

**CAMILA ZIMMERMANN**

**O LADO OCULTO DOS ACIDENTES DE TRÂNSITO**

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO  
CURSO DE PSICOLOGIA  
CAMPO GRANDE/MS  
2008**

**CAMILA ZIMMERMANN**

## **O LADO OCULTO DOS ACIDENTES DE TRÂNSITO**

Monografia apresentada como Trabalho de Conclusão de Curso – TCC, para a obtenção do título de Psicólogo da Universidade Católica Dom Bosco, sob a orientação da Prof<sup>a</sup> Msc. Maria Solange Felix Pereira.

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO  
CURSO DE PSICOLOGIA  
CAMPO GRANDE/MS  
2008**

## FOLHA DE APROVAÇÃO

**Aluna:** Camila Zimmermann

**Título:** “O LADO OCULTO DOS ACIDENTES DE TRÂNSITO”

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado como requisito parcial para obtenção do título de Psicólogo.

Data de aprovação: \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2008.

Banca Examinadora:

Professor(a) Orientador(a): Msc. Maria Solange Felix Pereira

Professor(a): Tânia Rocha Nascimento

Professor(a): Sueli Mendes Nogueiran

Campo Grande, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2008.

Dedico esta conquista aos meus pais, Bonemar Zimmermann e Eli Therezinha Zimmermann, os quais possibilitaram a realização deste sonho, proporcionando o crescimento intelectual e a consciência de lutar por meus objetivos.

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente a Deus pela força interior e por cada vitória diária para a realização de um sonho muito desejado.

À minha professora e orientadora Msc. Maria Solange Felix Pereira, cujo profissionalismo e competência despertaram o interesse e a responsabilidade de abraçar o desafio do futuro exercício da profissão. Obrigado pela paciência, confiança, atenção e a grandiosa ajuda de transformarmos este trabalho em realidade.

À Professora Tânia Rocha Nascimento, pelos momentos de atenção e dedicação.

Às amigas Liz Araújo Magalhães, Luciana Juliani, Nadja Fernanda de Andrade Franco, e Zeza Coelho Pereira Caldas, que juntas alcançamos o fim desta caminhada, entenderam meus momentos, que não foram poucos e iguais.

À Rosana Leite Massa pela escuta, atenção, carinho e incentivo.

À Oldemar de Oliveira Brandão por fazer parte do meu caminho sempre.

À todas as pessoas vítimas de acidente de trânsito, desejo que este trabalho possa ser uma semente e o começo de um novo processo.

***...As necessidades humanas são inatas e universais; no entanto, elas podem ser influenciadas, eliminadas ou enfraquecidas pelas condições externas, atribuindo, assim, importância fundamental aos suportes presentes no ambiente para a sua satisfação. (Maslow)***

## RESUMO

O presente estudo objetivou conhecer para caracterizar as seqüelas invisíveis de acidentados de trânsito. Buscou em seus objetivos específicos analisar os fatores relacionados ao acidente de trânsito na perspectiva das vítimas; identificar as conseqüências do acidente nos contextos: social, familiar, econômico, trabalho e do lazer; conhecer a dor e o sofrimento em decorrência do acidente de trânsito; e levantar as perspectivas futuras de vida dos acidentados.

A fundamentação teórica foi construída com base nos escassos estudos existentes sobre o impacto do acidente e suas conseqüências nas vítimas.

Utilizou-se de metodologia qualitativa pela possibilidade de explorar em profundidade os aspectos psicossociais envolvidos no contexto dos sujeitos. Entre os resultados obtidos destaca-se que os acidentes de trânsito deixam seqüelas invisíveis aos envolvidos e aos seus familiares, difíceis de quantificar o seu custo econômico e social, mas passíveis de serem conhecidos como o sofrimento, humilhação, dependência e medo.

Palavras-chave: Acidentes de trânsito; Impactos; Seqüelas Invisíveis; Custo Social.

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 – Profissão antes e depois do acidente

## **LISTA DE GRÁFICOS**

Gráfico 1 - Custo Social dos Acidentes de Trânsito 2005

## LISTA DE ABREVIações

ANTP.....	Associação Nacional de Transportes Públicos
B.O... ..	Boletim de Ocorrência
CID 10.....	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CNH.....	Carteira Nacional de Habilitação
DENATRAN.....	Departamento Nacional de Trânsito
DETRAN.....	Departamento Estadual de Trânsito
DNER.....	Departamento Nacional de Estradas de Rodagem
DNIT.....	Departamento Nacional de Infra-Estrutura de Transportes
DPVAT.....	Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre
DSM-IV.....	Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais
IBGE.....	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INSS.....	Instituto Nacional do Seguro social
IPEA.....	Instituto de Pesquisas Econômica Aplicada
IPR.....	Instituto de Pesquisas Rodoviárias
OMS.....	Organização Mundial de Saúde
OPAS.....	Organização Pan americana de Saúde
PRMMAT.....	Programa de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito
SUS.....	Sistema Único de Saúde
TEPT.....	Transtorno do Estresse Pós-Traumático

## SUMÁRIO

<b>LISTA DE TABELAS .....</b>	<b>08</b>
<b>LISTA DE GRÁFICOS .....</b>	<b>09</b>
<b>LISTA DE ABREVIÇÕES.....</b>	<b>10</b>
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>CAPÍTULO I.....</b>	<b>16</b>
<b>1 OS ACIDENTES DE TRÂNSITO E SEU CUSTO SOCIAL.....</b>	<b>16</b>
1.1 Acidentes de Trânsito e Fatores que o Provocam.....	16
1.2 Custo Social dos Acidentes de Trânsito.....	17
1.3 Impactos dos Acidentes e suas Conseqüências nas Vítimas e Familiares .....	18
<b>CAPÍTULO II.....</b>	<b>20</b>
<b>2 A SAÚDE PÚBLICA E A POLÍTICA NACIONAL DE PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE NO TRÂNSITO.....</b>	<b>20</b>
2.1 Conceito de Saúde e Doença.....	20
2.2 Do Modelo Biomédico ao Modelo Biopsicossocial .....	21
2.3 Política Nacional de Prevenção e Promoção da Saúde no Trânsito .....	21
<b>CAPÍTULO III.....</b>	<b>24</b>
<b>3 PSICOLOGIA E SEQUELAS INVISÍVEIS DOS ACIDENTES DE TRÂNSITO.....</b>	<b>24</b>
3.1 Breve Histórico da Psicologia do Trânsito .....	24
3.2 Deficiência Adquirida.....	26
3.3 Alternativas de Intervenções Psicológicas .....	27
3.4 Seqüelas Invisíveis dos Acidentes de Trânsito: o Transtorno do Estresse Pós- Traumático .....	28
<b>CAPÍTULO IV.....</b>	<b>31</b>
<b>4 PESQUISA DE CAMPO .....</b>	<b>31</b>
<b>4.1 OBJETIVOS.....</b>	<b>31</b>
4.2 Objetivo Geral .....	31
4.3 Objetivos Específicos .....	31
<b>CAPÍTULO V.....</b>	<b>32</b>
<b>5 METODOLOGIA .....</b>	<b>32</b>
5.1 Sujeitos.....	32
5.2 Local.....	32

5.3 Instrumentos de Coleta de Dados .....	32
5.4 Procedimentos .....	33
<b>CAPÍTULO VI.....</b>	<b>34</b>
<b>6 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....</b>	<b>34</b>
6.1 Identificação dos participantes .....	34
6.2 Saúde dos participantes .....	35
6.3 Aspectos relacionados ao envolvimento no acidente.....	36
6.4 Conseqüências do acidente .....	39
6.4.1 Familiar.....	39
6.4.2 Econômica.....	40
6.4.3 Trabalho .....	41
6.4.4 Pessoal.....	42
6.4.5 Social.....	43
6.4.6 Sexualidade.....	43
6.4.7 Lazer .....	44
6.5 Dor e sofrimento em decorrência do acidente.....	45
6.6 Perspectivas futuras.....	47
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>48</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>50</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>53</b>
<b>ANEXO 1 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....</b>	<b>54</b>
<b>ANEXO 2 ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIDIRIGIDA.....</b>	<b>55</b>
<b>ANEXO 3 CID-10 - TRANSTORNO DO ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO.....</b>	<b>57</b>
<b>ANEXO 4 DSM-IV - TRANSTORNO DO ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO.....</b>	<b>58</b>

## INTRODUÇÃO

Os acidentes de trânsito representam importante problema mundial pelos índices de morbimortalidade. Estatísticas oficiais mostram que mais de um milhão de pessoas por ano, em todo o mundo morrem por envolvimento em acidentes de trânsito. Acrescido ao número de mortes, os acidentes deixam entre 20 milhões e 50 milhões de pessoas feridas.

Nos países desenvolvidos, os problemas dos acidentes começaram a ser percebidos pela sociedade e se tornaram graves nas primeiras décadas do século XX. Nos EUA, o número dos automóveis cresceu muito. Nos países europeus e também no Japão o problema dos acidentes de trânsito se destacou após a segunda grande guerra. Nos países em desenvolvimento, como o Brasil, os acidentes começaram se apresentar como um problema para a sociedade, desde os anos 70, em decorrência do processo de dependência do transporte motorizado em especial dos automóveis para a mobilidade humana e de mercadorias (VASCONCELLOS, 2005, p.81).

Os órgãos pertencentes ao Sistema Brasileiro de Trânsito, bem como os de Saúde e Meio Ambiente, começam a configurar a problemática dos acidentes de trânsito atingindo proporções de epidemia no Brasil. Constituindo um grave problema de saúde pública.

O relatório (2004) da Organização Mundial de Saúde (OMS), indica a ocorrência de 1,2 milhão de mortes por acidentes de trânsito no mundo, com mais de 50 milhões de pessoas feridas (WHO, 2004). A OMS estima que em 2020 a terceira causa de mortes no mundo será o acidente de trânsito (VASCONCELLOS, 2005, p.81).

O Brasil, quando comparado nos índices de acidentes de trânsito aos países desenvolvidos, destaca-se em seu alto índice e no enorme custo a sociedade em termos pessoais e econômicos.

No contexto das pessoas, estão a dor e o sofrimento das vítimas do acidente, dos parentes e amigos. No contexto econômico, destaca-se as perdas materiais e tempo de vida das pessoas, os custos hospitalares, a perda de produção para a sociedade e os custos do governo para atender os feridos, reorganizar o trânsito e repor a sinalização danificada (VASCONCELLOS, 2005, p.86).

Existem custos difíceis de serem quantificados, como dor e sofrimento, pouco difundidos no meio sociais e notadamente destacados, pelos escassos estudos.

Os Acidentes de Trânsito, conforme Haddad, Morita e Gonçalves (2007) faz vítimas em diversos graus. Desde familiares à comunidade. O círculo próximo é o que mais sofre, as mortes também afetam os profissionais que trabalham no socorro e no atendimento médico. O impacto também chega à comunidade que se assusta ao tomar conhecimento de acidentes envolvendo mortes e mutilações.

A caracterização das vítimas dos acidentes de trânsito pode variar desde a ausência de lesões até o óbito, variando conforme as particularidades do acidente. O indivíduo que sobrevive ao acidente pode também evoluir com seqüelas imediatas e/ou tardias (MELLO JORGE apud DORNELAS, 1997, p.89).

A Organização Pan Americana de Saúde mostra que no mundo 6% das deficiências físicas são causadas pelos acidentes de trânsito (OPAS, 1994) e, no Brasil 24,5 milhões de pessoas, correspondendo a 14,5% da população brasileira (IBGE, 2000), com algum tipo de deficiência física, mental, visual ou auditiva.

As seqüelas decorrentes dos acidentes de trânsito que atingem desigualmente as vítimas, familiares e profissionais que atuam nas emergências e no socorro às vítimas, começam a receber atenção ao enfrentamento pelo início das políticas públicas e ações para a prevenção e promoção da saúde e segurança no trânsito.

O suporte legal referente está contido no Código de Trânsito Brasileiro, Lei 9.503, de 23 de setembro de 1997, dispondo no Art.78, sobre o seguro obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres (DPVAT), *“Os Ministérios da Saúde, da Educação e do Desporto, do Trabalho, dos Transportes e da Justiça, por intermédio do Conselho Nacional de Trânsito, deverão desenvolver e implementar programas de prevenção de acidentes”*.

Sob esta diretriz o Ministério da Saúde (MS) define a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violência, visando estabelecer ações relativas à assistência, à recuperação e à reabilitação das vítimas de violência.

Objetivando instrumentalizar a referida Política, o Ministério da Saúde apresenta o *Programa de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito (PRMMAT)*, com destaque para as ações de prevenção a serem implementadas nos aglomerados urbanos, por apresentarem maior concentração da malha viária e das ocorrências de acidentes e óbitos.

Importantes estudos têm sido feitos para conhecer e mapear os custos sociais e econômicos dos acidentes de trânsito no Brasil. O estudo mais completo e recente (2006) é o realizado pelo Instituto de Pesquisas Econômicas (IPEA), Associação Nacional de Transporte Público (ANTP) e Departamento Nacional de Trânsito (DENATRAN), que quantificou o custo dos acidentes nas rodovias brasileiras e apontou para a necessidade do conhecimento dos impactos dos acidentes na saúde e na vida das vítimas diretamente e indiretamente envolvidas, como os familiares, as equipes de resgate e de saúde.

Haddad, Morita e Gonçalves (2007), destacam que no exterior esse tema recebe mais atenção e que a literatura internacional dispõe de vasta produção sobre essa temática estando contextualizada na perspectiva do estresse pós-traumático. Exemplo é o *Journal of Traumatic Stress*, existente há 20 anos. No Brasil, entretanto não existem estudos nacionais focalizados na especificidade dos acidentes de trânsito.

As seqüelas invisíveis dos acidentes de trânsito começam a ser percebidas e estudadas no Brasil, recentemente, no referencial do modelo biomédico e do estresse pós-traumático (MAIA E PIRES, 2006).

Trata-se de um tema que ainda deve ser muito aprofundado, pois seu correto e adequado enfrentamento requer a obtenção de informações confiáveis, ampla revisão da literatura e divulgação dos estudos existentes (HADDAD, MORITA E GONÇALVES, 2007).

Destaca-se a invisibilidade do trabalho no Brasil, por ainda não estar inserido efetivamente na agenda da saúde, com agravantes relacionados especialmente ao reduzido número de profissionais com entendimento para o diagnóstico e tratamento na perspectiva de uma visão global que considere o social, o físico e a subjetividade.

Considerando os acidentes de trânsito como um problema de saúde pública e a necessidade de conhecer seus efeitos além dos danos físicos, é que busca-se a realização deste estudo.

O trabalho está dividido em cinco capítulos, sendo os três primeiros, compostos pela fundamentação teórica, onde são abordados temas relacionados aos acidentes de trânsito, fatores que os provocam, custos sociais e impactos destes acidentes, políticas nacionais, seqüelas invisíveis e deficiências adquiridas. O quarto e quinto capítulos são compostos pela metodologia, pela pesquisa e pelos resultados propriamente ditos.

## CAPÍTULO I

### 1 OS ACIDENTES DE TRÂNSITO E SEU CUSTO SOCIAL

#### 1.1 Acidentes de Trânsito e Fatores que o Provocam

Para que funcione um sistema de trânsito, segundo Rozestraten (1988), é preciso da interação entre três fatores, a via, o veículo e o homem, este último é o mais importante, pois é ele que adquire o comando do veículo e da via. O comportamento humano é o principal responsável pelos acidentes de trânsito, por isso é importante a preocupação em saber o que provoca o acidente, em que condições acontecem e para isso é necessário estudos relacionados aos acidentados, e não apenas aos acidentes.

Rozestraten (1988, p. 74) define que, acidente é “uma desavença não intencionada, envolvendo um ou mais participantes do trânsito, implicando algum dano e noticiada à polícia diretamente ou através dos serviços de Medicina Legal”. Portanto, há várias classificações de acidentes e acidentados que caracterizam mais as consequências do acidente do que suas causas e circunstâncias.

Existem alguns critérios de classificação de acidentes: a presença ou não de uma vítima; a presença ou não de pedestre; o veículo e a especificação da via; o estado da via; a presença ou não de algum defeito no veículo; o tipo do ser humano.

Conforme um estudo clínico de acidentes realizado no Laboratoire de Psychologie de la Conduite, em Monthéry, na França (1970), chegou-se a uma divisão em seis classes, após analisar vários acidentes de trânsito, levando em consideração alguns critérios: 1- Nível de instrução ou de formação profissional; 2- Estado psicológico: Capacidade de julgamento, aceitação ou não da responsabilidade; 3- Problemas psíquicos; 4- Tipo de estrada; 5- Estado do veículo: novo, velho, meia idade; 6- Tipo de trajeto; 7- Familiaridade com o trajeto; 8- Adaptação social; 9- Capacidade de dirigir. Entre esses nove critérios, sete se referem ao motorista, seu estado físico e psíquico, seus conhecimentos, capacidades e atitudes.

Conforme Rozestraten (1988), o estudo dos acidentes pode se realizar em vários níveis:

“1- O nível estatístico nacional, estadual, municipal, urbano, rural ou até em bairro; 2- Estudo in loco, observando-se de perto a situação daquele ponto, seu pavimento, etc; 3- Estudo ao nível dos Boletins de Ocorrências; 4- Um Estudo de acidentes por diversos especialistas, com uma documentação mais completa e um B.O. mais específico; 5- Um estudo mais específico dos fatores humanos envolvidos em um B.O.”. (pág.75)

Vasconcellos (2005), cita alguns fatores importantes relacionados às causas de acidentes no trânsito, tais como: ambientes inadequados; o uso do álcool ou de outras drogas; a velocidade excessiva; as condições da pista; o estado de manutenção dos veículos. Outro ponto importante é a precariedade na obtenção da Carteira Nacional de Habilitação (CNH), através de métodos pedagógicos inapropriados. Por conta disso, o autor defende a idéia de um treinamento ou um curso de reciclagem, pois o não conhecimento do impacto da velocidade na gravidade dos acidentes, por exemplo, leva o condutor a exceder-se no trânsito.

## **1.2 Custo Social dos Acidentes de Trânsito**

Estudos realizados pelo IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada), juntamente com a Associação Nacional de Transportes Públicos (ANTP), com apoio do DENATRAN, Ministério da Saúde, Ministério dos Transportes e outros, revela alguns dados importantes sobre o custo social dos acidentes de trânsito, levando em consideração dados referentes à 2004/2005. Para isso tomou-se como entendimento que a anatomia de um acidente de trânsito é composta por alguns componentes como: as pessoas envolvidas – feridos, mortos, pessoas sem ferimento algum e/ou terceiros (pedestre e transeuntes); os veículos – parcial ou totalmente destruídos, com pequenos ou nenhum dano; a via e ambiente – mobiliário, propriedades públicas ou privadas, clima, iluminação; o aparato institucional e os aspectos socioambientais – legislação, fiscalização, administração da via e seu entorno, entre outros. Desta forma é possível averiguar cada componente, de cada acidente, permitindo mensurar os custos associados a cada parte examinados.

Existem ainda outros custos envolvidos nestes componentes como: atendimento pré-hospitalar; atendimento hospitalar; atendimento pós-hospitalar; perda de produção; remoção/translado; gasto previdenciário; danos materiais aos

veículos; perda de carga; remoção/pátio; reposição; processos judiciais; atendimento policial; danos à propriedade pública e privada.

A pesquisa revela que o custo médio de uma pessoa ileso é de R\$ 1.040,00; de uma pessoa ferida é de R\$ 36.305,00 e de uma pessoa morta é de R\$ 270.165,00, conforme tabela abaixo.

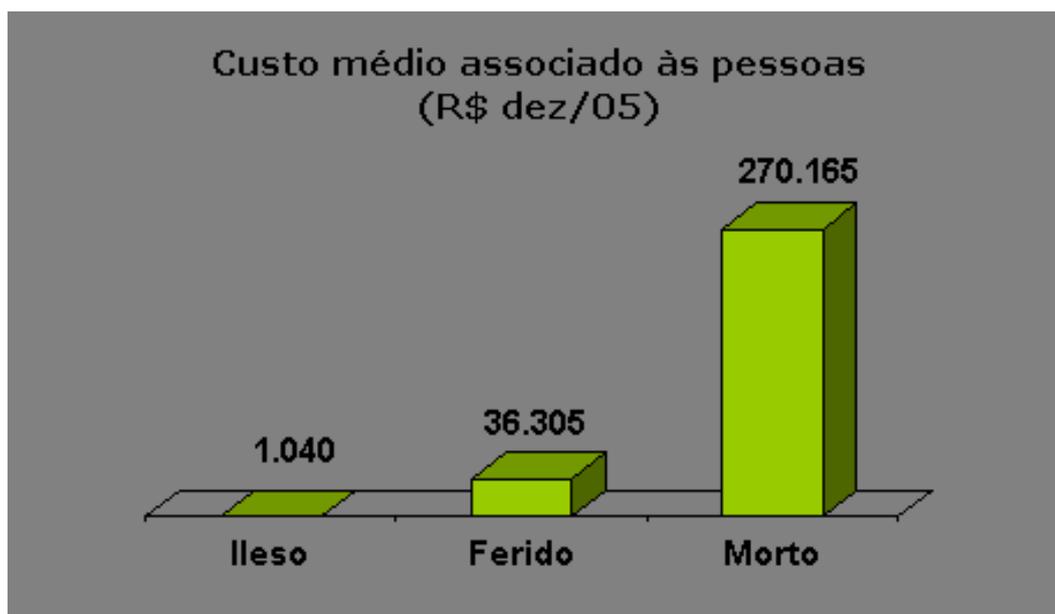


Gráfico 1 – Custo Social dos acidentes de trânsito em 2005

No ano de 2005, ocorreram 576 acidentes nas rodovias estaduais de Mato Grosso do Sul, destes 66 pessoas vieram a óbito, representando um custo médio social de R\$ 17.830.890,00 (DETRAN/MS 2005).

### 1.3 Impactos dos Acidentes e suas Conseqüências nas Vítimas e Familiares

As vítimas dos acidentes de trânsito vão muito além das diretamente envolvidas no acidente.

Maia e Pires (2006), caracterizam os sobreviventes dos acidentes de trânsito em quatro níveis: primários, secundários, 3º grau e 4º grau de exposição.

Sobreviventes primários são as vítimas submetidas ao nível máximo de exposição; sobreviventes secundários são os familiares próximos das vítimas; vítimas de 3º grau são os profissionais que atuam na emergência e no socorro às vítimas; vítimas de 4º grau são pessoas da comunidade envolvidas com o acidente,

repórteres, pessoas do poder público; vítimas de 5º grau são aquelas que sofrem o estresse pelo que vêem ou pelo que tomam conhecimento por meio da comunicação social.

O impacto do acidente e suas conseqüências na vítima poderão afetar também a saúde do grupo familiar, comprometendo ou fortalecendo a rede social para o enfrentamento do problema (HADDAD, MORITA E GONÇALVES, 2007).

A forma como a equipe de saúde (médicos, enfermeiros) ou a equipe de resgate (corpo de bombeiros, policiais rodoviários) enfrentam os acidentes, também podem comprometer a saúde destes profissionais, destacando a necessidade de ações no “cuidado dos cuidadores”.

Muitas dessas pessoas envolvidas direta ou indiretamente com o acidente de trânsito irão precisar de uma intervenção psicológica visando ressignificar o que a experiência traumática lhe causou acerca da vida, bem como adquirir recursos pessoais, suporte social e oportunidades para aprender a lidar com a situação.

## CAPÍTULO II

### 2 A SAÚDE PÚBLICA E A POLÍTICA NACIONAL DE PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE NO TRÂNSITO

#### 2.1 Conceito de Saúde e Doença

No oriente busca-se integrar o organismo como sendo um só – corpo e mente. A medicina ocidental vê de outra maneira, cuida-se da doença em si, separando corpo-mente, esquecendo da história de vida do indivíduo. Por isso, é importante compreender que o ser é único, original, individual e sua forma de adoecer atende a características próprias.

Alguns desequilíbrios psicológicos podem ser causados por uma doença, ou a mesma pode provocar e agravar estes desequilíbrios no paciente e/ou na família.

Também os aspectos culturais, sociais, econômicos e políticos são determinantes que fazem parte das características da doença mental, assim ela é resultante das relações humanas que acontecem num contexto de vida das pessoas desde o seu nascimento até a idade adulta.

A doença é fruto de uma configuração já estruturada. A enfermidade decorre do modo de ser das pessoas, como sendo a expressão máxima de sua crise existencial, como episódio necessário talvez, dos novos rumos que iria tomar, sendo que a doença já se elaborava muito antes de sua manifestação (PERESTRELLO apud CAMPOS, 1995, p. 48).

Sendo assim, os motivos do adoecer do indivíduo devem ser procurado nele mesmo, portanto, deve-se primeiramente compreender o enfermo e identificar a causa da doença, para em seguida saber o por quê daquela doença em seu corpo, entendendo também que quando a pessoa adoecer exterioriza um conflito com o seu mundo interno e com o mundo externo.

A Organização Mundial de Saúde (OMS apud Campos, 1995, p.54), conceitua saúde como sendo “o completo bem-estar físico, psíquico e social, ocorrendo conjuntamente, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”.

Estar com saúde é, principalmente, estar com as condições educacionais, econômicas, habitacionais e ambientais adequadas. Estar saudável é o equilíbrio entre o homem e o seu contexto, entre o homem e a sociedade. O adoecer é o

desequilíbrio desses fatores. Ser saudável é uma conquista contínua, é um processo a ser adquirido e conquistado no dia-a-dia de cada ser humano.

Sebastiani (2000), discute que a saúde não está apenas relacionada a fatores sociais, políticos e culturais, mas também a qualidade dos serviços prestados para a sociedade, pois, se não há um atendimento adequado para a promoção de saúde, a finalidade de se alcançar à saúde da comunidade fica prejudicada.

## **2.2 Do Modelo Biomédico ao Modelo Biopsicossocial**

Conforme Stroebe (1995) o modelo biomédico que há séculos defende a idéia de que, para cada doença existe uma causa biológica primária, podendo ser externas (físicas, químicas ou microbiológicas) ou internas (vasculares, imunitárias ou metabólicas), desconsiderando os fatores comportamentais como causadores potenciais de doenças, também não avaliados como parte do processo de diagnóstico. Ao centralizar as atenções unicamente nas causas biológicas da doença, este modelo despreza o fato de que várias doenças são resultantes de uma interação de acontecimentos sociais, psicológicos e biológicos. A interferência de tal concepção de doença é de que, os médicos não precisam preocupar-se com os aspectos psicossociais, porque estes estão fora de sua responsabilidade e autoridade. Portanto, o modelo tem pouco a oferecer no sentido de orientar os esforços preventivos necessários para reduzir a ocorrência de doenças crônicas, mudando as crenças relativas à saúde, e também das atitudes e comportamentos.

O modelo biopsicossocial defende a idéia de que fatores biológicos, psicológicos e sociais, são, determinantes e importantes para a saúde e para a doença.

## **2.3 Política Nacional de Prevenção e Promoção da Saúde no Trânsito**

No Brasil, o aspecto legal referente à prevenção de acidentes está contido basicamente em um artigo do Código de Trânsito Brasileiro e em um decreto. O artigo 78, da Lei no 9.503, de 23 de setembro de 1997 (Código de Trânsito Brasileiro), dispõe que por meio do Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres (DPVAT), os Ministérios da Saúde, da Educação e do Desporto, do Trabalho, dos Transportes e da Justiça, por

intermédio do Conselho Nacional de Trânsito, deverão desenvolver e implementar programas de prevenção de acidentes.

Fundamentado neste aspecto legal, o Ministério da Saúde/MS, (inicialmente pela Secretaria de Assistência à Saúde e posteriormente pela Secretaria de Vigilância em Saúde) com o repasse dos recursos do DPVAT, criou a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências – Portaria MS/GM nº. 737 de 16 de maio de 2001; O Projeto de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito: Mobilizando a Sociedade e Promovendo a Saúde – Portaria MS nº. 344 de 19/02/2002 e a Política Nacional de Promoção da Saúde – Portaria MS/GM nº. 687 de 30/03/2006, publicada no DOU / Seção 1 nº. 63 de 31/03/2006.

Conforme, Haddad, Morita e Gonçalves (2007), encontros foram realizados em Brasília e em alguns municípios do país, com os representantes do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, com o objetivo de estimular o desenvolvimento e implantação de um programa destinado à prevenção dos acidentes de trânsito no âmbito da saúde. Os gestores da saúde foram instados a elaborar e negociar seus projetos, focalizando principalmente ações de capacitação para os profissionais envolvidos com o tema do trânsito de diversas instituições e setores, além da melhoria, implantação e integração dos sistemas de informações sobre acidentes de trânsito nos municípios, com vistas ao monitoramento e vigilância desses eventos.

Estudos do IPEA, ANTP, DENATRAN, (2006), que quantificou os custos dos acidentes nas rodovias brasileiras apontou para a necessidade de se conhecer o impacto dos acidentes na saúde e na vida das vítimas direta ou indiretamente envolvidas com o acidente, como é o caso dos familiares, e das equipes de resgate e de saúde, estas últimas diretamente afetadas pelo estresse de ter que lidar com efeitos adversos dos desastres, os riscos de vida e as mortes em circunstâncias trágicas.

Em 2007, realizou-se pelo Ministério da Saúde, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e Secretaria de Planejamento de Longo Prazo da Presidência da República o Seminário “Seqüelas Invisíveis dos Acidentes de Trânsito”, realizado no contexto do projeto “Impactos Sociais e Econômicos dos Acidentes de Trânsito nas Rodovias Brasileiras”. Foram apresentadas características do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) decorrente de acidentes de

trânsito e apresentou recomendações para políticas públicas voltadas para a redução dos impactos psicossociais da violência dos acidentes de trânsito.

Das recomendações destacou-se a necessidade de se identificarem medidas adequadas de prevenção e promoção da saúde que levem em conta as seqüelas invisíveis dos acidentes de trânsito; o desenvolvimento de protocolos de avaliação das seqüelas psíquicas para efeito da cobertura de planos de seguro. No referente a pesquisas no Brasil recomendou-se a realização de estudos exploratórios para definir as principais variáveis e grupos alvo; desenvolver estratégias para minimizar os efeitos psicológicos do trauma e formas de cuidar dos cuidadores; contextualizar o estudo do Transtorno do Estresse Pós-Traumático em termos de diversidade cultural, considerando o modo como as pessoas relatam suas doenças e situar diferenças sócio-culturais, étnicas, de raça, gênero e faixa etária (HADDAD, MORITA E GONÇALVES, 2007).

## CAPÍTULO III

### 3 PSICOLOGIA E SEQUELAS INVISÍVEIS DOS ACIDENTES DE TRÂNSITO

#### 3.1 Breve Histórico da Psicologia do Trânsito

A palavra trânsito significa “deslocamento de pessoas ou coisas pelas vias de circulação” (MEIRELLES E ARRUDÃO apud ROZESTRATEN, 1988, p.03), que diferencia tráfego, que seria trânsito também, mas em missão de transporte. A preocupação com o trânsito vem desde Julio César em Roma, que impedia o tráfego de veículos durante o dia. Já no século XVI, Da Vinci já ensaiava algumas soluções para o aumento do trânsito nas cidades, como colocar os passeios e o leito de carros em lugares diferentes. No século XVII, as cidades européias proibiam o estacionamento em determinadas ruas, e já havia o tráfego em mão única. Mas somente no século XX, criou-se um sistema que tornara possível o cruzamento de milhares de pessoas e veículos, com o surgimento de normas, onde o objetivo principal era a redução de acidentes.

Este sistema funciona através de normas, é onde encontramos os três principais elementos: o homem, a via e o veículo. O homem é a peça de maior importância, porque realiza várias funções no trânsito (pedestre, ciclista, motociclista, etc), e ainda é o componente mais complexo, pois está sobre efeitos dos fatores internos e externos, que podem alterar seu comportamento. A via é tudo o que está em volta do veículo ou pedestres, é o local que acontece o trânsito, que a cada ano perde-se cada vez mais vidas. O veículo pode ser de várias formas (caminhão, táxi, moto, etc), possuindo dispositivos que forma o campo de informação para o motorista (freio, velocímetro, iluminação, etc.) sempre buscando comunicar-se e manifestar aos outros suas intenções (direção).

Conforme Rozestraten (1988) o trânsito é o conjunto de deslocamentos de pessoas e veículos nas vias públicas, dentro de um sistema convencional de normas, que tem por fim assegurar a integridade de seus participantes.

Num sentido mais amplo a psicologia do trânsito estuda todos os comportamentos relacionados com o trânsito, desde o pedestre até os Poderes Legislativos que elaboram as leis de trânsito. Em um sentido mais restrito estuda efetivamente os participantes do trânsito (pedestre, ciclistas, motociclistas, etc).

Todo ser humano participa do trânsito em todos os níveis de idade, quando pequenas são empurradas pelos carrinhos de bebê ou presos nas cadeirinhas dos carros. Depois a fase da bicicleta, skate, em seguida vem à motocicleta para depois passarem a ser motoristas.

Além dos níveis de idade, existem os níveis de profissionalização, motoristas que recém obtiveram a carteira e outro que dirige a 20 anos, e os diversos tipos de veículos conduzidos, caminhões, carros, motos. E ainda há vários tipos de personalidades: o apressado, o orgulhoso, o agressivo, etc.

Mas apesar da psicologia do trânsito ser tão abrangente, ela é estudada há pouco tempo e sofre com poucos profissionais na área, devidos a alguns fatores, tais como: a psicologia do trânsito é identificada com psicotécnico nos DETRANs, pouco rendosa e de pouca criatividade. Não existe no Brasil cargo para Psicólogo do Trânsito nos órgãos do governo, mas há lugares onde ele pode se desenvolver como empresas grandes que possuem vários motoristas, nos departamentos ou companhias de engenharia de trânsito (DNIT, IPR, DNER), e nos Departamentos de Psicologia das Universidades Brasileiras.

Na década de cinquenta e no começo dos anos sessenta que a psicologia do trânsito desenvolveu-se e a partir daí apareceram os primeiros centros de pesquisas nas universidades e órgãos governamentais, e vários países começaram a investir em atividades de pesquisa nesta área, como Inglaterra, Alemanha, Suíça, Estados Unidos, etc.

Pereira (1996) comenta que o trânsito no exercício concreto abre frentes na atuação profissional, mas as atribuições legais do profissional junto ao Sistema de Trânsito Brasileiro não sofreram mudanças, nem sequer na imagem das competências técnico/científicas para a prestação de serviços junto a segmentos sociais excluídos dos “programas de segurança de trânsito”, em especial os pedestres, ciclistas e portadores de necessidades especiais.

O tema Psicologia do Trânsito quando sustentada em princípios éticos sempre voltados a busca da igualdade e da justiça social contribuem para a construção de um sistema de trânsito/transporte com segurança a todos, tendo em vista que dá suporte ao psicólogo para atuar inter-disciplinamente junto aos fatores mais sensíveis da segurança do trânsito – a Subjetividade do Homem.

### 3.2 Deficiência Adquirida

Deficiências adquiridas ocorrem durante a época do desenvolvimento humano, exceto nos primeiros anos de vida, mas que nesta fase inicial de desenvolvimento sem a deficiência terá possivelmente relação com o enfrentamento de uma adquirida posteriormente.

Kovács (1997) comenta que, é importante analisar em que época do desenvolvimento aparece a deficiência, e com quais recursos será enfrentada pois, em cada fase existem aspectos críticos que serão afetados: na infância, dificuldades de aprendizagem; na adolescência, problemas de identidade, busca vocacional, sexualidade; nos adultos, nas relações profissionais, casamento, gravidez e na criação dos filhos.

Existem algumas formas de deficiência adquiridas: doenças, idade avançada ou acidentes, sendo dado ênfase neste último item por causa da proposta deste trabalho. Estas deficiências consistem na perda ou deterioração de parte do organismo e por isso acabam sendo associadas a uma vivência de morte em vida.

Kluber-Ross apud Kovács (1997), aponta algumas fases pós-deficiência adquirida: choque; negação; raiva; barganha; depressão; aceitação; medo frente ao desconhecido; o desenrolar da doença e seu tratamento; medo do desespero e da perda de controle. Mas ressalta que necessariamente não ocorrem todas estas fases, e que é importante observar em que momento o indivíduo se encontra, e qual a sua necessidade essencial. Outro item importante é a culpa, em que se tratando de acidentes, o deficiente se sinta culpado pela sua sobrevivência, ou ainda, pela carga que acredita ter-se tornado para seus familiares. Desta forma, é importante levarmos em consideração à família, porque o diagnóstico de uma doença ou seqüela (acidente) que resulta numa deficiência, atinge não só o indivíduo, mas toda sua família. A partir do momento da constatação de uma deficiência, inicia-se uma fase que provoca revolução e mudança no seio familiar, sendo que, em alguns casos ocorre a desorganização e ruptura, e em outras pode haver reorganização, união e fortalecimento.

Considerando a questão das perdas relacionadas a deficiências adquiridas, por doenças ou acidentes, seguem algumas ordens: mudanças corporais; perda da sensibilidade; hospitalização; imobilidade; dependência; isolamento; incerteza e dor.

### 3.3 Alternativas de Intervenções Psicológicas

A intervenção psicológica tem a função de ajudar o indivíduo a lidar com perdas relacionadas à sua deficiência e com a especificidade de cada caso, visando uma melhor qualidade de vida, sempre orientada pelo próprio indivíduo. Essas intervenções buscam saúde mental, possibilidade de conseguir a adaptação a uma situação crítica e a qualidade de vida.

Outra questão importante é a saúde mental e a qualidade de vida, pois o indivíduo tem o direito de saber informações quanto ao seu estado de saúde, e as possibilidades e intercorrências dos tratamentos, pois a incerteza, o silêncio, causam mais dor e isolamento ao maior interessado. A grande discussão é de que forma serão passadas estas informações, o respeito ao indivíduo, e ao seu tempo de absorção das informações.

Uma definição de intervenção psicológica:

“É a busca da qualidade de vida e do bem-estar do paciente. Visa, por isso, a facilitar a compreensão, a elaboração das perdas, dos lutos, a favorecer as modificações na imagem corporal, e ao fortalecimento da auto-estima, possibilitando a significação de tudo que ocorreu” (kovács, 1997, p.114).

Destacam-se entre as modalidades de intervenções psicológicas: psicoterapia individual em várias abordagens; psicoterapia de grupo; grupos de apoio e suporte; aconselhamento e grupos de orientação; grupos de auto-ajuda; trabalho hospitalar; trabalho domiciliar; atendimentos em programas de reabilitação.

kovács (1997, p.122) comenta ainda que é importante para os profissionais que atuam nesta área ter, “além dos conhecimentos específicos, conhecimentos da área médica, farmacológica e outras, para poderem diferenciar as reações advindas da própria doença ou dos tratamentos, e aqueles de origem emocional”.

Qualquer pessoa que estiver envolvida no tratamento de pessoas deficientes, como a família e profissionais de saúde, é necessário que participem do sofrimento do paciente para poder compreendê-lo.

### **3.4 Seqüelas Invisíveis dos Acidentes de Trânsito: o Transtorno do Estresse Pós-Traumático**

“... um acidente é um risco em termos de saúde mental. É um risco porque é uma condição ou uma circunstância que aumenta a probabilidade de qualquer um de nós ficarmos perturbados, ou seja, de desenvolvermos uma psicopatologia. Os acidentes, tal qual como a guerra, tem em comum o seguinte: os acidentes de fato resultam da ação humana e resultam muitas vezes da ação humana incorreta, errada, e por isso, tal como na guerra, há vítimas e também há um responsável, o que pode estar associado a emoções difíceis como por exemplo culpa e responsabilidade. Essas emoções aumentam as perturbações psicológicas porque nós próprios podemos ser responsáveis pelas mortes dos nossos próprios filhos ou sermos responsáveis pelas mortes de crianças que atropelamos ou de adultos que atropelamos. Às vezes, podemos ficar com lesões graves decorrentes de nossa ação, ou perceber que nossa vida ficou perturbada para sempre ou destruída para sempre porque alguém teve um comportamento inadequado... Portanto, há uma responsabilidade legal e civil da causa do acidente” (MAIA e PIRES, 2006).

O Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT), pode desenvolver-se em pessoas que se envolvem direta ou indiretamente em acidentes de trânsito, e que, juntamente com a falta de conhecimento dos profissionais envolvidos na saúde, pode acarretar consideravelmente prejuízos na recuperação da pessoa vitimada. Estudos demonstram que as pessoas envolvidas em acidentes de trânsito geralmente apresentam as seguintes perturbações: ansiedade fóbica a viagens, ansiedade generalizada, transtorno de estresse pós-traumático e depressão.

Vignola (2007), descreve que o impacto do acidente de trânsito incide em diferentes graus diferentes e afeta desigualmente as vítimas, pois há vários fatores que influenciarão no desencadeamento em maior ou menor proporção do estresse ligado ao acidente. Exemplo disso é uma pessoa que se envolveu em acidente de grandes proporções e, por isso, teve sérias lesões e comprometimento de membros, exigido uma lenta e penosa reabilitação, possivelmente desenvolverá um grau de estresse maior que outra pessoa que se envolveu em acidente de pequenas proporções.

Aponta ainda outro aspecto quanto ao TEPT, que são os fatores de proteção e fatores de risco de um acidente de trânsito. O primeiro é aqueles que amenizam a reação ao estresse; sendo o segundo fatores ligados ao estresse anterior ao acidente.

Vignola (2007), destaca que, pessoas reagem das mais diferentes formas diante de situações traumáticas em acidentes de trânsito, sendo observado que as pessoas com histórico de problemas com estresse, geralmente tem mais dificuldades em lidar com o problema.

Maia e Pires (2006), apontam que um acidente de trânsito pode causar vários tipos de estresse pós-traumático, que se dividem em três grupos:

I) Sintomas intrusivos - os quais se traduzem em sonhos perturbadores e recorrentes do acidente; a todo momento vem à tona a lembrança do acidente; mal estar psicológico intenso diante de um estímulo que simbolize o acontecimento traumático, etc.

II) Sintomas de evitamento e embotamento – de forma sintética, a pessoa evita estímulos e lugares que a faça lembrar-se do acidente, evita pensar no acidente ou tudo que possa lembrá-lo; demonstração de desinteresse, baixa auto-estima, etc.

III) Sintomas de ativação aumentada – dificuldade para adormecer ou permanecer dormindo; irritação, desânimo, dificuldade de concentração, resposta de alarme exagerada, etc.

O transtorno do stress pós-traumático (TSPT), segundo a American Psychiatric Association – Diagnostic and statistical manual of mental disorders – (DSM-IV) (1994) e a Classificação Estatística Internacional de doenças e Problemas Relacionados à saúde – (CID 10) (1998), caracteriza-se por reações a um evento estressor ameaçador e/ou catástrofe natural, que traga sério dano a si ou outros, com impossibilidade de defesa, resultando em forte stress e ocasionando sempre um prejuízo nas atividades usuais da pessoa. Essa reação pode se apresentar na vítima sobrevivente (vítima primária) ou em pessoas próximas de seu convívio, profissionais que trabalham na ocorrência ou que presenciam essas situações (vítimas secundárias), após um mês ou mais do evento.

Calais (2004) caracteriza o TSPS em três classes de sintomas: 1) pensamentos invasivos e lembranças do trauma (revivência); 2) retraimento social e fuga de situações (esquiva); e 3) hiper-reatividade e/ou hiperfunção do sistema nervoso autônomo (excitabilidade). Originalmente, o TSPS foi tido como uma resposta normal das pessoas que passavam por um trauma.

MCFarlane e Bookless apud Vignola (2007) discorrem que os eventos traumáticos podem desencadear danos nas relações interpessoais, levando o indivíduo além de esquivar-se progressivamente do contato com o outro e a ter

também efeitos na autoconsciência, na intimidade, na sexualidade e na comunicação, todos estes, elementos para uma saudável relação interpessoal.

## **CAPÍTULO IV**

### **4 PESQUISA DE CAMPO**

#### **4.1 Objetivos**

#### **4.2 Objetivo Geral**

Conhecer as seqüelas invisíveis de acidentados de trânsito.

#### **4.3 Objetivos Específicos**

- Analisar os fatores relacionados ao acidente de trânsito na perspectiva das vítimas;
- Identificar as conseqüências do acidente nos contextos: social, familiar, econômico, trabalho e do lazer;
- Conhecer a dor e o sofrimento em decorrência do acidente de trânsito;
- Levantar as perspectivas futuras de vida do acidentado.

## **CAPÍTULO V**

### **5 METODOLOGIA**

#### **5.1 Sujeitos**

O estudo foi realizado com 08 pacientes que estão recebendo atendimentos fisioterápicos na Clínica Escola de Fisioterapia da Universidade Católica Dom Bosco.

#### **5.2 Local**

O estudo foi realizado na Clínica Escola de Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco, utilizando a sala de atendimento At 01 - C11.

As entrevistas foram realizadas nos turnos matutino e vespertino, no período de 02/04/2008 à 14/04/2008.

#### **5.3 Instrumentos de Coleta de Dados**

Pelo foco do estudo não poder ser definido a priori, pois a realidade a ser conhecida é múltipla e socialmente construída em decorrência do acidente de trânsito utilizou-se de entrevistas semidirigidas, dividida em três áreas de investigação:

Referências pessoais (dados demográficos): Sexo, idade, situação conjugal, filhos, escolaridade, religião, ocupação/profissão, renda mensal.

Referências da Saúde (dados da saúde): Possui algum tipo de deficiência? Possui algum tipo de doença? Apresenta algum problema psicológico: preocupação, irritabilidade, ansiedade, agressividade, depressão, insônia, dificuldade com memória, falta de atenção?

Referências do acidente: Como ocorreu o acidente? Quais as conseqüências do acidente em sua vida: Familiar, econômica, trabalho, pessoal, social, sexualidade e lazer? Atualmente você tem algum tipo de dor e sofrimento em decorrência do acidente? Descreva-o. Quais são as suas perspectivas futuras?

Pela natureza complexa da temática do estudo, a entrevista foi instrumento que permitiu ser utilizado pela possibilidade de explorar em profundidade os aspectos psicossociais envolvidos no contexto dos sujeitos (MINAYO apud MAZZOTTI, 2004).

Esse tipo de entrevista é geralmente utilizado quando o investigador está interessado em compreender os significados atribuídos pelos sujeitos a eventos, situações ou processos que fazem parte da sua vida cotidiana. (MAZZOTTI, 2004, p.168).

#### **5.4 Procedimentos**

Inicialmente foram realizados levantamentos juntamente a Clínica Escola de Fisioterapia da Universidade Católica Dom Bosco, buscando obter dados referentes ao número de clientes no setor com quadros clínicos decorrentes de acidente de trânsito. Obteve-se uma relação com quinze pacientes em atendimento fisioterápico.

Através de contato pessoal e individual buscou-se apresentar a proposta do estudo para todos os participantes da lista e obter a concordância em participar. Destes, oito manifestaram interesse em fazer parte do estudo.

Em seguida foi marcado horário na Clínica Escola de Psicologia da Universidade Católica dom Bosco, para a realização das entrevistas. As entrevistas foram realizadas considerando inicialmente a apresentação da acadêmica e do estudo a ser realizado, utilizando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o roteiro de entrevista semidirigida.

As entrevistas foram realizadas com a duração máxima de cinquenta minutos, sendo que uma delas foi realizada em duas sessões de cinquenta minutos devido às características motoras de um sujeito.

## CAPÍTULO VI

### 6 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Por buscar conhecer a complexidade das “seqüelas invisíveis” de acidentados de trânsito, utilizou-se de análise de conteúdo observando três fases, conforme proposta por Minayo (2004, p. 74-76).

A primeira fase consistiu de pré-análise com exploração do conteúdo, para organizar o material a ser analisado. Nesse momento buscou-se principalmente definir os trechos significados que os participantes apresentaram livremente.

A segunda fase necessitou de várias leituras do material para compreensão do conteúdo exposto. E a terceira fase ocorreu a partir do desvendamento de alguns conteúdos subjacentes, tratamento dos resultados e interpretação.

#### 6.1 Identificação dos participantes

Destes sendo 07 do sexo masculino e 01 do sexo feminino.

A idade varia de 20 a 46 anos de idade, sendo que 50% estão na faixa de 20 a 23 anos, e o restante distribuído de 29 a 46 anos.

A situação conjugal está distribuída com 50 % solteiros, e os demais como amasiado e/ ou viúvo e 25% casados.

50% dos participantes têm filhos variando de um a três, os outros 50% não tem filhos.

Todos os participantes pesquisados apresentam a instrução de Ensino Fundamental. Variando com 35% de Ensino Básico incompleto, 24% de Básico completo, 24% Superior Incompleto e 12% Não conseguindo se expressar.

A religião dos participantes caracteriza-se com 50% enquanto católicos e o restante distribuído entre budista, cristão e ateu.

As profissões dos participantes estão distribuídas conforme a tabela abaixo:

Nome	Idade	Profissão antes acidente	Profissão pós-acidente
A.T.	46	Vendedor\ Balconista	Auxílio doença
A.S.M.	47	Produtor Rural	Auxílio doença
E.S.A.	23	Distribuidora de Bebidas	Aposentado INSS

J.R.S.	39	Fábrica (óleo vegetal)	Aposentado INSS
J.S.G.	29	Cabeleireiro	Produtor Musical
J.R.V.J.	23	Estudante	Estudante
R.L.A.	24	Técnico Assistente Eletrônico	Auxílio doença
S.S.S	20	Manutenção de Aparelhos Academia	Auxílio doença

Tabela 1 - Profissão antes e depois do acidente

## 6.2 Saúde dos participantes

Todos os participantes apresentam deficiência física, indo desde total perda da mobilidade com dependência de ajuda para todas as necessidades básicas até os com dificuldades motoras, mas com independência para locomoção.

No levantamento da questão das condições de saúde, nenhum participante apresentou algum tipo de doença orgânica. Entretanto todos apresentam algum tipo de seqüelas físicas que são: Politrauma ósseo, Traumatismo Crânio Encefálico, Neuropraxia, Fratura do joelho e Amputação.

Com relação às condições psicológicas, relataram apresentar problemas relacionados a:

Nervosismo – *“Tudo que vou fazer dependo dos outros, moro com meus pais que já tem certa idade, são doentes e eu fico ali dependendo deles”* (A.T.).

Insônia – *“Tomo remédio (Diazepan), se não, não durmo”* (A.T.); *“Fico ansioso pelos acontecimentos do dia e não durmo”* (E.S.A.); *“Por incomodo, perdi totalmente o movimento do braço esquerdo”* (J.S.G.);

Irritabilidade – *“Com o meu irmão, ele me irrita porque o cara não faz nada, só ele tem sorte”* (J.R.S.);

Agressividade – *“Não tenho paciência em certas coisas, aí eu agrido”* (E.S.A.);

Ansiedade – *“Para voltar a andar e não depender de ninguém”* (J.R.S.); *“Tenho o dia inteiro para nada”* (R.L.A.), *“Tomo Fluoxetina”* (E.S.A.);

Depressão – *“De vez em quando sinto vontade de me matar”* (J.R.S.);

Falta de atenção - *“Tenho um pouco”* (E.S.A.);

Dificuldade com memória – *“Tenho muita”* (E.S.A.); *“Sim, memória recente – algum detalhe, compromisso, se não anotar esqueço”* (J.R.V.J.); *“Após o acidente não é mais a mesma, ficou mais lenta, sempre esqueço alguma coisa”* (J.S.G.).

### 6.3 Aspectos relacionados ao envolvimento no acidente

Com a pergunta como ocorreu o acidente, buscou-se conhecer os fatores relacionados ao evento, pela experiência dos participantes.

Todos os participantes percebem o acidente configurado principalmente no contexto do fator humano, ou seja, no contexto dos motoristas, confirmando os estudos que mostram o consenso do fator humano como o principal responsável pelos acidentes de trânsito, conforme as falas que se seguem:

*“Eu estava atravessando a rua, tinha um carro dando seta para virar e apareceu outro carro fazendo a ultrapassagem, eu não vi, me jogou pra cima” (A.T.); “Eu estava na garupa da moto com o mecânico que estava arrumando a minha camionete, eu estava carregando uma peça nas minhas pernas, estávamos na preferencial e outro carro entrou, ninguém estava correndo, o carro nos jogou lá longe” (A.S.M.); “Estava de moto num final de semana, na rua do colégio militar. Eu com certeza, sabe menino de dezenove anos, novo, querendo me mostrar para as meninas, em alta velocidade, pilotando com uma mão só, com o capacete de bonezinho, não vi o quebra-molas( que estava sem sinalização) rampei e caí de cara no chão, fui pranchando no chão, o capacete veio para frente e a moto virou na minha cabeça” (E.S.A.); “Estava de moto em Terenos, fazendo trilha, sem capacete, não se lembra do acidente” (J.R.S.); “Eu estava na preferencial, o condutor perdeu a direção do carro, invadiu a minha pista, e me pegou de lado, tirei a moto para o meio fio” (S.S.S); “Eu dormi na moto, era um domingo de manhã, estava numa farra danada e não tinha bebido. Estava com uma menina. Deixei-a em casa, numa curva chegando em casa na avenida perdi a atenção, um carro me fechou e eu caí” (J.S.G.); “Estava voltando para Campo Grande de carro, eu e Deus, na BR 163 só reta, fazendo ultrapassagens em carretas, tranquilo, aí do meio para trás saiu um caminhão para ultrapassar os outros, não tinha me visto, não lembro de mais nada” (J.R.V.J.); “Era um domingo e eu estava trabalhando (extra), fui almoçar com o meu colega, eu estava na garupa da moto, no cruzamento o carro não parou, foi direto, estava bêbado” (R.L.A.).*

Destacam-se os fatores relacionados ao acidente de trânsito apontados por Rozestraten (1988) e Vasconcellos (2005). Um dos fatores é o do uso de bebidas alcoólicas, conforme o acidente de (R.L.A) *“Foi em julho de 2007, o motorista estava bêbado, pegou a minha perna esquerda e quando caí machuquei a perna direita, em*

*dez minutos chegou o bombeiro, a patela do joelho quebrou, tibia saiu para fora. Fiquei desesperado, deu aquele gelo. Posso estar fazendo o que for, vem sempre toda a cena do acidente, várias vezes por dia. Ficava só em casa e quatro meses de cadeira de rodas. Senti pelo motorista estar bêbado, ele prestou socorro, arrumou cadeira, alugou as muletas, exames, remédios, tudo o que preciso”.*

Outro fator, que também aparece, é o causado pela velocidade excessiva dos veículos envolvidos conforme: (E.S.A.) *“Estava de moto num final de semana, na rua do colégio militar. Eu com certeza, sabe menino de dezenove anos, novo, querendo me mostrar para as meninas, em alta velocidade”.*

Além desses, a ocorrência do acidente também revelou as condições da pista, e da sinalização com irregularidades e deficiente estando por trás do acidente conforme relato do (E.S.A.) *“Não vi o quebra-molas (que estava sem sinalização) rampei e caí de cara no chão”.*

Os relatos da ocorrência do acidente mostram que as condições de saúde física e mental, dos motoristas e pedestres são fundamentais para a prevenção dos acidentes de trânsito.

Destaca-se nos relatos que todos os participantes apresentam consciência do ocorrido, bem como alguns percebem suas responsabilidades no envolvimento do acidente como, por exemplo: *“Eu com certeza, sabe menino de dezenove anos, novo, querendo me mostrar para as meninas, em alta velocidade, pilotando com uma mão só”* (E.S.A.).

Todos os participantes buscaram relatar com muitos detalhes e ênfase o contexto pós o acidente, em especial a condição física no local do acidente e os primeiros socorros e tratamentos recebidos.

*“Foi em junho de 2004, hoje tenho quatro centímetros de diferença de uma perna para outra, fiz duas cirurgias no fêmur, o médico falou que já poderia andar, aí quebrou os parafusos, fiz outra cirurgia particular porque não consegui pelo SUS, o meu filho que mora no Japão me mandou o dinheiro. Fiz também uma cirurgia no ombro (tibia), não posso pegar peso. O joelho esquerdo sem a mobilização (faixa) sai do lugar (menisco)”* (A.T.).

*“Foi no dia quatorze de novembro de 2005, eu estava consciente o tempo todo, achei que estava tudo bem, quando fui levantar não senti a minha perna direita, o asfalto estava muito quente. Me levaram para a Santa Casa, a minha perna amassou e quebrou em quarenta pedaços, foram sete parafusos, fiquei um mês internada.*

*Agora fiz novos exames para saber como está, dependendo farei uma nova cirurgia. No momento ando sem muletas” (A.S.M.).*

*“Faz quatro anos, fiquei vinte e três dias em coma. Eu usava aparelho nos dentes, não conseguia abrir a boca, infeccionou tudo, não conseguia comer e nem respirar, fui medicado tirar o aparelho, tiveram que fazer traqueotomia é a idéia que eu tenho, fiz fonoaudióloga, e fiquei muito sensível do lado esquerdo. Tive Hemiparesia (disfunção do movimento) na perna esquerda quando ando, não tenho equilíbrio, e na mão para abrir, esticar, estou aplicando toxina (butox) que consigo na UNEP (distúrbio do movimento, de três em três meses tem que aplicar para soltar os músculos)” (E.S.A.).*

*“Foi em julho de 2007, quebrei o úmero, ralei a perna esquerda, quebrei três costelas, lesão fui levantar estava muito agitado e caí de boca, quebrei o maxilar. Fiquei setenta e seis dias no hospital. Possui por um tempo uma lesão (Neuropraxia - lesão nas terminações nervosas do local) de um nervo do braço durante a cirurgia, perdi totalmente o movimento do braço esquerdo. Agora voltou a mexer, mas não tenho força. Fiz um enxerto, tirei um osso da bacia para a perna, perdi a sensibilidade e também tive uma infecção no pulmão (punção e medicação)” (J.S.G.).*

*“Foi em 1991, tinha 20 anos na época, demorou mais de uma hora para chegar socorro. Perdi muito sangue na cabeça. Eu não me lembro de nada. O que te falei são coisas que eu ouço a minha mãe falar para os outros. Fiquei seis meses em coma profundo” (J.R.S.).*

*“Foi no dia 31 de dezembro de 2007, levaram-me para a Santa Casa. Na hora deu fratura exposta esmagalhamento da tíbia, artérias e tudo mais. Na cirurgia eles reconstituíram a minha perna, veias e artérias. Logo após o sangue estava correndo normalmente até ao pé perto dos dedos, aí ele se divide em vasos que levam o sangue até os dedos. Mas chegava ali e voltava, como se estivesse entupido, esperaram mais um pouco para a aceitação do organismo. Mas não adiantou, meu pé já estava morto. Tentamos, fizemos o que tinha para ser feito, o médico disse. O meu pé tinha quebrado também, pode ter sido isso, arrancaram a unha do meu dedão, o médico apertou e eu não senti nada. O medico falou que o meu pé estava morto e também da possibilidade de trombose devido à falta de circulação. Vamos amputar o seu pé no meio, se estiver com trombose e estiver avançada vamos amputar em um lugar que é certeza que não vai estar, que é abaixo do joelho.*

*Não tive nenhuma reação. Na hora o médico falou que era para salvar a minha vida. Minha irmã que estava comigo chorou muito e saiu da sala para avisar os meus pais. Eu fiquei tranqüilo. Estava com um nó na garganta. Saí muito fraco do hospital, não comia, sentia o cheiro da comida e vomitava. Saí na cadeira de rodas e logo após fui para as muletas. Também tive alergia da medicação fiquei todo embolado, tomei muita medicação morfina, dipirona. Hoje sinto dor quando muda o tempo no local da anestesia” (S.S.S.).*

*“Foi nas férias de 2004, fiquei com muitas seqüelas, estourou o cinto, fiquei com marcas de queimado por uns quatro meses no peito, saí voando para o acostamento, no meio do mato. Tudo muito rápido, quando dei por mim estava um silencio absoluto, parecia filme, pensava o que estaria acontecendo, onde estava, olho para o lado e vejo homens correndo, chegaram perto de mim fazendo um monte de perguntas, falaram que era um acidente, perguntei do meu carro que estava perto querendo pegar fogo. Pedi para ligarem para o meu pai que chegou primeiro que a ambulância, aí eu já estava em coma (seis meses). Antes disso tentei levantar, quando peguei impulso, abaixei a cabeça e escorreu o sangue, eu metido a fisioterapeuta pensei paralisia cerebral, comecei a gelar, desesperar, tentei levantar e minhas pernas não respondiam, pensei lesão medular. Passava uma fita da minha vida, pensava na minha família, pais e primos. Quando a ambulância chegou, fui levado para Sonora para os primeiros atendimentos. A perna esquerda foi fratura exposta, a direita foi fratura interna, que foi a mais complicada, não tem o menisco, sem alongamento, tenho artrose. Ao todo foram 13 cirurgias, perna, dedão, tração. Fui para Rondonópolis, minha cidade” (J.R.V.J.).*

*“Fiquei trinta dias no hospital e quatro meses na cadeira de rodas. O joelho não volta mais, ele não dobra. Cirurgia, tração. Perdi parte da patela do joelho” (R.L.A.).*

## **6.4 Conseqüências do acidente**

### **6.4.1 Familiar**

As conseqüências do acidente na vida dos participantes foram construídas considerando o contexto familiar, econômico, trabalho, pessoal, social, sexualidade e lazer.

Das conseqüências do acidente destacou-se o envolvimento da família (mãe, marido, pai, esposa, filhos).

Todos relataram a vivência de toda família no contexto pós-acidente da dor e sofrimento dos participantes e a dependência na mobilidade e na moradia.

Também percebem a mudança em suas vidas de uma condição ativa para uma situação de dependência na mobilidade e moradia.

Destacou-se a vivência de toda família no contexto pós-acidente da dor e sofrimento dos participantes, conforme as falas apresentadas:

*“Juntou toda a família, só eu que me afastei um pouco, porque conheci a minha mulher que é dez anos mais velha que eu, ela era a minha enfermeira na época e vinha comigo aqui na UCDB, ela e a minha mãe são tretadas” (E.S.A.); “Minha família foi a melhor coisa que Deus me deu. O apoio foi sensacional, depois que a minha filha nasceu amadureci muito” (S.S.S.); “Traumatizados, não quero que terceiros sofram por mim, sou responsável pelos meus atos. Foram todos para o hospital, o tempo todo” (J.S.G.); “Na verdade foi a minha família que sofreu o acidente, não fui eu. Mobilizou todo mundo” (J.R.V.J.); “Muito presentes, até os parentes que não via mais apareceram” (R.L.A).*

### **Dependência de moradia**

*“Dependo dos meus pais agora, moro na casa deles. Minha casa fica nos fundos, nunca mais fui lá” (A.T.); “Meu marido é nota mil, mas fica na fazenda, estou parando na casa do meu menino, não posso contar com a minha família” (A.S.M.); “Eu só tenho apoio da minha mãe” (J.R.S.).*

#### **6.4.2 Econômica**

A condição econômica dos participantes, pós-acidente torna-se comprometida em especial pela burocracia do sistema previdenciário e valor pago pelo INSS.

### **Burocracia do sistema previdenciário**

*“Me mandaram uma conta do INSS para receber o auxílio doença, fui lá receber e o dinheiro está bloqueado até hoje (desde 2004). Recebi um seguro DPVAT (Danos Pessoais Causados Por Veículos Automotores De Via Terrestre), por invalidez agora o juiz que irá decidir” (A.T.).*

**Valor pago pelo INSS, muito inferior se estivesse em condições de trabalhar, condições econômicas com muita dificuldade para atender as necessidades básicas.**

*“Recebo auxílio doença pelo INSS” (A.S.M.); “Eu trabalhava na XXXXX (distribuidora de bebidas), Fui aposentado pelo INSS por invalidez, no começo foi o auxílio doença” (E.S.A.); “Ficou mais ou menos, é claro que eu não esbanjo” (J.R.S.); “Diminuiu muito, trabalhava durante a semana e nos finais de semana fazia extras para cobrir o salário. Agora é só o INSS – auxílio doença” (R.L.A.); “Auxílio doença pelo INSS” (S.S.S.); “Agora começou a melhorar, fiquei mais de seis meses sem nada, parei de cortar cabelo, era autônomo, meu braço (lesão) não consigo mais, corto um, dois e só. Trabalhei cinco anos no hospital Nosso Lar” (J.S.G.); “Sou sustentado pelos meus pais” (J.R.V.J.).*

#### 6.4.3 Trabalho

A condição de acidentado impôs aos participantes uma relação trabalhista de dependentes por aposentadoria do INSS, de auxílio doença e sustentação pelos pais.

#### **Aposentados pelo INSS**

*“Hoje vendo bolada da sorte” (E.S.A.); “Aposentado pelo INSS” (J.R.S.).*

#### **Sustentado pelos pais** (ao redor de 70 anos).

*“Eu não era registrado ainda pela empresa, tinha pouco tempo de serviço. Agora não tenho como trabalhar” (A.T.) - 46 anos, viúvo.*

#### **Auxílio doença**

*“Está difícil, quanto mais plantar, mais você tem, se não produz não recebe. Eu dirijo e vendo no Ceasa. Temos uma chácara no assentamento patagônia. Somos produtores rurais, pagamos o sindicato, tudo certinho. Agora arrendamos uma terra*

*para plantar agrião, mas o tempo não ajuda” (A.S.M.); “Afastado no momento, recebo ajuda do patrão, para alcançar o salário que recebia antes do acidente” (S.S.S); “Trabalhava de free lance para uma dupla sertaneja, agora que firmou o contrato” (J.S.G.); “Nunca trabalhei” (J.R.V.J.); “Aprendi a fazer chaveiros de miçanga para passar o tempo” (R.L.A).*

#### 6.4.4 Pessoal

Com relação às conseqüências do acidentado na vida pessoal dos participantes evidenciou-se fatores ligados à personalidade, religião, relacionamento social, físico/estética e proteção.

##### **Fatores ligados à personalidade**

*“Ando nervoso demais, não consigo me conter” (A.T.); “Mudou cem por cento, eu era muito quieto, na minha, agora eu meto a boca em tudo” (E.S.A.).*

##### **Fatores ligados à religião**

*“Eu confio em Deus, oro muito, acredito que o que estou passando hoje é pra ver o tamanho do meu amor que sento por Deus” (A.S.M.).*

##### **Fatores ligados ao relacionamento social**

*“Foi muito ruim, porque hoje eu não consigo arrumar nenhuma namorada, é porque hoje pode falar que não mas é a pura realidade o que eu te falo agora. Infelizmente o povo aqui de Campo Grande é muito materialista” (J.R.S.).*

##### **Fatores ligados ao físico/estética**

*“Teve dias que fiquei bem pra baixo, olhava para o meu braço, não pelo fato do acidente, meu braço não mexia, pensava: Será que vou ficar aleijado. Nunca perdi o humor” (J.S.G.); “Pensava: Será que vou melhorar, voltar ao normal” (R.L.A); “Hoje tenho quatro centímetros de diferença de uma perna para outra (A.T.); “Na hora de deitar junto às pernas e percebo a diferença, mas estou tranqüilo” (S.S.S).*

##### **Fatores de proteção**

*“Lição de vida, quanto à velocidade, para mim eu não corro, se você for andar comigo, vai falar que eu corro. Na minha cabeça não é correr irresponsavelmente, é com cuidado. Meus pais esperaram o tempo certo para me dar outro carro” (J.R.V.J.).*

#### 6.4.5 Social

Os sujeitos relatam que o acidente gerou formação de novas amizades, manutenção do círculo de amizades e afastamento dos amigos.

##### **Formação de novas amizades**

*“Quando você precisa todos se afastam, são colegas de bebida, zoeira, não sobrou nenhum, os que eu não dava mais atenção (de infância), lá do bairro são uns amores, depois de tudo que aconteceu comigo se aproximaram, são muito amorosos” (E.S.A.); “Tenho duas vizinhas que me ajudaram muito” (A.S.M.); “Está bem, vão me visitar, me ligam, mas meus pais são idosos, as pessoas não querem incomodar” (A.T.).*

##### **Manutenção do círculo de amizades**

*“Normal. Todos presentes” (R.L.A); “Meus amigos não me abandonaram na época do acidente, hoje tenho dois amigos” (J.R.S.); “Recebi ajuda de todos os amigos, agora estão todos em cima” (S.S.S).*

##### **Afastamento dos amigos**

*“A grande maioria continua, tive muitos amigos de farra, para sair, aí como eu não estava saindo, pararam de ligar. Mas nunca fui bobo, sei com quem posso contar” (J.S.G.); “Os amigos ficaram poucos, eu tendo a base familiar tranqüila, o resto é anexo. Tenho sempre o pé atrás” (J.R.V.J.); “Quando você precisa todos se afastam, são colegas de bebida, zoeira, não sobrou nenhum” (E.S.A.).*

#### 6.4.6 Sexualidade

Na esfera da sexualidade dos sujeitos após o acidente tiveram:

##### **Necessidades de adaptação**

*“Não tive mais relacionamentos após o acidente e também desde quando perdi a minha esposa, quando estava pensando em arrumar alguém sofri o acidente”*

(A.T.); *“É aquela coisa no braço esquerdo, atrofia, a mão fecha, fora isso está ótima”* (E.S.A.); *“No começo foi difícil, agora estou bem”* (J.S.G.); *“Ficou meio devagar, de primeiro eu ia quase todo dia, aí briguei com o meu amigo que me levava para dar voltinha, a gente saía para caçar”* (J.R.S.).

### **Sem mudanças no contexto conjugal da sexualidade**

*“Normal. No começo muito cuidado para não bater a perna. Dormi quarenta dias sozinho. Depois voltou ao normal”* (R.L.A) – casado; *“Olha, agora eu fiquei meio parada, sem vontade, quando saí do hospital queria todos os dias”* (A.S.M.) – casado; *“Tranquilo”* (S.S.S) - 20 anos; *“Normal”* (J.R.V.J.) - 23 anos.

### 6.4.7 Lazer

50% (N:5) relatam que após o acidente, as atividades de lazer concentraram-se em: festas de familiares e amigos, fisioterapia e mudança de hábitos. E 50% (N:5) relatam que não vivenciam nenhum tipo de lazer.

### **Festas de familiares e amigos**

*“Algumas festinhas quando são bem chegados eu vou, Faço alongamento todos os dias e fisioterapia”* (A.T.); *“Saio com o meu velho, só parei de dançar, o que eu puder fazer eu faço”* (A.S.M.).

### **Fisioterapia**

*“Faço alongamento todos os dias e fisioterapia”* (A.T.).

### **Mudança de hábitos**

*“Saio com o meu velho, só parei de dançar, o que eu puder fazer eu faço”* (A.S.M.); *“Eu não era muito de jogar bola, esses dias soltei pipa, não consigo mais correr, a perna esquerda não responde”* (E.S.A.).

### **Nenhum lazer**

*“Não posso fazer mais nada. De primeiro ia naquela associação dos deficientes (o governo não manda mais dinheiro – acabou)”* (J.R.S.); *“Totalmente parado”* (S.S.S); *“Não consigo mais correr e fazer movimentos”* (J.S.G.); *“Não sou de*

*sair muito, tenho um amigo aqui. Parei a faculdade por três anos. Só do hospital para casa” (J.R.V.J.); “Parei de jogar bola, basquete” (R.L. A).*

## **6.5 Dor e sofrimento em decorrência do acidente**

Os relatos expressos pelos entrevistados mostram sofrimento físico e psicológico em decorrência dos acidentes.

### **O sofrimento físico associado ao corpo como:**

*“Tenho dor nos joelhos, tomo remédio todos os dias” (A. T.); “No hospital eu queria morrer, sentia muita dor” (A. S. M.); “Senti muita dor, minha família sofreu muito com os meus gritos, fisioterapia e curativos” (J.R.V.J.).*

### **O sofrimento psicológico associado à:**

#### **Vontade de viver:**

*“Não quero me entregar, quero viver, mas é sofrido. Tem que ter vontade de viver, se não, não dá. O sofrimento é grande” (A.T.); “De uma hora pra outra mudou a minha vida, foi complicado, mas agora aceito tudo o que aconteceu” (E.S.A.).*

#### **Valores e crenças:**

*“Mas tudo passa, temos que ser fortes, aceitar e ter muita fé em Deus, tudo vai melhorar” (A.S.M); “Antes do acidente estava com muitos projetos, sonhando muito alto, Deus me falou que não é assim, vou recomeçar do zero agora” (S.S.S); “Falo que foi um preparo de alguma forma, já que estou cursando fisioterapia” (J.R.V.J.).*

#### **Medo:**

*“Fiquei com medo do trânsito após o acidente, só confio em mim dirigindo, se ando com os outros sinto medo, fico cuidando” (A.S.M.); “Fiquei desesperado, deu aquele gelo. Posso estar fazendo o que for, vem sempre toda a cena do acidente, várias vezes por dia” (R.L.A.).*

**Dependência da mobilidade:**

*“Foi difícil porque nunca precisei de ninguém” (E.S.A.); “Ficou muito ruim, eu me sinto mal porque um cara na flor da idade como eu estava, de repente acabou tudo. Me incomoda porque eu quero passear e não posso. Sinto muito mal porque vai chegando sábado e eu vejo todo mundo se arrumando para saindo e eu não. É muito triste” (J.R.S.); “Quando minhas pernas não responderam, pensei por que, como vai ficar a família, a faculdade, fico me imaginando aos sessenta anos, se já tenho artrose agora, imagino como vai ser. Procuo nem pensar” (J.R.V.J.).*

Em todas as falas aparecem nas manifestações verbais e comportamentais dos entrevistados sintomas como: ansiedade, insegurança, aflição, amargura, desgosto e tristeza.

O estudo revela conforme Maia e Pires (2006), sintomas do Estresse Pós-Traumático contemplada no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais. Dos sintomas que apareceram com destaque foram os dos grupos I (Sintomas Intrusivos) e III (Sintomas de ativação aumentada).

Os sintomas do grupo I: Foram observados Sintomas Intrusivos, manifestados por memória perturbadora, sentir que o acidente de trânsito ocorre várias vezes ao dia. Conforme fala do R.L.A. *“Posso estar fazendo o que for, vem sempre toda a cena do acidente, várias vezes por dia”*.

Os sintomas do grupo III, que são os de ativação aumentada, foram evidenciados pelas falas manifestando, principalmente as dificuldades de permanecer dormindo, irritabilidade e dificuldade de concentração.

Percebe-se que quando confrontada os sintomas de sofrimento como uma “perturbação psíquica” com o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (CID 10) – Transtorno do Estresse Pós-Traumático (Anexo 3) e Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV) – Transtorno do Estresse Pós-Traumático (Anexo 4), encontra-se situações e sintomas já expostos anteriormente como exposição a eventos traumáticos com respostas de intenso medo, recordações aflitivas, sentir como se o evento traumático estivesse ocorrendo, esforços no sentido de evitar pensamentos associados aos locais e pessoas relacionadas ao acidente, dificuldade de conciliar e manter o sono, irritabilidade, dificuldade em concentrar-se.

Entretanto não se encontra conflitos significativos com prejuízos afetivos emocionais no inter-relacionamento social e familiar na vida dos entrevistados.

## 6.6 Perspectivas futuras

Quando questionados sobre os planos pessoais de vida emergiram as determinações sociais, destacadas nos contextos do trabalho, de voltar às rotinas de vida antes do acidente e de constituir uma família.

O trabalho destacou-se no contexto sócio econômico de todos os entrevistados. Neste contexto associado aos filhos e a uma vida normal, conforme as falas: *“Estou esperando o meu filho voltar do Japão, aí vamos montar alguma coisa, preciso trabalhar”* (A.T.); *“Hoje o que mais penso é voltar a andar, trabalhar ajudar os meus filhos e aproveitar o resto da minha vida”* (A.S.M.); *“Eu espero que volte a andar e vou me formar, trabalhar, ter uma vida novamente porque eu te falar é muito ruim”* (J.R.S.); *Espero conseguir voltar ao meu serviço, prestar um concurso e bola pra frente* (S.S.S); *“Que volte um pouco do que era, voltar a trabalhar”* (R.L.A); *“Espero conseguir a prótese de imediato. Se não conseguir voltar ao meu serviço, prestar um concurso e bola pra frente”* (S.S.S); *“Gostaria de voltar ao normal (como era), sei que nunca vai ser igual. Quanto ao trabalho agora sou registrado, tenho mais segurança, tenho filhos, preciso pagar pensão”* (J.S.G.); *“Que volte um pouco do que era, voltar a trabalhar”* (R.L.A).

Nos conteúdos emergiram esperanças vinculadas a superação das dificuldades enfrentadas no momento presente, sustentadas na fé religiosa como a do J.R.V.J. *“As melhores possíveis, ter sucesso na vida, não é à toa que estou aqui, sempre tive fé, ninguém acredita que estou vivo”*.

Destaca-se que todos estão em processo de reabilitação física, e mostraram esforços ou recursos pessoais de superação das perdas relacionadas às deficiências adquiridas, de imobilidade física e da dependência.

Vale ressaltar, que todos os participantes também mostraram ações de busca de superação do isolamento e a inserção social através da família conforme E.S.A. *“Quero um filho, uma família, porque na juventude era sexo, drogas e rock’n rol (risos)”*.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa exploratória mostrou que os custos sociais dos acidentes de trânsito vão muito além dos custos apontados pelo IPEA com o resgate, a assistência hospitalar, reabilitação, perda de produção, gastos previdenciários, danos a terceiros, administração de seguros e suporte de agentes de trânsito. Emergiram custos de difícil cálculo de valor econômico, que são sofrimento, humilhação, dependência e medo da pessoa vitimada e de seus familiares.

Mostra também que os transtornos decorrentes do acidente de trânsito são um problema de saúde pública e pouco cuidado pela atual política, em sua forma de suporte durante os processos de assistência pós-acidente, de reabilitação e reinserção social.

Ficam evidenciadas as propostas construídas e apontadas durante o primeiro seminário nacional das seqüelas invisíveis dos acidentes de trânsito (HADDAD, MORITA E GONÇALVES, 2007). Em especial o de prestar atenção aos tipos de suporte social que são oferecidos as vítimas, na necessidade de construção de um banco de dados nacional que permita obter informações relacionadas aos tipos de deficiências física, mental, visual ou auditivas decorrentes dos acidentes de trânsito.

Notadamente todo o processo deste trabalho foi construído com os escassos estudos existentes na área e com os conteúdos dos próprios participantes, conseguindo trazer a questão e levantar dados sobre as seqüelas invisíveis dos acidentes de trânsito.

As conseqüências do acidente nos contextos: social, familiar, econômico, trabalho e do lazer foram identificadas e mostraram perdas significativas em especial no contexto do trabalho, mostrando a necessidade do desenvolvimento e aprofundamento de estudos que identifiquem o aspecto sócio econômico dos envolvidos em acidentes de trânsito que apresentam “as seqüelas invisíveis”.

Pela pesquisa também ficou caracterizado que todos os participantes apresentam entusiasmo e esperanças com relação à busca de qualidade de vida e bem estar social e familiar.

Com este estudo ressalta-se a importância da necessidade de ações mais efetivas dos órgãos governamentais componentes do sistema nacional de trânsito e da saúde para a prevenção dos acidentes de trânsito e assistência efetiva em especial junto às questões trabalhistas dos acidentados.

Das medidas destaca-se a necessidades de:

- Garantir acompanhamento efetivo e eficaz para as vítimas e familiares após o acidente na área da saúde com atendimento psicológico;

- Destinar recursos para pesquisas na área e divulgar a necessidade de investigação desse tema nas universidades.

Concluindo este estudo exploratório revela o desconhecimento na sociedade das seqüelas invisíveis passíveis de serem geradas por acidente de trânsito, levando os acidentados a não buscarem apoio psicológico como também de não perceberem as conseqüências que os acidentes podem gerar para além das seqüelas físicas.

## REFERÊNCIAS

BRASIL – Ministério da Saúde / Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências** – Portaria MS/GM nº. 737 de 16/05/2001, publicada no DOU nº. 96 / seção 1e de 18/05/2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde / Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Lei Orgânica da Saúde** / Lei nº. 8.080 de 1990.

\_\_\_\_\_. Ministério das Cidades / Departamento Nacional de Trânsito. **Código de Trânsito Brasileiro e Legislação Complementar em vigor**. Brasília. 2005.

CAMPOS, T. C. P. **Psicologia Hospitalar**: a atuação do psicólogo em hospitais. São Paulo: EPU, 1995. p. 48-54.

CALAIS, S. L. Stress Pós-Traumático: Intervenção em Vítimas Secundárias In: LIPP, Marilda Emmanuel Novaes (Org.) **O stress no Brasil**: pesquisas avançadas. Campinas: Papyrus, 2004.

CLAVES. **Avaliação do processo de implantação e implementação do programa de redução de morbimortalidade por acidentes de trânsito**. Municípios de Recife, Belo Horizonte, Goiânia, São Paulo e Curitiba. Avaliação Geral. Rio de Janeiro: Claves/Ensp/Fiocruz, 2006.

DESLANDES, S. F.; GOMES, R; MINAYO, M. C. de S. (Org.) **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 25ª ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2004. (Coleção temas sociais)

DETRAN/MS. **O Trânsito de Mato Grosso do Sul**: referência 2005. Disponível em: <[http://www.detran.ms.gov.br/download/estatisticas/anual/2005\\_estado.pdf](http://www.detran.ms.gov.br/download/estatisticas/anual/2005_estado.pdf)>. Acesso em: 13 abr. 2008.

DORNELAS, L. F. (Org). Reabilitação de vítimas de acidentes de trânsito na cidade de Uberlândia. In: FERREIRA, D.L.; RIBEIRO, L. A. **Acidentes de trânsito em Uberlândia**: ensaios da epidemiologia e da geografia. Uberlândia: Aline, p.89-93, 2006.

HADDAD, S.; MORITA, P. e GONÇALVES, F. **Seqüelas invisíveis dos acidentes de trânsito**: o transtorno de estresse pós-traumático como problema de saúde pública. Instituto de Pesquisa Econômica – IPEA. Brasília, julho de 2007.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Impactos sociais e econômicos dos acidentes de trânsito nas aglomerações urbanas**. Brasília: IPEA, 2003.

KOVÁCS, M. J. Deficiência Adquirida e qualidade de vida: Possibilidades de Intervenção Psicológica In: MASINI, E. A. F. S et al. (Orgs). **Deficiência: Alternativas de Intervenção**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997. Cap.5

MAIA, A.; PIRES, T. **Acidentes Rodoviários: Perturbação aguda de stress e PTSD nas vítimas directas**. Universidade do Minho no evento do IPEA, ANT, DENATRAN, Brasília, 2006.

MAZZOTTI, A. J. A.; GEWANDSZNAJDER, F. **O método nas ciências naturais e sociais: Pesquisa quantitativa e qualitativa**. 2 edição Thompson.2004, p.168.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, ANTP, DENATRAN. **Seminário seqüelas invisíveis dos acidentes de trânsito**. Apoio OPAS, Brasília, 2006.

OMS – Organização Mundial de Saúde – Assembléia Geral A/RES/60/5 –Seção 60º –. 01/12/2005.

OPAS – Organização Mundial de Saúde – **Conferência Pan-Americana sobre segurança no Trânsito: Respostas do setor de Saúde ao desafio para um trânsito nas Américas**. Brasília, 08 e 09/12/2005.

\_\_\_\_\_. Organização Mundial de Saúde – **Reunião de Planejamento Latino americana e do Caribe sobre Seguridade Viária: Trabalhando juntos para deter a Epidemia Emergente**. Santiago / Chile – 18 e 19/01/2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais de comportamento da CID-10. Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.

PEREIRA, M. S. F. **As Representações Sociais das ações dos condutores sobre a prática no volante do automóvel**. Dissertação de mestrado. São Paulo: PUC, 1996.

PERESTRELLO, D. **A medicina da pessoa**. Ed. 4 Atheneu, 1996.

ROZESTRATEN, R. J. A. **Psicologia do trânsito: conceitos e processos básicos**. São Paulo: EPU, 1988.

SEBASTIANI, R. W. História e evolução da psicologia numa perspectiva Latino-Americana. In: ANGERAMI-CAMON, V. A. (Org.) **Psicologia da saúde: para a prática clínica**. São Paulo: Pioneira, 2002. Cap.6

STROEBE, W.; NOGUEIRA, C. (Trad.) **Psicologia social e saúde**. Piaget, 1995.

VASCONCELLOS, Eduardo Alcântara. **A cidade, o transporte e o trânsito**. São Paulo: Prolivros, 2005.

VIGNOLA, V. **Seqüelas invisíveis dos acidentes de trânsito** - resenha crítica.

Diponível em:

< <http://www.ceatnet.com.br/modules/wfsection/print.php?articleid=81>>.

Acesso em: 15 mar. 2008.

## **ANEXOS**

**ANEXO 1****MISSÃO SALESIANA DE MATO GROSSO  
UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO  
CURSO DE PSICOLOGIA****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, .....declaro para os devidos fins que fui suficientemente informado ( a ) a respeito do protocolo de pesquisa O Lado oculto dos acidentes de Trânsito, pela acadêmica Camila Zimmermann, com a supervisão da Msc. Maria Solange Felix Pereira e que li, ou que foram lidas para mim, as premissas e condições deste termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Concordo em participar da pesquisa proposta por intermédio das condições aqui expostas e a mim apresentadas pelo(a) pesquisador(a) Camila Zimmermann.

Declaro ainda que ficaram suficientemente claros para mim os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizadas, a ausência de desconfortos ou de riscos físicos e/ou psíquicos e morais, as garantias de privacidade, de confidencialidade científica e de liberdade quanto a minha participação, de insenção de despesas e/ou compensações, bem como a garantia de esclarecimentos permanentes.

Concordo voluntariamente em participar desta pesquisa.

Assinatura do Sujeito Participante

Campo Grande, MS / /

## ANEXO 2

### ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIDIRIGIDA



**MISSÃO SALESIANA DE MATO GROSSO**  
**UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO**  
**CURSO DE PSICOLOGIA**

Prezado(a):

Este estudo é sobre **O LADO OCULTO DOS ACIDENTES DE TRÂNSITO**. Nós pesquisadores empenhados em conhecer e promover a saúde e a segurança no trânsito agradecemos imensamente a sua colaboração.

Destacamos que você não será identificado (a), e que não existem respostas certas ou erradas.

#### I. Dados Demográficos:

1. **Sexo:** M(  ) F(  )

2. **Idade:** \_\_\_\_ Anos.

3. **Situação Conjugal:** (  ) Solteiro(a) (  ) Casado(a) (  ) Viúvo(a) (  ) Separado(a) ou Divorciado(a)

4. **Você tem filhos?** (  ) Sim (  ) Não Quantos:

#### 5. Escolaridade:

01) Analfabeto

02) 1ª a 4ª incompleto Ensino Fundamental

03) 1ª a 4ª completa do Ensino Fundamental

04) 5ª a 8ª incompleta do Ensino Fundamental

05) Ensino Fundamental Completo

06) Ensino Médio Incompleto

07) Ensino Médio Completo

08) Educação Superior Incompleto: Qual?

09) Educação Superior Completo: Qual?

10) Curso de Pós Graduação Completo: Qual?

6. **Religião:** Praticante? a) sim(  ) b) não(  )

#### 7. Ocupação/Profissão:

8. **Renda mensal:**

- ( ) 2 salários mínimos
- ( ) 2 a 3 salários mínimos
- ( ) 4 a 5 salários mínimos
- ( ) 6 a 7 salários mínimos
- ( ) mais de 7 salários mínimos

## **II. Dados da saúde**

1. **Possui algum tipo de deficiência?** ( ) Sim ( ) Não

( ) Física ( ) Visual ( ) Auditiva ( ) Outras, qual?

Por quê?

2. **Possui algum tipo de doença?** Qual?

3. **Apresenta algum problema psicológico?** (Preocupação, Irritabilidade, Ansiedade, Agressividade, Depressão, Insônia, Dificuldades com memória, Falta de atenção...).

## **III. Como ocorreu o acidente?**

## **IV. Quais as conseqüências do acidente em sua vida?**

**Familiar**

**Econômica**

**Trabalho**

**Pessoal**

**Social**

**Sexualidade**

**Lazer**

**V. Atualmente você tem algum tipo de dor e sofrimento em decorrência do acidente? Descreva-o.**

## **VI. Perspectivas futuras**

## ANEXO 3

### CID-10 - TRANSTORNO DO ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO

A) O Paciente deve ter sido exposto a um evento ou situação estressante (de curta ou longa duração) de natureza excepcionalmente ameaçadora ou catastrófica, a qual provavelmente causaria angústia invasiva em quase todas as pessoas.

B) Deve haver rememoração ou revivência persistente do estressor em *flashbacks*, memórias vívidas, sonhos recorrentes ou em sentir angústia quando da exposição a circunstâncias semelhantes ou associadas ao estressor.

C) O paciente deve evitar (ou preferir fazê-lo) circunstâncias semelhantes ou associadas ao estressor, o que não estava presente antes da exposição ao estressor.

D) Qualquer um dos seguintes deve estar presente:

1. Incapacidade de lembrar, parcial ou completamente, alguns aspectos importantes do período de exposição ao estressor;

2. Sintomas persistentes de sensibilidade e excitação psicológicas aumentadas (não presentes antes da exposição ao estressor), mostradas a seguir:

a) Dificuldade em adormecer ou permanecer dormindo;

b) Irritabilidade ou explosões de raiva;

c) Dificuldade de concentração;

d) Hipervigilância;

e) Resposta de susto exagerada.

E) Os critérios B, C e D devem ser todos satisfeitos dentro de seis meses do evento estressante ou do final de um período de estresse (para alguns propósitos, um início demorando mais de seis meses pode ser incluído, mas isto deve ser claramente especificado).

## ANEXO 4

### DSM-IV - TRANSTORNO DO ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO

A. Exposição a um evento traumático no qual os seguintes quesitos estiveram presentes:

1. A pessoa vivenciou, testemunhou ou foi confrontada com um ou mais eventos que envolvem morte ou grave ferimento, reais ou ameaçadores, ou uma ameaça à integridade física própria ou a de outros;
2. A resposta da pessoa envolveu intenso medo, impotência ou horror.

B. O evento traumático é persistentemente revivido em uma (ou mais) das seguintes maneiras:

1. Recordações aflitivas, recorrentes e intrusivas do evento, incluindo imagens, pensamentos ou percepções;
2. Sonhos aflitivos e recorrentes com o evento;
3. Agir ou sentir como se o evento traumático estivesse ocorrendo novamente (inclui um sentimento de revivência da experiência, ilusões, alucinações e episódios de *flashbacks* dissociativos);
4. Sofrimento psicológico intenso quando da exposição a indícios internos ou externos que simbolizam ou lembram algum aspecto do evento traumático;
5. Reatividade fisiológica na exposição a indícios internos ou externos que simbolizam ou lembram algum aspecto do evento traumático.

C. Esquiva persistente de estímulos associados com o trauma e entorpecimento da responsividade geral (não presente antes do trauma), indicados por três ou mais dos seguintes quesitos:

1. Esforços no sentido de evitar pensamentos, sentimentos ou conversas associadas com o trauma;
2. Esforços no sentido de evitar atividades, locais ou pessoas que ativem recordações do trauma;
3. Incapacidade de recordar algum aspecto importante do trauma;
4. Redução acentuada do interesse ou da participação em atividades significativas;
5. Sensação de distanciamento ou afastamento em relação a outras pessoas;
6. Faixa de afeto restrita;

7. Sentimento de um futuro abreviado (não espera ter uma carreira profissional, casamento, filhos ou período normal da vida).

D. Sintomas persistentes de excitabilidade aumentada (não presentes antes do trauma), indicados por dois (ou mais) dos seguintes quesitos:

1. Dificuldade em conciliar ou manter o sono;

2. Irritabilidade ou surtos de raiva;

3. Dificuldade em concentrar-se;

4. Hipervigilância;

5. Resposta de sobressalto exagerada.

E. A duração da perturbação (sintomas dos critérios B, C, e D) é superior a um mês.

F. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.