Estudos indicam que o acidente possibilitou a reflexão sobre a importância da família e da sua própria existência na percepção do indivíduo acidentado de trânsito. Mas, pode surgir um desequilíbrio nas relações familiares devido à perda de uma pessoa significativa, pelas dificuldades financeiras, pela sobrecarga de tarefas, inversão de papéis no lar e incertezas quanto ao futuro (SOUZA FILHO; XAVIER; VIEIRA, 2008), devido ao estado geral de saúde, dos aspectos emocionais, sociais e socioeconômicos. A aproximação dos familiares pode possibilitar um bom suporte social, favorecendo assim o processo de reabilitação, o retorno no convívio social e profissional e uma melhor QV (MAGALHÃES; LOUREIRO, 2007).

Quanto ao contexto escolar, 59% deixaram de assinalar as mudanças, o que pode estar relacionado às características da amostra estudada, ou seja, não possui um nível de escolaridade elevada, sendo mínimo o número de indivíduos estudantes. Ao comparar-se com a informação da Tabela 5, dos participantes 34% responderam que não possuem as dificuldades atuais quanto aos estudos, e 50% deixaram as perguntas em branco, ou seja, sem respostas.

De acordo com as Tabelas 4 e 5, percebe-se que o indivíduo com sequelas de AT está inserido em um contexto de mudanças e dificuldades significativas. Azevedo e Santos (2006, p. 542) ressaltam que “[...] além das mortes prematuras, dos problemas físicos, emocionais e dos conflitos familiares causados pelos acidentes de trânsito, existem outras dificuldades, aparentemente obscuras, mais importantes, como caso dos prejuízos materiais e sociais [...]”.

No entanto, isso representa que são muitos os fatores que contribuem para as dificuldades dos indivíduos após um AT, podendo influenciar o estado geral de saúde física e mental, além dos aspectos sociais, tais como: diminuição de renda, gastos altos com medicação e tratamentos médicos, além de dificuldades de locomoção, perda de produtividade.

Ressalta-se que devido às características da demanda pesquisada, 52% dos questionários foram autoadministrados, e 48% tiveram as respostas transcritas pela a pesquisadora, em casos de participantes com lesões nos membros superiores que os impediam de preenchê-los, e de analfabetos e/ou com baixa escolaridade, que solicitavam o auxílio. Situação semelhante ocorreu com Bampi, Guilhem e Lima (2008), na aplicação do WHOQOL-Breve em pacientes com lesão medular.

6.2 VARIÁVEIS CONTÍNUAS

A seguir, apresentam-se a análise descritiva das variáveis contínuas dos dados sociodemográficos e, logo após, as análises de correlação das características em relação aos domínios dos questionários WHOQOL-100 e SF-36.

TABELA 6 - Análise descritiva das variáveis contínuas dos dados sociodemográficos dos participantes com sequelas de AT

Variável	n	Média	dp	Mínimo	Máximo
Idade (anos)	100	36,77	13,27	18,00	76,00
Renda antes do Acidente de Trânsito (R\$)	96	1.580,70	1.062,90	0	6.000,00
Renda após o Acidente de Trânsito (R\$)	97	1.152,40	1.018,9	0	6.000,00
Tempo de lesão/acidente (meses)	100	24,79	59,25	1,94	369,97
Duração da internação (dias)	89	16,27	18,81	1,00	120,00

Fonte: Jucimara Zacarias Martins Silveira, 2011.

Observou-se, nas características contínuas dos indivíduos com sequelas de ATs, uma média de idade de 36,77 anos; na renda mensal familiar antes do AT, uma média de R\$1.580,70 e, após o AT, de R\$ 1.152,40; quanto ao tempo de lesão/acidente, a média é de 24 meses, e a duração da internação hospitalar é, em média, 16,27 dias (TABELA 6).

6.2.1 Qualidade de Vida Geral e Qualidade de Vida Relacionada à Saúde dos indivíduos com sequelas de acidente de trânsito estudados na amostra

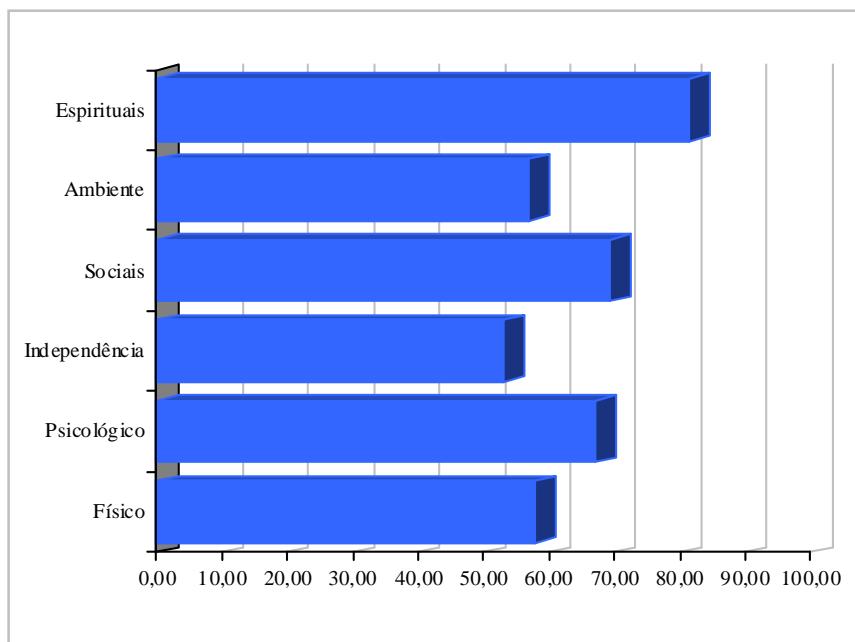
Os instrumentos de avaliação de Qualidade de Vida Geral (WHOQOL-100) e de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (SF-36) foram aplicados em uma amostra de 100 participantes. Abaixo, seguem os resultados obtidos na avaliação da população estudada. Ressalta-se que nas Tabelas 7 e 8 foi aplicado o teste de análise de variância (ANOVA).

TABELA 7 - Escore geral do WHOQOL-100 da amostra estudada, por domínio

Domínio	n	Média	dp
Físico	100	57,69	19,17
Psicológico	100	67,05	14,00
Nível de Independência	100	52,91	19,60
Relações Sociais	100	69,35	13,24
Meio Ambiente	100	56,76	12,09
Espirituais	100	81,31	16,77

Fonte: Jucimara Zacarias Martins Silveira, 2011.

GRÁFICO 5 - Média geral do WHOQOL-100 dos indivíduos com seqüelas de acidentes de trânsito amostrados por domínio



Fonte: Jucimara Zacarias Martins Silveira, 2011.

Verifica-se que, na avaliação utilizando o WHOQOL-100, os indivíduos com sequelas em decorrência de AT possuem escores menores nos domínios Nível de Independência (média=52,91) e Meio Ambiente (média=56,76), e escore maior no domínio dos Aspectos Espirituais/Religião/Crenças Pessoais (média=81,31). Quanto à avaliação da QVG, obteve-se a média de 63,54. Resultados semelhantes foram encontrados em um estudo sobre a avaliação de QV e a importância dada a espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais em adultos com e sem problemas crônicos de saúde e constatou-se que a presença de uma doença crônica pode ser associada com a piora na maioria dos domínios, exceto o domínio Aspectos Espirituais/Religião/Crenças Pessoais. Neste estudo, os escores são mais elevados em pessoas doentes (ROCHA; FLECK, 2011).

Para o WHOQOL-100, os indivíduos com sequelas de AT estão com a QV comprometida nos domínios de Nível de Independência (média=52,61) e Meio Ambiente (média=56,76); ou seja, percebem a sua QV em meio termo (não tão boa/não tão ruim) quanto ao Nível de Independência na mobilidade, em atividades da vida cotidiana, dependência de medicações ou de tratamentos e capacidade para o trabalho, e também, quanto à segurança

física e proteção, ambiente do lar, recursos financeiros, cuidados com a saúde e sociais e nas oportunidades de adquirir novas informações e habilidades. Resultados semelhantes a esses foram encontrados por Bampi, Guilhem e Lima (2008).

Alves et al. (2009), em uma pesquisa com pacientes com traumas atendidos na emergência do Hospital Universitário de Ribeirão Preto, SP, com objetivo de avaliar a QV após seis meses de alta hospitalar, com o WHOQOL-Breve, constataram que os indivíduos vítimas AT apresentaram diminuição na QV, tendo o domínio Físico sido mais afetado embora, nos domínios Psicológico e Meio Ambiente encontrasse um escore distante do esperado para a população geral.

Diferente da presente pesquisa, no que se refere ao escore médio, mas próximo ao escore geral encontrado por Silva et al. (2008), o escore médio em todos os domínios do WHOQOL-Breve e no geral foram superiores a 60 pontos, em uma escala de 0 a 100.

Observa-se, entre a população pesquisada, que o domínio do WHOQOL-100 com maior escore foi Espiritualidade/Religiosidade/Crenças Pessoais (média=81,31), o que pode significar que as crenças pessoais dão sentido à vida, dão forças para enfrentar as dificuldades e ajudam a entendê-las. Atualmente, já se estudam uma associação da QV à uma variável que é *Coping Religioso/Espiritual*, que é o uso da espiritualidade, fé ou da religião para lidar com o estresse e os problemas da vida; os que utilizam estratégias de enfrentamento do *Coping Religioso/Espiritual* positivo (PANZINI et al., 2007).

Esse aspecto é particularmente verdadeiro na amostra pesquisada, pois demonstra que o fator espiritual tem uma importância para os referidos participantes e possibilita uma melhor QV, conquanto esse fato possa estar relacionado à busca de um apoio na espiritualidade para vivenciar um momento de dificuldades na vida e/ou uma busca de cura através da fé (RABELO, 1993).

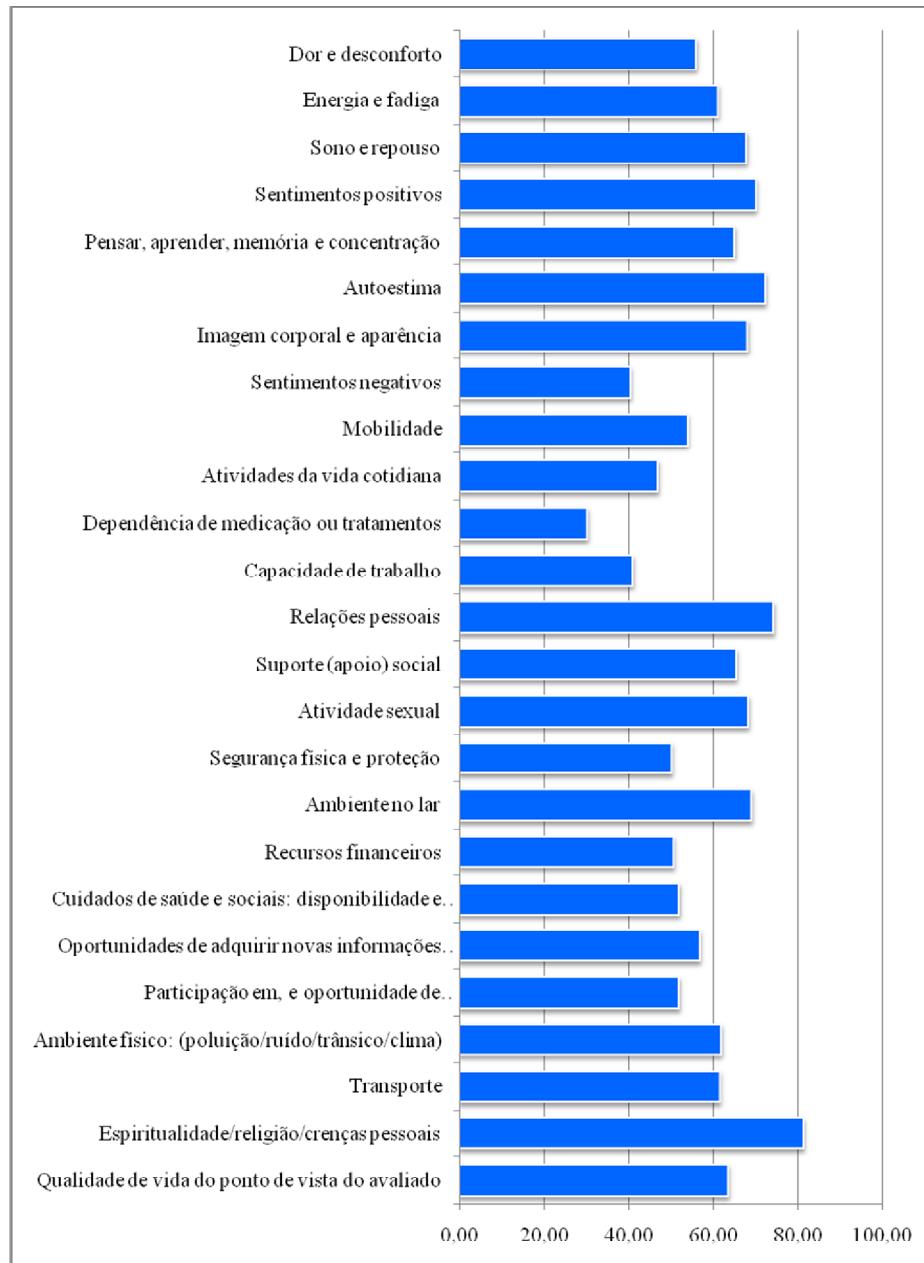
Os indivíduos, através das suas crenças pessoais, interpretam os acontecimentos, a partir dessa interpretação dão sentido aos fatos; se a espiritualidade entra como algo que lhes promova a esperança, a segurança e perseverança, ou seja, o bem-estar psicológico, resultando assim numa melhor QV.

Trata-se de uma característica muito interessante observada na amostra, pois há uma tendência do senso comum em atribuir a causa de um acidente a uma força superior, à

maldição, ao castigo divino ou um aprendizado, com um discurso com conteúdos mágicos e religiosos: “foi da vontade de Deus”, “Deus quis assim”, “Deus não me ama, porque tirou o meu filho”, “tem coisas que é para a gente aprender” (BIAVATI; MARTINS, 2007; QUEIROZ; OLIVEIRA, 2003; SILVEIRA, 2009). Mas, mostrou-se na presente pesquisa, que o fator espiritual foi importante para favorecer uma melhor QV.

No entanto, os resultados encontrados com a avaliação do WHOQOL-100 na amostra pesquisada podem estar relacionados ao perfil da amostra – indivíduos com sequelas de AT, sendo que os menores escores foram para os domínios Nível de Independência e Meio Ambiente, o que pode representar que o evento AT e as patologias adquiridas através deste, são muito limitadoras ao indivíduo, no que diz respeito às atividades diárias, com prejuízos nas ações humanas mais básicas e importantes para o indivíduo: mobilidade, trabalho, saúde, autonomia para atividades cotidianas (vestir-se, tomar banho, comer, entre outras). Agregado a isso, a percepção desse indivíduo quanto à segurança física e proteção podem ter ficado comprometidas devido à experiência relacionada ao AT, fato que lhe trouxe prejuízos financeiros e sendo levado a recorrer, na maioria dos casos, aos serviços de saúde e sociais disponibilizados pelo Estado. Nesse contexto, é compreensível e visível a diminuição das oportunidades em adquirir novas informações, habilidades e na participação de atividades de lazer/recreação, podendo evidenciar um impacto na avaliação da QV.

GRÁFICO 6 - Média geral do WHOQOL-100 da amostra por facetas



Fonte: Jucimara Zacarias Martins Silveira, 2011.

Ressalta-se que nessa pesquisa, optou-se por demonstrar a média geral do WHOQOL-100 por facetas, por possibilitar uma melhor compreensão dos aspectos avaliados e o escore alcançado por faceta.

No Gráfico 6 visualiza-se um panorama de como está a QV dos indivíduos com sequelas de AT, por facetas do WHOQOL-100. A partir de pesquisas em base de banco de

dados: LILACS, SCIELO, BIREME e MEDLINE, não foi encontrada, no Brasil, uma pesquisa sobre QV e AT, utilizando o WHOQOL-100 e fazendo uma análise do escore geral por facetas. Importante observar como a população estudada tem uma dependência de medicamentos ou de tratamentos médicos; vivencia sentimentos negativos; apresenta reduzida a capacidade para o trabalho; tem comprometimento nos recursos financeiros, nas atividades da vida cotidiana; percebe a sua segurança física e proteção ameaçada; vê os cuidados de saúde e sociais não tão disponíveis e com qualidade, com a participação em oportunidades de recreação/lazer e oportunidades de adquirir novas informações e habilidades. Fatores como esses têm influenciado a QV da amostra estudada.

Isso pode estar relacionado ao fato de as lesões por AT e a gravidade do trauma poderem determinar o período de internação, tipo de sequelas e a possibilidade ou não de diminuição da capacidade funcional, afastamento das atividades ocupacionais, dependência de medicamentos e tratamentos médicos e prejuízos no convívio social.

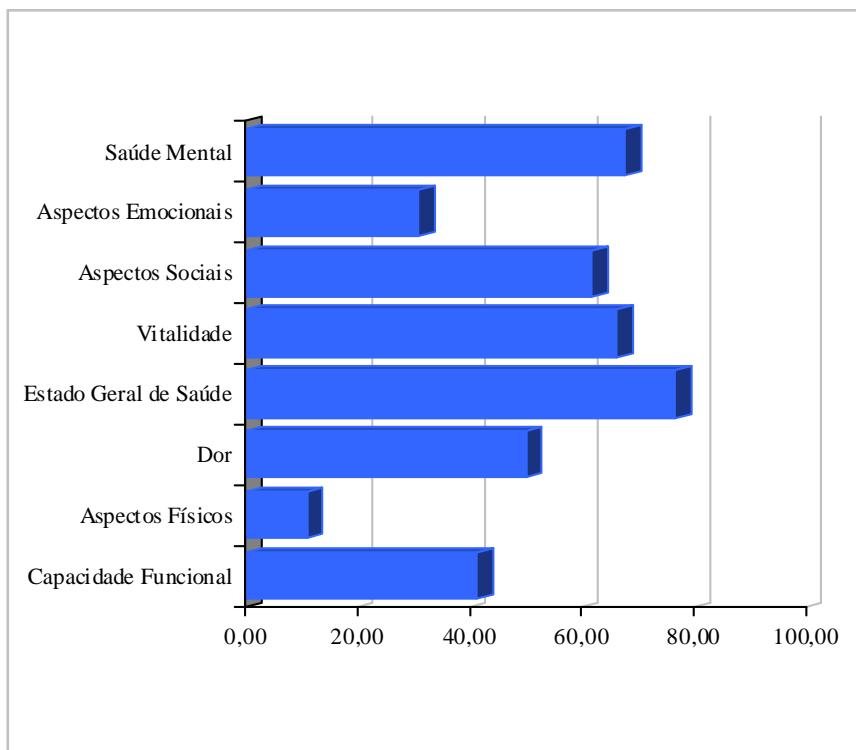
Ao considerar que, na amostra estudada, o tempo médio de lesão é de 24,79 meses para indivíduos com uma média de 36,77 anos de idade, com período de internação em média de 16,27 dias, com uma média de R\$ 1.580,70 de renda mensal familiar antes do AT e, após, de R\$ 1.152,40, observa-se a insuficiência de renda, considerada baixa para suprir as necessidades básicas de uma família, ainda mais em se tratando de dispor recursos para custear os gastos com a recuperação das lesões e tratamentos de reabilitação, bem como todo o suporte necessário para esse indivíduo, tais como: transporte, medicações, cadeira de rodas, muletas, consultas e sessões necessárias com os profissionais da saúde.

TABELA 8 - Escore geral do SF-36 da amostra estudada, por domínio

Domínio	n	Média	dp
Capacidade Funcional	100	41,35	37,58
Aspectos Físicos	100	11,00	26,43
Dor	100	50,01	26,18
Estado Geral de Saúde	100	76,71	19,60
Vitalidade	100	66,35	20,80
Aspectos Sociais	99	61,74	28,28
Aspectos Emocionais	100	31,00	40,27
Saúde Mental	100	67,92	23,24

Fonte: Jucimara Zacarias Martins Silveira, 2011.

GRÁFICO 7 - Média geral do SF-36 dos indivíduos com seqüelas de acidentes de trânsito amostrados por domínio



Fonte: Jucimara Zacarias Martins Silveira, 2011.

Constatou-se, nesta pesquisa, que os indivíduos com sequelas de AT possuem escores menores nos domínios Físico (média=11), Aspectos Emocionais (média=31) e Capacidade Funcional (média=41), e escore maior no domínio no Estado Geral de Saúde (média=76,71) na avaliação de QV a partir do Questionário SF-36 (TABELA 8, GRÁFICO 6).

Diante dos resultados da presente pesquisa sobre a QV dos indivíduos com sequelas de AT, fica demonstrado, por meio do SF-36, um comprometimento na QV diante dos domínios Aspectos Físicos (média=11), Aspectos Emocionais (média=31) e Capacidade Funcional (média=41,35). Isso significa que os participantes estão com algum tipo de limitação e na quantidade de trabalho, bem como com interferência nas atividades diárias e/ou na produtividade; que há aspectos psicológicos que não estão possibilitando um bem-estar para indivíduo e presença de limitações que abrange a capacidade física.

Em uma pesquisa com motociclistas vítimas de AT na cidade de Maringá, PR, realizada por Oliveira e Sousa (2003), estes utilizaram na avaliação da QV o Questionário SF-

36, verificaram que tanto no grupo de indivíduos com traumatismo crânioencefálico quanto no grupo sem esse tipo de lesão, as médias maiores para o domínio Capacidade Funcional (média=88,53 e 85,23 respectivamente), e os escores mais baixos foram para o domínio Vitalidade (média=73,53 e 64,66 respectivamente).

Quanto aos aspectos emocionais do indivíduo acidentado, Sousa Filho, Xavier e Vieira (2008) constataram em uma pesquisa que os participantes atribuíram as suas ansiedades à demora na recuperação da saúde, ao tratamento hospitalar prolongado, às suspensões de cirurgias e ao retardo para agendá-lo.

Resultados semelhantes aos da presente pesquisa foram encontrados no pré-operatório de pacientes com doença coronariana, com menores escores nos domínios: Aspectos Físicos, Aspectos Emocionais, Capacidade Funcional e Dor. Após a intervenção cirúrgica, os resultados ficaram diferentes, tendo maiores escores nos domínios: Aspectos Físicos e Aspectos Emocionais (GOIS; DANTAS; TORRATI, 2009).

Para Alves et al. (2009), variáveis como: qualidade do atendimento oferecido pelo sistema de saúde, tipo e gravidade das lesões, número de intervenções cirúrgicas, grau de sequelas, dor, acesso à reabilitação e condições e condição socioeconômica podem influenciar na QV após o trauma.

Acredita-se que os resultados obtidos a partir da avaliação do SF-36, podem estar relacionados ao fato de o indivíduo com sequelas de AT, na maioria dos casos, passar por um longo período com algum tipo de limitação física, com a quantidade de trabalho reduzida, devido às dificuldades e interferências nas atividades diárias; bem como as consequências do estado psicológico no bem-estar, que pode ser pelas mudanças abruptas no estilo de vida, provocado pelas lesões.

Entretanto, embora as limitações físicas e a redução na capacidade funcional estejam muito presentes, os indivíduos com sequelas de AT percebem a sua saúde geral como boa, possibilitando assim, uma melhor QV.

TABELA 9 - Nível de significância das variáveis Sociodemográficas para os domínios do WHOQOL-100

WHOQOL-100	Sexo	Estado civil	Escolaridade	Idade*	Renda	
					Antes AT**	Após AT**
Físico	0,000*	0,188	0,220	0,941	0,989	0,251
Psicológico	0,002*	0,675	0,133	0,143	0,178	0,037*
Nível de Independência	0,109	0,472	0,258	0,233	0,813	0,047*
Relações Sociais	0,010*	0,825	0,161	0,971	0,266	0,151
Meio Ambiente	0,262	0,379	0,047*	0,851	0,289	0,028*
Espirituais	0,959	0,713	0,843	0,891	0,349	0,563

*Resultados significativos.

**Foi realizado o teste de correlação de Pearson.

Fonte: Jucimara Zacarias Martins Silveira, 2011.

Na variável sociodemográfica sexo, em todos os domínios significativos, ou seja, nos domínios Físico, Psicológico e Relações Sociais, os homens apresentaram escores maiores em relação às mulheres. Importante registrar que os homens compõem 66% da amostra. Não houve nenhum domínio significativo em relação à variável estado civil, ou seja, esta não interfere na QV da amostra estudada (TABELA 9).

Já no caso da escolaridade, à medida que aumenta a escolaridade do indivíduo acidentado, aumenta a QV no domínio Meio Ambiente. Pode estar relacionado ao fato de que quanto maior a escolaridade, maior será a percepção da QV em relação à segurança física e proteção; ambiente no lar; recursos financeiros; cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade; oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, como bem avalia o WHOQOL-100.

Com relação à renda após o AT, os domínios foram positivamente correlacionados, ou seja, indivíduos com maior renda tenderam a possuir melhores escores de QV nos domínios significativos. Isso pode estar relacionado ao fato da renda possibilitar o acesso às melhores condições de vida e também de tratamentos para a reabilitação do estado de saúde, vivenciado pelo participante da pesquisa.

TABELA 10 - Nível de significância das variáveis Sociodemográficas para os domínios do SF-36

SF-36	Sexo	Estado civil	Escolaridade	Idade*	Renda	
					Antes AT**	Após AT**
Capacidade Funcional	0,001*	0,109	0,881	0,941	0,192	0,891
Aspectos Físicos	0,557	0,048*	0,143	0,143	0,443	0,124
Dor	0,085	0,166	0,292	0,233	0,599	0,219
Estado Geral da Saúde	0,165	0,937	0,287	0,971	0,132	0,362
Vitalidade	0,021*	0,230	0,771	0,851	0,909	0,374
Aspectos Sociais	0,406	0,622	0,636	0,891	0,595	0,603
Aspectos Emocionais	0,679	0,006*	0,584	0,560	0,078	0,009*
Saúde Mental	0,001*	0,155	0,501	0,422	0,62	0,141

*Resultados significativos.

**Foi realizado o teste de correlação de Pearson.

Fonte: Jucimara Zacarias Martins Silveira, 2011.

Nos cruzamentos do questionário SF-36 em relação às variáveis sociodemográficas, o sexo dos indivíduos acidentados interferiu em três domínios: Capacidade Funcional, Vitalidade e Saúde Mental, sendo que nesses domínios os homens estão melhores que as mulheres em QV. Já em relação ao estado civil, os solteiros possuem melhores escores de QV nos domínios Aspectos Físicos e Aspectos Emocionais. Já na variável renda após o AT, no domínio Aspectos Emocionais, os participantes com maior renda tenderam a possuir maior escore nesse domínio.

Quanto à escolaridade e QV, os resultados de Gois, Dantas e Torrati (2009) demonstraram em uma avaliação de QVRS que a escolaridade e estado civil não apresentaram associação entre essas variáveis e QV.

Em um estudo sobre avaliação de QV em pacientes com trauma crânioencefálico, foi constatado que os participantes que apresentaram melhor percepção da QV tinham maior renda, maior nível educacional e que conseguiram se ajustar socialmente (retornar para o trabalho ou estudo), mas influenciaram menos intensamente na avaliação da QV, a classe social e a forma de locomoção. Quanto ao sexo, as mulheres obtiveram menor pontuação no domínio Físico (SILVA et al., 2008).

6.2.2 Qualidade de Vida e o perfil dos acidentes de trânsito na amostra estudada

Nessa parte da análise, foram abordados aspectos do indivíduo acidentado, os quais compreendem benefícios: se houve recebimento ou não de algum tipo de benefício em decorrência do acidente; o tipo de acidente: se o AT foi atropelamento, queda de motocicleta, colisão, abalroamento; a condição do participante no momento do acidente, de condutor, passageiro ou pedestre e condutor habilitado: se o condutor era habilitado.

TABELA 11 - Nível de significância das variáveis Perfil dos AT para os domínios do WHOQOL-100

WHOQOL-100	Benefícios	Tipo de acidente	Condição no AT	Condutor habilitado
Físico	0,301	0,120	0,000*	0,291
Psicológico	0,597	0,778	0,000*	0,643
Nível de Independência	0,378	0,900	0,003*	0,715
Relações Sociais	0,814	0,883	0,010*	0,536
Meio Ambiente	0,625	0,975	0,103	0,854
Espirituais	0,790	0,606	0,064	0,484

*Resultados significativos.

Fonte: Jucimara Zacarias Martins Silveira, 2011.

Na Tabela 11, nos domínios do WHOQOL-100, apenas a variável condição do participante no momento do AT foi significativa, sendo que os passageiros estão piores em QV nos domínios Físico, Psicológico, Nível de Independência e Relações Sociais.

A condição de passageiro, no momento do acidente, apresentou uma pior QV tanto no WHOQOL-100, quanto no SF-36. Esse dado pode estar relacionado ao tipo de acidente mais frequente na amostra, colisão (37%), queda de motocicleta (24%) e abalroamento (17%), bem como aos tipos das sequelas nos membros superiores (46%) e inferiores (65%) e também ao tipo de veículo: carro (52%) e motocicleta (77%), ficando os passageiros muito expostos às lesões, em alguns casos com uma quantidade maior, quando comparados aos condutores. Importante ressaltar que, na amostra estudada, somente 13% eram passageiros, na maioria das vezes de motocicleta.

Um dado importante, diretamente relacionado com a condição de passageiro, é que a gravidade dos ferimentos dos ocupantes da motocicleta (condutor e passageiro) é muito maior

se comparada aos outros tipos de AT com veículos a motor (QUEIROZ; OLIVEIRA, 2003). Pode ser por esse motivo que os passageiros estão com uma pior QV.

Para Gonçalves, Morita e Haddad (2007), a condição do indivíduo no momento do AT afeta a percepção dele sobre o acidente. Afirmando que a condição de passageiro é pior, pelo fato de não perceber a situação tão rapidamente, mesmo quando isso ocorre não podem fazer nada para controlar a situação.

TABELA 12 - Nível de significância das variáveis Perfil dos AT para os domínios do SF-36

SF-36	Benefícios	Tipo de acidente	Condição no AT	Condutor habilitado
Capacidade Funcional	0,305	0,162	0,001*	0,361
Aspectos Físicos	0,988	0,589	0,612	0,131
Dor	0,791	0,685	0,562	0,229
Estado Geral da Saúde	0,656	0,786	0,012*	0,667
Vitalidade	0,651	0,981	0,001*	0,711
Aspectos Sociais	0,890	0,766	0,168	0,935
Aspectos Emocionais	0,620	0,316	0,525	0,389
Saúde Mental	0,840	0,977	0,000*	0,021*

*Resultados significativos.

Fonte: Jucimara Zacarias Martins Silveira, 2011.

Também no questionário SF-36 a variável condição do participante no momento do AT foi significativa, sendo que os passageiros estão piores em relação aos condutores em QV nos domínios Capacidade Funcional, Estado Geral de Saúde, Vitalidade e Saúde Mental. Já na variável “condutor habilitado”, o domínio significativo com a variável foi Saúde Mental, sendo que os condutores não habilitados estão piores que os condutores habilitados nesse domínio.

6.2.3 Qualidade de Vida e sequelas em decorrência de acidentes de trânsito

Os participantes foram questionados sobre se foram internados, qual o tipo de sequela em decorrência do acidente (membros superiores, membros inferiores, traumatismo crânioencefálico) e se possuem pinos. Os resultados dos cruzamentos estão nas tabelas a

seguir.

TABELA 13 - Nível de significância das variáveis Sequelas para os domínios do WHOQOL-100

WHOQOL-100	Internado	Membros superiores	Membros inferiores	Traumatismo crânioencefálico	Pinos
Físico	0,335	0,549	0,036*	0,188	0,458
Psicológico	0,360	0,033*	0,009*	0,637	0,181
Nível de Independência	0,071	0,035*	0,000*	0,566	0,309
Relações Sociais	0,475	0,225	0,032*	0,811	0,319
Meio Ambiente	0,558	0,148	0,036*	0,131	0,509
Espirituais	0,990	0,405	0,254	0,888	0,322

*Resultados significativos.

Fonte: Jucimara Zacarias Martins Silveira, 2011.

As variáveis significativas com alguns domínios do WHOQOL-100 foram para os tipos de sequelas nos membros superiores e membros inferiores. No entanto os participantes que tiveram sequelas nos membros superiores apresentam melhor QV nos domínios Psicológico e Nível de Independência, comparado aos que não tiveram sequelas nessa região do corpo. Ao contrário, os que tiveram sequelas nos membros inferiores apresentam-se pior nos domínios Físico, Psicológico, Nível de Independência, Relações Sociais e Meio Ambiente em relação aos participantes que não tiveram sequelas nessa região (TABELA 13).

TABELA 14 - Nível de significância das variáveis Sequelas para os domínios do SF-36

SF-36	Internado	Membros superiores	Membros inferiores	Traumatismo crânioencefálico	Pinos
Capacidade Funcional	0,571	0,003*	0,000*	0,505	0,210
Aspectos Físicos	0,740	0,917	0,609	0,045*	0,161
Dor	0,932	0,045*	0,635	0,265	0,951
Estado Geral da Saúde	0,446	0,104	0,045*	0,360	0,166
Vitalidade	0,657	0,400	0,016*	0,584	0,425
Aspectos Sociais	0,304	0,046*	0,000*	0,193	0,512
Aspectos Emocionais	0,727	0,645	0,198	0,104	0,422
Saúde Mental	0,928	0,058	0,004*	0,712	0,727

*Resultados significativos.

Fonte: Jucimara Zacarias Martins Silveira, 2011.

No SF-36, os participantes que tiveram sequelas nos membros superiores tendem a possuir melhores escores em QV do que os com sequelas nos membros inferiores, com exceção do domínio Dor (TABELA 14).

Já para variável traumatismo cranioencefálico, o único domínio significativo foi Aspectos Físicos, no qual os participantes apresentam melhor QV nesse domínio em relação aos demais.

Tanto as lesões nos membros inferiores quanto nos superiores são muito limitadoras. Mas, nesta pesquisa, contatou-se que os participantes com lesões nos membros inferiores estão com uma pior QV, em ambos os instrumentos de avaliação, o que pode estar relacionado a um grau maior de dificuldades para a locomoção, para o trabalho, esporte, vida social, Nível de Independência do indivíduo em várias atividades, afetando até a sua autoestima, pois, em muitos casos, torna-se necessário utilizar fixador externo Ilizarov, muletas, cadeira de rodas ou sonda vesical de demora, podendo causar uma inibição da aparência física, bem como impedimentos para atividades laborais e sociais.

Isso se justifica, principalmente, ao se considerar que, na amostra estudada, predominou a faixa etária de adultos jovens e solteiros, indivíduos que podem ter uma maior preocupação com aparência física, com o desempenho sexual e estão mais voltados para a interação social e com grandes expectativas para o futuro, através de ideias e planejamentos.

Em um estudo realizado sobre produção de sentidos e AT, em um hospital em Rondonópolis, MT, com sobreviventes de AT, verificou-se que estes temiam as consequências das lesões, a partir dos seguintes discursos: “Com medo de não andá mais [...] Inválida né!”; “meu único medo é só ficá de muleta”; “Meu maior medo é de perder a perna”. Demonstra a relação entre lesão e sofrimento psíquico, pelo fato de o indivíduo ter apresentado um aspecto psicológico frente à lesão/limitação (CARMO, 2010).

Loureiro, Faro e Chaves (1997), através de uma pesquisa sobre a QV sob a ótica dos indivíduos com lesão medular, em método qualitativo, concluiu que as modificações orgânicas causaram déficit de locomoção e movimentação dos membros; quanto às modificações comportamentais, houve alteração nos hábitos e ausência de lazer; nas modificações psicológicas, apontaram uma cisão entre o antes e o após a lesão; castigo divino; culpa parcial do acontecido; colocar-se à mercê do destino; desespero pós-lesão; dificuldade de aceitar o fato, embora houvesse conscientização do problema; vergonha da impossibilidade

de autocuidar-se e controle das necessidades fisiológicas e sensação de fim da vida. As modificações mais relatadas estão nas categorias psicológicas e sociais, o que demonstra a importância desses aspectos na QV dos indivíduos com lesão medular.

Nas Tabelas 13 e 14, em ambos os instrumentos, o WHOQOL-100 e o SF-36, demonstrou-se que os participantes com lesões nos membros inferiores estão com a QV mais comprometida. Vall, Braga e Almeida (2006), em sua pesquisa, encontraram resultados semelhantes com SF-36, concluindo que o indivíduo com lesão medular tem um comprometimento em sua QV, em todos os domínios, sobretudo nos Aspectos Sociais.

TABELA 15 - Nível de significância das variáveis Tempo de Lesão/AT para os domínios do WHOQOL-100

WHOQOL-100	Tempo de lesão/acidente**	Duração da internação**
Físico	0,434	0,165
Psicológico	0,377	0,790
Nível de Independência	0,026*	0,830
Relações Sociais	0,577	0,643
Meio Ambiente	0,152	0,650
Espirituais	0,338	0,058

*Resultados significativos.

**Foi realizado o teste de correlação de Pearson.

Fonte: Jucimara Zacarias Martins Silveira, 2011.

TABELA 16 - Nível de significância das variáveis Tempo de Lesão/AT para os domínios do SF-36

SF-36	Tempo de lesão/acidente**	Duração da internação**
Capacidade Funcional	0,233	0,318
Aspectos Físicos	0,00*	0,146
Dor	0,063	0,585
Estado Geral da Saúde	0,834	0,714
Vitalidade	0,099	0,961
Aspectos Sociais	0,708	0,784
Aspectos Emocionais	0,666	0,82
Saúde Mental	0,958	0,739

*Resultados significativos.

**Foi realizado o teste de correlação de Pearson.

Fonte: Jucimara Zacarias Martins Silveira, 2011.

Nas Tabelas 15 e 16, em ambos os domínios significativos, tanto no WHOQOL-100 quanto no SF-36, houve uma correlação positiva, ou seja, quanto maior o espaço de tempo desde a ocorrência do acidente, maior é a QV do indivíduo acidentado, nos domínios de Aspectos Físicos (SF-36) e Nível de Independência (WHOQOL-100). Isso pode estar relacionado ao fato do maior espaço de tempo entre a ocorrência do acidente/lesão e a coleta de dados, o que possibilitou melhor recuperação das lesões, refletindo assim, numa melhor QV, considerando-se que são domínios que avaliam o grau de limitações no estado físico e se o indivíduo tem autonomia nas suas atividades diárias.

Já em relação à duração da internação, não houve domínio significativo em nenhum dos instrumentos de avaliação. Diferente dos resultados encontrados por Alves et al. (2009), em que, quanto maior o tempo de permanência hospitalar, menor o escore no domínio Físico, do WHOQOL-Breve.

6.2.4 Qualidade de Vida e dificuldades atuais vivenciadas pelos participantes

Foram correlacionadas às variáveis de dificuldades atuais vivenciadas pelos indivíduos com sequelas de AT, nos contextos de locomoção, trabalho, esporte, estudos, sexual, sono e social.

TABELA 17 - Nível de significância das variáveis Dificuldades Atuais para os domínios do WHOQOL-100

WHOQOL-100	Locomoção	Trabalho	Esporte	Estudar	Sexual	Sono	Social
Físico	0,010*	0,725	0,744	0,497	0,067	0,000*	0,001*
Psicológico	0,052	0,685	0,460	0,510	0,148	0,000*	0,020*
Nível de Independência	0,000*	0,063	0,560	0,195	0,005*	0,000*	0,000*
Relações Sociais	0,089	0,279	0,327	0,238	0,127	0,005*	0,063
Meio Ambiente	0,004*	0,115	0,145	0,425	0,117	0,010*	0,002*
Espirituais	0,564	0,019*	0,072	0,051	0,709	0,258	0,683

*Resultados significativos.

Fonte: Jucimara Zacarias Martins Silveira, 2011.

De acordo com os resultados na Tabela 17, os que não possuem dificuldades na variável significativa com o domínio do WHOQOL-100 obtiveram escores melhores de QV, nos domínios Físico, Nível de Independência e meio ambiente relacionados à locomoção; no domínio Aspectos Espirituais/Religião/Crenças Pessoais, na variável trabalho; domínio Nível de Independência, no aspecto sexual; no sono, para os domínios Físico, Psicológico, Nível de Independência, Aspectos Sociais e Meio Ambiente; já para o social, os domínios Físico, Psicológico, Nível de Independência e Meio Ambiente, comparado aos participantes que tiveram dificuldades.

TABELA 18 - Nível de significância das variáveis Dificuldades Atuais para os domínios do SF-36

SF-36	Locomoção	Trabalho	Esporte	Estudar	Sexual	Sono	Social
Capacidade Funcional	0,000*	0,066	0,028*	0,421	0,170	0,000*	0,000*
Aspectos Físicos	0,459	0,004*	0,620	0,448	0,979	0,131	0,024*
Dor	0,381	0,082	0,421	0,480	0,311	0,000*	0,003*
Estado Geral da Saúde	0,071	0,204	0,678	0,840	0,329	0,001*	0,069
Vitalidade	0,051	0,664	0,332	0,350	0,000*	0,000*	0,001*
Aspectos Sociais	0,009*	0,403	0,349	0,053	0,054	0,001*	0,000*
Aspectos Emocionais	0,046*	0,250	0,768	0,384	0,176	0,039*	0,002*
Saúde Mental	0,024*	0,392	0,707	0,464	0,039*	0,000*	0,003*

*Resultados significativos.

Fonte: Jucimara Zacarias Martins Silveira, 2011.

Encontraram-se resultados parecidos com WHOQOL-100 no questionário SF-36, ou seja, nos domínios significativos do SF-36 em relação às dificuldades, os participantes que não apresentaram dificuldades encontram-se melhor em relação aos que as apresentaram (TABELA 18).

No Questionário Sociodemográfico, 61% dos participantes assinalaram dificuldades na locomoção, 84% para o trabalho, 67% para o esporte, 16% para estudo, 20% na área sexual, 33% para o sono e 52% social, percentual significativo na amostra estudada, que apresenta uma pior QV, devido às dificuldades atuais vivenciadas pelo indivíduo com

sequelas de AT.

Então, os participantes que perceberam as dificuldades após o AT como limitantes para a sua vida, tiveram um comprometimento na QV. Como ressaltam Bampi, Guilhem e Lima (2008), que uma lesão pode acarretar mudanças físicas, consequentemente, essas alterações e as barreiras sociais podem trazer dificuldades à vida e interferir na avaliação de QV dessa população.

Considerando que o trauma pode estar relacionado a um grande impacto na QV dos indivíduos em médio prazo (ALVES et al., 2009), pois as limitações físicas são muitas, isso impossibilita o indivíduo, em alguns casos, até de sair de casa, quanto mais praticar um esporte, trabalhar, desempenhar atividades sociais (como visitar amigos e/ou familiares, ir a festas) ou até mesmo querer receber visitas, devido ao estado emocional.

Explica-se isso pelo fato de que “[...] as privações físicas e motoras de grande extensão podem chegar a um nível de incapacitação total até as necessidades fisiológicas mais básicas, como cuidados pessoais [...]” (CARMO, 2010, p. 83). E, ainda, devido ao estado clínico, com fraturas que requerem uso de fixador externo Ilizarov, a dores, limitações na mobilidade ou a aspectos emocionais, como a manifestação de ansiedade e/ou de depressão, e exacerbação de sintomas que podem comprometer o sono, interferindo no restabelecimento da própria saúde e na própria percepção de QV.

6.2.5 Qualidade de Vida e mudanças após o acidente de trânsito.

A análise das mudanças foi dividida em quatro subtópicos, sendo: Profissional, Escolar, Familiar e Social. Seguem os resultados nas tabelas a seguir.

TABELA 19 - Nível de significância das variáveis Mudanças no Contexto Profissional, para os domínios do WHOQOL-100

WHOQOL-100	Dificuldade de exercer a profissão	Baixo desempenho	Dificuldade de ascensão	Outros
Físico	0,212	0,742	0,980	0,139
Psicológico	0,106	0,675	0,824	0,421
Nível de Independência	0,000*	0,140	0,142	0,389
Relações Sociais	0,403	0,109	0,676	0,121
Meio Ambiente	0,074	0,868	0,409	0,319
Espirituais	0,781	0,564	0,986	0,103

*Resultados significativos.

Fonte: Jucimara Zacarias Martins Silveira, 2011.

Com relação às mudanças profissionais, os participantes que não tiveram dificuldades em exercer a profissão que tinham antes do AT (17%) apresentam melhor QV no domínio de Nível de Independência. Isso pode ser pelo fato da autonomia que possuem na mobilidade, nas atividades da vida cotidiana, na capacidade para o trabalho e menor dependência de medicamentos e tratamentos, demonstrando que o AT não trouxe prejuízos na QV, no Nível de Independência, para os participantes que não apresentaram mudanças após o AT (TABELA 19).

TABELA 20 - Nível de significância das variáveis Mudanças no Contexto Profissional, para os domínios do SF-36

SF-36	Dificuldade de exercer a profissão	Baixo desempenho	Ascensão	Outro
Capacidade Funcional	0,022*	0,000*	0,061	0,607
Aspectos Físicos	0,000*	0,018*	0,745	0,783
Dor	0,369	0,076	0,580	0,215
Estado Geral da Saúde	0,214	0,321	0,882	0,030*
Vitalidade	0,327	0,904	0,182	0,253
Aspectos Sociais	0,125	0,883	0,739	0,343
Aspectos Emocionais	0,013*	0,219	0,327	0,117
Saúde Mental	0,430	0,680	0,773	0,204

*Resultados significativos.

Fonte: Jucimara Zacarias Martins Silveira, 2011.

Confirmado com WHOQOL-100, em todos os domínios significativos do questionário SF-36, os participantes que não mencionaram mudanças no contexto profissional após o AT apresentam melhor QV, nos domínios Capacidade Funcional, Aspectos Físicos (os que relataram não ter dificuldade de exercer a profissão que tinha antes do AT e baixo desempenho profissional), Aspectos Emocionais (os que não tiveram dificuldade de exercer a profissão que tinham antes do AT) e Estado Geral de Saúde (os que não tiveram outras mudanças no contexto profissional) (TABELA 20).

TABELA 21 - Nível de significância das variáveis Mudanças no Contexto Escolar, para os domínios do WHOQOL-100

WHOQOL-100	Estudo/ aperfeiçoamento	Leitura	Escrita
Físico	0,168	0,341	0,486
Psicológico	0,001*	0,017*	0,017*
Nível de Independência	0,015*	0,144	0,751
Relações Sociais	0,001*	0,043*	0,009*
Meio Ambiente	0,023*	0,078	0,352
Espirituais	0,777	0,030*	0,167

*Resultados significativos.

Fonte: Jucimara Zacarias Martins Silveira, 2011.

Na Tabela 21, constam os resultados quanto às mudanças escolares, que foram analisados, nos aspectos: estudo/aperfeiçoamento, leitura e escrita.

Na análise, em todos os domínios significativos com as variáveis escolares, os participantes que não tiveram mudanças apresentam melhor QV nos domínios Psicológico, Nível de Independência, Relações Sociais e Meio Ambiente quanto ao estudo/aperfeiçoamento; na leitura nos domínios Psicológico, Aspectos Sociais e Aspectos Espirituais/Religião/Crenças Pessoais; na escrita nos domínios Psicológico e Aspectos Sociais em relação aos que tiveram mudanças no contexto escolar.

TABELA 22 - Nível de significância das variáveis Mudanças no Contexto Escolar, para os domínios do SF-36

SF-36	Estudo/ aperfeiçoamento	Leitura	Escrita
Capacidade Funcional	0,403	0,865	0,500
Aspectos Físicos	0,608	0,342	0,000*
Dor	0,256	0,243	0,921
Estado Geral da Saúde	0,000*	0,032*	0,240
Vitalidade	0,009*	0,543	0,420
Aspectos Sociais	0,222	0,543	0,166
Aspectos Emocionais	0,894	0,952	0,438
Saúde Mental	0,016*	0,142	0,077

*Resultados significativos.

Fonte: Jucimara Zacarias Martins Silveira, 2011.

Como no WHOQOL-100, os resultados significativos do SF-36 demonstraram que os participantes que não tiveram mudanças no contexto escolar após o AT (59%) apresentam melhor QV em relação aos que apresentaram mudanças nesse contexto (41%), nos domínios Estado Geral de Saúde (para o estudo/aperfeiçoamento e leitura), Vitalidade, Saúde Mental (para o estudo/aperfeiçoamento) e Aspectos Físicos (escrita) (TABELA 22).

Considerando que o tempo de recuperação da lesão é longo, e dependendo do tipo de sequelas, o indivíduo fica impossibilitado de realizar várias tarefas, seja por dificuldades de locomoção, comprometimentos na fala, concentração, na escrita, seja devido ao estado geral de saúde. Sendo assim, fica comprometida a QV relacionada ao contexto escolar.

Nas mudanças familiares, analisou-se se após o AT houve afastamento ou aproximação dos seus familiares. Os resultados aferidos estão nas tabelas a seguir.

TABELA 23 - Nível de significância das variáveis Mudanças no Contexto Familiar, para os domínios do WHOQOL-100

WHOQOL-100	Afastamento dos familiares	Aproximação dos familiares
Físico	0,057	0,268
Psicológico	0,001*	0,098
Nível de Independência	0,176	0,615
Relações Sociais	0,002*	0,001*
Meio Ambiente	0,000*	0,001*
Espirituais	0,446	0,141

*Resultados significativos.

Fonte: Jucimara Zacarias Martins Silveira, 2011.

Nos domínios significativos do WHOQOL-100 relacionados ao afastamento/aproximação dos familiares após o acidente, os participantes que relataram ter havido afastamento, apresentam pior QV, e os que relataram aproximação apresentam melhor QV (TABELA 23).

TABELA 24 - Nível de significância das variáveis Mudanças Familiar para os domínios do SF-36

SF-36	Afastamento dos familiares	Aproximação dos familiares
Capacidade Funcional	0,225	0,575
Aspectos Físicos	0,618	0,375
Dor	0,476	0,848
Estado Geral da Saúde	0,003*	0,012*
Vitalidade	0,641	0,427
Aspectos Sociais	0,028*	0,328
Aspectos Emocionais	0,233	0,390
Saúde Mental	0,061	0,451

*Resultados significativos.

Fonte: Jucimara Zacarias Martins Silveira, 2011.

Os resultados do WHOQOL-100, no contexto familiar, confirmaram-se com os do SF-36, sendo que os participantes que relataram que houve afastamento dos familiares após o AT (14%) apresentam pior QV em relação aos que tiveram aproximação (69%), com melhor QV no domínio Estado Geral de Saúde (TABELA 24).

Constata-se na presente pesquisa que os participantes que tiveram a aproximação da família após o AT apresentaram melhor QV quando comparados aos que tiveram o afastamento dos familiares. Isso pode estar relacionado ao fato de a aproximação dos familiares proporcionar um suporte social ao indivíduo, fazendo-o sentir-se acolhido em um momento de grandes dificuldades.

Vale destacar que o pós-trauma do indivíduo com sequelas de AT é um momento em que pode ocorrer muita dependência dos outros, de cuidados básicos (alimentação, banho, vestir-se, transporte, entre outros) e de outros mais elaborados (profissionais de saúde); porém, se o indivíduo, nesse momento, não pode contar com o apoio de familiares, as dificuldades podem ser ainda mais acentuadas.

Magalhães e Loureiro (2007) ressaltam a diminuição do convívio social e familiar como uma condição favorável para o comprometimento na QV após o AT, e a importância do suporte social e da reabilitação como favoráveis ao retorno do convívio social e profissional, bem como meios que possibilitam melhor QV.

No âmbito social, foram analisadas três variáveis — dificuldades em relacionamentos íntimos, perda de interesse nas relações sociais e dificuldade de interagir com as pessoas —, cujos resultados estão nas tabelas a seguir.

TABELA 25 - Nível de significância das variáveis Mudanças no Contexto Social, para os domínios do WHOQOL-100

WHOQOL-100	Relacionamentos íntimos	Perda interesse	Interação com pessoas
Físico	0,006*	0,016*	0,004*
Psicológico	0,025*	0,071	0,001*
Nível de Independência	0,001*	0,002*	0,001*
Relações Sociais	0,072	0,277	0,040*
Meio Ambiente	0,078	0,055	0,019*
Espirituais	0,509	0,454	0,913

*Resultados significativos.

Fonte: Jucimara Zacarias Martins Silveira, 2011.

TABELA 26 - Nível de significância das variáveis Mudanças Social, para os domínios do SF-36

SF-36	Relacionamentos íntimos	Perda interesse	Interação com pessoas
Capacidade Funcional	0,003*	0,002*	0,002*
Aspectos Físicos	0,853	0,386	0,605
Dor	0,578	0,393	0,169
Estado Geral da Saúde	0,643	0,558	0,217
Vitalidade	0,267	0,032*	0,011*
Aspectos Sociais	0,000*	0,004*	0,000*
Aspectos Emocionais	0,014*	0,018*	0,052
Saúde Mental	0,044*	0,010*	0,008*

*Resultados significativos.

Fonte: Jucimara Zacarias Martins Silveira, 2011.

Tanto na avaliação do WHOQOL-100, quanto na do SF-36, para essa variável, em todos os domínios significativos, os participantes que não apresentaram mudanças no contexto social, estão com uma percepção melhor de QV, demonstrando que as mudanças nesse contexto após o AT possibilitam uma pior QV (TABELA 25-26).

É importante destacar que apenas 12% da amostra responderam, no Questionário Sociodemográfico, que não houve nenhuma mudança nesse contexto após o AT. Os resultados indicam que esses participantes estão com uma melhor QV. E 88% da amostra responderam que houve mudanças no contexto social, portanto, estão com uma pior QV.

Diante dos resultados encontrados, a presente pesquisa foi importante para os estudos de QV dessa população, o que até então, não tinha sido realizado com uma população do estado de Mato Grosso do Sul. Ressalta-se a importância desta pesquisa em QV com população local, com as suas características próprias e únicas. E

[...] determinar o número de feridos, dos incapacitados e mortos, assim como a gravidade das lesões das vítimas de trauma, de acordo com os vários tipos de acidente ou violência é fundamental para se traçar o perfil dessas vítimas e desses eventos, visando à elaboração de medidas preventivas [...] (OLIVEIRA; SOUSA, 2003, p. 754).

Diante dos resultados na mudança de vida após o AT e avaliação de QV, os impactos dos AT vão além dos prejuízos pessoais e econômicos, representam dor e sofrimento de um ser humano que sofreu um acidente ou perdeu um familiar, perda de produção para a sociedade (VASCONCELOS, 2005).

Vale destacar que na organização dos resultados, optou-se por constar apenas os resultados estatisticamente significativos da avaliação de QV nesse capítulo, devido à extensão dos resultados obtidos. Contudo, as tabelas com a análise estatística completa estão no Apêndice A. Ressalta-se, que o fato de alguns dados não serem significativos para esse método, não significa que não é relevante ao olhar da psicologia, contudo serão trabalhados em outro momento e possibilizarão futuras investigações.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É consenso no meio científico que os ATs se tornaram uma questão de Saúde Pública com reflexos na economia, no sistema público de saúde, na segurança no trânsito e na QV da população.

A economia brasileira, que nos últimos anos vem apresentando um significativo crescimento, possibilitou melhores condições para a aquisição de veículos automotores. O aumento da frota de veículos em circulação junto com outros fatores, como o estilo de vida agitada, a falta de tempo típicos das sociedades modernas e o baixo nível de educação para o trânsito, concorrem de forma decisiva para a elevação dos índices de AT nas cidades.

Na amostra desta pesquisa, constatou-se uma predominância do sexo masculino, estado civil solteiro, escolaridade ensino médio, média de idade de 36,77 anos, tempo de lesão de 24,79 meses, com a duração da internação em 16.27 dias, renda mensal familiar antes do AT de R\$ 1.580,70 e, após, de R\$ 1.152,40. A pesquisa obteve resultados parecidos com o que a literatura informa, mostrando que os indivíduos com sequelas de AT na amostra estudada, são na maioria adultos jovens e do sexo masculino, na idade mais produtiva de suas vidas; apresentam redução na renda mensal familiar após o AT e mudanças significativas nos contextos: profissional, familiar e social, assim, em decorrência dos AT, há dificuldades para desempenhar o trabalho, praticar esportes, locomoção, vida social e comprometimento do sono.

No contexto geral, os indivíduos com sequelas de AT, obtiveram escores médios para todos os domínios de QV, exceto Aspectos Espirituais/Religião/Crenças Pessoais avaliados com o WHOQOL-100. Algumas facetas obtiveram escores discrepantes das encontradas nos demais domínios, dentre as quais: a alta dependência de medicamentos ou de tratamentos; vivência de sentimentos negativos; redução da capacidade para o trabalho; comprometimentos financeiros; dificuldade nas atividades da vida cotidiana; percepção da sua segurança física e proteção ameaçada. Os cuidados de saúde e sociais não são vistos como tão disponíveis e com qualidade; a participação e oportunidades de recreação/lazer e de adquirir novas informações e habilidades estão reduzidas.

Os resultados dos WHOQOL-100 demonstraram muito assertivamente o que vivencia a população estudada, bem como está a sua QV, devido às consequências das lesões, das sequelas temporárias ou irreversíveis, o que gera dependência de medicamentos ou tratamentos em busca de reabilitação, limitações nas atividades diárias e ocupacionais,

comprometimento dos recursos financeiros, surgindo nesse contexto, os sentimentos negativos. Em vista disso, foram encontrados os menores escores para o Nível de Independência e meio ambiente desse instrumento.

Um aspecto muito importante encontrado foi o escore mais alto para o domínio Aspectos Espirituais/Religião/Crenças Pessoais do WHOQOL-100, pois demonstra que o fator espiritual tem uma importância para os referidos participantes e possibilitam uma melhor QV.

Já na avaliação do questionário SF-36, verifica-se que os menores escores foram nos domínios Aspectos Físicos, Aspectos Emocionais e Capacidade Funcional. Conclui-se, a partir dos resultados do SF-36, que para os indivíduos com sequelas de AT, em decorrência do tipo de limitação, há interferência nas atividades diárias e/ou na produtividade, assim como os aspectos psicológicos impossibilitam-lhes o bem-estar, devido a limitações que abrangem a capacidade física. Nessa avaliação, o maior escore apresentado refere-se ao domínio Estado Geral da Saúde, significando que, embora haja uma sequela por AT, os participantes desta pesquisa percebem a sua saúde geral de forma positiva, percepção essa que lhes possibilita uma melhor QV.

De acordo com o WHOQOL-100 e SF-36, os homens apresentaram uma melhor QV; os participantes considerados na condição de passageiro no momento do AT e os com lesão no membro inferior apresentaram uma pior QV. Verificou-se, também que, quanto maior o tempo decorrido desde o acidente, tanto melhor a QV do indivíduo acidentado nos Aspectos Físicos (SF-36) e no Nível de Independência (WHOQOL-100), que pode estar relacionado ao período que possibilitou uma melhor recuperação, aumentando assim a sua mobilidade, a capacidade de trabalho, a autonomia para as atividades da vida cotidiana, oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, participação em oportunidades de recreação/lazer, sensação de segurança física e proteção e a diminuição da dependência de medicação.

Os participantes que não apresentaram dificuldades atuais nos contextos locomoção, trabalho, esporte, estudos, atividade sexual, sono e social, apresentam melhor QV se comparado aos que apresentaram dificuldades.

Em relação às mudanças, nos contextos profissional, escolar e social, os participantes que não apresentaram mudanças estão com uma melhor QV. Isso demonstra que as mudanças nesses contextos em decorrência ao AT, comprometem a QV desses indivíduos, que então

apresentam-na pior. E, no contexto familiar, os participantes que relataram aproximação dos familiares estão com uma melhor QV, demonstrando a importância da aproximação familiar, pois possibilita um suporte social, que favorece o estado geral de saúde, os aspectos sociais e psicológico e meio ambiente.

Conclui-se que as sequelas em decorrência de AT comprometem a percepção do indivíduo de suas condições de vida, do seu bem-estar psicológico, com redução na capacidade para o trabalho, e limitações nos aspectos físicos, como consequência, a diminuição da QV. Considerando que o evento AT e as seqüelas adquiridas através deste, são muito limitadoras ao indivíduo no que diz respeito às atividades diárias mais básicas e importantes como mobilidade, trabalho, saúde e autonomia para as atividades cotidianas (vestir- se, tomar banho, comer, entre outras). Observam-se, também, mudanças abruptas no estilo de vida e na saúde devido às lesões.

Agregado às mudanças, a percepção desse indivíduo quanto à segurança física e proteção pode ter ficado comprometida, devido à experiência relacionada ao AT – Já que o fato que lhe trouxe prejuízos financeiros levando-o a recorrer, na maioria dos casos, aos serviços de saúde e sociais disponibilizado pelo Estado. Nesse contexto, a diminuição das oportunidades em adquirir novas informações, habilidades e na participação de atividades de lazer/recreação são muito comuns, podendo assim, evidenciar um impacto na avaliação da QV.

Os resultados obtidos nesta pesquisa confirmaram a importância dos estudos sobre QV e AT em indivíduos com sequelas, ao ser observado que ocorrem várias mudanças e dificuldades em decorrência do AT e o impacto que estas têm na percepção da QV, como foi comprovado na presente pesquisa. A partir desses resultados, conclui-se que essa população vivencia especificidades importantes, relacionadas às lesões e à QV após o acidente, podendo este estudo ser um norteador para a melhoria da assistência. Nesse sentido, sugere-se um programa de atendimento específico na reabilitação dos indivíduos acidentados no trânsito em Campo Grande – Mato Grosso do Sul, com a atuação de uma equipe de profissionais de saúde qualificados na área, já que isso abrange uma especificidade e é elevado o índice de feridos no estado de Mato Grosso do Sul.

Tendo em vista que, em alguns casos, os indivíduos com sequelas são encaminhados para centros de referência de reabilitação, como no caso do Hospital Sara Kubitschek,

referência no assunto no Brasil, isso aumenta ainda mais as dificuldades dessa população, pois requer uma longa espera no surgimento de vagas, o deslocamento para outra cidade, acompanhamento de um familiar e locomoção dentro de uma cidade desconhecida, na maioria dos casos. Esta é mais uma razão para que se tenha neste estado um programa de atendimento específico de reabilitação a indivíduos, tais como os avaliados nesta pesquisa.

Conclui-se também que, para a compreensão da demanda estudada, torna-se necessário um estudo que vai além do modelo biomédico em saúde, pois as complexidades do ambiente de trânsito requererem uma intervenção com enfoque multidisciplinar, que estuda os valores, a cultura regional, a educação para a saúde e o trânsito. Dada a subjetividade que envolve a QV, com método de pesquisa muito fechado pode-se perder o conteúdo, as causas e os fatores que influenciam o indicador de QV.

É importante ressaltar que, a partir desta pesquisa, suscita-se uma reflexão crítica sobre os problemas relacionados ao trânsito em Campo Grande – MS, no Mato Grosso do Sul e no Brasil, o que impede acreditar que uma única ação resolveria esses problemas, mais especificamente sobre o aqui explorado. No entanto, o trânsito é apenas o resultado de como se encontra a sociedade, como esta vê o trânsito e quanto importante o considera, sobretudo considerando-se que nele prevalecem os interesses individuais em detrimento do interesse coletivo. Isso reforça um tipo de comportamento em que não se reflita sobre as consequências das ações, ou seja, reforça a banalização da vida.

Pôde-se perceber, também, a partir do contato com o campo de pesquisa, que o indivíduo geralmente pouco se interessa, ou pouca importância atribui às questões do trânsito, que é algo de seu convívio em sociedade. O que se tem verificado, em alguns casos, é uma mudança de comportamento mais incisiva apenas quando ocorre um evento, por diversos fatores, que denominam “acidente de trânsito”, mas geralmente é um evento provocado por negligência. Isso acaba por comprometer a saúde, a QV ou desencadear um medo do risco de morte. A mudança da realidade do trânsito vão além das ações isoladas de panfletagens ou *outdoors* nas ruas.

Necessita-se, assim, de ações urgentes de teor educativo que possam promover educação, saúde e segurança no trânsito. Cabe ainda lembrar que, sem a prevenção dos AT, todo esforço na reabilitação torna-se ineficaz, pois o trânsito é um espaço de convívio social, onde acontecem as relações, a interação entre homem, máquina, vias e normas de trânsito e

bastante suscetível a fatos casuais. É um espaço em que podem surgir muitos conflitos que precisam ser trabalhados para não resultar na accidentalidade e, consequentemente, em uma diminuição da QV dos indivíduos que dele participam.

Portanto, devido à importância do tema e a quantidade de dados obtidos nessa pesquisa, acredita-se que a reflexão pode avançar com novas possibilidades de análise, podendo assim surgir outras discussões muito importantes para se refletir e fundamentar propostas e programas de prevenção e intervenção na educação, saúde e segurança para o trânsito.

REFERÊNCIAS

ABREU, Â. M. M. et al. Uso de álcool em vítimas de acidentes de trânsito: estudo do nível de alcoolemia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, n. 18, p. 513-520, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18nspe/a05v18nspe.pdf>>. Acesso em: 28 jan. 2011.

ABREU, Â. M. M.; LIMA, J. M. B.; SILVA, L. M. Níveis de alcoolemia e mortalidade por acidentes de trânsito na cidade do Rio de Janeiro. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 575-580, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1414-81452007000400003&lng=en&nrm=iso&tlang=pt>. Acesso em: 12 set 2010.

ABREU, I. S. *Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes em hemodiálise no município de Guarapuava – PR*. 2005. 97 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2005.

ALMEIDA, L. V. C. et al. Principais fatores associados à ocorrência de acidentes de trânsito na BR 163, Mato Grosso, Brasil, 2004. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 303-312, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n2/08.pdf>>. Acesso em: 7 jan. 2011.

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

ANDRADE, A. F. et al. Normas de atendimento ao paciente com traumatismo crânio-encefálico. *Temas Atuais em Neurocirurgia*, São Paulo, n. 2, p. 1-22. 1996.

ANJOS, K. C. et al. Paciente vítima de violência no trânsito: análise do perfil socioeconômico, características do acidente e intervenção do serviço social na emergência. *Acta Ortopédica Brasileira*, São Paulo, v. 15, n. 5, p. 262-266, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/aob/v15n5/a06v15n5.pdf>>. Acesso em: 18 set 2010.

ARAÚJO, M. M.; MALLOY-DINIZ, L. F.; ROCHA, F. L. Impulsividade e acidentes de trânsito. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 60-68, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v36n2/04.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2011.

AWAD, A. G.; VORUGANTI, L. N. P. Intervention research in psychosis: Issues related to the assessment of quality of life. *Schizophrenia Bulletin*, Chevy Chase, v. 26, n. 3, p. 557-564, 2000. Disponível em: <<http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/content/26/3/557.full.pdf+html>>. Acesso em: 12 jan. 2011.

AZEVEDO, G. R.; SANTOS, V. L. C. G. Cuida-dor (d)eficiente: as representações sociais de familiares acerca do processo de cuidar. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 14, n. 5, p. 770-780, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n5/pt_v14n5a20.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2011.

BAMPI, L. N. S.; GUILHEM, D.; LIMA, D. D. Qualidade de vida em pessoas com lesão medular traumática: um estudo com o WHOQOL-bref. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 11, n. 1, p. 67-77, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v11n1/06.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2011.

BARROS, A. J. D. et al. Acidentes de trânsito com vítimas: sub-registro, caracterização e letalidade. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 979-986, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n4/16848.pdf>>. Acesso em: 23 out. 2010.

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, 2005. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v21n3/15.pdf>>. Acesso em: 31 jan. 2011.

BASTOS, M. J. R. P. et. al. Análise ecológica dos acidentes e da violência letal em Vitória, ES. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 123-32, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n1/7295.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2011.

BIAVATI, E.; MARTINS, H. *Rota de colisão*: a cidade, o trânsito e você. São Paulo: Berlendis & Vertecch, 2007.

BOWLING, A.; BRAZIER, J. ‘Quality of life’ in social science and medicine: Introduction. *Social Science & Medicine*, Maryland Heights, v. 41, n. 10, p. 1.337-1.338, 1995.

BRASIL. Ministério das Cidades. Departamento Nacional de Trânsito. *Frota nacional*. Disponível em: <<http://www.denatran.gov.br/frota.htm>>. Acesso em: 28 abr. 2011.

BRASIL. Ministério das Cidades. Conselho Nacional de Trânsito. Departamento Nacional de Trânsito. *Código de Trânsito Brasileiro*: instituído pela Lei n. 9.503, de 23-9-97. 3. ed. Brasília, DF, 2008. Disponível em: <<http://www.denatran.gov.br/publicacoes/download/ctb.pdf>>. Acesso em: 28 abr. 2011.

BRASIL. Ministério das Cidades. Departamento Nacional de Trânsito. *Impactos sociais e econômicos dos acidentes de trânsito nas rodovias brasileiras*. Brasília, DF: IPEA/DENATRAN/ANTP, 2006. Disponível em: <http://www.denatran.gov.br/publicacoes/download/custos_acidentes_transito.pdf>. Acesso em: 28 abr. 2011.

BRASIL. Ministério das Cidades. Departamento Nacional de Trânsito. *Política Nacional de Trânsito – PNT*. Brasília, DF, 2004. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/PNT.pdf>>. Acesso em: 21 out. 2009.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 16 out. 1996. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/1996/Reso196.doc>>. Acesso em: 8 set 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, DF, 1986. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso: 5 maio 2010.

BUSS, P. M. Promoção de saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-167, 2000. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v5n1/7087.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2011.

CARMO, T. M. *Acidentes de trânsito e produção de sentidos*. 2010. 116 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2010.

CAVALCANTE, F. G.; MORITA, P. A.; HADDAD, S. R. Sequelas invisíveis dos acidentes de trânsito: o transtorno de estresse pós-traumático como problema de saúde pública. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, p. 1.763-1.772, 2009. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v14n5/17.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2011.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Head injuries associated with motorcycle use – Wisconsin, 1991. *Morbidity and Mortality Weekly*, Atlanta, v. 43, n. 23, p. 423, 429-431, 1994. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00031470.htm>>. Acesso em: 12 jan. 2011.

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

CICONELLI, R. M. Medidas de avaliação de qualidade de vida. *Revista Brasileira de Reumatologia*, Campinas, v. 43, n. 2, p. ix-xiii, 2003. Disponível em: <<http://www.economiadasaude.com.br/rozana16.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2011.

_____. *Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida “Medical Outcomes Study 36-item Short Form Health Survey (SF-36)”*. 1997. 120 f. Tese (Doutorado em Medicina) – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1997.

CLEARY, P. D.; WILSON, P. D.; FOWLER, F. J. Health-related quality of life in HIV-infected persons: a conceptual model. In: DIMSDALE, J. E.; BAUM, A. (Eds.). *Quality of life behavioral medicine research*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 1995. p. 191-204.

CUSTÓDIO, N. R. O. et al. Lesão medular no Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo (CRER-GO). *Coluna/Columna*, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 265-268, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/coluna/v8n3/05.pdf>>. Acesso em: 26 mar. 2011.

DANTAS, R. A.; SAWADA, N. O.; MALERBO, M. B. Pesquisas sobre qualidade de vida: revisão da produção científica das universidades públicas do Estado de São Paulo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 11, n. 4, p. 532-538, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n4/v11n4a17.pdf>>. Acesso em: 24 jan. 2011.

DAVANTEL, P. P. et al. A mulher e o acidente de trânsito: caracterização do evento em Maringá, Paraná. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 355-367, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v12n3/06.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2011.

DEBIEUX, P. et al. Lesões do aparelho locomotor nos acidentes com motocicleta. *Acta Ortopédica Brasileira*, São Paulo, v. 18, n. 6, p. 353-356, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/aob/v18n6/10.pdf>>. Acesso em: 26 jan. 2011.

DIENER, E. Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, Washington, v. 95, n. 3, p. 542-575, 1984. Disponível em: <<http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=buy.optionToBuy&id=1984-23116-001>>. Acesso em: 12 jan. 2011.

DORNELAS, L. F. Uso da prótese e retorno ao trabalho em amputados por acidentes de transporte. *Acta Ortopedica Brasileira*, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 204-206, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/aob/v18n4/06.pdf>>. Acesso em: 26 jan. 2011.

FARAGE, L. et al. As medidas de segurança no trânsito e a morbimortalidade intra-hospitalar por traumatismo craniocéfálico no Distrito Federal. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 163-166, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v48n2/a36v48n2.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2011.

FARQUHAR, M. Definitions of quality of life. A taxonomy. *Journal Advanced of Nursing*, Oxford, v. 22, n. 3, p. 502-508, 1995.

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

_____. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 33-38, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7077.pdf>>. Acesso em: 2 fev. 2011.

FLECK, M. P. A. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 19-28, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v21n1/v21n1a06.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2011.

GILL, T. M.; ALVAN, M. D.; FEINSTEIN, M. D. A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. *The Journal American of Medical Association*, Chicago, v. 272, n. 8, p. 619-626, 1994. Disponível em: <<http://jama.ama-assn.org/content/272/8/619.full.pdf+html>>. Acesso em: 12 jan. 2011.

GLADIS, M. M. et al. Quality of life: Expanding the scope of clinical significance. *J. Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Austin, v. 67, n. 3, p. 320-331, 1999. Disponível em: <<http://homepage.psy.utexas.edu/homepage/faculty/Telch/Research%20Design%20Class/Assigned%20Readings/Clinical%20Trials/Quality%20of%20life.pdf>>. Acesso em: 12 maio 2011.

GOIS, C. F. L.; DANTAS, R. A. S.; TORRATI, F. G. Qualidade de vida relacionada à saúde, antes e seis meses após a revascularização do miocárdio. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 3, n. 4, p. 700-707, 2009. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/11498/7577>>. Acesso em: 12 jan. 2011.

GONÇALVES, F.; MORITA, P. A.; HADDAD, S. *Seqüelas invisíveis dos acidentes de trânsito: o transtorno de estresse pós-traumático como problema de saúde pública*. Brasília, DF: IPEA, 2007. (Texto de Discussão, n. 1.291). Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/publicacoes/tds/td_1291.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2011.

MAIA, A.; PIRES, T. Acidentes rodoviários: perturbação aguda de stress e PTSD nas vítimas directas. In: CONGRESSO HISPANO-PORTUGUÊS DE PSICOLOGIA, 2., 2004, Lisboa. *Actas...* Lisboa: FPCEUP, 2005. Disponível em: <<http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/11201/1/acidentes%20rodovi%c3%a1rios.%20Pert%20aguda%20de%20stress%20e%20PTSD%20nas%20v%C3%ADtimas%20directas.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2011.

GUIMARÃES; L. A. M.; GRUBITS, S.; FREIRE, H. B. G. Psicologia da saúde: conceitos e evolução do campo. In: GUIMARÃES; L. A. M.; GRUBITS, S. (Orgs.). *Psicologia da saúde: especificidades e diálogo interdisciplinar*. São Paulo: Vetor, 2007. p. 27-36.

GUITERAS, A. F.; BAYÉS, R. Desarrolllo de uninstrumento para la medida de da calidad de vida en enfermedades crónicas. In: FORNS, M.; ANGUERA, M. T. (Org.). *Aportaciones recientes a la evaluación psicológica*. Barcelona: Universitas, 1993. p. 175-195.

HOFFMANN, M. H.; CRUZ, R. M. Síntese histórica da psicologia do trânsito. In: HOFFMANN, M. H.; CRUZ, R. M.; ALCHIERI, J. C. (Orgs.). *Comportamento humano no trânsito*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p. 17-29.

HOFFMANN, M. H.; LEGAL, E. J. Comportamento agressivo e acidentes no trânsito. In: HOFFMANN, M. H.; CRUZ, R. M.; ALCHIERI, J. C. (Orgs.). *Comportamento humano no trânsito*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p. 395-413.

HOFFMANN, M. H. Programa preventivo para condutores acidentados e infratores. In: HOFFMANN, M. H.; CRUZ, R. M.; ALCHIERI, J. C. (Orgs.). *Comportamento humano no trânsito*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p. 231-247.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo 2010*: Mato Grosso do Sul. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/dados_divulgados/index.php?uf=50>. Acesso em: 8 jan. 2011.

LIMA, J. M. B. *Alcoolologia*: o alcoolismo na perspectiva da Saúde Pública. Rio de Janeiro: Medbook, 2007.

LOUREIRO, S. C. C.; FARO, A. C. M.; CHAVES, E. C. Qualidade de vida sob a ótica das pessoas que apresentam lesão medular. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 347-367, 1997. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/384.pdf>>. Acesso em: 28 jan. 2011.

MAGALHÃES, S. H. T.; LOUREIRO, S. R. Acidentes de trânsito e variáveis psicossociais. *Medicina*, Ribeirão Preto, v. 40, n. 3, p. 345-351, 2007. Disponível em: <http://www.fmrp.usp.br/revista/2007/vol40n3/5_acidentes_transito_variaveis_psicossociais.pdf>. Acesso em: 28 abr. 2011.

MANTOVANI, V. R. *Proposta de um sistema integrado de gestão em segurança do tráfego*. 2003. 196 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia Urbana) – Universidade de São Carlos, 2003.

- MARÍN-LEON, L.; VIZZOTO, M. M. Comportamentos no trânsito: um estudo epidemiológico com estudos universitários. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 515-523, 2003. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v19n2/15417.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2011.
- MATO GROSSO DO SUL. Departamento Estadual de Trânsito. *Estatística – Capital* [período de 2006 a 2010]. Disponível em: <<http://www.detran.ms.gov.br/institucional/158/estatistica>>. Acesso em: 20 mar. 2011a.
- MATO GROSSO DO SUL. Departamento Estadual de Trânsito. *Estatística – multas* [período de 2006 a 2010]. Disponível em: <<http://www.detran.ms.gov.br/institucional/115/estatistica>>. Acesso em: 20 mar. 2011b.
- MATO GROSSO DO SUL. Departamento Estadual de Trânsito. *Estatística – veículos* [período de 2006 a 2010]. Disponível em: <http://www.detran.ms.gov.br/institucional/114/estatistica>. Acesso em: 20 mar. 2011c.
- MATO GROSSO DO SUL. Secretaria de Estado de Mato Grosso do Sul. Polícia Militar de Mato Grosso do Sul. 3^a Seção do Estado Maior Geral da PMMS. Subseção de Informação e Estatística. Ofício nº 007/SIE/PM3-11. Índices de Acidentes de Trânsito no estado de Mato Grosso do Sul. Emitido em 18 de maio de 2011.2011d.
- MEDEIROS, P. F.; BERNARDES, A. G.; GUARESCHI, N. M. F. O conceito de saúde e suas implicações nas práticas psicológicas. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, DF, v. 21, n. 3, p. 263-269, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v21n3/a02v21n3.pdf>>. Acesso em: 5 jan. 2011.
- MELIONE, L. P. R. Morbidade hospitalar e mortalidade por acidentes de transporte em São José dos Campos, São Paulo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 7, n. 4, p. 461-472, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v7n4/09.pdf>>. Acesso em: 27 jan. 2011.
- MELO, J. R. T. et al. Características do trauma cronicofacial no Hospital Geral do Estado da Bahia. *Ciência e Saúde*, Porto Alegre, n. 3, p. 31-35, 2003.
- MELO, J. R. T.; SILVA, R. A.; MOREIRA JUNIOR, E. D. Características dos pacientes com trauma cranioencefálico na cidade do Salvador, Bahia, Brasil. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, São Paulo, v. 62, n. 3a, p. 711-715, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/anp/v62n3a/a27v623a.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2011.
- MINAYO, M. C. S. Seis características das mortes violentas no Brasil. *Revista Brasileira de Estudos de População*, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 135-140, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v26n1/v26n1a10.pdf>>. Acesso em: 22 jan. 2011.
- _____. A difícil e lenta entrada da violência na agenda do setor de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 646-647, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n3/01.pdf>>. Acesso em: 22 jan. 2011.
- MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7075.pdf>>. Acesso em: 2 jan. 2011.

OLIVEIRA, N. L. B.; SOUSA, R. M. C. Retorno à atividade produtiva de motociclistas vítimas de acidentes de trânsito. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 284-289, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n3/a05v19n3.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2011.

OLIVEIRA, N. L. B.; SOUSA, R. M. C. Diagnóstico de lesões e qualidade de vida de motociclistas, vítimas de acidentes de trânsito. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 11, n. 6, p. 749-756, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n6/v11n6a08.pdf>>. Acesso em: 18 mar. 2011.

ONCKEN, L. Violência no trânsito precisa ter fim. *Revista da Associação Paulista de Medicina*, São Paulo, n. 545, p. 18-19, 2004. Disponível em: <http://www.apm.org.br/fechado/rapm_materia.aspx?idMateria=1267>. Acesso em: 24 mar. 2011.

OROZCO, R. et al. El lugar donde ocurren las lesiones y su relación com el uso de alcohol. Estudio en sala de urgencias. *Salud Mental*, México, v. 28, n. 5, p. 50-56, 2005. Disponível em: <<http://www.alcoholinformate.org.mx/EL%20LUGAR%20DONDE%20OCURREN%20LAS%20LESIONES%20Y%20SU%20RELACION%20CON%20EL%20USO%20DE%20ALCOHOL.pdf>>. Acesso em: 14 jan. 2011.

PANZINI, R. G. et al. Qualidade de vida e espiritualidade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 34, p. 105-115, 2007. Suplemento. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v34s1/a14v34s1.pdf>>. Acesso em: 24 maio 2011.

PATRICK, D. L. A qualidade de vida pode ser medida? Como?. In: FLECK, M. P. A. (Org.). *A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais de saúde*. Porto Alegre: Artmed, 2008. v. 1. p. 29-39.

PAULA, F. C. *Um estudo preliminar com motoristas de caminhões sobre o uso de álcool e outras drogas nas rodovias federais brasileiras*. 2009. 131 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2009.

PEDROSO, B.; PILATTI, L. A.; REIS, D. R. Cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-100 utilizando o Microsoft Excel. *Revista Brasileira de Qualidade de Vida*, Ponta Grossa, v. 1, n. 1, p. 23-32, 2009. Disponível em: <<http://www.pg.utfpr.edu.br/depog/periodicos/index.php/rbqv/article/viewFile/366/432>>. Acesso em: 14 fev. 2011.

POWER, M. Qualidade de vida: visão geral do Projeto WHOQOL. In: FLECK, M. P. A. (Org.). *A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais de saúde*. Porto Alegre: Artmed, 2008. v. 1. p. 48-59.

QUEIROZ, M. S.; OLIVEIRA, P. C. P. Acidentes de trânsito: uma análise a partir da perspectiva das vítimas em Campinas. *Psicologia & Sociedade*, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 101-123, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v15n2/a08v15n2.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2011.

RABELO, M. C. Religião e cura: algumas reflexões sobre a experiência religiosa das classes populares urbanas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 16-25, 1993. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v9n3/19.pdf>>. Acesso em: 24 maio 2011.

ROCHA, N. S.; FLECK, M. P. A. Avaliação de qualidade de vida e importância dada a espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais (SRPB) em adultos com e sem problemas crônicos de saúde. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 19-23, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v38n1/a05v38n1.pdf>>. Acesso em: 24 maio 2011.

ROGERSON, R. J. Environmental and health-related quality of life: conceptual and methodological similarities. *Social Science & Medicine*, Oxford, v. 41, n. 10, p. 1.373-1.382, 1995.

ROZESTRATEN, R. J. A. Ambiente, trânsito e psicologia. In: HOFFMANN, M. H.; CRUZ, R. M.; ALCHIERI, J. C. (Orgs.). *Comportamento humano no trânsito*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p. 33-46.

_____. *Os sinais de trânsito e o comportamento seguro: manual para compreender os sinais de trânsito e aprender o que deve ser feito na sua presença*. 2. ed. Porto Alegre: Sagra De Luzzatto, 1996.

_____. *Psicologia do trânsito: conceitos e processos básicos*. São Paulo: EPU, 1988.

_____. Psicologia social e o trânsito. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, DF, v. 6, n. 2, p. 22-23, 1986. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pcp/v6n2/07.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2010.

SANTOS, C. B. et. al. Interpretação da sintaxe do SPSS para análise de dados do WHOQOL-100 e relação de dependência entre dados e resultados. *Revista Brasileira de Qualidade de Vida*, Ponta Grossa, v. 2, n. 1, p. 1-11, 2010. Disponível em: <<http://www.pg.utfpr.edu.br/depog/periodicos/index.php/rbqv/article/view/509/440>>. Acesso em: 12 mar. 2011.

SAMPAIO, J. R.; GOULART, I. B. Qualidade de vida no trabalho: uma análise da experiência de empresas brasileiras. In: SAMPAIO, J. R. (Org.). *Qualidade de vida, saúde mental e psicologia social: estudos contemporâneos II*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999. p. 19-37.

SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 31, n. 5, p. 538-542, 1997.

SEIDL, E. M. F.; ZANON, C. L. M. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 580-588, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n2/27.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2011.

SILVA, D. W. et al. Condições de trabalho e riscos no trânsito urbano na ótica de trabalhadores motociclistas. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 339-360, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v18n2/v18n2a08.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2011.

SILVEIRA, J. Z. M. *O lado oculto dos acidentes de trânsito envolvendo crianças e adolescência*. 2009. 124 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2009.

SIVIEIRO, I. M. P. S. *Saúde mental e qualidade de vida em infartados*. 2003. 149 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

SOUSA FILHO, O. A.; XAVIER, E. P.; VIEIRA, L. J. E. S. Hospitalização na óptica do acidentado de trânsito e de seu familiar – acompanhante. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 539-546, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n3/v42n3a17.pdf>>. Acesso em: 22 mar. 2011.

THE WHOQOL GROUP. *WHOQOL User Manual*. Geneva. 1998. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/evidence/who_qol_user_manual_98.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2010.

_____. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine*, Oxford, v. 41, n. 10, p. 1.403-1.410, 1995.

VALL, J.; BRAGA, V. A.; ALMEIDA, P. C. Estudo da qualidade de vida em pessoas com lesão medular traumática. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, v. 64, n. 2-B, p. 451-455, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/anp/v64n2b/a19v642b.pdf>>. Acesso em: 18 jan. 2011.

VASCONCELOS, E. A. *A cidade, o transporte e o trânsito*. São Paulo: Prolivros, 2005.

_____. *O que é o trânsito*. São Paulo: Brasiliense, 1985.

VIECILI, J. Ansiedade e comportamento de dirigir. In: HOFFMANN, M. H.; CRUZ, R. M.; ALCHIERI, J. C. (Orgs.). *Comportamento humano no trânsito*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p. 359-374.

VILARTA, R.; GONÇALVES, A. Qualidade de vida: concepções básicas voltados à saúde. In: GONÇALVES, A.; VILARTA, R. (Orgs.). *Qualidade de vida e atividade física: explorando teoria e prática*. São Paulo: Manole, 2004. p. 27-62.

VILELA, E. M.; MENDES, I. J. M. *Entre Newton e Einstein: desmedicalizando o conceito de saúde*. Ribeirão Preto: Holos, 2000.

WARE, J. E.; SHERBOURNE, C. D. The MOS 36 – Item Short-Form *Health Survey (SF-36)*: I. Conceptual framework and item selection. *Medicinal Care*, Philadelphia, v. 30, n. 6, p. 473-483, 1992.

WHO FIELD CENTRE FOR THE STUDY OF QUALITY OF LIFE OF BATH. *About the WHO Field Centre for the Study of Quality of Life*. Disponível em: <<http://www.bath.ac.uk/whoqol/about.cfm>>. Acesso em: 31 mar. 2011.

WILHEIM, J.; DEÁK, K. *Maximização da qualidade de vida em conjuntos habitacionais*. São Paulo: COHAB, 1970.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *World report on road traffic injury preventions summary*. Geneva, 2004.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Resultados completos da análise estatística em relação à Qualidade de Vida e variáveis sociodemográficas

TABELA A1 - Sexo dos indivíduos com seqüelas de acidentes de trânsito amostrados em relação aos domínios do WHOQOL-100 e SF-36

Instrumento/Domínios	Variável	n	Média	dp	f	p
WHOQOL-100						
Físico	Feminino	34	47,73	21,09	16,00	0
	Masculino	66	62,82	15,98		
Psicológico	Feminino	34	60,99	15,14	10,58	0,002
	Masculino	66	70,17	12,36		
Nível de Independência	Feminino	34	48,53	19,04	2,61	0,109
	Masculino	66	55,16	19,64		
Relações Sociais	Feminino	34	64,64	13,59	6,90	0,01
	Masculino	66	71,78	12,48		
Meio Ambiente	Feminino	34	54,86	14,56	1,27	0,262
	Masculino	66	57,74	10,59		
Espirituais	Feminino	34	81,43	16,96	0	0,959
	Masculino	66	81,25	16,81		
SF-36						
Capacidade Funcional	Feminino	34	24,71	25,13	11,14	0,001
	Masculino	66	49,92	40,13		
Aspectos Físicos	Feminino	34	8,82	22,09	0,35	0,557
	Masculino	66	12,12	28,50		
Dor	Feminino	34	43,74	23,12	3,02	0,085
	Masculino	66	53,24	27,23		
Estado Geral de Saúde	Feminino	34	72,91	22,78	1,95	0,165
	Masculino	66	78,67	17,62		
Vitalidade	Feminino	34	59,71	23,51	5,49	0,021
	Masculino	66	69,77	18,53		
Aspectos Sociais	Feminino	34	58,46	29,15	0,70	0,406
	Masculino	65	63,46	27,89		
Aspectos Emocionais	Feminino	34	33,33	44,19	0,17	0,679
	Masculino	66	29,79	38,40		
Saúde Mental	Feminino	34	57,76	26,06	10,81	0,001
	Masculino	66	73,15	19,90		

Fonte: Jucimara Zacarias Martins Silveira, 2011.

TABELA A2 - Estado civil dos indivíduos com seqüelas de acidentes de trânsito amostrados em relação aos domínios do WHOQOL-100 e SF-36

Instrumento/ Domínios	Variável	n	Média	dp	f	p
WHOQOL-100						
Físico	Solteiro	42	58,18	17,94		
	Casado	33	53,35	19,42	1,70	0,188
	Outro	25	62,58	20,30		
Psicológico	Solteiro	42	68,51	12,91		
	Casado	33	65,83	15,18	0,40	0,675
	Outro	25	66,20	14,47		
Nível de Independência	Solteiro	42	55,43	21,42		
	Casado	33	49,81	15,69	0,76	0,472
	Outro	25	52,75	21,16		
Relações Sociais	Solteiro	42	69,84	12,93		
	Casado	33	69,82	14,25	0,19	0,825
	Outro	25	67,92	12,81		
Meio Ambiente	Solteiro	42	58,31	11,58		
	Casado	33	54,43	12,99	0,98	0,379
	Outro	25	57,25	11,71		
Espirituais	Solteiro	42	79,91	19,20		
	Casado	33	83,14	14,45	0,34	0,713
	Outro	25	81,25	15,63		
SF-36						
Capacidade Funcional	Solteiro	42	48,21	43,04		
	Casado	33	30,30	31,20	2,27	0,109
	Outro	25	44,40	33,21		
Aspectos Físicos	Solteiro	42	17,26	32,89		
	Casado	33	2,27	7,30	3,12	0,048
	Outro	25	12,00	28,06		
Dor	Solteiro	42	55,57	26,77		
	Casado	33	47,70	24,04	1,83	0,166
	Outro	25	43,72	27,00		
Estado Geral de Saúde	Solteiro	42	77,21	18,82		
	Casado	33	77,00	20,30	0,07	0,937
	Outro	25	75,48	20,69		
Vitalidade	Solteiro	42	70,48	18,83		
	Casado	33	62,58	21,51	0,49	0,23
	Outro	25	64,40	22,56		
Aspectos Sociais	Solteiro	42	61,61	29,91		
	Casado	32	58,59	24,06	0,48	0,622
	Outro	25	66,00	30,94		
Aspectos Emocionais	Solteiro	42	43,65	43,24		
	Casado	33	14,14	27,68	5,41	0,006
	Outro	25	32,00	42,47		
Saúde Mental	Solteiro	42	73,14	19,12		
	Casado	33	63,39	24,17	1,90	0,155
	Outro	25	65,12	27,22		

Fonte: Jucimara Zacarias Martins Silveira, 2011.

TABELA A3 - Escolaridade dos indivíduos com seqüelas de acidentes de trânsito amostrados em relação aos domínios do WHOQOL-100 e SF-36

Instrumento/Domínios	Variável	n	Média	dp	f	p
WHOQOL-100						
Físico	Fundental	31	56,92	19,96		
	Médio cp./incp.	55	60,04	18,71	1,54	0,220
	Superior cp./incp.	14	50,15	18,44		
Psicológico	Fundental	31	63,79	12,24		
	Médio cp./incp.	55	69,59	14,81	2,06	0,133
	Superior cp./incp.	14	64,29	13,17		
Nível de Independência	Fundental	31	48,34	18,66		
	Médio cp./incp.	55	55,60	20,47	1,38	0,258
	Superior cp./incp.	14	52,46	17,31		
Relações Sociais	Fundental	31	65,59	12,19		
	Médio cp./incp.	55	70,91	14,08	1,86	0,161
	Superior cp./incp.	14	71,58	10,92		
Meio Ambiente	Fundental	31	52,54	12,65		
	Médio cp./incp.	55	58,11	11,36	3,16	0,047
	Superior cp./incp.	14	60,83	11,84		
Espirituais	Fundental	31	79,84	20,84		
	Médio cp./incp.	55	81,93	15,06	0,17	0,843
	Superior cp./incp.	14	82,14	13,84		
SF-36						
Capacidade Funcional	Fundental	31	40,81	48,06		
	Médio cp./incp.	55	40,45	33,13	0,13	0,881
	Superior cp./incp.	14	46,07	28,9		
Aspectos Físicos	Fundental	31	7,26	22,54		
	Médio cp./incp.	55	15,45	30,62	1,98	0,143
	Superior cp./incp.	14	1,79	6,68		
Dor	Fundental	31	44,55	28,04		
	Médio cp./incp.	55	53,62	27,31	1,25	0,292
	Superior cp./incp.	14	47,93	13,25		
Estado Geral de Saúde	Fundental	31	72,45	19,92		
	Médio cp./incp.	55	77,87	20,18	1,27	0,287
	Superior cp./incp.	14	81,57	15,64		
Vitalidade	Fundental	31	66,13	20,72		
	Médio cp./incp.	55	67,36	21,47	0,26	0,771
	Superior cp./incp.	14	62,86	19,29		
Aspectos Sociais	Fundental	31	58,06	29,85		
	Médio cp./incp.	54	62,73	28,58	0,45	0,636
	Superior cp./incp.	14	66,07	24,23		
Aspectos Emocionais	Fundental	31	24,73	37,48		
	Médio cp./incp.	55	33,94	41,82	0,54	0,584
	Superior cp./incp.	14	33,33	41,35		
Saúde Mental	Fundental	31	64,65	25,72		
	Médio cp./incp.	55	70,40	22,87	0,70	0,501
	Superior cp./incp.	14	65,43	18,87		

Legenda: completo (cp.); incompleto (incp.).

Fonte: Jucimara Zacarias Martins Silveira, 2011.

TABELA A4 - Correlações da variável contínua idade em relação aos domínios do WHOQOL-100 e SF-36

Idade	Correlação	p
WHOQOL-100		
Físico	0,006	0,951
Psicológico	-0,062	0,537
Nível de Independência	-0,077	0,445
Relações Sociais	-0,02	0,843
Meio Ambiente	-0,029	0,772
Espirituais	0,066	0,515
SF-36		
Capacidade Funcional	-0,007	0,941
Aspectos Físicos	-0,148	0,143
Dor	-0,12	0,233
Estado Geral da Saúde	-0,004	0,971
Vitalidade	0,019	0,851
Aspectos Sociais	0,014	0,891
Aspectos Emocionais	-0,059	0,56
Saúde Mental	-0,081	0,422

Fonte: Jucimara Zacarias Martins Silveira, 2011.

TABELA A5 - Correlações da variável contínua renda familiar antes do acidente de trânsito em relação aos domínios do WHOQOL-100 e SF-36

Renda anterior	Correlação	p
WHOQOL-100		
Físico	0,001	0,989
Psicológico	0,139	0,178
Nível de Independência	0,024	0,813
Relações Sociais	0,115	0,266
Meio Ambiente	0,109	0,289
Espirituais	0,097	0,349
SF-36		
Capacidade Funcional	-0,134	0,192
Aspectos Físicos	-0,079	0,443
Dor	-0,054	0,599
Estado Geral de Saúde	0,155	0,132
Vitalidade	-0,012	0,909
Aspectos Sociais	0,055	0,595
Aspectos Emocionais	0,181	0,078
Saúde Mental	0,051	0,620

Fonte: Jucimara Zacarias Martins Silveira, 2011.

TABELA A6 - Correlações da variável contínua renda familiar após o acidente de trânsito em relação aos domínios do WHOQOL-100 e SF-36

Renda anterior	Correlação	p
WHOQOL-100		
Físico	0,118	0,251
Psicológico	0,212	0,037
Nível de Independência	0,202	0,047
Relações Sociais	0,147	0,151
Meio Ambiente	0,223	0,028
Espirituais	0,059	0,563
SF-36		
Capacidade Funcional	0,014	0,891
Aspectos Físicos	0,157	0,124
Dor	0,126	0,219
Estado Geral de Saúde	0,093	0,362
Vitalidade	0,091	0,374
Aspectos Sociais	0,054	0,603
Aspectos Emocionais	0,264	0,009
Saúde Mental	0,151	0,141

Fonte: Jucimara Zacarias Martins Silveira, 2011.

TABELA A7 - Correlações da variável contínua tempo de lesão/acidente em relação aos domínios do WHOQOL-100 e SF-36

Tempo de lesão/acidente	Correlação	p
WHOQOL-100		
Físico	0,080	0,434
Psicológico	0,090	0,377
Nível de Independência	0,224	0,026
Relações Sociais	-0,057	0,577
Meio Ambiente	0,145	0,152
Espirituais	-0,097	0,338
SF-36		
Capacidade Funcional	0,121	0,233
Aspectos Físicos	0,469	0,00
Dor	0,188	0,063
Estado Geral de Saúde	0,021	0,834
Vitalidade	0,167	0,099
Aspectos Sociais	-0,038	0,708
Aspectos Emocionais	0,044	0,666
Saúde Mental	-0,005	0,958

Fonte: Jucimara Zacarias Martins Silveira, 2011.

TABELA A8 - Correlações da variável contínua duração da internação em relação aos domínios do WHOQOL-100 e SF-36

Duração da internação	Correlação	p
WHOQOL-100		
Físico	0,148	0,165
Psicológico	-0,029	0,790
Nível de Independência	-0,023	0,830
Relações Sociais	-0,050	0,643
Meio Ambiente	0,049	0,650
Espirituais	-0,202	0,058
SF-36		
Capacidade Funcional	-0,107	0,318
Aspectos Físicos	0,155	0,146
Dor	0,059	0,585
Estado Geral de Saúde	-0,039	0,714
Vitalidade	-0,005	0,961
Aspectos Sociais	0,03	0,784
Aspectos Emocionais	0,024	0,82
Saúde Mental	-0,036	0,739

Fonte: Jucimara Zacarias Martins Silveira, 2011.

PERFIL DOS ACIDENTES DE TRÂNSITO NA AMOSTRA ESTUDADA

TABELA A9 - Benefícios em decorrência do acidente de trânsito em relação aos domínios do WHOQOL-100 e SF-36

Instrumento/Domínios	Variável	n	Média	dp	f	p
WHOQOL-100						
Físico	Sim	43	59,98	17,06		
	Não	57	55,96	20,6	1,08	0,301
Psicológico	Sim	43	67,91	14,61		
	Não	57	66,4	13,61	0,28	0,597
Nível de Independência	Sim	43	54,91	16,81		
	Não	57	51,40	21,48	0,78	0,378
Relações Sociais	Sim	43	68,99	11,81		
	Não	57	69,63	14,33	0,06	0,814
Meio Ambiente	Sim	43	57,45	10,65		
	Não	57	56,25	13,14	0,24	0,625
Espirituais	Sim	43	81,83	17,19		
	Não	57	80,92	16,60	0,07	0,79
SF-36						
Capacidade Funcional	Sim	43	45,81	41,96		
	Não	57	37,98	33,90	1,07	0,305
Aspectos Físicos	Sim	43	11,05	25,18		
	Não	57	10,96	27,56	0	0,988
Dor	Sim	43	50,81	24,25		
	Não	57	49,40	27,75	0,07	0,791
Estado Geral de Saúde	Sim	43	75,70	19,58		
	Não	57	77,47	19,76	0,20	0,656
Vitalidade	Sim	43	67,44	17,37		
	Não	57	65,53	23,18	0,21	0,651
Aspectos Sociais	Sim	42	62,2	24,3		
	Não	57	61,40	31,10	0,02	0,89
Aspectos Emocionais	Sim	43	28,68	40,88		
	Não	57	32,75	40,09	0,25	0,62
Saúde Mental	Sim	43	68,47	21,38		
	Não	57	67,51	24,73	0,04	0,84

Fonte: Jucimara Zacarias Martins Silveira, 2011.

TABELA A10 - Tipos de acidente de trânsito na amostra estuda em relação aos domínios do WHOQOL-100 e SF-36

Instrumento/Domínios	Variável	n	Média	dp	f	p
WHOQOL-100						
Físico	Atropelamento	16	61,85	19,15		
	Moto	24	63,37	14,29		
	Colisão	37	52,48	20,30	2,00	0,120
	Outros	17	59,93	20,47		
Psicológico	Atropelamento	16	65,78	13,49		
	Moto	24	68,18	14,24		
	Colisão	37	66,18	15,33	0,37	0,778
	Outros	17	70,00	12,87		
Nível de Independência	Atropelamento	16	51,76	16,08		
	Moto	24	51,95	20,91		
	Colisão	37	55,07	22,21	0,19	0,900
	Outros	17	55,06	16,45		
Relações Sociais	Atropelamento	16	71,09	11,31		
	Moto	24	70,92	13,08		
	Colisão	37	68,58	14,26	0,22	0,883
	Outros	17	70,59	14,19		
Meio Ambiente	Atropelamento	16	56,79	13,12		
	Moto	24	56,64	8,81		
	Colisão	37	57,11	13,07	0,07	0,975
	Outros	17	58,32	13,16		
Espirituais	Atropelamento	16	83,2	14,74		
	Moto	24	79,17	18,49		
	Colisão	37	83,95	12,55	0,62	0,606
	Outros	17	79,04	21,53		
SF-36						
Capacidade Funcional	Atropelamento	16	52,19	57,10		
	Moto	24	46,04	32,84		
	Colisão	37	43,78	35,91	1,75	0,162
	Outros	17	24,41	21,06		
Aspectos Físicos	Atropelamento	16	14,06	30,23		
	Moto	24	14,58	29,41		
	Colisão	37	9,46	25,92	0,64	0,589
	Outros	17	4,41	9,82		
Dor	Atropelamento	16	47,88	31,68		
	Moto	24	47,42	23,79		
	Colisão	37	54,59	27,09	0,50	0,685
	Outros	17	53,59	22,53		

Instrumento/Domínios	Variável	n	Média	dp	f	p
Estado Geral de Saúde	Atropelamento	16	73,00	27,21		
	Moto	24	76,67	16,13	0,35	0,786
	Colisão	37	77,19	19,83		
	Outros	17	80,24	19,00		
Vitalidade	Atropelamento	16	67,50	24,49		
	Moto	24	66,04	17,19	0,06	0,981
	Colisão	37	65,81	22,50		
	Outros	17	64,41	19,91		
Aspectos Sociais	Atropelamento	16	64,84	32,67		
	Moto	24	60,94	31,78	0,38	0,766
	Colisão	36	60,07	27,03		
	Outros	17	68,38	23,01		
Aspectos Emocionais	Atropelamento	16	39,58	45,9		
	Moto	24	30,56	37,96	1,2	0,316
	Colisão	37	20,72	35,44		
	Outros	17	37,25	42,30		
Saúde Mental	Atropelamento	16	65,50	28,24		
	Moto	24	68,67	24,11	0,07	0,977
	Colisão	37	67,57	22,92		
	Outros	17	68,71	21,69		

Fonte: Jucimara Zacarias Martins Silveira, 2011.

TABELA A11 - Condição do participante no acidente de trânsito em relação aos domínios do WHOQOL-100 e SF-36

Instrumento/ Domínios	Variável	n	Média	dp	f	p
WHOQOL-100						
Físico	Pedestre	10	57,29	20,49		
	Condutor	66	62,50	16,94	8,40	0
	Passageiro	23	44,75	19,45		
Psicológico	Pedestre	10	62,50	14,24		
	Condutor	66	71,14	12,86	9,62	0
	Passageiro	23	57,99	12,38		
Nível de Independência	Pedestre	10	47,97	16,24		
	Condutor	66	57,51	20,06	6,05	0,003
	Passageiro	23	42,26	15,30		
Relações Sociais	Pedestre	10	70,42	12,38		
	Condutor	66	71,84	12,17	4,78	0,01
	Passageiro	23	62,32	14,5		
Meio Ambiente	Pedestre	10	55,31	14,68		
	Condutor	66	58,59	11,04	2,32	0,103
	Passageiro	23	52,47	13,29		
Espirituais	Pedestre	10	83,13	17,69		
	Condutor	66	83,62	15,73	2,84	0,064
	Passageiro	23	74,18	18,30		
SF-36						
Capacidade Funcional	Pedestre	10	36,50	33,83		
	Condutor	66	50,45	40,21	7,74	0,001
	Passageiro	23	16,96	14,98		
Aspectos Físicos	Pedestre	10	10,00	24,15		
	Condutor	66	12,88	28,50	0,49	0,612
	Passageiro	23	6,52	21,61		
Dor	Pedestre	10	41,90	31,98		
	Condutor	66	51,47	27,13	0,58	0,562
	Passageiro	23	49,30	21,31		
Estado Geral de Saúde	Pedestre	10	69,50	25,11		
	Condutor	66	81,24	15,11	4,66	0,012
	Passageiro	23	69,52	22,02		
Vitalidade	Pedestre	10	57,50	23,95		
	Condutor	66	71,82	18,09	7,57	0,001
	Passageiro	23	54,78	21,87		
Aspectos Sociais	Pedestre	10	52,50	33,75		
	Condutor	65	65,58	28,73	1,82	0,168
	Passageiro	23	54,89	23,76		
Aspectos Emocionais	Pedestre	10	20,00	35,83		
	Condutor	66	33,33	40,09	0,65	0,525
	Passageiro	23	26,09	41,39		
Saúde Mental	Pedestre	10	56,00	28,03		
	Condutor	66	74,42	20,74	8,94	0
	Passageiro	23	54,43	21,36		

Fonte: Jucimara Zacarias Martins Silveira, 2011.

TABELA A12 - Condição do condutor no acidente de trânsito em relação aos domínios do WHOQOL-100 e SF-36

Instrumento/Domínios	Variável	n	Média	dp	f	p
WHOQOL-100						
Físico	Sim	54	61,61	17,69		
	Não	11	67,61	12,86	1,14	0,291
Psicológico	Sim	54	71,55	13,39		
	Não	11	69,55	10,87	0,22	0,643
Nível de Independência	Sim	54	58,39	18,85		
	Não	11	55,97	25,11	0,13	0,715
Relações Sociais	Sim	54	72,41	12,85		
	Não	11	69,89	8,56	0,39	0,536
Meio Ambiente	Sim	54	58,94	10,82		
	Não	11	59,59	9,09	0,03	0,854
Espirituais	Sim	54	84,38	16,19		
	Não	11	80,68	14,10	0,49	0,484
SF-36						
Capacidade Funcional	Sim	54	49,17	32,4		
	Não	11	61,36	67,46	0,85	0,361
Aspectos Físicos	Sim	54	10,65	24,57		
	Não	11	25,00	43,30	2,34	0,131
Dor	Sim	54	53,63	27,08		
	Não	11	42,73	27,30	1,48	0,229
Estado Geral de Saúde	Sim	54	81,56	15,45		
	Não	11	79,36	14,58	0,19	0,667
Vitalidade	Sim	54	71,76	17,38		
	Não	11	69,55	21,03	0,14	0,711
Aspectos Sociais	Sim	53	66,27	25,43		
	Não	11	67,05	40,42	0,01	0,935
Aspectos Emocionais	Sim	54	35,80	41,39		
	Não	11	24,24	33,64	0,75	0,389
Saúde Mental	Sim	54	76,67	17,77		
	Não	11	61,09	28,90	5,57	0,021

Fonte: Jucimara Zacarias Martins Silveira, 2011.

SEQUELAS

TABELA A13 - Internação em decorrência do acidente de trânsito em relação aos domínios do WHOQOL-100 e SF-36

Instrumento/Domínios	Variável	n	Média	dp	f	p
WHOQOL-100						
Físico	Sim	88	57,10	18,35		
	Não	11	63,07	25,85	0,94	0,335
Psicológico	Sim	88	66,66	13,80		
	Não	11	70,80	16,13	0,85	0,36
Nível de Independência	Sim	88	51,72	18,73		
	Não	11	63,07	24,86	3,33	0,071
Relações Sociais	Sim	88	69,10	13,05		
	Não	11	72,16	15,43	0,51	0,475
Meio Ambiente	Sim	88	56,51	12,19		
	Não	11	58,81	12,22	0,35	0,558
Espirituais	Sim	88	81,32	16,86		
	Não	11	81,25	17,68	0	0,99
SF-36						
Capacidade Funcional	Sim	88	40,85	38,17		
	Não	11	47,73	34,45	0,32	0,571
Aspectos Físicos	Sim	88	10,80	27,02		
	Não	11	13,64	23,35	0,11	0,74
Dor	Sim	88	50,18	26,67		
	Não	11	49,45	24,26	0,01	0,932
Estado Geral de Saúde	Sim	88	76,17	20,25		
	Não	11	81,00	14,65	0,58	0,446
Vitalidade	Sim	88	65,68	20,10		
	Não	11	68,64	25,41	0,2	0,657
Aspectos Sociais	Sim	87	61,21	27,63		
	Não	11	70,45	30,76	1,07	0,304
Aspectos Emocionais	Sim	88	31,82	40,72		
	Não	11	27,27	38,92	0,12	0,727
Saúde Mental	Sim	88	68,05	23,02		
	Não	11	68,73	26,40	0,01	0,928

Fonte: Jucimara Zacarias Martins Silveira, 2011.

TABELA A14 - Lesão nos membros superiores em relação aos domínios do WHOQOL-100 e SF-36

Instrumento/Domínios	Variável	n	Média	dp	f	p
WHOQOL-100						
Físico	Sim	46	59,06	15,54		
	Não	53	56,72	22,04	0,36	0,549
Psicológico	Sim	46	70,41	11,53		
	Não	53	64,41	15,38	4,7	0,033
Nível de Independência	Sim	46	57,44	19,71		
	Não	53	49,09	19,00	4,6	0,035
Relações Sociais	Sim	46	71,15	11,77		
	Não	53	67,89	14,44	1,49	0,225
Meio Ambiente	Sim	46	58,80	10,00		
	Não	53	55,27	13,48	2,13	0,148
Espirituais	Sim	46	83,02	16,60		
	Não	53	80,19	16,93	0,7	0,405
SF-36						
Capacidade Funcional	Sim	46	53,48	32,78		
	Não	53	31,32	38,89	9,23	0,003
Aspectos Físicos	Sim	46	11,41	27,74		
	Não	53	10,85	25,72	0,01	0,917
Dor	Sim	46	44,65	26,46		
	Não	53	55,21	25,1	4,14	0,045
Estado Geral de Saúde	Sim	46	80,39	18,28		
	Não	53	73,98	20,28	2,7	0,104
Vitalidade	Sim	46	68,37	17,80		
	Não	53	64,81	23,27	0,71	0,4
Aspectos Sociais	Sim	46	67,93	26,57		
	Não	52	56,49	29,13	4,09	0,046
Aspectos Emocionais	Sim	46	33,33	39,13		
	Não	53	29,56	41,68	0,21	0,645
Saúde Mental	Sim	46	72,87	20,29		
	Não	53	64,00	25,04	3,68	0,058

Fonte: Jucimara Zacarias Martins Silveira, 2011.

TABELA A15 - Lesão nos membros inferiores em relação aos domínios do WHOQOL-100 e SF-36

Instrumento/Domínios	Variável	n	Média	dp	f	p
WHOQOL-100						
Físico	Sim	65	54,74	20,74	4,54	0,036
	Não	35	63,15	14,60		
Psicológico	Sim	65	64,38	13,98	7,15	0,009
	Não	35	72,00	12,80		
Nível de Independência	Sim	65	46,92	18,55	20,77	0
	Não	35	64,02	16,59		
Relações Sociais	Sim	65	67,28	13,77	4,75	0,032
	Não	35	73,21	11,41		
Meio Ambiente	Sim	65	54,91	13,27	4,51	0,036
	Não	35	60,20	8,69		
Espirituais	Sim	65	79,90	18,86	1,31	0,254
	Não	35	83,93	11,77		
SF-36						
Capacidade Funcional	Sim	65	27,31	35,22	34,78	0
	Não	35	67,43	26,44		
Aspectos Físicos	Sim	65	10,00	24,92	0,26	0,609
	Não	35	12,86	29,31		
Dor	Sim	65	49,09	25,97	0,23	0,635
	Não	35	51,71	26,85		
Estado Geral de Saúde	Sim	65	73,83	19,67	4,13	0,045
	Não	35	82,06	18,59		
Vitalidade	Sim	65	62,69	22,41	6,03	0,016
	Não	35	73,14	15,53		
Aspectos Sociais	Sim	64	54,49	28,03	13,40	0
	Não	35	75,00	23,87		
Aspectos Emocionais	Sim	65	27,18	40,35	1,68	0,198
	Não	35	38,09	39,72		
Saúde Mental	Sim	65	63,08	24,60	8,69	0,004
	Não	35	76,91	17,46		

Fonte: Jucimara Zacarias Martins Silveira, 2011.

TABELA A16 - Traumatismo crânioencefálico em relação aos domínios do WHOQOL-100 e SF-36

Instrumento/Domínios	Variável	n	Média	dp	f	p
WHOQOL-100						
Físico	Sim	9	65,74	22,80		
	Não	91	56,89	18,73	1,76	0,188
Psicológico	Sim	9	69,17	15,18		
	Não	91	66,84	13,95	0,22	0,637
Nível de Independência	Sim	9	49,31	20,01		
	Não	91	53,26	19,63	0,33	0,566
Relações Sociais	Sim	9	70,37	11,96		
	Não	91	69,25	13,42	0,06	0,811
Meio Ambiente	Sim	9	62,59	12,49		
	Não	91	56,19	11,97	2,33	0,131
Espirituais	Sim	9	80,56	22,41		
	Não	91	81,39	16,27	0,02	0,888
SF-36						
Capacidade Funcional	Sim	9	33,33	30,10		
	Não	91	42,14	38,28	0,45	0,505
Aspectos Físicos	Sim	9	27,78	42,29		
	Não	91	9,34	24,05	4,11	0,045
Dor	Sim	9	59,33	32,17		
	Não	91	49,09	25,54	1,26	0,265
Estado Geral de Saúde	Sim	9	82,44	11,67		
	Não	91	76,14	20,17	0,84	0,360
Vitalidade	Sim	9	70,00	20,16		
	Não	91	65,99	20,94	0,30	0,584
Aspectos Sociais	Sim	9	50,00	24,21		
	Não	90	62,92	28,51	1,72	0,193
Aspectos Emocionais	Sim	9	51,85	41,20		
	Não	91	28,94	39,82	2,70	0,104
Saúde Mental	Sim	9	70,67	14,83		
	Não	91	67,65	23,95	0,14	0,712

Fonte: Jucimara Zacarias Martins Silveira, 2011.

TABELA A17 - Utilização de pinos em relação aos domínios do WHOQOL-100 e SF-36

Instrumento/Domínios	Variável	n	Média	dp	f	p
WHOQOL-100						
Físico	Sim	66	56,66	19,12		
	Não	34	59,68	19,41	0,55	0,458
Psicológico	Sim	66	65,70	14,12		
	Não	34	69,67	13,57	1,82	0,181
Nível de Independência	Sim	66	51,47	18,09		
	Não	34	55,70	22,25	1,05	0,309
Relações Sociais	Sim	66	68,40	13,76		
	Não	34	71,20	12,15	1,00	0,319
Meio Ambiente	Sim	66	56,19	12,21		
	Não	34	57,88	11,95	0,44	0,509
Espirituais	Sim	66	80,11	16,29		
	Não	34	83,64	17,68	0,99	0,322
SF-36						
Capacidade Funcional	Sim	66	37,95	38,18		
	Não	34	47,94	36,02	1,59	0,210
Aspectos Físicos	Sim	66	8,33	22,07		
	Não	34	16,18	33,08	2,00	0,161
Dor	Sim	66	49,89	25,18		
	Não	34	50,24	28,42	0	0,951
Estado Geral de Saúde	Sim	66	74,76	21,27		
	Não	34	80,50	15,48	1,94	0,166
Vitalidade	Sim	66	65,15	19,90		
	Não	34	68,68	22,57	0,64	0,425
Aspectos Sociais	Sim	66	60,42	27,00		
	Não	33	64,39	30,96	0,43	0,512
Aspectos Emocionais	Sim	66	33,33	42,16		
	Não	34	26,47	36,50	0,65	0,422
Saúde Mental	Sim	66	67,33	22,25		
	Não	34	69,06	25,36	0,12	0,727

Fonte: Jucimara Zacarias Martins Silveira, 2011.

DIFICULDADES

TABELA A18 - Dificuldades na locomoção em decorrência do acidente de trânsito em relação aos domínios do WHOQOL-100 e SF-36

Instrumento/Domínios	Variável	n	Média	dp	f	p
WHOQOL-100						
Físico	Sim	61	53,76	21,48	6,97	0,010
	Não	39	63,84	12,85		
Psicológico	Sim	61	64,88	15,03	3,88	0,052
	Não	39	70,45	11,59		
Nível de Independência	Sim	61	45,90	17,43	24,79	0
	Não	39	63,86	17,86		
Relações Sociais	Sim	61	67,55	14,07	2,94	0,089
	Não	39	72,17	11,46		
Meio Ambiente	Sim	61	54,03	13,16	8,60	0,004
	Não	39	61,04	8,76		
Espirituais	Sim	61	80,53	18,79	0,34	0,564
	Não	39	82,53	13,16		
SF-36						
Capacidade Funcional	Sim	61	28,11	37,32	23,89	0
	Não	39	62,05	27,55		
Aspectos Físicos	Sim	61	9,43	24,22	0,55	0,459
	Não	39	13,46	29,72		
Dor	Sim	61	48,16	26,62	0,78	0,381
	Não	39	52,90	25,54		
Estado Geral de Saúde	Sim	61	73,89	19,96	3,32	0,071
	Não	39	81,13	18,42		
Vitalidade	Sim	61	63,11	23,17	3,89	0,051
	Não	39	71,41	15,39		
Aspectos Sociais	Sim	60	55,83	29,87	7,06	0,009
	Não	39	70,83	23,18		
Aspectos Emocionais	Sim	61	24,59	37,96	4,09	0,046
	Não	39	41,03	42,21		
Saúde Mental	Sim	61	63,74	24,98	5,28	0,024
	Não	39	74,46	18,71		

Fonte: Jucimara Zacarias Martins Silveira, 2011.

TABELA A19 - Dificuldades no trabalho em decorrência do acidente de trânsito em relação aos domínios do WHOQOL-100 e SF-36

Instrumento/Domínios	Variável	n	Média	dp	f	p
WHOQOL-100						
Físico	Sim	84	57,39	19,30		
	Não	16	59,24	18,80	0,12	0,725
Psicológico	Sim	84	66,80	13,90		
	Não	16	68,36	14,60	0,17	0,685
Nível de Independência	Sim	84	51,32	18,30		
	Não	16	61,23	24,10	3,52	0,063
Relações Sociais	Sim	84	68,72	13,30		
	Não	16	72,66	12,40	1,19	0,279
Meio Ambiente	Sim	84	55,93	11,80		
	Não	16	61,13	12,90	2,53	0,115
Espirituais	Sim	84	79,61	17,00		
	Não	16	90,23	12,00	5,64	0,019
SF-36						
Capacidade Funcional	Sim	84	38,33	37,48		
	Não	16	57,19	35,07	3,47	0,066
Aspectos Físicos	Sim	84	7,74	22,29		
	Não	16	28,13	38,60	8,61	0,004
Dor	Sim	84	48,02	25,11		
	Não	16	60,44	29,96	3,09	0,082
Estado Geral de Saúde	Sim	84	75,62	19,53		
	Não	16	82,44	19,59	1,64	0,204
Vitalidade	Sim	84	65,95	20,69		
	Não	16	68,44	21,96	0,19	0,664
Aspectos Sociais	Sim	83	60,69	27,89		
	Não	16	67,19	30,58	0,71	0,403
Aspectos Emocionais	Sim	84	28,97	38,99		
	Não	16	41,67	46,35	1,34	0,25
Saúde Mental	Sim	84	67,05	23,15		
	Não	16	72,50	23,91	0,74	0,392

Fonte: Jucimara Zacarias Martins Silveira, 2011.

TABELA A20 - Dificuldades para a prática de esportes em decorrência do acidente de trânsito em relação aos domínios do WHOQOL-100 e SF-36

Instrumento/Domínios	Variável	n	Média	dp	f	p
WHOQOL-100						
Físico	Sim	67	57,24	19,30	0,11	0,744
	Não	33	58,59	19,10		
Psicológico	Sim	67	67,78	14,80	0,55	0,460
	Não	33	65,57	12,20		
Nível de Independência	Sim	67	52,10	19,30	0,34	0,560
	Não	33	54,55	20,20		
Relações Sociais	Sim	67	68,44	13,80	0,97	0,327
	Não	33	71,21	12,00		
Meio Ambiente	Sim	67	55,52	12,50	2,16	0,145
	Não	33	59,28	10,80		
Espirituais	Sim	67	79,20	17,80	3,30	0,072
	Não	33	85,61	13,40		
SF-36						
Capacidade Funcional	Sim	67	35,60	29,87	4,95	0,028
	Não	33	53,03	48,15		
Aspectos Físicos	Sim	67	10,07	24,64	0,25	0,620
	Não	33	12,88	30,05		
Dor	Sim	67	48,52	23,85	0,65	0,421
	Não	33	53,03	30,55		
Estado Geral de Saúde	Sim	67	76,13	18,52	0,17	0,678
	Não	33	77,88	21,89		
Vitalidade	Sim	67	64,93	19,30	0,95	0,332
	Não	33	69,24	23,62		
Aspectos Sociais	Sim	66	59,85	28,88	0,89	0,349
	Não	33	65,53	27,07		
Aspectos Emocionais	Sim	67	31,84	39,11	0,09	0,768
	Não	33	29,29	43,11		
Saúde Mental	Sim	67	68,54	21,30	0,14	0,707
	Não	33	66,67	27,07		

Fonte: Jucimara Zacarias Martins Silveira, 2011.

TABELA A21 - Dificuldades para os estudos em decorrência do acidente de trânsito em relação aos domínios do WHOQOL-100 e SF-36

Instrumento/Domínios	Variável	n	Média	dp	f	p
WHOQOL-100						
Físico	Sim	16	54,69	20,3		
	Não	84	58,26	19,00	0,46	0,497
Psicológico	Sim	16	64,92	17,2		
	Não	84	67,46	13,3	0,44	0,510
Nível de Independência	Sim	16	47,07	21,2		
	Não	84	54,02	19,1	1,70	0,195
Relações Sociais	Sim	16	65,76	15,8		
	Não	84	70,04	12,6	1,41	0,238
Meio Ambiente	Sim	16	54,54	12,2		
	Não	84	57,19	12,00	0,64	0,425
Espirituais	Sim	16	73,83	21,9		
	Não	84	82,74	15,3	3,90	0,051
SF-36						
Capacidade Funcional	Sim	16	34,38	32,96		
	Não	84	42,68	38,43	0,65	0,421
Aspectos Físicos	Sim	16	15,63	34,00		
	Não	84	10,12	24,88	0,58	0,448
Dor	Sim	16	45,75	24,72		
	Não	84	50,82	26,51	0,50	0,480
Estado Geral de Saúde	Sim	16	77,63	18,84		
	Não	84	76,54	19,85	0,04	0,840
Vitalidade	Sim	16	61,88	24,14		
	Não	84	67,20	20,16	0,88	0,350
Aspectos Sociais	Sim	16	49,22	34,9		
	Não	83	64,16	26,39	3,85	0,053
Aspectos Emocionais	Sim	16	22,92	31,55		
	Não	84	32,54	41,71	0,77	0,384
Saúde Mental	Sim	16	64,00	27,79		
	Não	84	68,67	22,39	0,54	0,464

Fonte: Jucimara Zacarias Martins Silveira, 2011.

TABELA A22 - Dificuldades para a atividade sexual em decorrência do acidente de trânsito em relação aos domínios do WHOQOL-100 e SF-36

Instrumento/Domínios	Variável	n	Média	dp	f	p
WHOQOL-100						
Físico	Sim	20	50,42	21,49		
	Não	79	59,10	17,99	3,43	0,067
Psicológico	Sim	20	62,81	14,66		
	Não	79	67,86	13,63	2,13	0,148
Nível de Independência	Sim	20	42,03	20,54		
	Não	79	55,70	18,61	8,25	0,005
Relações Sociais	Sim	20	65,10	13,24		
	Não	79	70,09	12,87	2,37	0,127
Meio Ambiente	Sim	20	52,81	10,28		
	Não	79	57,54	12,30	2,51	0,117
Espirituais	Sim	20	80,31	18,50		
	Não	79	81,88	16,28	0,14	0,709
SF-36						
Capacidade Funcional	Sim	20	31,25	32,60		
	Não	79	44,24	38,60	1,92	0,170
Aspectos Físicos	Sim	20	11,25	30,86		
	Não	79	11,08	25,55	0	0,979
Dor	Sim	20	44,25	24,97		
	Não	79	50,84	26,01	1,04	0,311
Estado Geral de Saúde	Sim	20	72,75	21,38		
	Não	79	77,58	19,24	0,96	0,329
Vitalidade	Sim	20	52,00	20,03		
	Não	79	69,75	19,56	13,01	0
Aspectos Sociais	Sim	20	50,63	28,24		
	Não	78	64,26	27,82	3,80	0,054
Aspectos Emocionais	Sim	20	20,00	34,88		
	Não	79	33,75	41,51	1,86	0,176
Saúde Mental	Sim	20	58,20	23,59		
	Não	79	70,18	22,74	4,36	0,039

Fonte: Jucimara Zacarias Martins Silveira, 2011.

TABELA A23 - Dificuldades com o sono em decorrência do acidente de trânsito em relação aos domínios do WHOQOL-100 e SF-36

Instrumento/Domínios	Variável	n	Média	dp	f	p
WHOQOL-100						
Físico	Sim	33	42,99	17,03		
	Não	67	64,92	15,80	40,48	0
Psicológico	Sim	33	59,24	13,48		
	Não	67	70,9	12,66	17,95	0
Nível de Independência	Sim	33	40,10	15,17		
	Não	67	59,21	18,50	26,42	0
Relações Sociais	Sim	33	64,08	13,87		
	Não	67	71,95	12,21	8,40	0,005
Meio Ambiente	Sim	33	52,36	11,67		
	Não	67	58,93	11,78	6,92	0,010
Espirituais	Sim	33	78,60	19,27		
	Não	67	82,65	15,38	1,29	0,258
SF-36						
Capacidade Funcional	Sim	33	21,97	24,46		
	Não	67	50,90	39,34	14,95	0
Aspectos Físicos	Sim	33	5,30	18,50		
	Não	67	13,81	29,29	2,32	0,131
Dor	Sim	33	36,00	18,30		
	Não	67	56,91	26,82	16,28	0
Estado Geral de Saúde	Sim	33	67,88	22,19		
	Não	67	81,06	16,72	11,01	0,001
Vitalidade	Sim	33	55,15	20,60		
	Não	67	71,87	18,70	16,51	0
Aspectos Sociais	Sim	33	48,11	28,83		
	Não	66	68,56	25,59	12,91	0,001
Aspectos Emocionais	Sim	33	19,19	34,39		
	Não	67	36,82	41,90	4,38	0,039
Saúde Mental	Sim	33	56,12	23,70		
	Não	67	73,73	20,83	14,42	0

Fonte: Jucimara Zacarias Martins Silveira, 2011.

TABELA A24 - Dificuldades na vida social em decorrência do acidente de trânsito em relação aos domínios do WHOQOL-100 e SF-36

Instrumento/Domínios	Variável	n	Média	dp	f	p
WHOQOL-100						
Físico	Sim	52	51,92	20,20		
	Não	48	63,93	15,97	10,76	0,001
Psicológico	Sim	52	63,94	14,54		
	Não	48	70,42	12,68	5,59	0,020
Nível de Independência	Sim	52	44,68	18,16		
	Não	48	61,82	17,18	23,40	0
Relações Sociais	Sim	52	66,99	13,31		
	Não	48	71,92	12,81	3,55	0,063
Meio Ambiente	Sim	52	53,23	12,34		
	Não	48	60,60	10,68	10,13	0,002
Espirituais	Sim	52	80,65	19,54		
	Não	48	82,03	13,31	0,17	0,683
SF-36						
Capacidade Funcional	Sim	52	26,83	27,62		
	Não	48	57,08	40,75	19,15	0
Aspectos Físicos	Sim	52	5,29	15,92		
	Não	48	17,19	33,48	5,28	0,024
Dor	Sim	52	42,73	24,13		
	Não	48	57,90	26,27	9,06	0,003
Estado Geral de Saúde	Sim	52	73,29	18,84		
	Não	48	80,42	19,94	3,38	0,069
Vitalidade	Sim	52	60,00	21,58		
	Não	48	73,23	17,70	11,13	0,001
Aspectos Sociais	Sim	51	49,02	27,93		
	Não	48	75,26	21,80	26,92	0
Aspectos Emocionais	Sim	52	19,23	34,52		
	Não	48	43,75	42,47	10,10	0,002
Saúde Mental	Sim	52	61,31	23,89		
	Não	48	75,08	20,43	9,52	0,003

Fonte: Jucimara Zacarias Martins Silveira, 2011.

MUDANÇAS

TABELA A25 - Dificuldades para exercer a profissão que tinha antes do acidente de trânsito em relação aos domínios do WHOQOL-100 e SF-36

Instrumento/Domínios	Variável	n	Média	dp	f	p
WHOQOL-100						
Físico	Sim	83	56,60	19,27		
	Não	17	62,99	18,32	1,58	0,212
Psicológico	Sim	83	66,02	14,33		
	Não	17	72,06	11,28	2,67	0,106
Nível de Independência	Sim	83	49,62	17,88		
	Não	17	68,94	20,21	15,74	0
Relações Sociais	Sim	83	68,85	13,58		
	Não	17	71,81	11,51	0,7	0,403
Meio Ambiente	Sim	83	55,79	12,45		
	Não	17	61,54	9,01	3,26	0,074
Espirituais	Sim	83	81,10	16,68		
	Não	17	82,35	17,71	0,08	0,781
SF-36						
Capacidade Funcional	Sim	83	37,47	37,52		
	Não	17	60,29	32,62	5,44	0,022
Aspectos Físicos	Sim	83	6,02	18,56		
	Não	17	35,29	42,44	20,76	0
Dor	Sim	83	48,94	25,26		
	Não	17	55,24	30,59	0,81	0,369
Estado Geral de Saúde	Sim	83	75,60	20,61		
	Não	17	82,12	12,76	1,57	0,214
Vitalidade	Sim	83	65,42	21,54		
	Não	17	70,88	16,51	0,97	0,327
Aspectos Sociais	Sim	82	59,76	27,71		
	Não	17	71,32	29,90	2,39	0,125
Aspectos Emocionais	Sim	83	26,51	38,52		
	Não	17	52,94	42,59	6,41	0,013
Saúde Mental	Sim	83	67,08	24,20		
	Não	17	72,00	17,89	0,63	0,430

Fonte: Jucimara Zacarias Martins Silveira, 2011.

TABELA A26 - Baixo desempenho profissional em decorrência do acidente de trânsito em relação aos domínios do WHOQOL-100 e SF-36

Instrumento/Domínios	Variável	n	Média	dp	f	p
WHOQOL-100						
Físico	Sim	39	56,89	21,22		
	Não	61	58,20	17,90	0,11	0,742
Psicológico	Sim	39	67,79	15,24		
	Não	61	66,58	13,25	0,18	0,675
Nível de Independência	Sim	39	49,28	15,61		
	Não	61	55,23	21,57	2,22	0,140
Relações Sociais	Sim	39	72,01	15,09		
	Não	61	67,66	11,73	2,61	0,109
Meio Ambiente	Sim	39	56,51	13,95		
	Não	61	56,93	10,86	0,03	0,868
Espirituais	Sim	39	82,53	18,26		
	Não	61	80,53	15,86	0,34	0,564
SF-36						
Capacidade Funcional	Sim	39	24,49	27,04		
	Não	61	52,13	39,54	14,65	0
Aspectos Físicos	Sim	39	3,21	13,05		
	Não	61	15,98	31,30	5,83	0,018
Dor	Sim	39	44,21	26,36		
	Não	61	53,72	25,59	3,21	0,076
Estado Geral de Saúde	Sim	39	79,15	19,76		
	Não	61	75,15	19,51	0,99	0,321
Vitalidade	Sim	39	66,67	22,55		
	Não	61	66,15	19,80	0,01	0,904
Aspectos Sociais	Sim	39	61,22	27,33		
	Não	60	62,08	29,11	0,02	0,883
Aspectos Emocionais	Sim	39	24,79	36,45		
	Não	61	34,97	42,35	1,53	0,219
Saúde Mental	Sim	39	69,13	22,40		
	Não	61	67,15	23,91	0,17	0,680

Fonte: Jucimara Zacarias Martins Silveira, 2011.

TABELA A27 - Dificuldade de ascensão profissional em decorrência do acidente de trânsito em relação aos domínios do WHOQOL-100 e SF-36

Instrumento/Domínios	Variável	n	Média	dp	f	p
WHOQOL-100						
Físico	Sim	19	57,79	21,85	0	0,980
	Não	81	57,66	18,64		
Psicológico	Sim	19	67,70	16,17	0,05	0,824
	Não	81	66,90	13,55		
Nível de Independência	Sim	19	46,96	14,72	2,19	0,142
	Não	81	54,30	20,40		
Relações Sociais	Sim	19	70,50	15,03	0,18	0,676
	Não	81	69,08	12,88		
Meio Ambiente	Sim	19	54,69	13,97	0,69	0,409
	Não	81	57,25	11,65		
Espirituais	Sim	19	81,25	21,45	0	0,986
	Não	81	81,33	15,64		
SF-36						
Capacidade Funcional	Sim	19	26,84	26,78	3,59	0,061
	Não	81	44,75	39,04		
Aspectos Físicos	Sim	19	9,21	27,90	0,11	0,745
	Não	81	11,42	26,23		
Dor	Sim	19	47,00	23,44	0,31	0,58
	Não	81	50,72	26,87		
Estado Geral de Saúde	Sim	19	77,32	17,19	0,02	0,882
	Não	81	76,57	20,22		
Vitalidade	Sim	19	72,11	23,17	1,81	0,182
	Não	81	65,00	20,12		
Aspectos Sociais	Sim	18	59,72	29,57	0,11	0,739
	Não	81	62,19	28,16		
Aspectos Emocionais	Sim	19	22,81	38,57	0,97	0,327
	Não	81	32,92	40,65		
Saúde Mental	Sim	19	66,53	23,06	0,08	0,773
	Não	81	68,25	23,41		

Fonte: Jucimara Zacarias Martins Silveira, 2011.

TABELA A28 - Outras dificuldades profissionais em decorrência do acidente de trânsito em relação aos domínios do WHOQOL-100 e SF-36

Instrumento/Domínios	Variável	n	Média	dp	f	p
WHOQOL-100						
Físico	Sim	10	48,96	16,56		
	Não	89	58,43	19,26	2,23	0,139
Psicológico	Sim	10	63,50	11,59		
	Não	89	67,28	14,23	0,65	0,421
Nível de Independência	Sim	10	47,50	16,31		
	Não	89	53,07	19,59	0,75	0,389
Relações Sociais	Sim	10	63,13	8,10		
	Não	89	70,01	13,62	2,45	0,121
Meio Ambiente	Sim	10	52,97	10,45		
	Não	89	56,98	12,15	1,00	0,319
Espirituais	Sim	10	73,13	18,41		
	Não	89	82,30	16,52	2,72	0,103
SF-36						
Capacidade Funcional	Sim	10	35,00	29,15		
	Não	89	41,46	38,27	0,27	0,607
Aspectos Físicos	Sim	10	12,50	31,73		
	Não	89	10,11	25,20	0,08	0,783
Dor	Sim	10	40,00	11,97		
	Não	89	50,89	27,18	1,56	0,215
Estado Geral de Saúde	Sim	10	63,90	25,17		
	Não	89	78,06	18,61	4,83	0,03
Vitalidade	Sim	10	59,00	17,76		
	Não	89	66,97	21,07	1,32	0,253
Aspectos Sociais	Sim	10	53,75	36,35		
	Não	88	62,78	27,46	0,91	0,343
Aspectos Emocionais	Sim	10	50,00	42,31		
	Não	89	28,84	39,95	2,49	0,117
Saúde Mental	Sim	10	58,80	19,69		
	Não	89	68,67	23,48	1,63	0,204

Fonte: Jucimara Zacarias Martins Silveira, 2011.

TABELA A29 - Dificuldades nos estudos em decorrência do acidente de trânsito em relação aos domínios do WHOQOL-100 e SF-36

Instrumento/Domínios	Variável	n	Média	dp	f	p
WHOQOL-100						
Físico	Sim	8	48,70	26,56		
	Não	92	58,47	18,38	1,93	0,168
Psicológico	Sim	8	51,88	15,77		
	Não	92	68,37	13,11	11,28	0,001
Nível de Independência	Sim	8	36,92	17,99		
	Não	92	54,30	19,20	6,90	0,015
Relações Sociais	Sim	8	54,69	8,61		
	Não	92	70,63	12,83	11,83	0,001
Meio Ambiente	Sim	8	47,46	8,56		
	Não	92	57,57	12,05	5,37	0,023
Espirituais	Sim	8	79,69	10,95		
	Não	92	81,45	17,22	0,08	0,777
SF-36						
Capacidade Funcional	Sim	8	30,63	34,79		
	Não	92	42,28	37,84	0,71	0,403
Aspectos Físicos	Sim	8	15,62	35,20		
	Não	92	10,60	25,74	0,26	0,608
Dor	Sim	8	39,88	26,47		
	Não	92	50,89	26,11	1,31	0,256
Estado Geral de Saúde	Sim	8	50,88	23,40		
	Não	92	78,96	17,67	17,64	0
Vitalidade	Sim	8	48,13	25,63		
	Não	92	67,93	19,71	7,08	0,009
Aspectos Sociais	Sim	8	50,00	21,13		
	Não	91	62,77	28,69	1,51	0,222
Aspectos Emocionais	Sim	8	29,17	45,21		
	Não	92	31,16	40,09	0,02	0,894
Saúde Mental	Sim	8	49,00	30,89		
	Não	92	69,57	21,91	6,06	0,016

Fonte: Jucimara Zacarias Martins Silveira, 2011.

TABELA A30 - Dificuldades para a leitura em decorrência do acidente de trânsito em relação aos domínios do WHOQOL-100 e SF-36

Instrumento/Domínios	Variável	n	Média	dp	f	p
WHOQOL-100						
Físico	Sim	11	52,46	24,04		
	Não	89	58,33	18,55	0,92	0,341
Psicológico	Sim	11	57,61	16,25		
	Não	89	68,22	13,34	5,90	0,017
Nível de Independência	Sim	11	44,74	19,64		
	Não	89	53,92	19,46	2,17	0,144
Relações Sociais	Sim	11	61,74	14,14		
	Não	89	70,29	12,90	4,22	0,043
Meio Ambiente	Sim	11	50,71	10,80		
	Não	89	57,51	12,09	3,16	0,078
Espirituais	Sim	11	71,02	21,88		
	Não	89	82,58	15,72	4,83	0,030
SF-36						
Capacidade Funcional	Sim	11	43,18	36,96		
	Não	89	41,12	37,85	0,03	0,865
Aspectos Físicos	Sim	11	18,18	40,45		
	Não	89	10,11	24,34	0,91	0,342
Dor	Sim	11	41,27	24,86		
	Não	89	51,09	26,27	1,38	0,243
Estado Geral de Saúde	Sim	11	64,82	23,23		
	Não	89	78,18	18,74	4,72	0,032
Vitalidade	Sim	11	62,73	31,01		
	Não	89	66,80	19,38	0,37	0,543
Aspectos Sociais	Sim	11	56,82	28,70		
	Não	88	62,36	28,33	0,37	0,543
Aspectos Emocionais	Sim	11	30,30	45,84		
	Não	89	31,09	39,82	0	0,952
Saúde Mental	Sim	11	58,18	31,67		
	Não	89	69,12	21,92	2,20	0,142

Fonte: Jucimara Zacarias Martins Silveira, 2011.

TABELA A31 - Dificuldades para a escrita em decorrência do acidente de trânsito em relação aos domínios do WHOQOL-100 e SF-36

Instrumento/Domínios	Variável	n	Média	dp	f	p
WHOQOL-100						
Físico	Sim	8	53,12	21,71	0,49	0,486
	Não	92	58,08	19,02		
Psicológico	Sim	8	55,78	15,55	5,92	0,017
	Não	92	68,03	13,50		
Nível de Independência	Sim	8	50,78	14,51	0,10	0,751
	Não	92	53,09	20,03		
Relações Sociais	Sim	8	57,81	10,25	7,00	0,009
	Não	92	70,36	13,04		
Meio Ambiente	Sim	8	52,93	11,85	0,87	0,352
	Não	92	57,10	12,12		
Espirituais	Sim	8	73,44	13,26	1,93	0,167
	Não	92	82,00	16,93		
SF-36						
Capacidade Funcional	Sim	8	50,00	33,70	0,46	0,500
	Não	92	40,60	37,97		
Aspectos Físicos	Sim	8	50,00	48,18	23,18	0
	Não	92	7,61	20,88		
Dor	Sim	8	49,13	18,37	0,01	0,921
	Não	92	50,09	26,82		
Estado Geral de Saúde	Sim	8	68,88	16,24	1,39	0,240
	Não	92	77,39	19,80		
Vitalidade	Sim	8	60,63	26,38	0,66	0,420
	Não	92	66,85	20,35		
Aspectos Sociais	Sim	8	48,44	35,00	1,94	0,166
	Não	91	62,91	27,54		
Aspectos Emocionais	Sim	8	41,67	46,29	0,61	0,438
	Não	92	30,07	39,86		
Saúde Mental	Sim	8	54,00	23,42	3,19	0,077
	Não	92	69,13	22,95		

Fonte: Jucimara Zacarias Martins Silveira, 2011.

TABELA A32 - Afastamento dos familiares em decorrência do acidente de trânsito em relação aos domínios do WHOQOL-100 e SF-36

Instrumento/Domínios	Variável	n	Média	dp	f	p
WHOQOL-100						
Físico	Sim	14	48,66	25,33		
	Não	86	59,16	17,73	3,71	0,057
Psicológico	Sim	14	55,89	16,05		
	Não	86	68,87	12,84	11,44	0,001
Nível de Independência	Sim	14	46,32	22,05		
	Não	86	53,98	19,09	1,86	0,176
Relações Sociais	Sim	14	59,23	13,49		
	Não	86	71,00	12,52	10,43	0,002
Meio Ambiente	Sim	14	46,19	14,97		
	Não	86	58,49	10,71	14,10	0
Espirituais	Sim	14	78,13	9,09		
	Não	86	81,83	17,69	0,59	0,446
SF-36						
Capacidade Funcional	Sim	14	30,00	33,28		
	Não	86	43,2	38,09	1,49	0,225
Aspectos Físicos	Sim	14	14,29	32,10		
	Não	86	10,47	25,57	0,25	0,618
Dor	Sim	14	45,36	27,83		
	Não	86	50,77	25,99	0,51	0,476
Estado Geral de Saúde	Sim	14	62,36	28,38		
	Não	86	79,05	16,88	9,47	0,003
Vitalidade	Sim	14	63,93	26,76		
	Não	86	66,74	19,83	0,22	0,641
Aspectos Sociais	Sim	14	46,43	23,22		
	Não	85	64,26	28,36	4,98	0,028
Aspectos Emocionais	Sim	14	19,05	36,31		
	Não	86	32,95	40,74	1,44	0,233
Saúde Mental	Sim	14	57,14	31,59		
	Não	86	69,67	21,31	3,59	0,061

Fonte: Jucimara Zacarias Martins Silveira, 2011.

TABELA A33 - Aproximação dos familiares em decorrência do acidente de trânsito em relação aos domínios do WHOQOL-100 e SF-36

Instrumento/Domínios	Variável	n	Média	dp	f	p
WHOQOL-100						
Físico	Sim	69	59,12	17,72		
	Não	31	54,50	22,04	1,24	0,268
Psicológico	Sim	69	68,61	13,20		
	Não	31	63,59	15,27	2,80	0,098
Nível de Independência	Sim	69	52,24	19,10		
	Não	31	54,39	20,90	0,25	0,615
Relações Sociais	Sim	69	72,37	12,57		
	Não	31	62,63	12,36	12,96	0,001
Meio Ambiente	Sim	69	59,36	11,03		
	Não	31	50,98	12,50	11,37	0,001
Espirituais	Sim	69	82,97	15,75		
	Não	31	77,62	18,59	2,20	0,141
SF-36						
Capacidade Funcional	Sim	69	39,93	38,87		
	Não	31	44,52	34,94	0,32	0,575
Aspectos Físicos	Sim	69	9,42	23,52		
	Não	31	14,52	32,13	0,79	0,375
Dor	Sim	69	50,35	26,06		
	Não	31	49,26	26,87	0,04	0,848
Estado Geral de Saúde	Sim	69	79,99	16,58		
	Não	31	69,42	23,78	6,56	0,012
Vitalidade	Sim	69	67,46	21,05		
	Não	31	63,87	20,36	0,64	0,427
Aspectos Sociais	Sim	69	63,59	28,50		
	Não	30	57,5	27,78	0,97	0,328
Aspectos Emocionais	Sim	69	33,33	41,22		
	Não	31	25,81	38,21	0,75	0,39
Saúde Mental	Sim	69	69,10	22,49		
	Não	31	65,29	25,01	0,57	0,451

Fonte: Jucimara Zacarias Martins Silveira, 2011.

TABELA A34 - Dificuldades nos relacionamentos íntimos em decorrência do acidente de trânsito em relação aos domínios do WHOQOL-100 e SF-36

Instrumento/Domínios	Variável	n	Média	dp	f	p
WHOQOL-100						
Físico	Sim	32	50,06	20,33		
	Não	68	61,27	17,63	7,96	0,006
Psicológico	Sim	32	62,50	14,60		
	Não	68	69,19	13,28	5,18	0,025
Nível de Independência	Sim	32	43,56	16,71		
	Não	68	57,31	19,41	11,9	0,001
Relações Sociais	Sim	32	65,89	14,72		
	Não	68	70,99	12,27	3,30	0,072
Meio Ambiente	Sim	32	53,65	12,56		
	Não	68	58,23	11,67	3,18	0,078
Espirituais	Sim	32	79,69	17,39		
	Não	68	82,08	16,55	0,44	0,509
SF-36						
Capacidade Funcional	Sim	32	25,16	26,47		
	Não	68	48,97	39,72	9,49	0,003
Aspectos Físicos	Sim	32	11,72	27,67		
	Não	68	10,66	26,03	0,03	0,853
Dor	Sim	32	47,88	26,5		
	Não	68	51,01	26,16	0,31	0,578
Estado Geral de Saúde	Sim	32	75,38	20,18		
	Não	68	77,34	19,44	0,22	0,643
Vitalidade	Sim	32	62,97	23,24		
	Não	68	67,94	19,53	1,25	0,267
Aspectos Sociais	Sim	32	46,09	25,29		
	Não	67	69,22	26,68	16,81	0
Aspectos Emocionais	Sim	32	16,67	33,87		
	Não	68	37,74	41,49	6,28	0,014
Saúde Mental	Sim	32	61,13	25,75		
	Não	68	71,12	21,42	4,15	0,044

Fonte: Jucimara Zacarias Martins Silveira, 2011.

TABELA A35 - Perda de interesse nas relações sociais em decorrência do acidente de trânsito em relação aos domínios do WHOQOL-100 e SF-36

Instrumento/Domínios	Variável	n	Média	dp	f	p
WHOQOL-100						
Físico	Sim	35	51,43	21,22		
	Não	65	61,06	17,21	6,03	0,016
Psicológico	Sim	35	63,61	14,84		
	Não	65	68,90	13,27	3,34	0,071
Nível de Independência	Sim	35	44,91	18,20		
	Não	65	57,21	19,08	9,76	0,002
Relações Sociais	Sim	35	67,38	14,23		
	Não	65	70,42	12,67	1,20	0,277
Meio Ambiente	Sim	35	53,61	13,37		
	Não	65	58,46	11,08	3,77	0,055
Espirituais	Sim	35	83,04	16,71		
	Não	65	80,38	16,86	0,57	0,454
SF-36						
Capacidade Funcional	Sim	35	25,57	27,22		
	Não	65	49,85	39,76	10,39	0,002
Aspectos Físicos	Sim	35	7,86	21,67		
	Não	65	12,69	28,68	0,76	0,386
Dor	Sim	35	46,94	26,55		
	Não	65	51,66	26,03	0,74	0,393
Estado Geral de Saúde	Sim	35	78,29	19,56		
	Não	65	75,86	19,73	0,35	0,558
Vitalidade	Sim	35	60,29	22,78		
	Não	65	69,62	19,05	4,75	0,032
Aspectos Sociais	Sim	35	50,71	27,94		
	Não	64	67,77	26,80	8,90	0,004
Aspectos Emocionais	Sim	35	18,09	35,56		
	Não	65	37,95	41,2	5,80	0,018
Saúde Mental	Sim	35	59,89	23,47		
	Não	65	72,25	22,10	6,81	0,010

Fonte: Jucimara Zacarias Martins Silveira, 2011.

TABELA A36 - Dificuldade na interação em decorrência do acidente de trânsito em relação aos domínios do WHOQOL-100 e SF-36

Instrumento/Domínios	Variável	n	Média	dp	f	p
WHOQOL-100						
Físico	Sim	21	47,12	20,42		
	Não	79	60,50	17,93	8,70	0,004
Psicológico	Sim	21	58,10	16,44		
	Não	79	69,43	12,33	12,10	0,001
Nível de Independência	Sim	21	40,40	18,08		
	Não	79	56,23	18,72	12,30	0,001
Relações Sociais	Sim	21	64,09	15,59		
	Não	79	70,75	12,28	4,35	0,040
Meio Ambiente	Sim	21	51,30	14,33		
	Não	79	58,22	11,08	5,68	0,019
Espirituais	Sim	21	80,95	13,76		
	Não	79	81,41	17,56	0,01	0,913
SF-36						
Capacidade Funcional	Sim	21	19,52	23,92		
	Não	79	47,15	38,51	9,76	0,002
Aspectos Físicos	Sim	21	8,33	26,61		
	Não	79	11,71	26,50	0,27	0,605
Dor	Sim	21	43,00	20,57		
	Não	79	51,87	27,29	1,92	0,169
Estado Geral de Saúde	Sim	21	72,00	25,19		
	Não	79	77,96	17,82	1,54	0,217
Vitalidade	Sim	21	56,19	26,97		
	Não	79	69,05	18,10	6,71	0,011
Aspectos Sociais	Sim	21	40,48	23,35		
	Não	78	67,47	26,83	17,63	0
Aspectos Emocionais	Sim	21	15,87	35,93		
	Não	79	35,02	40,61	3,86	0,052
Saúde Mental	Sim	21	56,00	26,86		
	Não	79	71,09	21,26	7,45	0,008

Fonte: Jucimara Zacarias Martins Silveira, 2011.

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

1. Título do projeto de pesquisa:

Qualidade de Vida das Vítimas com Sequelas de Acidentes de Trânsito

2. Pesquisadora:

Nome: Jucimara Zacarias Martins Silveira

CPF: 996.193.261-72 // RG: 1339309 SSP/ MS

Telefone: (67) 8118-6132 // E-mail: f_j_silveira@hotmail.com

Endereço: Rua Pio Rojas, n. 348, bl, Y, apto. 23-B, Monte Castelo, Campo Grande, MS

3. Orientador:

Nome: José Carlos Rosa Pires de Souza

CPF: 554.262.631-91

Telefone: (67) 3325-0990 // E-mail: josecarlossouza@uol.com.br

Endereço: Rua Theotônio Rosa Pires, n. 88, Vila dos Rosa Pires, Campo Grande, MS

4. Objetivos da pesquisa:

O objetivo desta pesquisa é avaliar a Qualidade de Vida geral e relacionada à saúde de indivíduos que possuem seqüelas em decorrência de acidente de trânsito.

5. Justificativa da pesquisa (síntese):

Os estudos sobre Qualidade de Vida têm ganhado a cada dia uma maior amplitude, estando relacionado às várias áreas da vida do indivíduo, tais como: saúde, trabalho, cultura, espiritualidade, aspectos econômicos e sociais, entre outros.

A qualidade de vida tem várias definições. Nessa pesquisa compreendemos a qualidade de vida como a percepção do indivíduo sobre vários aspectos da sua vida, de natureza subjetiva e imersa em um contexto sociocultural e de meio ambiente (Fleck, 2008).

Portanto, com a finalidade de avaliar a qualidade de vida de indivíduos que possuem seqüelas físicas em decorrência de acidentes de trânsito; conhecer como o mesmo percebe a sua vida se há domínios de qualidade de vida afetados após o acidente, nos aspectos: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e aspectos espirituais/religião/crenças pessoais.

6. Procedimentos metodológicos:

Para a coleta de dados, os participantes serão informados dos objetivos da pesquisa e aos que aceitarem a participação preencherão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Três questionários serão aplicados simultaneamente: o Questionário Sociodemográfico, os questionários de avaliação de Qualidade de Vida: o SF-36 e WHOQOL-100.

O questionário sóciodemográfico, é de autoria da pesquisadora e engloba os seguintes aspectos: idade, sexo, estado civil, grau de instrução, profissão, ocupação, renda mensal familiar antes e depois do acidente, dados do acidente, sequelas em decorrência ao acidente e mudanças após o

acidente.

7. Possíveis desconfortos e riscos:

Caso não se sinta à vontade com alguma questão, esteja ciente de que pode deixar de respondê-la, sem que isso implique em prejuízo algum. Sendo que a sua participação nesta pesquisa é voluntária, ou seja, tem o direito de escolher a participar e pode desistir da mesma a qualquer momento; e não implicará qualquer risco ou desconforto. Se houver necessidade de entrar em contato com a pesquisadora, estou ciente de que posso encontrá-lo no telefone ou e-mail acima descritos.

8. Possíveis benefícios esperados:

A sua participação não trará qualquer benefício direto, mas proporcionará um melhor conhecimento sobre a Qualidade de Vida das vítimas com seqüelas em decorrência ao acidentes de trânsito. Acredita-se que a pesquisa em questão trará conhecimentos da realidade vivenciada pelas vítimas com seqüelas após o acidente, que contribuirá para futuros programas de intervenção sobre a saúde e a qualidade de vida dessa população e possibilitará maiores discussões sobre a Qualidade de Vida.

Considerando as informações constantes dos itens acima e as normas expressas na Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, consinto, de modo livre e esclarecido, participar da presente pesquisa na condição de participante da pesquisa e/ou responsável por participante da pesquisa, sabendo que:

- a) A participação em todos os momentos e fases da pesquisa é voluntária e não implica quaisquer tipos de despesa e/ou resarcimento financeiro. Em havendo despesas operacionais, estas deverão estar previstas no Cronograma de Desembolso Financeiro e em nenhuma hipótese poderão recair sobre o sujeito da pesquisa e/ou seu responsável;
- b) É garantida a liberdade de retirada do consentimento e da participação no respectivo estudo a qualquer momento, sem qualquer prejuízo, punição ou atitude preconceituosa;
- c) É garantido o anonimato;
- d) Os dados coletados só serão utilizados para a pesquisa e os resultados poderão ser veiculados em livros, ensaios e/ou artigos científicos em revistas especializadas e/ou em eventos científicos;
- e) A pesquisa aqui proposta foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), que a referenda e
- f) O presente termo está assinado em duas vias.

Campo Grande, / /

.....
 Nome do participante da pesquisa
 Nome do responsável pelo participante da pesquisa

.....
Assinatura

.....
Pesquisadora
Psic. Jucimara Zacarias Martins Silveira

.....
Orientador
Prof. PhD. José Carlos Rosa Pires de Souza

APÊNDICE C – Instrumento para a coleta de dados

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Caro(a),

Solicitamos um pouco do seu precioso tempo para responder as questões que segue.

Informamos que os dados coletados serão confidenciais e serão usados única e exclusivamente para a dissertação de mestrado.

Dados pessoais:

- 1) Idade (anos):
- 2) Sexo: [] masculino [] feminino
- 3) Estado civil: [] solteiro [] casado [] outros
- 4) Grau de instrução:
- 5) Profissão:
- 6) Ocupação:
- 7) Renda mensal familiar antes do acidente: R\$
- 8) Renda mensal familiar após o acidente: R\$
- 9) Recebe algum benefício em decorrência do acidente? [] sim [] não
Qual?

Dados do acidente:

- 10) Mês/ano que ocorreu o acidente: /
- 11) Tipo de acidente:
 atropelamento queda de motocicleta
 colisão capotamento
 outros
- 12) Você estava como?
 pedestre condutor passageiro
 outros
- 13) Se condutor, era habilitado para a categoria? [] sim [] não
- 14) Qual categoria? [] A [] B [] C [] D [] E
- 15) Qual (is) veículo (s) envolvido (s) no acidente?
 carro caminhão motocicleta
 bicicleta trator carroça
 outros

- 16) O acidente aconteceu quando você estava indo para o/a ...
 trabalho estudo lazer viagem

Seqüelas em decorrência do acidente:

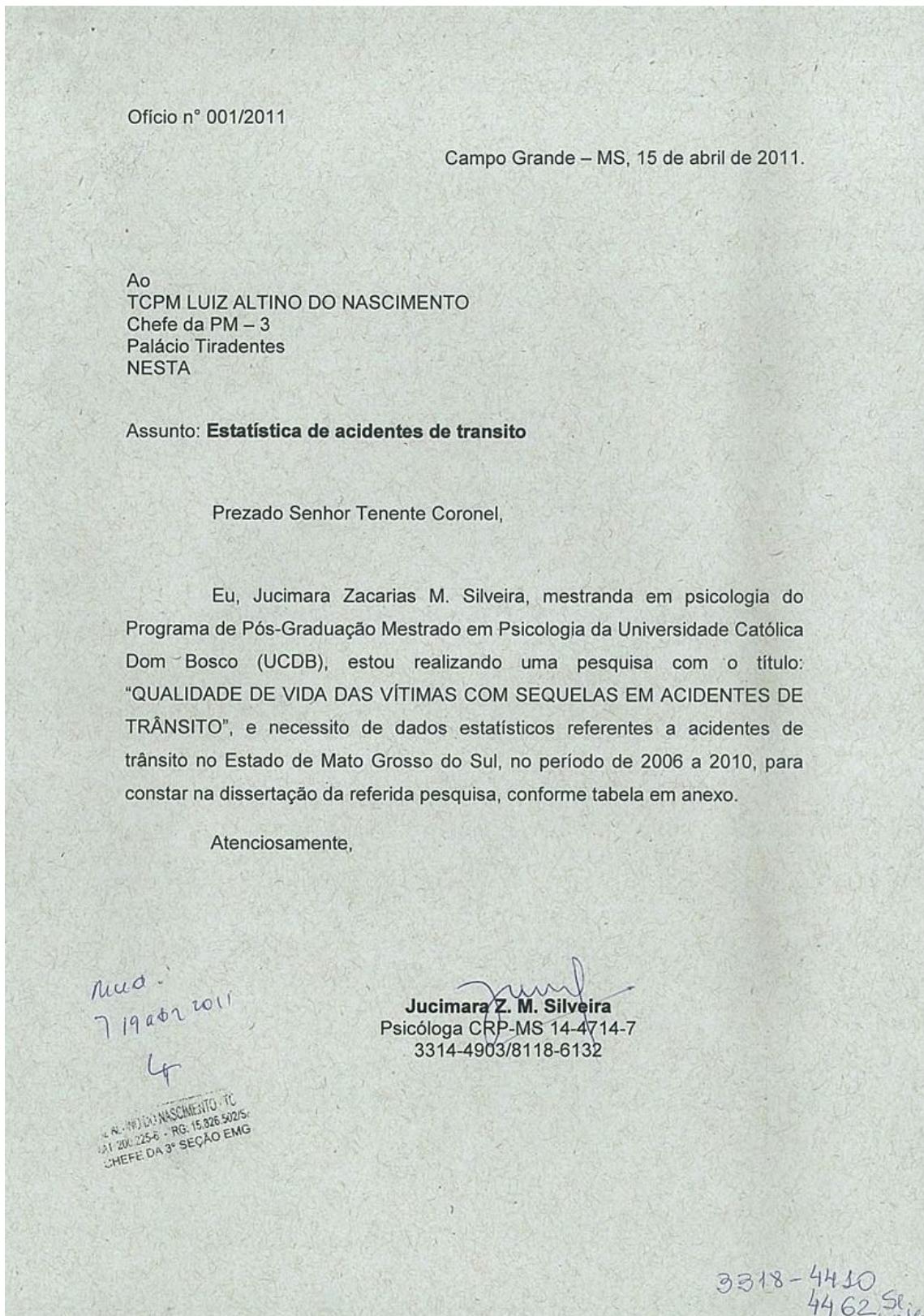
- 17) Ficou internado após o acidente? sim não
 18) Duração da internação:
 19) Qual é o tipo de seqüelas em decorrência ao acidente?
 membros superiores membros inferiores
 traumatismo crânioencefálico lesão medular
 outras

Mudanças após o acidente:

- 20) Quais as dificuldades que você tem atualmente?
 locomoção trabalho praticar esporte
 estudar atividade sexual sono
 vida social (ir à festas, sair com os amigos, visitar familiares...)
- 21) O que mudou após o acidente, nos aspectos:
 21.1) Profissional?
 dificuldades para exercer a profissão que tinha antes do acidente
 baixo desempenho profissional
 dificuldade de ascensão profissional
 outros
- 21.2) Escolar?
 Dificuldades para estudo e aperfeiçoamento da: leitura escrita concentração
 baixo rendimento escolar
 impossibilidade de progresso na vida estudantil
 melhor aproveitamento
- 21.3) Familiar?
 afastamento dos familiares
 aproximação dos familiares
- 21.4) Social?
 dificuldades para manter relacionamentos íntimos (casamento/noivado/namoro/amizade)
 impossibilidade de evolução nos relacionamentos (casamento/noivado/namoro/amizade/filhos)
 dificuldade de interação
 perda de interesse nas relações sociais

Muito obrigada !

APÊNDICE D – Documento correlato



ANEXOS

ANEXO A – Instrumentos de coleta de dados

1 – QUESTIONÁRIO WHOQOL-100 – Versão em português

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
 AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA
 Coordenação do Grupo WHOQOL no Brasil
 Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck
 Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal
 Universidade Federal do Rio Grande do Sul
 Porto Alegre, RS, Brasil

Instruções

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

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**.

Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

O quanto você se preocupa com sua saúde?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você se preocupou com sua saúde nas últimas duas semanas. Portanto, você deve fazer um círculo no número 4 se você se preocupou "bastante" com sua saúde, ou fazer um círculo no número 1 se você "nada" se preocupou com sua saúde. Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e faça um círculo no número que lhe parece a melhor resposta.

Muito obrigado por sua ajuda.

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

Por exemplo, sentimentos positivos tais como felicidade ou satisfação. Se você sentiu estas "extremamente", coloque um círculo no número abaixo de "extremamente". Se você não sentiu nenhuma delas, coloque um círculo no número abaixo de "nada". Se você desejar indicar que sua resposta se encontra entre "nada" e "extremamente", você deve colocar um círculo em um dos números entre esses dois extremos. As questões se referem às duas últimas semanas.

F1.2 Você se preocupa com sua dor ou desconforto (físicos)?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F1.3 Quão difícil é para você lidar com alguma dor ou desconforto?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F1.4 Em que medida você acha que sua dor (física) o impede de fazer o que você precisa?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F2.2 Quão facilmente você fica cansado(a)?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F2.4 O quanto você se sente incomodado(a) pelo cansaço?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F3.2 Você tem alguma dificuldade para dormir (com o sono)?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F3.4 O quanto algum problema com o sono lhe preocupa?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F4.1 O quanto você aproveita a vida?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F4.3 Quão otimista você se sente em relação ao futuro?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F4.4 O quanto você experimenta sentimentos positivos em sua vida?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F5.3 O quanto você consegue se concentrar?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F6.1 O quanto você se valoriza?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F6.2 Quanta confiança você tem em si mesmo?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F7.2 Você se sente inibido(a) por sua aparência?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F7.3 Há alguma coisa em sua aparência que o faça não se sentir bem?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F8.2 Quão preocupado(a) você se sente?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F8.3 O quanto algum sentimento de tristeza ou depressão interfere no seu dia-a-dia?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F8.4 O quanto algum sentimento de depressão lhe incomoda?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F10.2 Em que medida você tem dificuldade em exercer suas atividades do dia-a-dia?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F10.4 Quanto você se sente incomodado por alguma dificuldade em exercer as atividades do dia-a-dia?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F11.2 Quanto você precisa de medicação para levar a sua vida do dia-a-dia?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F11.3 Quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F11.4 Em que medida a sua qualidade de vida depende do uso de medicamentos ou de ajuda médica?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F15.1 Quão sozinho você se sente em sua vida?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F16.2 Quão satisfeitas estão as suas necessidades sexuais?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F17.4 Você se sente incomodado(a) por alguma dificuldade na sua vida sexual?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F18.1 Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F19.2 Você acha que vive em um ambiente seguro?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F20.3 O quanto você se preocupa com sua segurança?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F17.1 Quão confortável é o lugar onde você mora?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F17.4 O quanto você gosta de onde você mora?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F18.2 Você tem dificuldades financeiras?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F18.4 O quanto você se preocupa com dinheiro?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F19.1 Quão facilmente você tem acesso a bons cuidados médicos?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F21.3 O quanto você aproveita o seu tempo livre?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F22.1 Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos) ?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F22.2 Quão preocupado(a) você está com o barulho na área que você vive?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F23.2 Em que medida você tem problemas com transporte?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F23.4 O quanto as dificuldades de transporte dificultam sua vida?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

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

Por exemplo, atividades diárias tais como lavar-se, vestir-se e comer. Se você foi capaz de fazer estas atividades completamente, coloque um círculo no número abaixo de “completamente”. Se você não foi capaz de fazer nenhuma delas, coloque um círculo no número abaixo de “nada”. Se você desejar indicar que sua resposta se encontra entre “nada” e “completamente”, você deve colocar um círculo em um dos números entre esses dois extremos. As questões se referem às **duas últimas semanas**.

F2.1 Você tem energia suficiente para o seu dia-a-dia?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

F7.1 Você é capaz de aceitar a sua aparência física?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

F10.1 Em que medida você é capaz de desempenhar suas atividades diárias?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

F11.1 Quão dependente você é de medicação?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

F14.1 Você consegue dos outros o apoio de que necessita?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

F14.2 Em que medida você pode contar com amigos quando precisa deles?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

F17.2 Em que medida as características de seu lar correspondem às suas necessidades?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

F18.1 Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

F20.1 Quão disponível para você estão as informações de que precisa no seu dia-a-dia?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

F20.2 Em que medida você tem oportunidades de adquirir informações que considera necessárias?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

F21.1 Em que medida você tem oportunidades de atividades de lazer?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

F21.2 Quanto você é capaz de relaxar e curtir você mesmo?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

F23.1 Em que medida você tem meios de transporte adequados?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

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

Por exemplo, na sua vida familiar ou a respeito da energia (disposição) que você tem. Indique quão satisfeita(a) ou não satisfeita(a) você está em relação a cada aspecto de sua vida e coloque um círculo no número que melhor represente como você se sente sobre isto. As questões se referem às duas últimas semanas.

G2 Quão satisfeita(a) você está com a qualidade de sua vida?

Muito insatisfeita	Insatisfeita	Nem insatisfeita, nem satisfeita	Satisfeita	Muito satisfeita
1	2	3	4	5

G3 Em geral, quão satisfeita(a) você está com a sua vida?

Muito insatisfeita	Insatisfeita	Nem insatisfeita, nem satisfeita	Satisfeita	Muito satisfeita
1	2	3	4	5

G4 Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem insatisfeito, nem satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

F2.3 Quão satisfeito(a) você está com a energia (disposição) que você tem?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem insatisfeito, nem satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

F3.3 Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem insatisfeito, nem satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

F5.2 Quão satisfeito(a) você está com a sua capacidade de aprender novas informações?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem insatisfeito, nem satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

F5.4 Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de tomar decisões?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem insatisfeito, nem satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

F6.3 Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem insatisfeito, nem satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

F6.4 Quão satisfeito(a) você está com suas capacidades?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem insatisfeito, nem satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

F7.4 Quão satisfeito(a) você está com a aparência de seu corpo?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem insatisfeito, nem satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

F10.3 Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem insatisfeito, nem satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

F13.3 Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem insatisfeito, nem satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

F15.3 Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem insatisfeito, nem satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

F14.3 Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de sua família?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem insatisfeito, nem satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

F14.4 Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem insatisfeito, nem satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

F13.4 Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de dar apoio aos outros?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem insatisfeito, nem satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

F16.4 Quão satisfeito(a) você está com a sua segurança física (assaltos, incêndios, etc.)?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem insatisfeito, nem satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

F17.3 Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem insatisfeito, nem satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

F18.3 Quão satisfeito(a) você está com sua situação financeira?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem insatisfeito, nem satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

F19.3 Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem insatisfeito, nem satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

F19.4 Quão satisfeito(a) você está com os serviços de assistência social?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem insatisfeito, nem satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

F20.3 Quão satisfeito(a) você está com as suas oportunidades de adquirir novas habilidades?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem insatisfeito, nem satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

F20.4 Quão satisfeito(a) você está com as suas oportunidades de obter novas informações?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem insatisfeito, nem satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

F21.4 Quão satisfeito(a) você está com a maneira de usar o seu tempo livre?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem insatisfeito, nem satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

F22.3 Quão satisfeito(a) você está com o seu ambiente físico (poluição, clima, barulho, atrativos)?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem insatisfeito, nem satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

F22.4 Quão satisfeito(a) você está com o clima do lugar em que vive?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem insatisfeito, nem satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

F23.3 Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem insatisfeito, nem satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

F13.2 Você se sente feliz com sua relação com as pessoas de sua família?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem insatisfeito, nem satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

G1 Como você avaliaria sua qualidade de vida?

Muito ruim	Ruim	Nem ruim, nem boa	Boa	Muito boa
1	2	3	4	5

F15.1 Como você avaliaria sua vida sexual?

Muito ruim	Ruim	Nem ruim, nem boa	Boa	Muito boa
1	2	3	4	5

F3.1 Como você avaliaria o seu sono?

Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
1	2	3	4	5

F5.1 Como você avaliaria sua memória?

Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
1	2	3	4	5

F19.2 Como você avaliaria a qualidade dos serviços de assistência social disponíveis para você?

Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a “com que frequência” você sentiu ou experimentou certas coisas.

Por exemplo, o apoio de sua família ou amigos, ou você teve experiências negativas, tais como um sentimento de insegurança. Se, nas duas últimas semanas, você não teve estas experiências de nenhuma forma, circule o número abaixo da resposta “nunca”. Se você sentiu estas coisas, determine com que frequência você as experimentou e faça um círculo no número apropriado. Então, por exemplo, se você sentiu dor todo o tempo todo nas últimas duas semanas, circule o número abaixo de “sempre”. As questões referem-se às duas últimas semanas.

F1.1 Com que frequência você sente dor (física)?

Nunca	Raramente	Às vezes	Repetidamente	Sempre
1	2	3	4	5

F4.2 Em geral, você se sente contente?

Nunca	Raramente	Às vezes	Repetidamente	Sempre
1	2	3	4	5

F8.1 Com que frequência você tem sentimentos negativos, tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?

Nunca	Raramente	Às vezes	Repetidamente	Sempre
1	2	3	4	5

As questões seguintes se referem a qualquer “trabalho” que você faça. Trabalho aqui significa qualquer atividade principal que você faça. Pode incluir trabalho voluntário, estudo em tempo integral, cuidar da casa, cuidar das crianças, trabalho pago ou não. Portanto, trabalho, na forma que está sendo usada aqui, quer dizer atividades que você acha que tomam a maior parte do seu tempo e energia.

As questões referem-se às últimas duas semanas.

F12.1 Você é capaz de trabalhar?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

F12.2 Você se sente capaz de fazer as suas tarefas?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

F12.4 Quão satisfeito(a) você está com a sua capacidade para o trabalho?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem insatisfeito, nem satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

F12.3 Como você avaliaria a sua capacidade para o trabalho?

Muito ruim	Ruim	Nem ruim, nem boa	Boa	Muito boa
1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre “quão bem você é capaz de se locomover” referindo-se às duas últimas semanas. Isso em relação à sua habilidade física de mover o seu corpo, permitindo que você faça as coisas que gostaria de fazer, bem como as coisas que necessite fazer.

F9.1 Quão bem você é capaz de se locomover?

Muito ruim	Ruim	Nem ruim, nem boa	Boa	Muito boa
1	2	3	4	5

F9.3 O quanto alguma dificuldade de locomoção lhe incomoda?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F9.4 Em que medida alguma dificuldade em mover-se afeta a sua vida no dia-a-dia?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F9.2 Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de se locomover?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem insatisfeito, nem satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se às suas crenças pessoais, e ao quanto elas afetam a sua qualidade de vida. As questões dizem respeito à religião, à espiritualidade e a outras crenças que você possa ter. Uma vez mais, elas referem-se às duas últimas semanas.

F24.1 Suas crenças pessoais dão sentido à sua vida?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F24.2 Em que medida você acha que sua vida tem sentido?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F24.3 Em que medida suas crenças pessoais lhe dão força para enfrentar dificuldades?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F24.4 Em que medida suas crenças pessoais lhe ajudam a entender as dificuldades da vida?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

Muito obrigado por sua ajuda !

2 – QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA – SF-36

SF-36 PESQUISA EM SAÚDE (UCDB)

Score:

Sexo: Idade:

Instruções: Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados sobre como você se sente e quanto bem você é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Responda a cada questão, marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em responder, por favor, tente responder o melhor que puder.

1. Em geral você diria que sua saúde é:

(circule uma)

- | | |
|------------------|---|
| Excelente | 1 |
| Muito boa | 2 |
| Boa | 3 |
| Ruim | 4 |
| Muito ruim | 5 |

2. Comparada há um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral, agora?

(circule uma)

- | | |
|--|---|
| Muito melhor agora do que há um ano atrás | 1 |
| Um pouco melhor agora que há um ano atrás | 2 |
| Quase a mesma de um ano atrás | 3 |
| Um pouco pior agora do que há um ano atrás | 4 |
| Muito pior agora que há um ano atrás | 5 |

3. Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido a sua saúde, você tem dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto?

(circule um número em cada linha)

Atividades	Sim. Dificulta muito.	Sim. Dificulta um pouco.	Não. Não dificulta de modo algum
a. Atividades vigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b. Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c. Levantar ou carregar mantimentos.	1	2	3
d. Subir vários lances de escada.	1	2	3
e. Subir um lance de escada.	1	2	3
f. Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se.	1	2	3
g. Andar mais de um quilômetro.	1	2	3
h. Andar vários quarteirões.	1	2	3
i. Andar um quarteirão.	1	2	3
j. Tomar banho ou vestir-se.	1	2	3

4. Durante as últimas quatro semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de sua saúde física?

(circule uma em cada linha)

	Sim	Não
a. Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b. Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c. Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?	1	2
d. Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (por exemplo: necessitou de um esforço extra)?	1	2

5. Durante as últimas quatro semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como sentir-se deprimido ou ansioso)?

(circule uma em cada linha)

	Sim	Não
a. Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b. Realizou menos tarefas do que gostaria?	1	2
c. Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	1	2

6. Durante as últimas quatro semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação a família, vizinhos, amigos ou em grupo?

(circule uma)

De forma nenhuma	1
Ligeiramente	2
Moderadamente	3
Bastante	4
Extremamente	5

7. Quanta dor no corpo você teve durante as últimas quatro semanas?

(circule uma)

Nenhuma	1
Muito leve	2
Leve	3
Moderada	4
Grave	5
Muito grave	6

8. Durante as últimas quatro semanas, quanto a dor interferiu com o seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho, fora de casa e dentro de casa)?

(circule uma)

De maneira alguma	1
Um pouco	2
Moderadamente	3
Bastante	4
Extremamente	5

9. Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas quatro semanas. Para cada questão, por favor, dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente em relação às últimas quatro semanas.

(circule um número para cada linha)

	Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a. Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força?	1	2	3	4	5	6
b. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c. Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido, que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d. Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e. Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f. Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5	6
g. Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i. Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10. Durante as últimas quatro semanas, em quanto do seu tempo a sua saúde física ou os problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)?

(circule uma)

Todo tempo	1
A maior parte do tempo	2
Alguma parte do tempo	3
Uma pequena parte do tempo	4
Nenhuma parte do tempo	5

11. O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

(circule um número em cada linha)

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falsa	Definitivamente falsa
a. Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas.	1	2	3	4	5
b. Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço.	1	2	3	4	5
c. Eu acho que a minha saúde vai piorar.	1	2	3	4	5
d. Minha saúde é excelente.	1	2	3	4	5

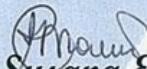
ANEXO B – Autorização para realização da pesquisa



Campo Grande, 02 de setembro de 2010.

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que o projeto “**Qualidade de vida das vítimas com sequelas de acidentes de Trânsito**” sob a responsabilidade de **Jussimara Zacarias Martins Silveira**, orientação do Prof. Dr. **José Carlos Rosa Pires de Souza**, protocolo nº **048/10** após análise do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica Dom Bosco, foi considerado aprovado.


Prof. Dra. Susana Elisa Morena
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa da
Universidade Católica Dom Bosco

ANEXO C – Dados fornecidos por outras fontes



**SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA MILITAR DE MATO GROSSO DO SUL
3ª SEÇÃO DO ESTADO MAIOR GERAL DA PMMS
SUBSEÇÃO DE INFORMAÇÃO E ESTATÍSTICA**
Rua Desembargador Leão Neto do Carmo, 1203 – Parque dos Poderes
Campo Grande – MS – CEP 79.031-902 – Fone: 67 3318 4462
www.pm.ms.gov.br - pm3@pm.ms.gov.br

Ofício nº 007/SIE/PM3-11

Campo Grande- MS, 18 de maio de 2011.

À Senhora
JUCIMARA Z. M. SILVEIRA
 Psicóloga
 Campo Grande - MS

Assunto: Relatório Estatístico de Acidente de Trânsito.

Senhora,

Em atendimento ao Ofício nº. 01/2011, de 15 Abr 11, o qual trata de solicitação de informações acerca de acidentes de trânsito no Estado de Mato Grosso do Sul, no período de 2006 a 2010, encaminho a Vossa Senhoria, o Relatório Estatístico de Acidentes de Trânsito.

Atenciosamente,

EZEQUIEL MARTINS DOS SANTOS – MAJ QOPM
 Chefe da Subseção de Informação e Estatística da PMMS
 Mat. 203202-3

*Recebido em 15/05/2011
Jucimara*

POLICIA MILITAR DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
COMANDO GERAL
PALÁCIO TIRADENTES
3^a SEÇÃO DO ESTADO MAIOR
SUBSEÇÃO DE INFORMAÇÃO E ESTATÍSTICA

ÍNDICES DE ACIDENTES DE TRÂNSITO NO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL		
ANO	ACIDENTE COM VÍTIMAS FATAIS	ACIDENTES COM VÍTIMAS NÃO FATAIS
2006	270	7.801
2007	318	10.591
2008	319	10.887
2009	226	8.585
2010	330	13.109
TOTAL	1.463	50.973

Frota de veículos, por tipo e com placa - Grandes regiões e unidades da federação – dez. 2010 – Registro Nacional de Veículos Automotores

UF	Automóveis	Bom	-de	Camin-	Camin-	Cami-	Chassi-	Ciclo-	Micro-	Motocicleta	Motoneta	Ônibus	Qua-	Rebo-	Semi-	Side-	Outros	Trator	Estei-	Rodas	Triciclo	Utilitá-	Total
		-de	Camin-	hão	/trator	honete	chave	plata-	motor				dri-	que	rebo-	car							
Brasil	37.188.341	126	2.143.467	412.473	4.285.690	1.859.043	3.801	95.259	270.693	13.950.448	2.444.471	451.989	153	782.421	612.040	8.418	7.832	155	21.679	10.258	269.217	64.817.974	
Norte	1.021.800	0	109.306	14.171	246.252	65.016	222	3.202	10.261	1.015.995	264.816	25.277	1	28.463	31.136	420	116	1	135	657	11.767	2.849.014	
AC	50.881	0	5.148	433	14.618	2.612	12	10	175	62.008	12.341	583	0	1.171	672	60	4	0	1	57	534	151.320	
AP	51.847	0	3.102	203	11.994	2.908	14	56	312	35.652	6.913	639	0	665	445	48	2	0	5	60	458	115.323	
AM	262.257	0	16.440	2.159	53.907	20.005	46	345	2.540	123.708	28.647	6.300	0	1.741	10.021	7	69	0	50	107	2.465	530.814	
PA	345.789	0	40.288	4.107	69.275	23.263	126	937	4.816	364.912	82.174	10.306	1	9.431	8.314	153	23	0	30	279	5.443	969.667	
RO	152.911	0	22.421	4.119	47.023	7.125	16	459	743	241.370	67.231	3.609	0	6.169	7.157	40	6	1	18	105	1.288	561.811	
RR	41.218	0	3.179	319	13.472	2.874	0	191	422	49.420	11.981	662	0	583	651	4	2	0	2	7	464	125.451	
TO	116.897	0	18.728	2.831	35.963	6.229	8	1.204	1.253	138.925	55.529	3.178	0	8.703	3.876	108	10	0	29	42	1.115	394.628	
Nordeste	4.104.100	8	320.999	33.577	638.032	222.394	983	7.125	52.570	3.382.147	441.490	77.503	4	84.706	51.934	1.537	428	2	706	2.522	47.113	9.469.880	
AL	210.119	0	15.373	1.503	30.678	11.249	67	26	4.408	127.498	19.376	4.562	1	8.016	3.553	49	19	0	7	91	2.193	438.788	
BA	1.079.158	7	85.830	12.271	184.661	61.129	308	492	16.515	699.071	90.661	27.051	0	21.305	19.163	649	122	0	128	650	9.807	2.308.978	
CE	674.303	0	49.946	4.970	108.142	35.706	152	679	7.118	706.301	76.638	10.512	0	17.026	6.739	333	88	0	131	401	12.813	1.711.998	
MA	248.685	0	24.881	1.497	56.159	12.423	97	2.724	3.319	367.351	64.540	4.813	0	4.130	2.072	36	30	0	26	135	3.165	796.083	
PB	315.236	0	21.049	1.649	44.913	14.918	28	137	2.904	250.152	34.299	4.460	1	3.121	2.267	28	26	0	28	128	3.212	698.556	
PE	850.633	1	68.389	7.430	101.102	54.302	185	960	10.540	577.278	53.885	13.666	1	16.371	12.097	143	68	0	179	452	6.707	1.774.389	
PI	185.101	0	17.356	1.257	41.005	8.776	59	1.518	1.806	270.551	46.198	3.397	0	1.777	1.718	200	23	0	13	304	1.718	582.777	
RN	335.705	0	22.478	1.768	49.124	15.837	56	413	3.474	249.672	33.899	4.548	1	5.373	2.592	57	29	0	96	203	5.938	731.263	
SE	205.160	0	15.697	1.232	22.248	8.054	31	176	2.486	134.273	21.994	4.494	0	7.587	1.733	42	23	2	98	158	1.560	427.048	
Sudeste	21.092.487	65	1.002.785	178.574	2.019.4931.085.407	1.606	63.457	154.153	5.862.864	862.454	232.480	77	334.324	254.716	3.637	2.278	93	11.173	4.377	129.648	33.296.148		
ES	653.018	16	54.777	13.311	96.979	33.516	66	830	5.241	291.250	60.502	12.129	2	15.085	17.614	133	111	9	1.380	566	6.313	1.262.848	
MG	3.922.908	0	254.779	43.554	492.045	177.196	100	13.171	29.584	1.682.276	166.292	56.297	10	89.948	53.003	1.400	878	33	1.404	1.399	19.363	7.005.640	
RJ	3.181.686	0	110.468	10.780	204.251	175.470	74	651	29.689	566.794	105.224	37.174	8	30.372	14.380	204	452	1	542	716	20.744	4.489.680	
SP	13.334.875	49	582.761	110.929	1.226.218	699.225	1.366	48.805	89.639	3.322.544	530.436	126.880	57	198.919	169.719	1.900	837	50	7.847	1.696	83.228	20.537.980	
Sul	8.020.795	38	517.909	138.766	890.118	345.674	763	12.668	39.044	2.340.658	515.478	78.253	67	215.838	196.326	1.670	4.588	53	8.915	1.635	53.796	13.383.052	
PR	3.072.415	7	213.380	62.398	374.979	134.159	248	7.254	14.970	858.295	204.738	31.922	19	69.882	93.838	581	424	8	1.465	868	18.504	5.160.354	
RS	2.966.251	31	181.033	40.404	298.911	129.487	373	3.968	15.397	822.935	133.059	31.060	38	104.289	52.809	422	3.273	36	5.175	451	19.101	4.808.503	
SC	1.982.129	0	123.496	35.964	216.228	82.028	142	1.446	8.677	659.428	177.681	15.271	10	41.667	49.679	667	891	9	2.275	316	16.191	3.414.195	
CO	2.949.159	15	192.468	47.385	491.795	140.552	227	8.807	14.665	1.348.784	360.233	38.476	4	119.090	77.928	1.154	422	6	750	1.067	26.893	5.819.880	
DF	924.103	5	19.362	2.294	76.595	43.863	57	675	4.591	124.520	11.171	8.663	1	15.548	2.694	711	118	4	503	233	9.810	1.245.521	
GO	1.170.400	0	83.873	18.255	209.674	53.560	101	5.255	5.721	590.438	163.560	16.289	0	72.754	29.819	136	162	2	97	296	8.313	2.428.705	
MT	407.567	0	50.046	17.463	116.411	20.481	11	1.926	2.173	381.243	118.113	7.147	2	15.326	29.769	136	48	0	17	310	4.936	1.173.125	
MS	447.089	10	39.187	9.373	89.115	22.648	58	951	2.180	252.583	67.389	6.377	1	15.462	15.646	171	94	0	133	228	3.834	972.529	

Fonte: Brasil (2011).