UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

LUCAS FELIX DE OLIVEIRA

Impacto psicológico das vítimas de trauma em reabilitação

Ribeirão Preto

2014

LUCAS FELIX DE OLIVEIRA

Impacto psicológico das vítimas de trauma em reabilitação

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental.

Linha de pesquisa: Processo de cuidar do adulto com doenças agudas e crônico-degenerativas.

Orientadora: Maria Célia Barcellos Dalri

Ribeirão Preto

2014

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Felix de Oliveira, Lucas

Impacto psicológico das vítimas de trauma em reabilitação.
Ribeirão Preto, 2014.

143 p.: il. ; 30cm

Tese de Doutorado apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem
Fundamental.

Orientadora: Dalri, Maria Célia Barcellos.

1. Vítimas de acidentes. 2. Reabilitação. 3. Ansiedade. 4.
Depressão.

FELIX DE OLIVEIRA, Lucas

Impacto psicológico das vítimas de trauma em reabilitação

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Doutor em Ciências
da Saúde, Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem Fundamental.

Aprovado em: 05 / 12 / 2014

Comissão Julgadora

Profa. Dra. Maria Célia Barcellos Dalri

Instituição: Presidente - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Profa. Dra. Adriana Inocenti Miasso

Instituição: Titular - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Prof. Dr. Cesar Eduardo Pedersoli

Instituição: Titular - Externo

Profa. Dra. Renata Karina Reis

Instituição: Titular - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Profa. Dra. Suzel Regina Ribeiro Chavaglia

Instituição: Suplente - Externo

DEDICATÓRIA

Àqueles que me amam e que não pouparam esforços para me apoiar neste grande projeto do doutorado, e que não são poucos. Para não preencher uma longa lista e correr o risco de deixar alguém importante de fora, citarei os maiores representantes desta fantástica jornada:

Aos meus quatro grandes amores:

- Tiãozinho, meu querido pai e herói, exemplo de implacabilidade e ternura;
- Dona Yvone, minha queridíssima mãezinha, ícone de força, lucidez e amor;
- Tata, minha amadíssima madrinha, sogrinha, e segunda mãe, presença de respeito, doçura e carinho;
- E Paulinha, minha cúmplice, amada, companheira, meu todo.

AGRADECIMENTOS

Esta conquista é mérito de muitas pessoas. Foram tantos que colaboraram para este doutorado que sei de antemão que não conseguirei externar o quanto sou grato por cada um que participou desta fantástica jornada.

Peço que me perdoem aqueles que não virem seu nome aqui, pois por um lapso de memória poderei deixar algumas importantes pessoas sem o devido reconhecimento. Porém, podem ter certeza que na primeira oportunidade os agradecerei pessoalmente.

Deus, o grande arquiteto do universo, presenteou-me com o dom da perseverança, do extremo esforço e da capacidade de ir além dos meus limites para fazer sempre algo a mais. O Grande Pai é o Mérito e o Objetivo desta tese. Que a Sua Paz esteja sempre comigo e com aqueles me rodeiam ou que entrarem em contato com este estudo!

Agradeço à minha linda família, por sempre acreditarem que eu conseguiria. Pela força, pelo incentivo e pela doação, muito obrigado!

Meus pais, Tiãozinho e D. Yvone, muito obrigado pela vida e pela VIDA!

Sonia e João, Daniel e Márcia, Marcão e Juliana, Elias e Márcia, Andreza e Halley, irmãos e amigos, que tanto se esforçaram para me apoiar, me ajudar e me dar força, muito obrigado! Sonia, obrigado ainda, pelas dicas e correções propostas que tanto me orientaram no estudo; João, pelo olhar crítico e certo que me fizeram desfazer incongruências. Márcia e Márcia, gratidão pelas auspiciosas correções em tempo tão restrito e com tanta prontidão;

Mateuzinho, Rafa, Isabela e Júlia, obrigado pela presença alegre e descontraída em minha vida;

Vinícius, recém-chegado e motivo de esperança e mais alegria a esta bela família;

Mateuzão, aquele forte abraço, de tio, de amigo e de companheiro. Agradeço profundamente as traduções e as correções, que tanto contribuíram para a formatação final da tese;

Kin, obrigado de todo coração, pelas madrugadas a fora, elaborando e corrigindo as tabelas e os lançamentos dos dados;

Obrigado, Madrinha Vanete, pelos conselhos e pela boa escuta, nos momentos de dificuldades sem fim neste processo de doutoramento;

Giselle e Fernando, obrigado pela presença constante e efetiva em cada passo da caminhada;

Sô Conoi, obrigado por participar de maneira tranquila e serena em nossa vida;

Yuri, obrigado pela alegria contagiante e expressiva nesta afetiva família;

Agradeço aos meus tutores desde o ensino fundamental até o mestrado, que me ensinaram o gosto pela pesquisa, pela busca, pela procura de respostas. São muitos e cada um agregou mais um pouco na ânsia pelo conhecimento e pela ciência. De modo especial à Trindade, minha professora da segunda série primária, que com carinho e afeto me recebeu de braços abertos na escolinha da Abadia; e ao grande ícone de toda minha revolução intelectual, que me convenceu a questionar “a verdade”, dando um nó em minhas convicções arbitrárias e me mostrando a necessidade de olhar para o mundo de forma mais independente: Paulo Roberto Ferreira - “O” Filósofo -, o meu eterno agradecimento pelo que você conseguiu fazer com minhas frágeis bases intelectuais, me transformando em um eterno “buscador”;

Lucy Penna, Edvaldo Pereira, Rosa Maria Viana e Carlos Brandão, obrigado por permitirem que eu transformasse minha experiência clínica em uma dissertação de mestrado. Foi uma ideia audaciosa e cheia de riscos que vocês acreditaram e apoiaram, dando-me a oportunidade de apresentar à academia uma visão profunda e de vanguarda da psicologia e dos cuidados clínicos em psicoterapia;

Roberto Crema e Pierre Weil (in memoria), agradeço efusivamente pelos nossos encontros e reencontros onde pude constatar que existem muitos outros conspiradores pela PAZ;

Madrinha Alci Cabral, minha terapeuta, professora e mestra que tanto me ensinou a viver;

Às psicólogas e amigas Marli Irene e Selma Amui, muito obrigado, por ajudarem a me conhecer e a me tornar alguém melhor;

Agradeço a tantos amigos que participaram desta caminhada, me incentivando, me apoiando, me desculando pela ausência física e me dando corda para dar sempre mais um passo;

Aos meus colegas de trabalho da UER, agradeço com muita ênfase pelo apoio incondicional sem o qual dificilmente alcançaria os resultados deste estudo. Sintam-se abraçados carinhosamente, pois vocês foram demais!

Ao professor Iale Bontempo, meu assessor em Estatística, por tanto trabalho e tantas instruções ao longo da tese, o meu reconhecimento e agradecimento;

Aos funcionários da Biblioteca Central da USP/Ribeirão, o meu muito obrigado: pelas inúmeras correções, orientações e dicas de como elaborar uma tese;

À coautora, professora, orientadora e mestra Maria Celia, o meu mais sincero agradecimento por tanto esforço, tanta dedicação, tanto suor nesta difícil tarefa de me orientar nesta tese. O tempo era mínimo, a minha preparação acadêmica era incompleta e o meu conhecimento muito diferente da sua atuação profissional. Por isso o seu desafio foi muito maior, muito mais ousado, muito mais complexo. E você conseguiu! Parabéns e muito, muito obrigado pela paciência e coragem;

Enfim, à minha fonte de inspiração, à razão de todo meu esforço, sacrifício e superação: Paulinha! Sem você não teria valido a pena... Um beijo no coração.

“Para mim só existe percorrer os caminhos que tenham coração, qualquer caminho que tenha coração. Ali viajo, e o único desafio que vale é atravessá-lo em toda sua extensão. E por ali viajo olhando, olhando, arquejante”. Carlos Castaneda (1968)

RESUMO

FELIX DE OLIVEIRA, L. **Impacto psicológico das vítimas de trauma em reabilitação.** 2014. 123 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

O objetivo deste estudo foi avaliar a presença de ansiedade e depressão em vítimas de trauma que foram referenciados para reabilitação em unidade especializada. Trata-se de um estudo descritivo, de corte transversal e abordagem quantitativa, desenvolvido com 85 participantes em Unidade Especializada em Reabilitação, do SUS, localizada no município de Uberaba. A coleta de dados ocorreu nos meses de outubro de 2013 a janeiro de 2014, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Foram aplicados três instrumentos: um questionário semiestruturado, de autoria do pesquisador, com variáveis sociodemográficas e hábitos de vida; Inventário de Ansiedade de Beck e o Inventário de Depressão de Beck. Após a coleta, os dados foram inseridos em um banco de dados eletrônicos no Microsoft Excel. Foram utilizadas ferramentas de estatística na realização de análise exploratória da relação entre os fatores depressão e ansiedade com diversas variáveis. Como resultado do estudo constatou-se que a idade dos participantes variou de 19 a 81 anos, com predomínio do sexo feminino 57,7%, raça branca 54,1%, religião católica 54,1%, renda de dois a quatro salários mínimos 61,2% e 35,3% de casados. O afastamento do trabalho deu-se em 29,4% da amostra e 40,0% não completou o ensino fundamental, e 10,6% eram analfabetos. Os dias de terça-feira 20,0%, quarta-feira 16,5% e quinta-feira 14,1% representaram os dias de maior ocorrência de acidentes. O período da tarde apresentou a maior incidência dos traumas 45,9%. Declararam-se tabagistas 28,2% dos participantes e 30,6% disseram fazer uso de algum tipo de bebida alcoólica. A alteração do sono se deu em 56,5% e alteração do apetite após o acidente 24,7% dos participantes. Constatou-se neste estudo que o padrão de ansiedade nas formas moderada representa 30,6% e na grave pôde ser observado em 12,9% dos entrevistados, enquanto 16,5% apresentaram níveis moderados e 5,9% graves de depressão. Dos participantes do estudo que foram vítimas de acidente de trânsito pôde-se observar que 39,3% e 14,3% apresentaram nível de ansiedade moderada e grave, respectivamente. Este percentual de ansiedade significativa decaiu nos acidentes domésticos 26,1% moderada e ansiedade grave 17,4%. Nos acidentes de trabalho a ansiedade moderada foi 28,0% e grave 8,0%, e em outros tipos de acidentes 22,2% e 11,1%, respectivamente para ansiedade moderada e grave. Quanto aos níveis de depressão, os acidentes de trânsito apresentaram 17,9% e 7,1% de vítimas com estado de depressão moderada e grave; nos acidentes domésticos 21,7% apresentaram depressão moderada; nos acidentes de trabalho observou-se que 12,0% dos participantes apresentaram nível moderado e 12,0% nível grave de depressão. Estes dados mostram a necessidade de suporte psicológico, com um acompanhamento psicoterapêutico voltado à necessidade da vítima de trauma, até sua reabilitação emocional. Uma situação inusitada, como um acidente, pode desencadear um comprometimento da vida do ser humano, tanto física quanto psicológica.

Palavras-chave: Vítimas de acidentes; Reabilitação; Ansiedade; Depressão.

ABSTRACT

FELIX DE OLIVEIRA, L. Psychological impact on victims of trauma on rehabilitation. 2014. 123 f. Dissertation (Doctoral) – School of Nursing of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

The aim of this study was to assess the presence of both anxiety and depression in victims of trauma who were conducted to a trauma rehabilitation center. This study is descriptive, transversal and quantitative. Whose sample was 85 participants that belonged to the Specialized Rehabilitation Unit, of SUS, in Uberaba. The data collection happened from October 2013 to January 2014, after being approved by the ethical committee of the Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Three instruments were used: a semi-structured questionnaire made by the author himself, which assessed socio-demographic aspects and life habits; Becks' Anxiety Questionnaire and Beck's Depression Questionnaire. After the data being gathered, it was put on an electronic data base in Microsoft Excel. Statistical tools were used for the exploratory analysis of the relation between depression and anxiety with the others variables. There was an age variation from 19 to 81 years-old, with prevalence of females 57,7%, Caucasians 54,1%, Catholics 54,1%, mensal income two to four minimum salary 61,2% and married is 35,3%. 29,4% of the sample had been dismissed due to trauma consequences. 40,0% of the sample did not have the basics studies finished and 10,6% are illiterate. Tuesday 20,0%, Wednesday 16,5% and Thursday 14,1% were the highest days to accident occurrence. The afternoon period presented the highest prevalence of traumatic events 45,9%. 28,2% of the sample is composed by smokers and 30,6% say that drink alcohol. Sleep alteration after the accident was present in 56,5% of the patients and appetite alteration in 24,7% of them. In this study, the anxiety pattern for moderate anxiety were 30,6% and severe form 12,9%. For moderate depression 16,5% and severe depression 5,9%. Among this sample, the victims of traffic trauma 39,3% shows moderate anxiety and 14,3% severe. On domestic traumas 26,1% had moderate anxiety and 17,4% had severe. On work traumas, 28% had moderate anxiety and 8% severe. In the category Other, 22,0% for moderate anxiety and 11,1% for severe. It was found moderate 17,9% and severe 7,1% levels of depression in trauma related to traffic. On domestic trauma, the levels of depression are 21,7% (moderate). On work accidents it was observed 12,0% of moderate depression and 12,0% severe. These data show the necessity of psychological support to the trauma victims, because, as exposed, an unexpected life event, like an accident that may lead to a physical or emotional impairment.

Keywords: Accidents Victims, Rehabilitation, Anxiety, Depression.

RESUMEN

FELIX DE OLIVEIRA, L. **El impacto psicológico en las víctimas en rehabilitación del trauma**. 2014. 123 f. Tesis (Doctorado) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

El objetivo de este estudio fue evaluar la presencia de ansiedad y depresión en víctimas de trauma que acudieron a la rehabilitación en unidad especializada. El estudio es descriptivo, transversal, cuantitativo y fue desarrollado con 85 personas en una Unidad Especializada de Rehabilitación, de lo SUS, en la ciudad de Uberaba. La recopilación de datos fue desde octubre 2013 hasta enero 2014, después de aprobada por el Comité de Ética em Investigación da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Se utilizó tres instrumentos: un cuestionario semiestructurado, hecho por el investigador mismo, con variables sociodemográficas e hábitos de vida; Inventario de Ansiedad de Beck e Inventario de Depresión de Beck. Después de la recopilación, los datos fueron manipulados en el banco de datos electrónicos en el Microsoft Excel. Se utilizó herramientas estadísticas en la realización del análisis exploratoria en la relación de depresión e ansiedad con otras variables. Hubo variación de edad fue de 19 hasta 81 años de edad, con prevalencia del sexo femenino 57,7%, blancos 54,1%, religión católica 54,1% y con un promedio salarial de dos a cuatro salarios mínimos 61,2%. 29,4% de la muestra fue despedido por las consecuencias del trauma. 40,0% de la muestra no había terminado los estudios básicos y 10,6% eran analfabetos. Los martes 20%, los miércoles 16,5% y los jueves 14,1% fueron los días de mayor ocurrencia de accidentes. El período vespertino fue el que presento mayor prevalencia de traumas, 45,6%. 28,2% se declararon fumadores y 30,6% dicen hacer uso de bebidas alcohólicas. La alteración del sueño está presente en 56,5% y hubo también alteración en el apetito para 24,7%. En este estudio, 30,6% presentaron ansiedad moderada y 12,6% para ansiedad grave. Para depresión los datos fueron 16,5% para el nivel moderado y 5,9% para severo. En las víctimas de accidente de tránsito, se puede observar que 39,3% presentan niveles de ansiedad moderada y 14,3% grave. En los accidentes domésticos, 26,1% de los pacientes presentaron niveles de ansiedad moderada y 17,4% grave e en los accidentes en el trabajo, 28,0% de los pacientes presentaron niveles de ansiedad moderada y 8,0% grave, e en otros tipos de trauma 22,0% de los pacientes presentaron moderada ansiedad y 11,1% grave. En el trauma relativo al tráfico, se encontró 17,9% nivel de depresión moderada y 7,1% para depresión grave. En los traumas domésticos, los niveles de depresión fueron moderados 21,7%. En los accidentes de trabajo, se encontró 12,0% de depresión moderada y 12,0% grave. Estos datos subrayan la necesidad de un soporte psicológico a las víctimas de trauma, desde sus necesidades hasta su recuperación psicológica, pues se observa que una situación inesperada, como el trauma, puede desencadenar un deterioro tanto físico cuanto emocional.

Palabras clave: Víctimas de Accidentes, Rehabilitación, Ansiedad, Depresión.

LISTA DE TABELAS E GRÁFICO

Tabela 1 -	Caracterização das vítimas de trauma segundo os fatores: sexo, faixa etária, cor/raça, crença religiosa, ocupação atual, renda mensal, situação conjugal, escolaridade, dia do trauma, período do dia do trauma, tabagismo, tipo de tabaco, aumento do consumo de tabaco, consumo de bebida alcoólica, tipo de bebida, aumento do consumo de bebida, alteração do sono após o trauma e alteração do apetite após o trauma. UER de Uberaba (MG), 2013-2014.....	81
Tabela 2 -	Distribuição das vítimas de trauma de acordo com as respostas referentes à frequência de indicadores (sinais e sintomas) de ansiedade significativa. UER de Uberaba (MG), 2013-2014.....	86
Tabela 3 -	Distribuição das vítimas de trauma de acordo com as respostas referentes à frequência de indicadores de depressão significativa. UER de Uberaba (MG), 2013-2014.....	87
Tabela 4 -	Distribuição dos níveis de ansiedade e depressão das vítimas de trauma conforme os tipos de acidentes – UER de Uberaba (MG), 2013/2014.....	89
Tabela 5 -	Análise univariada dos fatores associados à ansiedade significativa com: sexo, faixa etária, cor/raça, crença religiosa, ocupação atual, renda mensal, escolaridade, situação conjugal, dia do trauma, período do dia do trauma, tabagismo, aumento do consumo de tabaco, consumo de bebida alcoólica, aumento do consumo de bebida, alterações do sono e alterações do apetite, nas vítimas de trauma atendidas em unidade especializada em reabilitação (UER). Uberaba (MG), 2013-2014.....	90
Tabela 6 -	Análise univariada dos fatores associados à depressão significativa com: sexo, faixa etária, cor/raça, crença religiosa, ocupação atual, renda mensal, escolaridade, situação conjugal, dia do trauma, período do dia do trauma, tabagismo, aumento do consumo de tabaco, consumo de bebida alcoólica, aumento do consumo de bebida, alterações do sono e alterações do apetite, nas vítimas de trauma atendidas em unidade especializada em reabilitação (UER). Uberaba (MG), 2013-2014.....	93
Gráfico 1 -	Apresentação dos transtornos de ansiedade e depressão significativos das vítimas de trauma referenciados a uma unidade especializada em reabilitação. UER, Uberaba (MG), 2013-2014.....	85

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA	American Psychological Association
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BAC	Blood Alcohol Concentrations
BAI	Beck Anxiety Inventory
BDI	Beck Depression Inventory
CID	Código Internacional de Doenças
CNAE	Classificação Nacional de Atividade Econômica
CNPS	Conselho Nacional de Previdência Social
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONTRAN	Conselho Nacional de Trânsito
DENATRAN	Departamento Nacional de Trânsito
DPVAT	Seguro de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
EPI	Equipamentos de Proteção Individual
EUA	Estados Unidos da América
EUROSAFE	European Association for Injury Prevention and Safety Promotion
HAM-D	Escala de Depressão de Hamilton
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MG	Minas Gerais
MMSE	Mini Mental State Examination
MS	Ministério da Saúde
NHTSA	National highway traffic safety administration
NTEP	Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário
OIT	Organização Internacional do Trabalho
ONSV	Observatório Nacional de Segurança Viária
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
PAV	Projeto Água Viva
PIB	Produto Interno Bruto
PMU	Prefeitura Municipal de Uberaba
RPG	Reorganização Postural Global
RUE	Rede de Atenção às Urgências e Emergências
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SBAIT	Sociedade Brasileira de Atendimento Integrado ao Traumatizado
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SP	São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
TEPT	Transtorno de Estresse Pós-Traumático
TCC	Terapia Cognitivo-Comportamental
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UER	Unidade Especializada em Reabilitação
UFTM	Universidade Federal do Triângulo Mineiro

UNIC	United Nations Information Centres
USP	Universidade de São Paulo
WHO	World Health Organization

Sumário

APRESENTAÇÃO		
1	INTRODUÇÃO.....	19
2	CONCEPÇÕES TEÓRICAS E METODOLÓGICAS.....	24
2.1	Tipos de traumas.....	26
2.1.1	Acidente de trânsito.....	26
2.1.2	Acidente doméstico.....	31
2.1.3	Acidente de trabalho.....	34
2.2	Avaliação psicológica.....	38
2.2.1	Escala de avaliação de ansiedade e depressão.....	39
2.3	Ansiedade.....	39
2.4	Depressão.....	41
2.5	Suporte psicológico na reabilitação de trauma.....	43
3	JUSTIFICATIVA.....	46
4	HIPÓTESES.....	48
5	OBJETIVOS.....	50
5.1	Objetivo geral.....	51
5.2	Objetivos específicos.....	51
6	MÉTODO.....	52
6.1	Tipo de estudo.....	53
6.2	Local de estudo.....	53
6.2.1	Uberaba.....	53
6.2.2	Unidade Especializada em Reabilitação (UER).....	55
6.3	Amostra do estudo.....	56
6.4	Período de investigação.....	57
6.5	Aspectos éticos.....	57
6.6	Instrumentos para a coleta de dados.....	58
6.6.1	Questionário para caracterização da amostra.....	58
6.6.2	Inventário de Ansiedade de Beck / Beck Anxiety Inventory (BAI)....	59
6.6.3	Inventário de depressão de Beck / Beck Depression Inventory (BDI-I)	60
6.7	Procedimentos de coleta.....	61
6.8	Riscos e benefícios da pesquisa.....	63
6.9	Análise dos dados.....	63
7	RESULTADOS.....	65
7.1	Validação do questionário para coleta dos dados.....	66
7.2	Caracterização da amostra e apresentação de resultados.....	66
7.3	Relação entre ansiedade, depressão e seus sinais e sintomas.....	71
7.4	Relação entre ansiedade, depressão e os tipos de trauma.....	74
7.5	Análise univariada dos fatores associados à ansiedade significativa.....	75
7.6	Análise univariada dos fatores associados à depressão significativa.....	79
8	DISCUSSÃO.....	82
8.1	Dados sociodemográficos gerais.....	84
8.2	Transtornos psicológicos.....	97
8.2.1	Ansiedade em vítimas de trauma.....	98
8.2.2	Depressão em vítimas de trauma.....	101
9	CONCLUSÕES.....	105

10	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	108
	REFERÊNCIAS.....	111
	APÊNDICES.....	126
	Apêndice A – TCLE para participantes.....	127
	Apêndice B – Questionário para caracterização da amostra.....	129
	Apêndice C – TCLE para juízes.....	131
	Apêndice D – Formulário para juízes.....	132
	ANEXOS.....	134
	Anexo A – Autorização do Secretário de Saúde de Uberaba.....	135
	Anexo B – Autorização da Coordenadora da UER.....	136
	Anexo C – Mini-mental.....	137
	Anexo D – Autorização para uso dos instrumentos BAI e BDI.....	138
	Anexo E – BAI.....	140
	Anexo F – BDI.....	141
	Anexo G – Aprovação do CEP.....	143

APRESENTAÇÃO

Durante toda minha vida identifiquei-me com a busca da compreensão do outro, e neste caminhar sempre propus maneiras de facilitar sua expressão de sentimentos, de receios e de sonhos. Eu fui diretor de teatro; técnico de time de futebol; coordenador de grupo de jovens; diretor de relações humanas em grêmio estudantil; presidente de centro acadêmico na universidade; palestrante em eventos religiosos, escolas e creches, empresas e instituições; organizador e coordenador de equipe em eventos esportivos; colunista de jornal; e professor de ensino fundamental, médio, universitário e de pós-graduação.

Quando ainda era universitário levava ao meu grupo de jovens de uma Paróquia à qual participava, momentos de recreação e meditação através de dinâmicas de grupo de grande impacto.

Quando me formei busquei sem demora uma pós-graduação, já que estava ansioso por aprender mais sobre o ser humano. Fiz uma pós-graduação *latu-senso* em saúde pública, mas isto não me trouxe a realização que eu buscava. E depois de muitas tentativas em diversas universidades do Brasil, consegui um mestrado em “Ciências e Valores Humanos”. Foi um curso espetacular, no qual me identifiquei desde o início. Aprofundi o estudo sobre o ser humano e propus uma técnica de intervenção terapêutica na qual o próprio ser se responsabilizaria por sua saúde, a partir do autoconhecimento. A apresentação da dissertação de mestrado foi aprovada com honra e recomendação, por uma banca de professores doutores de qualificação internacional. A minha dissertação transformou-se em livro e está em sua segunda edição.

Findo o mestrado, era a vez de me desafiar em um doutorado. Busquei incessantemente o curso, mas minhas limitações financeiras e até mesmo físicas (tenho sequelas de poliomielite) me atrasaram um pouco. Porém, depois de muito procurar, tive a satisfação de ser aceito na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP), onde iniciei minha trajetória até aqui. Foram muitas ideias, muitas idealizações, muito trabalho, até que fui apresentado a minha grande mestra Profa. Maria Célia, que depois de muito deliberar, ajudou-me a formular esta tese, em que se vê a busca do conhecimento do outro, para então se propor uma estratégia de enfrentamento de sua dificuldade, de sua limitação, de sua inquietude.

Conhecer o impacto psicológico de vítimas de trauma pode ser o estopim para a busca de uma possível estratégia de manejo do sistema de saúde para enfim fornecer um tratamento mais adequado e mais humano para quem se envolveu em um acidente. O ser precisa ser visto

não só como uma unidade física funcional, mas como um todo, em suas diversas características físicas, emocionais e psicológicas.

Tenho ciência que este trabalho ainda é pouco para se conhecer este impacto psicológico, porém minha expectativa é de que ele possa contribuir para este processo grandioso que trará uma melhor qualidade no cuidado do ser.

1 INTRODUÇÃO

Estudos epidemiológicos revelam que ao longo da vida, estima-se que 51,2% das mulheres e 60,7% dos homens tenham vivenciado pelo menos um evento potencialmente traumático: acidentes, violência, hospitalização, conflitos interpessoais graves, catástrofes naturais ou causadas pelo homem, entre outros (PERES, 2005).

Dadalt e Eizerik (2013) dizem que se entende por trauma ou traumatismo uma lesão de extensão, intensidade e gravidade variáveis, que pode ser produzida por agentes externos diversos (físicos, químicos, etc.), de forma accidental. Também pode ser agressão emocional capaz de desencadear perturbações psíquicas e, em decorrência, somáticas.

Independente de sua melhor definição, o fato é que o trauma, físico ou emocional, é um agravo que pode gerar várias doenças e representa um problema de saúde pública de grande magnitude e transcendência no Brasil, que tem provocado forte impacto na morbidade e na mortalidade, com profundas repercussões nas estruturas sociais, econômicas e políticas de nossa sociedade (BRASIL, 2012a).

A American Psychological Association (APA, 2013), apresenta a seguinte definição para trauma psicológico:

Trauma é uma resposta emocional a um evento terrível como desastre, estupro ou desastre natural. Imediatamente após o evento, choque e negação são típicos. Reações a longo prazo incluem emoções imprevisíveis, flashbacks, relações tensas e até sintomas físicos, como dores de cabeça ou náuseas. Embora esses sentimentos sejam normais, algumas pessoas têm dificuldade em seguir em frente com suas vidas.

A Sociedade Brasileira de Atendimento Integrado ao Traumatizado (SBAIT, 2013) apresenta definição de trauma, como um conjunto das perturbações causadas subitamente por um agente físico, de etiologia, natureza e extensão muito variadas, podendo estar situadas nos diferentes segmentos corpóreos. Entre as causas de trauma, incluem-se os acidentes e a violência, que configuram um conjunto de agravos à saúde, que pode ou não levar a óbito, no qual fazem parte as causas ditas acidentais e as intencionais. Estes correspondem a acidentes de trânsito, suicídios, homicídios, afogamentos, queimaduras, ferimentos de guerra, envenenamentos, quedas. Esse conjunto de eventos consta na Classificação Internacional de Doenças - CID, sob denominação de causas externas (SBAIT, 2013).

A WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO, 2014) refere que os traumas (acidentes e violência) são uma ameaça à saúde em todos os países do mundo. Eles são responsáveis por 9% da mortalidade mundial - mais de cinco milhões de mortes todos os anos. Oito das 15 principais causas de morte de pessoas entre as idades de 15 e 29 anos são devido a lesões relacionadas aos traumas.

De acordo com os dados sobre “Acidentes na União Europeia”, EUROPEAN ASSOCIATION FOR INJURY PREVENTION AND SAFETY PROMOTION (EUROSAFE, 2013), uma média anual de 40 milhões de pessoas que vivem na região, necessitam de tratamento hospitalar e 233.000 (média anual 2008-2010), morrem por resultado da ocorrência de um acidente, correspondendo a cerca de uma morte a cada dois minutos. O estudo ainda revela que, para cada caso de ferimento fatal, 25 pessoas são internadas em um hospital e 145 são tratados como pacientes externos ao hospital, procurando, por exemplo, médicos de família. O documento ainda cita que as lesões por trauma, são um grande problema de saúde pública na região e são a quarta causa mais comum de morte, depois das doenças cardiovasculares, cânceres e doenças respiratórias.

Nos Estados Unidos, Sise et al. (2014) colocam que as mortes relacionadas ao trauma entre 2002 a 2010, diminuíram 6%. No entanto, as tendências de mortalidade diferiram por mecanismo. Houve uma diminuição de 27% na taxa de mortalidade relacionada aos acidentes de trânsito, provavelmente devido a menor gravidade da lesão e melhores resultados em atendimentos nos centros de trauma. No entanto, a mortalidade por armas de fogo permaneceu relativamente inalterada, a mortalidade causada por suicídios aumentou e a mortalidade por homicídios diminuiu. Em contraste, a mortalidade relacionada com queda aumentou em 46%.

Mehmood et al. (2013) dizem que noventa por cento dos traumas e mortes e incapacidades relacionadas com acidentes de causas externas ocorrem em países de renda baixa e média.

No Brasil, de acordo com o Ministério da saúde (BRASIL, 2013a), em 2012, as causas externas (acidentes e violência), provocaram 997,4 mil internações no país, 2,5% a mais do que em 2011, quando os registros chegaram a 973 mil. Em 2010, o número foi menor ainda: 929,2 (8,2%) do total de internações.

Deste total de internações em 2010, 145.920 (15,7%) foram devido a acidentes de trânsito terrestre. A faixa etária de 15 a 59 anos concentrou 84,9% das internações em homens e 70,8% das internações em mulheres. Entre idosos (acima de 60 anos), 6,2% eram homens e 14,5% eram mulheres. A região sudeste foi responsável por 44,9% do total das internações devido a acidente de trânsito (BRASIL, 2013b). A evolução dos gastos também foi crescente: R\$ 1,076 bilhão, em 2012, R\$ 1,023 bilhão, em 2011, e R\$ 940,6 milhões, em 2010 (BRASIL, 2013a).

Os dados de mortalidade reforçam a dimensão do problema. Em 2004, as causas externas foram responsáveis por 127.470 óbitos, no Brasil. A concentração dos acidentes e das violências é visivelmente mais clara nas áreas urbanizadas, que acumulam

aproximadamente 75% do total das mortes por causas violentas, com uma correlação direta entre a porcentagem de população urbana nos estados brasileiros e o coeficiente de mortalidade por causas externas por habitante (SBAIT, 2013).

Em 2010, o Brasil registrou 143.256 óbitos por causas externas, os homicídios responderam por 52.260 (36,5%), acidentes de trânsito 42.884 (30%) e outras causas 48.112 (33,5%), o que corresponde a 12,5% do total das mortes registradas no país (BRASIL, 2013a). É a terceira causa de óbitos entre os brasileiros – perde apenas para as doenças do aparelho circulatório (29%) e cânceres (16%) (ALVES, 2009; BRASIL, 2013a).

De Carlo et al. (2007) dizem que as lesões traumáticas são comumente geradoras de deficiências e levam a limitações na execução de atividades, como também à restrição de participação deste indivíduo em situações concretas de vida.

Disfunções psicológicas prévias ao traumatismo podem atuar como fatores de risco para agravos na saúde mental e as principais implicações incluem história prévia de transtorno mental, características de personalidade e estilos de enfrentamento (SAREEN et al., 2013).

Silveira (2011) diz que é perceptível, após o acidente, os aspectos físicos e psicológicos serem afetados, concomitantemente às crenças que podem gerar um desconforto maior, associadas ao estado de ansiedade, raiva, culpa, medo, impotência, tristeza, entre outros.

Sousa Filho, Xavier e Vieira (2008) constataram que as vítimas de trauma atribuíram suas ansiedades à demora na recuperação da saúde, ao tratamento hospitalar prolongado, às suspensões de cirurgias e ao retardo para agendá-las. Segundo os autores, a ansiedade manifesta-se no cognitivo (preocupação, obsessão, autoconfiança), no comportamental (retraimento, fuga, repetição compulsiva), no afetivo (constrangimento e disforia) e no físico (manifestação e exacerbação de vários sinais e sintomas, que interferem no restabelecimento da saúde).

Wrenger et al. (2008) dizem que o aumento da atenção no episódio traumático pode fomentar outras desordens e sequelas psicológicas no indivíduo acidentado. Esta revivência pode ter um impacto negativo na pessoa e influenciá-la em sua capacidade de lidar com o evento e de se ajustar às suas consequências. Doença psiquiátrica previamente ao evento foi identificada como um preditor ao desenvolvimento de transtornos do EIXO 1¹. A incidência de doenças desenvolvidas do Eixo I na amostra do estudo foi de 14,2% (6 meses) e 12,3% (12

¹ Critérios Diagnósticos do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) - Eixo I: Descreve transtornos clínicos propriamente ditos, por exemplo: Transtorno de Pânico sem Agorafobia, Transtorno Depressivo Recorrente, Ansiedade, Transtorno Delirante, Dependência do Alcool, etc.

meses). Segundo os autores, a depressão é outro sintoma encontrado nessas vítimas de trauma do estudo.

Os transtornos psicológicos decorrentes de um trauma são com frequência subdiagnosticados pela desinformação sobre o possível impacto que este pode provocar na vida do indivíduo. As múltiplas expressões secundárias que podem ocorrer após um trauma, como exemplo cefaleia, vertigens, incapacidade física, diminuem as chances para o diagnóstico assertivo ocorrer. Por outro lado, se as causas não forem tratadas de forma precoce, as queixas em geral tornam-se crônicas com prejuízos crescentes à qualidade de vida. O expressivo número de pessoas afetadas pelo trauma psicológico requer tratamento especializado (PERES, 2005).

2 CONCEPÇÕES TEÓRICAS E METODOLÓGICAS

“O Ministério da Saúde (MS) investe no atendimento às vítimas de trauma” (BRASIL, 2013a). Em informe datado de 18/07/2013 o MS divulga um investimento da ordem de R\$ 570 milhões até 2015 para a atenção ao trauma. Um dos objetivos do governo é reduzir mortes e sequelas provocadas por causas externas, como acidentes de trânsito e violências. Foram publicadas duas portarias para criar a Linha de Cuidado do Trauma na Rede de Atenção às Urgências e Emergências do Sistema Único de Saúde (SUS). Com esta estratégia o governo pretende humanizar o atendimento, organizar a rede hospitalar, padronizar e agilizar o atendimento às vítimas de traumas.

Em 2012, o MS lançou a consulta pública “Linha de Cuidado ao Trauma” que oferecia a atenção domiciliar (Programa Melhor em Casa) como modelo assistencial continuado aos pacientes que não podiam se deslocar de suas residências, além do aprimoramento às ações de reabilitação ambulatorial e hospitalar e a criação de diretrizes clínicas assistenciais para o tratamento das vítimas de trauma (BRASIL, 2012b).

Em 2013, foi publicada a portaria nº 1365, de 8 de julho de 2013, do MS que, *aprova e institui a Linha de Cuidado ao Trauma na Rede de Atenção às Urgências e Emergências*. Destacam-se os objetivos: “estruturar e descrever a Linha de Cuidado ao Trauma desde a cena à atenção hospitalar e reabilitação, bem como na prevenção ao trauma” (Art. 2º, inciso VII) e “disseminar o conhecimento de que o trauma é um agravo que se tornou um problema de saúde pública, sendo hoje uma das principais causas de adoecimento e mortalidade da população brasileira e que pode ser prevenido e evitado” (Art. 2º, inciso VIII) (BRASIL, 2013a).

Estudos internacionais apontam para um decréscimo de 17% na mortalidade das vítimas de traumas automobilísticos onde este tipo de estratégia foi utilizado (BRASIL, 2013b).

Para organizar a rede hospitalar, o Ministério da Saúde estabeleceu critérios para a habilitação de Centros de Trauma, que serão unidades de saúde especializadas nesse tipo de atendimento. A Portaria 1366 traz 148 procedimentos que terão pagamento diferenciado, com 80% a mais nos valores pagos para o serviço profissional e 80% a mais para o serviço hospitalar (BRASIL, 2013b).

2.1 Tipos de traumas

Os traumas podem ser acidentais (ex. acidentes de trânsito, afogamentos, quedas) ou intencionais (ex. agressão física, abuso sexual, terrorismo, tortura, assalto, sequestro, guerra).

De acordo com o MS (BRASIL, 2013a), no grupo de causas externas as mais frequentes são os acidentes de trânsito, as quedas (acidentes domésticos) e agressões físicas, acidente de trabalho, afogamentos, entre outras. Essas são a terceira causa de atendimento e de internação no SUS. As outras duas, são o infarto do miocárdio e o acidente vascular cerebral (AVC).

Para esta pesquisa foram selecionados três tipos de traumas mais frequentes enquadrados nas categorias acidentais: acidente de trânsito, acidente doméstico e acidente de trabalho.

2.1.1 Acidente de trânsito

As lesões por acidentes de trânsito são um grande problema global, diz Franzén et al. (2009). Segundo os autores, só na Suécia, 14 em cada mil habitantes sofrem algum tipo de lesão a cada ano.

Diniz et al. (2008) dizem que só em 1893, chegou o primeiro automóvel ao Brasil, e o primeiro acidente aconteceu quatro anos depois, no Rio de Janeiro:

Em termos históricos, a ocorrência de acidentes de trânsito não é recente. Relatos dão conta de que o primeiro automóvel teve sua fabricação concluída no dia 2 de julho de 1771, sendo capaz de se deslocar a uma velocidade de 4 km/h. Data também desta época o primeiro registro de acidente de trânsito no planeta, ocorrido na França.

Após a morte de Zenani Mandela, bisneta de Nelson Mandela, que morreu tragicamente em um acidente de automóvel, antes da Copa do Mundo de 2010, e apenas dois dias depois de seu 13º aniversário, foi lançada uma campanha internacional para a prevenção de acidentes de trânsito com crianças. A campanha tem o nome de Zenani Mandela e é liderada por sua mãe, Zindzi Mandela, e sua avó, Zoleka Mandela. A iniciativa consta da pauta da DÉCADA DE AÇÃO PELA SEGURANÇA NO TRÂNSITO 2011 – 2020 e tem como objetivo melhorar os níveis de proteção das crianças no trânsito, principalmente as mais vulneráveis e que vivem em países em desenvolvimento. A Década de Ação pela Segurança no Trânsito 2011-2020 foi oficialmente lançada em todo o mundo

pelas Nações Unidas em 11 de maio de 2011 (OBSERVATÓRIO NACIONAL DE SEGURANÇA VIÁRIA - ONSV, 2012).

O progressivo agravamento da violência no tráfego das vias públicas levou as Nações Unidas a proclamar a Década de Ação pela Segurança no Trânsito 2011/2020, procurando estabilizar e, posteriormente, reduzir as cifras de vítimas previstas, mediante a formulação e implementação de planos nacionais, regionais e mundial (WASELFISZ, 2012).

No ONSV (2012) consta que, no lançamento da campanha em Nova Iorque, Zindzi Mandela disse:

Assim como muitas pessoas, eu costumava pensar que a sinistralidade viária era apenas um fato trágico da vida, sobre o qual nada poderia ser feito. Até que aconteceu comigo e descobri que estava errada. Podemos e devemos fazer muito mais para proteger nossas crianças. Apoiar a Campanha Zenani, exigindo absoluta proteção para as crianças no trânsito é a garantia de que, no futuro, outras famílias não sofram a dor que minha família sofreu.

Todos os anos quase 1,3 milhão de pessoas são mortas e milhões são feridas nas estradas do mundo. Ao dia morrem cerca de 3.500 pessoas. As crianças e jovens são os mais afetados, tanto que acidentes de trânsito hoje constituem a maior fonte isolada de mortes de pessoas na faixa dos 10 a 24 anos de idade em todo o mundo. Em 2004, o último ano para o qual há dados abrangentes disponíveis, acidentes de trânsito mataram mais crianças de 5 a 14 anos que a malária, diarreia e da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) (ONSV, 2012).

O relatório, lançado na Campanha pela Segurança Global nas Estradas, diz que a segurança rodoviária é um dos maiores desafios de desenvolvimento do planeta e prevê que, se não forem tomadas medidas urgentes, o número de mortos no trânsito subirá de 1,3 milhão para dois milhões por ano (ONSV, 2012).

O Centro de Informações das Nações Unidas-Rio (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU), 2011), ou United Nations Information Centres (UNIC), em ocasião do Dia em Memória das Vítimas de Acidentes de Trânsito e seus Familiares, teve o pronunciamento do Secretário-Geral da ONU, Ban Ki-moon, dizendo que 90% das mortes e lesões de trânsito ocorrem em países de baixa e média renda sendo a maioria das vítimas pedestres, ciclistas e motociclistas. Estimativas da WHO indicam que, sem uma ação urgente, os acidentes de trânsito se tornarão a quinta causa de morte em 2030.

Naumann et al. (2010) dizem que muitos fatores contribuíram para as mudanças das taxas de mortalidade no trânsito ao longo do tempo, incluindo políticas de segurança nas estradas. Os Estados Unidos não estão entre os países que tiveram os maiores êxitos nas estratégias de redução de acidentes, mas comprovadamente já existe um avanço neste setor.

Em quase todos os países europeus têm leis que regulamentam o uso do cinto de segurança em todos os assentos; o teor de álcool no sangue não pode ultrapassar o limite de 0,05 (Blood Alcohol Concentrations - BAC), e leis que obrigam o uso do capacete do motociclista e de seu acompanhante (NAUMANN et al., 2010). Ainda assim, o estudo de Pulido et al. (2014) na Espanha, mostrou que em 2011, a estimativa foi de que o uso de álcool foi responsável por 30% das mortes no trânsito.

Ban Ki-moon (ONU, 2011) observou que os governos têm tomado medidas positivas para enfrentar acidentes de trânsito já que mais de 100 países se comprometeram no ano passado a salvar cinco milhões de vidas por meio de implementação de estratégias de segurança nas estradas e campanhas de informação no lançamento da Década de Ação pelo Trânsito Seguro 2011-2020.

Os governos estão agindo, disse Ban (ONU, 2011):

A lei chilena agora exige que as pessoas viajando em ônibus interurbanos usem cinto de segurança. A China criminalizou beber e dirigir e aumentou as penas para os infratores e a Nova Zelândia introduziu controles mais rígidos sobre álcool para motoristas mais jovens. Na Turquia, o uso de cinto de segurança aumentou de 8% para 50% e no Vietnã, o uso de capacete de moto triplicou, passando de 30% para 90%. Outros países, como Gana, Índia, Moçambique e Paquistão estão melhorando o atendimento às pessoas que sofreram acidentes de trânsito.

“Neste Dia em Memória das Vítimas de Acidentes de Trânsito e seus Familiares, vamos nos comprometer a minimizar as mortes de trânsito e lesões como parte de nossa busca por um futuro justo e sustentável”, disse Ban Ki-moon (ONU, 2011).

Naumann et al. (2010) dizem que é possível montar estratégias de baixo custo que visem incrementar o uso do cinto de segurança, o uso do assento de segurança para crianças, incentivar o uso do capacete para ciclistas e motociclistas e impedir a condução de veículos por motoristas que tenham ingerido bebida contendo álcool.

Outras intervenções devem ser feitas no ambiente, na intenção de manter seguros os pedestres, incluindo calçadas bem cuidadas, meio-fio, aumento do tempo nos semáforos, declaram Naumann et al. (2010).

Franzén et al. (2009) disseram que estando de posse da informação de que os acidentes de trânsito se tornaram um problema crescente em nível mundial, é importante, investir não só na prevenção dos acidentes, mas também fornecer um bom atendimento e um tratamento adequado às pessoas feridas. Os autores indicaram em seu estudo, falhas no tratamento, cuidados e reabilitação depois de um acidente no trânsito.

Em 2005 o número de mortes no trânsito, nos Estados Unidos, foi de 43.510 contra 33.561 em 2012. Neste ano uma estimativa de 2,36 milhões de pessoas ficou ferida em

acidentes de trânsito (NATIONAL HIGHWAY TRAFFIC SAFETY ADMINISTRATION, NHTSA, 2013).

Esses números decrescentes de mortes e gravidade de lesões por acidentes de trânsito nos Estados Unidos, na última década, apontam para uma melhoria na prevenção e no atendimento as vítimas de acidentes no trânsito (SISE et al., 2014). Segundo a Eurosafe (2013), nos últimos cinco anos os acidentes relacionados com o tráfego rodoviário na União Europeia também mostraram declínio.

No Brasil, de acordo com o Departamento Nacional de Trânsito (DENATRAN), a frota geral de veículos era de 64.817.974, no ano de 2010. Com o objetivo de fortalecer a economia, o governo federal diminuiu o Imposto sobre Produto Industrializado, incentivando o acesso da população aos veículos novos, possibilitando, assim, um aumento na produção para atender as necessidades das demandas. Proporcionalmente aumentou o número de acidentes de trânsito (SILVEIRA, 2011).

Marin e Queiroz (2000) relatam que a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) mostra que no mundo 6% das deficiências físicas são causadas pelos acidentes de trânsito. O Brasil está entre os países que registram as maiores frequências de indivíduos feridos por acidentes de trânsito (TREVISOL; BOHM; VINHOLES, 2012). Por ano, são mais de 500 mil pessoas envolvidas diretamente em acidentes de trânsito só nas rodovias federais (CAVALCANTE; MORITA; HADDA, 2009). A cada 11 acidentes há uma vítima fatal (diagnosticada no local do acidente ou após o acidente) e a cada 1,3 acidentes há um ferido (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA) e DENATRAN, 2006).

De acordo com o Sistema de Informações de Mortalidade do Brasil (SIM), entre 2002 e 2010, o número total de óbitos por acidentes com transporte terrestre cresceu 24%: passou de 32.753 para 40.610 mortes. Entre as regiões, o maior percentual de aumento na quantidade de óbitos (entre 2002 e 2010) foi registrado no Norte (53%), seguido do Nordeste (48%), Centro-Oeste (22%), Sul (17%) e Sudeste (10%) (BRASIL, 2011).

Com relação às internações hospitalares, o SUS congrega em torno de 70% de todas as internações hospitalares no país. De nove milhões de internações hospitalares, 8,1% são decorrentes de causas externas; destas, 15% devidas a acidentes de transportes terrestres (OPAS, 2005).

O Relatório Executivo do IPEA e DENATRAN (2006) descreve que o custo anual dos acidentes de trânsito nas rodovias brasileiras alcançou a cifra de R\$ 22 milhões, a preços de dezembro de 2005 – 1,2% do Produto Interno Bruto (PIB) brasileiro. A maior parte refere-se

à perda de produção, associada à morte das pessoas ou interrupção de suas atividades, seguido dos custos de cuidados em saúde e os associados aos veículos.

Em relação às consequências relacionadas aos traumas, Anjos (2012) constatou que 17,6% dos familiares tiveram que deixar seus empregos para auxiliar o paciente em sua recuperação, o que agravou mais ainda suas dificuldades financeiras. Para Anjos (2012) ficou evidente que a questão financeira é uma das implicações sociais mais importantes para as vítimas de trauma, pois estes, às vezes, se tornam dependentes da ajuda de terceiros.

Em 2011 o total de indenizações pagas entre janeiro e setembro superou a casa de R\$ 1,6 bilhão. O número de vítimas indenizadas aumentou aproximadamente 42% em relação ao mesmo período do ano de 2010. O Seguro de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre (DPVAT) indenizou, em média, 52.000 sinistros de morte de 2002 a 2013. O número de indenizações por invalidez permanente cresceu de forma explosiva a partir de 2004, chegando a 444.000 em 2013. Segundo a pesquisa do IPEA, o custo médio unitário de um acidente com morte em rodovia no Brasil é de mais de R\$ 566 mil. O custo anual dos acidentes de trânsito no Brasil é de aproximadamente R\$ 40 bilhões (BRASIL, 2012a).

Sallum e Sousa (2012) destacam que as ocorrências de trânsito com jovens, principalmente do sexo masculino, tem maior predomínio, com destaque para os acidentes com motocicleta. É relevante apontar para a taxa de mortalidade de motociclistas que apresentou grande aumento no período de 1996 a 2005: 540%, ao passar de 0,5 para 3,2 por cem mil habitantes.

Nos últimos anos o governo brasileiro tem investido em políticas de segurança no trânsito. Algumas medidas foram tomadas e a fiscalização está mais rigorosa, sobretudo quanto ao ato de beber e dirigir. A lei seca (12.760/2012) impôs ao Conselho Nacional de Trânsito (CONTRAN) determinar a nova margem de tolerância, definida agora pela Resolução 432. A medida acaba com a margem de tolerância de um décimo de miligrama (0,10) de álcool por litro de ar, permitida anteriormente pelo Decreto 6.488/2008, quando o condutor assoprava o bafômetro, e de no máximo dois decigramas por litro de sangue, no caso de exames. Agora o limite no teste de etilômetro não pode ser igual ou superior a 0,05 miligrama de álcool por litro de ar alveolar expirado (0,05 mg/L) (BRASIL, 2013d).

O Pacto Nacional pela Redução dos Acidentes de Trânsito – Pacto pela Vida, lançado em 2011, pelos Ministérios da Saúde e das Cidades tem como objetivo mobilizar a sociedade e reunir ações para reduzir pela metade, até 2020, o número de vítimas de acidentes de trânsito no País. A medida atende ao apelo feito pela ONU, por meio da Resolução

A/64/L44, proclamando o período de 2011 a 2020 como a “Década de Ações para a Segurança no Trânsito”.

2.1.2 Acidente doméstico

Nos Estados Unidos de 2002 a 2010, a mortalidade relacionada ao trauma, diminuiu 6%. Entretanto, as tendências de mortalidade diferiram conforme o tipo de trauma (SISE et al., 2014). Houve diminuição de 27% na taxa de mortalidade por acidentes de trânsito associada a uma diminuição de 20% nas colisões de veículos a motor. Enquanto a mortalidade por armas de fogo permaneceu relativamente inalterada e os suicídios por armas de fogo aumentaram, os homicídios diminuíram. Por outro lado, a mortalidade relacionada com quedas aumentou 46% (SISE et al., 2014).

Na União Europeia, nos últimos cinco anos, os acidentes relacionados com o tráfego rodoviário e o trabalho estão em constante declínio, porém o mesmo não se verifica em relação aos traumatismos por acidentes domésticos e de lazer, que corresponde a 73% de todos os acidentes, afetando particularmente grupos vulneráveis, indivíduos com menos recursos, como crianças e idosos (EUROSAFE, 2013).

Turner et al. (2011) dizem que os acidentes domésticos ocorrem como resultado de complexas interações entre os indivíduos e o meio ambiente e sempre podem ser consideradas de natureza multifatorial. Estes fatores de risco nas residências devem desempenhar algum papel na causa de acidentes domésticos, porém a literatura internacional não destaca o quanto uma modificação no ambiente previne uma lesão ou minimiza seu efeito (TURNER et al., 2011).

No Brasil, os acidentes domésticos tem se tornado ao longo dos anos, uma das principais causas de atendimentos por causas externas em muitas instituições de saúde, contribuindo significativamente para a crescente taxa de morbidade e mortalidade em vários estados (PESTANA et al., 2013).

Mascarenhas et al. (2009) dizem que a proporção de acidentes ocorridos no domicílio é de um terço de todos os tipos de acidentes, pois é o ambiente onde a maioria das pessoas passa a maior parte do tempo. Ainda segundo Mascarenhas et al. (2009), dentre as causas externas, as quedas representam a principal causa de internações no sistema público de saúde brasileiro.

Kent e Pearce (2006) referem que nos acidentes domésticos, o número de lesões decorrentes de quedas está em constante aumento. Kennedy, Grant e Blackwell (2001) dizem que as quedas de baixa altura são uma fonte comum de lesão, cuja gravidade muitas vezes é subestimada. Como resultado, os pacientes deste tipo de trauma geralmente não são transferidos para centros de trauma (KENNEDY; GRANT; BLACKWELL, 2001). Segundo os autores, há surpreendentemente poucos dados sistemáticos relativos às exigências feitas aos sistemas de cuidados de trauma por pacientes com quedas de baixa altura.

De acordo com a EUROSAFE (2013), mais de um quarto de todas as pessoas que sofrem uma fratura de quadril devido principalmente às quedas, morrem dentro de um ano, outros 50 por cento nunca mais voltam ao seu nível anterior de mobilidade e independência.

Condições médicas crônicas estão associadas a um aumento da mortalidade e permanência mais prolongada no hospital, após uma queda de baixa altura (KENNEDY; GRANT; BLACKWELL, 2001).

Helling et al. (1999) referem que quedas de baixa altura, como as domésticas, por exemplo, podem causar lesões significativas, mais comumente na cabeça e coluna vertebral. Os autores dizem que baseado no mecanismo de lesão por si só, os pacientes feridos em quedas de baixa altura, na maioria das vezes, não são levados para centros de trauma. No entanto, muitos desses pacientes apresentam lesões graves multissistêmicas, mesmo que eles pareçam estáveis inicialmente.

Gulati et al. (2012) dizem que queda da própria altura é uma causa potencialmente evitável de lesões ósseas, como a maioria dos ferimentos sofridos em residências. De acordo com as pesquisadoras a maioria das quedas da própria altura ocorre em unidades habitacionais mais pobres.

A queda da própria altura gera prejuízos físicos e psicológicos nos idosos, dizem Leite et al. (2006), além de aumentar os custos com os cuidados de saúde e provocar mudanças no processo familiar.

Entre os idosos, as quedas possuem um significado muito relevante, pois podem levá-los à incapacidade, sequelas ou lesões permanentes e morte (MASCARENHAS et al., 2009).

Porém, Pfortmueller et al. (2014) referiram que as quedas na residência, o ambiente principal de quedas de seu estudo, não se correlacionaram com ferimentos graves.

Segundo Nnodim e Alexander (2005), quedas são responsáveis por significativa morbidade e mortalidade na população idosa. Kent e Pearce (2006) dizem que as quedas nas residências tendem a ser mais relacionadas à população de idosos e os riscos de que estes traumas sejam mais sérios tornam-se mais significativos. Ainda segundo os autores, a

possibilidade de uma prolongada hospitalização é considerável. Aproximadamente 30% dos adultos mais velhos caem pelo menos uma vez por ano, sendo a queda a principal causa de lesões fatais e não fatais para as pessoas nessa faixa etária. Por causa do aumento projetado na população idosa, o custo anual de lesões relacionadas com quedas fatais e não fatais é estimado a chegar a 32,4 bilhões de dólares em 2020 (FRAIX, 2012).

Liu, Chan e Yan (2014) diz que a depressão está associada a quedas em idosos. Lojudice et al. (2010) referem que a queda é um problema significativo na vida dos idosos, que pode trazer consequências nefastas e interferir diretamente na qualidade de vida dessa população.

Em seu estudo, Lojudice et al. (2010) dizem que é indispensável uma boa avaliação dos idosos e do ambiente em que eles vivem, pois uma vez diagnosticados os fatores de risco envolvidos, é possível realizar intervenções para corrigir ou para minimizar as chances de quedas.

De acordo com o Ministério da Saúde (PORTUGAL, 2005) os acidentes domésticos são muito comuns naquele país. Mesmo quando a família se acerca de cuidados, objetos e situações podem representar riscos e provocar acidentes, principalmente para crianças e idosos, em especial, todas as divisões da casa podem representar um enorme risco.

Um tapete que não está devidamente assentado com proteção antiderrapante, uma gaveta da cômoda aberta, a porta de um armário, um fio do telefone solto, podem provocar quedas e traumatismos com consequências muito graves. Por vezes, esses acidentes são tão graves que podem levar à morte (PORTUGAL, 2005). Ainda, os relatos mostram que os acidentes com idosos sucedem-se também em alojamentos coletivos (casas de repouso, lares e outras instituições de acolhimento), no ambiente circundante ou por escorregamento na rua (PORTUGAL, 2005).

Leite et al. (2006) referem que um terço dos atendimentos por lesões traumáticas nos hospitais do nosso país ocorre em pessoas com mais de 60 anos. E aproximadamente 75% dos acidentes acontecem no interior da residência.

Mascarenhas et al. (2009) constataram que o fluxo do atendimento de reabilitação foi apresentado de forma fragmentada e sem diferenciações para idosos, vítimas de acidentes e violências. Os autores colocam que o idoso requer mais atenção e tratamento diferenciado devido às suas especificidades, e da forma como o segmento é realizado, não contribui de forma eficaz no tratamento. A reabilitação do idoso após a ocorrência do trauma ocorre de forma mais sutil do que em um paciente jovem e deveria merecer melhor acolhimento, afirmam Leite et al. (2006).

A reabilitação da pessoa idosa está relacionada à sua motivação, às suas alterações neuro-comportamentais da memória e do estado emocional anteriores ao trauma, bem como ao apoio prestado pelos familiares/cuidadores (LEITE et al., 2006).

Mascarenhas et al. (2009) dizem que na reabilitação a terapêutica não pode ser finalizada em sessões presenciais, devendo ser um processo contínuo, reforçado pelos familiares e cuidadores no domicílio.

Pestana et al. (2013) afirmam que a promoção da saúde deve envolver a população como um todo, no contexto da vida cotidiana, em vez de concentrar-se unicamente nas pessoas em risco de serem afetadas.

É necessária a realização de uma avaliação domiciliar, para orientação de familiares e cuidadores, preparando-os para a alta do paciente, pois a realidade do idoso em seu ambiente domiciliar e social pode exigir adaptações (MASCARENHAS et al., 2009).

Alves et al. (2009) referem em seu estudo que a experiência cotidiana indica que as abordagens clínicas oferecidas aos pacientes vítimas de trauma na cidade de Ribeirão Preto não têm sido suficientes para restabelecer um padrão esperado de qualidade de vida.

De Carlo et al. (2007) colocam que a reabilitação bem-sucedida deverá restaurar tanto o funcionamento físico e psicológico, quanto promover a vida ocupacional e a participação social das pessoas no pós trauma.

A promoção da saúde vem apresentando uma evolução no seu conceito e na sua forma de atuação, tornando-se uma grande aliada na redução dos acidentes no ambiente domiciliar (PESTANA et al., 2013).

Na Europa, segundo dados da Eurosafe (2013), há um projeto de rede de divulgação na prevenção de quedas. Esse projeto aumenta a consciência da importância do problema e vai aumentar a disponibilidade de recursos e orientação para atendimento multidisciplinar, e realizar diagnóstico precoce (avaliação de risco).

2.1.3 Acidente de trabalho

No Brasil, o termo “acidente de trabalho” foi oficializado em 1991 (Lei n. 8.213, de 24 de julho de 1991). De acordo com a legislação, "acidente de trabalho é o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa ou pelo exercício do trabalho dos segurados

referidos no inciso VII do art. 11 desta lei, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte ou a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho" (BRASIL, [201-]).

O International Labour Organization (2003) aponta que até 10% do Produto Interno Bruto dos países em desenvolvimento são gastos com problemas decorrentes de doenças e agravos ocupacionais. No Brasil, dos 376.240 agravos ocupacionais registrados no ano de 2000, 81% resultaram em incapacidade temporária, 4% em incapacidade permanente, e 1% em óbitos.

Achcar (2012) diz que:

A presença da *fatalidade* na representação das causas de acidente é quase tão frequente para o acidente vivido quanto para os acidentes em geral. A presença desta "causa" sobre a qual nenhum controle pode ser exercido e que, além do mais, é instável, certamente não é benéfica para a promoção da segurança na empresa.

Prochnow et al. (2011) postularam que a instituição deve oferecer os equipamentos de proteção individual (EPI) aos funcionários e também capacitá-los sobre seu uso, mantendo vigilância constante sobre o uso dos mesmos.

Hinkka et al. (2013) afirmaram que:

Respostas frequentes do supervisor, boas oportunidades para o crescimento pessoal, bom clima da equipe, e de alta valorização foram associados a uma diminuição de absenteísmo por doença no trabalho. Uma boa comunicação no trabalho foi associada com uma redução na violência por parte do cliente e a pressão no trabalho foi associada a um aumento do risco de acidentes de trabalho.

Bezerra e Schumann (2013) comentam em seu estudo sobre “a responsabilidade do empregador nos acidentes de trabalho”, que o acidente acontece no exercício da função do trabalhador dentro ou a serviço da empresa, que pode ocasionar lesões leves, graves, gravíssimas e até o óbito do trabalhador, além das doenças laborativas. Referem que o número de acidentes de trabalho está aumentando, tornando-se uma questão de saúde pública. Devem ser tomadas medidas urgentes por parte do Estado e sociedade, para que sejam minimizadas as consequências físicas, morais e psicológicas causadas por este sinistro (BEZERRA; SCHUMANN, 2013).

Em se tratando de programas de prevenção de acidentes de trabalho, Van Der Molen et al. (2012) constataram em estudo que não há evidências de que as campanhas de segurança, treinamento e inspeções reduzam os ferimentos não-fatais entre trabalhadores da construção civil. Os autores recomendam que para se ter um efeito a longo prazo na redução de acidentes no trabalho é necessário criar campanhas melhor direcionadas a estes trabalhadores, além de elaborar um programa para redução de uso de drogas.

De acordo com o Ministério da Previdência Social (BRASIL, 2013e), em 2011 foram registrados 711.164 acidentes e doenças do trabalho, entre os trabalhadores assegurados da Previdência Social. Segundo o documento, este número não inclui os trabalhadores autônomos (contribuintes individuais) e as empregadas domésticas. E continua: “estes eventos provocam enorme impacto social, econômico e sobre a saúde pública no Brasil”. Contabilizou-se ainda 15.083 doenças relacionadas ao trabalho, e parte destes acidentes e doenças tiveram como consequência o afastamento das atividades de 611.576 trabalhadores devido à incapacidade temporária (309.631 até 15 dias e 301.945 com tempo de afastamento superior a 15 dias), 14.811 trabalhadores por incapacidade permanente, e o óbito de 2.884 cidadãos (BRASIL, 2013e).

O Brasil ocupa o 4º lugar no mundo e 1º na América Latina no ranking dos acidentes de trabalho (SOUSA; MEDEIROS; MEDEIROS, 2014). Com isto, o Brasil perde, por ano, o equivalente a 4,0% do PIB por causa dos acidentes de trabalho.

Oliveira (2007) diz que a sociedade não pode desviar a atenção dos traumas oriundos de acidentes de trabalho, comemorando os avanços tecnológicos. Agir com “indiferença, desviar o olhar dessa ferida social aberta (acidente de trabalho), ainda mais com tantos dispositivos constitucionais e princípios jurídicos entronizando a dignificação do trabalho” não mais é possível, completa Oliveira (2007).

De acordo com Oliveira (2007) é possível implementar medidas preventivas simples e de baixo custo para reduzir acidentes de trabalho, o que resultará em muitas vidas poupadas.

Impõe-se perceber que o trabalhador, em sede da relação laboral, não se divorcia de sua condição humana, razão pela qual, que se confira inalienável proteção ao obreiro também em seu âmbito pessoal, reconhecendo-lhe direitos que contemplem a sua segurança e a sua saúde, inclusive a psicológica, não se mensurando o trabalhador à esfera patrimonial apenas, uma vez que direitos exorbitam os limites estreitos das horas extras, do fundo de garantia e afins (ROSA, 2007).

Pfortmueller et al. (2014) afirmam que o número de quedas atinge 7,0% de todos os acidentes no trabalho. Malta et al. (2012a) relatam que quedas em adultos estiveram associadas ao local de trabalho, queda de andaimes, telhados, escada/degrau e buracos e uso de álcool. Concluem que “estratégias para a prevenção das quedas devem ser implantadas particularmente em residências, escolas e ambientes de trabalho” (MALTA et al., 2012a).

Não somente as quedas podem ser percebidas nos acidentes de trabalho. Amorim et al. (2012) sinalizam para as causas de lesões ou mesmo de morte nas pessoas no exercício do seu trabalho, sendo acidentados no trânsito, como os moto taxistas. Esta profissão cresce vertiginosamente, no Brasil, afirmam os autores, trazendo grande preocupação para as

autoridades, pois a informalidade da profissão é alta. Com isto estes trabalhadores não possuem os benefícios de proteção da legislação trabalhista.

Estima-se que 30% dos acidentes de trabalho atingem mãos, dedos e punhos. Isto poderia ser evitado com investimentos em máquinas mais modernas, dispositivos de segurança e maior capacitação dos trabalhadores (SOUSA; MEDEIROS; MEDEIROS, 2014).

Cestari e Carlotto (2012) dizem que é possível observar condições de trabalho que não favorecem a preservação e a promoção da saúde do trabalhador. Segundo as autoras, ainda predomina a visão utilitarista e mecanicista que não respeita os limites físicos, cognitivos e emocionais do trabalhador, o que pode acarretar acidentes ou doenças relacionadas ao trabalho.

Para Jardim (2011) é necessário que se busque respostas ou soluções viáveis para os:

Trabalhadores empregados, desempregados, adoecidos, em auxílio-doença, aposentados por doença, com risco de perda de emprego, sem acesso à reabilitação profissional, ou seja, sujeitos marcados pelo ideal do trabalho, mas vivendo num mundo em que o estatuto social desse valor está em derrisão.

É importante uma avaliação criteriosa sobre a atividade a ser realizada pelo trabalhador, análise que deve avaliar não somente suas condições físicas, técnicas e operacionais, mas também suas condições emocionais (CESTARI; CARLOTTO, 2012).

Jardim (2011) diz que:

A articulação entre o que temos assistido nas estatísticas das depressões no mundo e a precarização das relações de trabalho quase se coloca por si. Se o trabalho não é o nosso único valor, ocupa sem dúvida certa centralidade tanto em relação à subsistência, quanto à inserção social e à constituição subjetiva, num mesmo laço.

“O tema prevenção e proteção contra os riscos derivados dos ambientes do trabalho e aspectos relacionados à saúde do trabalhador felizmente ganha a cada dia maior visibilidade no cenário mundial e o Governo Brasileiro está sintonizado a esta onda” (BRASIL, 2013e). A Previdência Social propôs ao Conselho Nacional de Previdência Social (CNPS), órgão de natureza quadripartite – com representação do Governo, Empresários, Trabalhadores e Associações de Aposentados e Pensionistas, que se adotasse um mecanismo auxiliar: o Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário (NTEP) (cruzamento das informações de código da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e de código da Classificação Nacional de Atividade Econômica (CNAE) que aponta a existência de relação entre a lesão ou agravo e a atividade desenvolvida pelo trabalhador, embasada em estudos científicos baseados nos fundamentos da estatística e epidemiologia) (BRASIL, 2013e).

2.2 Avaliação psicológica

Avaliação psicológica é uma das áreas mais antigas da psicologia. No princípio foi aplicada à seleção de soldados nas grandes guerras. Dessa forma, a avaliação foi identificada com um segmento particular da psicologia dedicado à criação de instrumentos e técnicas. Isto permitiu o desenvolvimento dos testes psicológicos e da psicometria, o que contribuiu para dar um caráter mais científico a própria psicologia. Assim, a avaliação psicológica representa uma área central da psicologia porque permite a objetivação e operacionalização de teorias psicológicas (PRIMI, 2010).

Batista (2012) afirma que a “avaliação psicológica é dinâmica e configura-se fonte de informações de caráter explicativo sobre os fenômenos psicológicos, com o propósito de subsidiar os trabalhos nos diferentes campos de atuação do psicólogo”.

Segundo Gioia-Martins, Medeiros e Hamzeh (2009), um diagnóstico psicológico adequado permite um trabalho preventivo e interventivo eficaz junto aos pacientes e seus familiares.

De acordo com Muniz (2004) apud Primi (2010),

O processo de validação de instrumentos psicológicos se constitui em um caso particular de um processo mais geral, de validação de hipóteses científicas. Em ambos os casos, tenta-se validar explicações por meio de um processo hipotético-dedutivo, no qual se levantam hipóteses teóricas, planejam-se estudos empíricos, coletam-se e analisam-se dados, buscando-se testar as hipóteses explicativas, falseando-as ou corroborando-as. Esse processo interativo teoria-hipótese-falseamento encontra-se na base do desenvolvimento do conhecimento e da maturidade da psicologia como ciência.

De acordo com Rodgers (2010) a avaliação psicológica é uma área de vital importância para a psicologia por aproximá-la e defini-la como ciência. Em primeiro lugar porque envolve a objetivação dos conceitos teóricos em elementos observáveis. Em segundo lugar porque requer aplicação de método científico baseado no conhecimento sobre quais delineamentos (levantamento, correlacional, quase experimental e experimental) são mais adequados ao conhecimento que se deseja ter. Em terceiro lugar porque envolve também o uso de modelagem matemática na representação dos processos psicológicos, abordagem que vem gradativamente substituindo o modelo clássico de análise de dados baseado somente no teste de significância da hipótese nula. Ainda, segundo o autor, os instrumentos de medida são primordiais para a sustentação da psicologia como ciência. Deste modo, ao se tratar de avaliação, de sua história e do seu desenvolvimento, está-se tratando dos fundamentos básicos da psicologia.

2.2.1 Escala de avaliação de ansiedade e depressão

Mensuração por escala é uma forma sistematizada de observação, na qual os fenômenos a serem avaliados foram previamente definidos. Mesmo antes do surgimento de escalas de avaliação, a observação cuidadosa sempre foi a mais valiosa fonte de informação sobre fenômenos psiquiátricos (NARDI, 1998).

O Beck Anxiety Inventory (BAI) foi desenvolvido para avaliar os sintomas de ansiedade em pacientes com depressão. Seus itens devem refletir os sintomas afetivos, somáticos e cognitivos da ansiedade, e não os da depressão (MALUF, 2002).

Moreno e Moreno (1998), dizem que as escalas de avaliação servem para medir e caracterizar o fenômeno, isto é, traduzem o fenômeno clínico em informações objetivas e quantitativas.

O Beck Depression Inventory, o BDI, foi traduzido para o português em 1982 e validado por Gorenstein e Andrade (1998). Segundo as autoras, o BDI discrimina os indivíduos com índice de normalidade daqueles que apresentam depressão.

Gioia-Martins, Medeiros e Hamzeh (2009) dizem que:

O BDI, apesar de ter sido criado como instrumento de medida da intensidade da depressão, é atualmente utilizado também como instrumento de avaliação da depressão em indivíduos que não apresentam um diagnóstico psiquiátrico prévio à sua aplicação.

2.3 Ansiedade

Na Idade da Pedra, ou período Pleistoceno, os perigos eram reais, imediatos e constantes, a humanidade enfrentava em seu dia a dia, inundações, ataque de animais e outras adversidades que colocavam sua vida em risco (VIECILI, 2003). A ansiedade é uma condição natural do ser humano, presente desde os nossos ancestrais e está inexoravelmente ligada a nossa sobrevivência (SILVA, 2012).

Porém, de acordo com Batista (2012), na atualidade a ansiedade tem se revelado um dos grandes problemas do ser humano, pois a vida agitada, a pressão e o stress tem se somado para gerar um mal-estar que prejudica a qualidade de vida dos indivíduos.

Asmundson et al. (2013) dizem que a ansiedade é o mais comum transtorno mental da atualidade, e a APA (2013) define ansiedade como uma emoção caracterizada por sentimentos de tensão, pensamentos de preocupação e mudanças físicas, como aumento da pressão arterial.

A ansiedade pode provocar no indivíduo uma dificuldade de controlar seus pensamentos e elevar sua tensão, criando um sentimento de apreensão que ameaça sua personalidade total, diz Menezes Pinto (2011).

Pessoas com transtornos de ansiedade geralmente têm recorrentes pensamentos ou preocupações intrusivas. Tentam evitar certas situações de preocupação. Também podem apresentar sintomas físicos, como sudorese, tremores, tontura ou um batimento cardíaco acelerado (APA, 2013).

De acordo com Batista (2012), a ansiedade não pode ser evitada, mas pode ser reduzida. O problema do controle da ansiedade é o de reduzi-la a níveis normais e usá-la, depois, como estimulação para aumentar a consciência, a vigilância e o gosto pela vida.

Os transtornos de ansiedade estão entre os transtornos psiquiátricos mais frequentes na população geral, com prevalências de 12,5% ao longo da vida, 7,6% no ano e 6% no mês anterior à entrevista (ANDRADE; GORENSTEIN, 1998).

Sareen et al. (2013) dizem que as lesões físicas, especialmente quando graves, podem dificultar o retorno ao trabalho. Segundo os autores, constrangimentos financeiros resultantes da renda limitada ou aumento dos custos de cuidados com a saúde podem adicionar estresse considerável e ansiedade. Estressores pessoais e financeiros adicionais poderiam ser associados com litígio em processos pós-trauma, o que poderia aumentar a vulnerabilidade psicológica para temas como transtornos de ansiedade.

Segundo Soutinho (1999), já em 1999 a ansiedade era apontada, baseado em modelo teórico, na origem do aumento dos índices de acidentes.

Clapp et al. (2011) referem em seu estudo, que o histórico de stress pode conferir risco para o comportamento de condução ansiosa o que poderá facilitar o envolvimento com acidentes de trânsito.

Mey-Guillard et al. (2005) salientam que a ansiedade se torna mais evidente em vítimas de trauma que estiveram envolvidas com infrações penais, como agressão física, demonstrando este sintoma na forma de agressividade com os cuidadores.

Em estudo com vítimas de acidentes graves em Portugal (de trânsito, de trabalho, doméstico e de lazer), Freitas, Rodrigues e Maia (2009) demonstraram que a percepção de ameaça do acidente e a dissociação peri-traumática se relacionam com perturbação atual e que o suporte social é uma variável muito importante para a saúde mental após acidentes graves.

Batista (2012) salienta que muitos especialistas não consideram a ansiedade um problema, mas, sim, uma reação normal do organismo. Porém, quando a ansiedade começa a prejudicar o cotidiano da pessoa, é preciso procurar ajuda profissional.

Garieballa et al. (2006) apontaram em seu estudo que muitos profissionais de saúde mental sinalizam para a importância do tratamento de vítimas de experiências traumáticas com transtornos graves, que inclui a ansiedade e depressão, pois estes sintomas podem levar tanto à tentativa quanto ao ato suicida.

Asmundson et al. (2013) sinalizam para a prática de exercícios físicos para se combater a ansiedade. Segundo os autores há evidências que corroboram a prescrição de atividade física em adição ao tratamento farmacológico e psicológico no tratamento da ansiedade.

Corroborando o trabalho de Asmundson et al. (2013), De Moor et al. (2006) dizem que a literatura recomenda que a atividade física e o acompanhamento psicológico contribuem para o tratamento da ansiedade e da depressão em pacientes vítimas de traumas.

2.4 Depressão

A WHO (2012) assinala que a depressão é um distúrbio mental comum, caracterizado por tristeza, perda de interesse ou prazer, sentimentos de culpa ou baixa autoestima, perturbação do sono, apetite alterado, sensação de cansaço e falta de concentração.

Berrios (2012) diz que a antiga noção de melancolia foi remodelada em significado e sua transição para a doença depressiva foi facilitada pelo conceito de lipemania de Esquirol, que, pela primeira vez, enfatizou a natureza afetiva primária da doença.

Cardoso (2011) afirma que a depressão é um dos transtornos psiquiátricos mais prevalentes no mundo. A autora diz que a APA estima que 5% da população mundial tenha algum tipo de depressão.

De acordo com a WHO (2012) ao menos 350 milhões de pessoas tem depressão. É a principal causa de incapacidade em todo o mundo. Ela afeta não somente a pessoa com depressão, mas seus entes queridos também. No entanto, muitos negam seu estado depressivo, não possibilitando seu tratamento.

Em um estudo realizado em 18 países, a prevalência de depressão encontrada foi de 11,1%, e, entre os países de renda média, o maior índice encontrado foi no Brasil, com percentual de 18,4% (DE LIMA ARGIMON, 2013).

Batista (2012) coloca que o deprimido perde o interesse pelas atividades da vida, pelos amigos, pela família e, nos casos mais graves, pela própria vida. Desde o seu início, a depressão deve ser encarada como uma doença, para evitar que venha comprometer a saúde mental e física.

Para Jardim (2011) a depressão é uma das reações a perdas e a ameaças de perda, seja de emprego ou de um contexto social estruturante, que podem induzir à fragmentação da identidade psíquica.

Mayou, Bryant e Ehlers (2001) apontam para a possibilidade da ocorrência de ansiedade, transtorno de estresse pós-traumático e depressão em vítimas de acidentes de trânsito.

De acordo com Liu, Chan e Yan (2014), estudos internacionais mostram uma forte conexão entre depressão e quedas, porém os mecanismos subjacentes a esta conexão ainda não tem resposta.

A depressão pode afetar negativamente a recuperação e reabilitação da vítima de acidente por suprimir a função do sistema imunológico ou diminuir a motivação para participar dos programas de reabilitação (SAREEN et al., 2013).

Mecanismos subjacentes à relação entre deficiência física e saúde mental no pós-trauma estão sujeitos à especulação. Problemas de saúde mental, como depressão, podem ser uma reação a deficiências físicas que acompanham a lesão, dada às significativas perdas que podem ocorrer e a falta de controle sobre o próprio corpo e o ambiente (SAREEN et al., 2013).

Sousa Filho, Xavier e Vieira (2008) mencionam em seu trabalho, que a depressão é uma constante na vida dos acidentados de trânsito. A depressão é exacerbada quando há a perda de pessoas significativas, o distanciamento dos familiares, dos amigos, do trabalho e da incerteza quanto ao futuro.

Kamel, Abdulmajeed e Ismail (2013) relacionaram depressão e quedas em número significativo após um acidente doméstico. Os autores apontam que o estudo foi corroborado por Bueno-Cavanillas et al. (2000) que demonstraram que a depressão representa um risco significativo quando as quedas poderiam ter sido evitadas.

Segundo Iaboni e Flint (2013), depressão e quedas têm uma relação bidirecional significativa. O medo excessivo de cair, que é frequentemente associada à depressão, também aumenta o risco de quedas. Tanto a depressão quanto o medo de cair são associados com diminuição da marcha e perda do equilíbrio, uma associação que é mediada pelas vias cognitivas, sensoriais e motoras.

Ainda de acordo com Iaboni e Flint (2013), o tratamento da depressão em pessoas propensas a queda é um desafio, uma vez que medicamentos antidepressivos podem aumentar o risco de quedas, os inibidores da recaptação da serotonina podem aumentar o risco de

fraturas por fragilidade, e faltam dados sobre o efeito de programas de reabilitação da queda em depressão clinicamente significativa.

Adultos mais velhos que estão deprimidos têm maior risco de queda. Tanto o medo de cair quanto à depressão são pontos importantes a se considerar quando se cuidar de pacientes idosos, pois estes fatores podem causar restrição da atividade, isolamento social e diminuição da qualidade de vida (FRAIX, 2012).

Bortolini et al. (2013) apontam para o aumento gradativo da depressão, como consequência do estresse excessivo. Os autores dizem que a prevalência de depressão no trabalho seja tão alta quanto à do estresse patológico, que afeta na atualidade, cerca de 20% dos funcionários de todos os níveis funcionais.

2.5 Suporte psicológico na reabilitação de trauma

Sareen et al. (2013) dizem que as lesões físicas são comuns em todo o mundo. Algumas lesões traumáticas, como quedas, queimaduras, ferimentos na medula espinhal e lesões cerebrais adquiridas parecem ter uma forte associação com dificuldades de adaptação ou desenvolvimento de transtornos psicológicos.

Deville et al. (2003) salientam que eventos traumáticos são endêmicos em populações psiquiátricas e relatou-se que aumentam a probabilidade de disfunção psicológica.

É destacado na literatura internacional que o apoio social tem fator preponderante na prevenção dos sintomas de depressão no pós-trauma (SAREEN et al., 2013). Segundo os autores o apoio emocional, a aceitação da família e dos amigos pode ajudar a amortecer o estresse associado ao trauma e facilitar a resiliência e o ajuste no pós-trauma.

O transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) é um transtorno de ansiedade que pode desenvolver-se após um trauma (SABERI et al., 2013).

Sánchez (2014) refere que depressão e solidão tornam-se mais fortes quando a vítima de trauma sente que ninguém a entende. Por este motivo, o autor considera importante que essas pessoas participem de grupos de apoio às vítimas, pois os membros de um grupo desses podem verdadeiramente compreender estes sentimentos, o que serve como um reforço positivo na superação do trauma.

Melo e Santos (2011) dizem que, junto à equipe multiprofissional, o psicólogo ajuda as vítimas de acidentes a encontrarem recursos na comunidade, como serviços de cultura, lazer, saúde e educação para que estas pessoas se insiram novamente nas atividades de seu meio.

A ação direta (do psicólogo) diz respeito ao atendimento às vítimas que sofreram a emergência, por meio da escuta atenta, entrevistas de apoio, ou mesmo para ser o portador de informações básicas e precisas que possam ajudar a pessoa a se situar e se orientar diante da situação de caos (MELO; SANTOS, 2011).

Deville (2003) assinala que o debriefing psicológico e a terapia cognitivo-comportamental (TCC) se destacam como abordagens comumente usadas em vítimas de trauma.

O estudo de Roberts et al. (2010), realizado na Inglaterra, destacou uma série de formas de intervenção que têm sido desenvolvidas para tentar reduzir o sofrimento psicológico em indivíduos expostos ao trauma. Uma das mais usadas é o debriefing psicológico que foi projetado para reduzir os sintomas de stress traumático em indivíduos que haviam se tornado sintomáticos.

Segundo Coutinho (2013), o debriefing psicológico geralmente compreende uma intervenção de crise oferecida às vítimas do trauma horas ou dias após o evento, em uma única sessão, com intuito de aliviar os sintomas agudos de estresse e prevenir o surgimento de sintomas pós-traumáticos, por meio da reconstrução narrativa da experiência e da ventilação catártica de seus impactos penosos.

O debriefing tem dois objetivos principais. O primeiro é reduzir o sofrimento psicológico causado pelo incidente traumático. O segundo é prevenir o desenvolvimento de transtornos psicológicos (ROSE et al., 2002).

No passado, intervenções como debriefing psicológico foram amplamente utilizadas com o objetivo de prevenir contínuas dificuldades psicológicas. No entanto, outros estudos já haviam mostrado que as intervenções individuais de uma única sessão e intervenções previstas para todos não foram eficazes na prevenção de estresse pós-traumático (ROBERTS et al., 2010).

Não há evidência de que uma única sessão de avaliação psicológica individual seja um tratamento útil para a prevenção de transtorno de estresse pós-traumático. O debriefing obrigatório em vítimas de trauma deve deixar de ser usado (ROSE et al., 2002).

Rose et al. (2002) dizem que o debriefing, por definição, centra-se unicamente no trauma. No entanto, mesmo que todas as vítimas de um acidente tenham sido expostas a um mesmo evento, certamente suas experiências não terão sido uniformes. Segundo os autores, se a atenção do profissional for focalizada no evento traumático, ele pode desviar sua atenção de outros fatores igualmente importantes, como a situação psicossocial da vítima, que é particularmente diferente de indivíduo para indivíduo.

O debriefing também sustenta uma aplicação uniforme, sugerindo uma reação previsível ao trauma (ROSE et al., 2002).

Yepes (2012) diz que o debriefing facilita o processo de ventilação emocional e promove um resgate de memória imediatamente após o acontecimento traumático, porém não é recomendado porque em estudos que acompanharam a vítima de trauma não se percebeu redução dos transtornos mentais em indivíduos tratados por este método.

Embora as intervenções colaborativas pareçam promissoras, como a TCC e a farmacoterapia, as pesquisas sobre os esforços de prevenção precoce para os problemas de saúde mental pós-trauma são limitadas (SAREEN et al., 2013).

Em estudo realizado nos Estados Unidos da América (EUA), Foa, Keane e Friedman (2009), apontam que dentre as várias formas de intervenção no trauma salienta-se a intervenção cognitiva-comportamental considerada uma intervenção de primeira linha no tratamento de TEPT. Corroborando este estudo, Pedras e Pereira (2013), em Portugal, e Roberts et al. (2010), na Inglaterra, reforçam a eficácia da TCC no tratamento para indivíduos com sintomas agudos de estresse traumático.

Lindern et al. (2014) dizem que as técnicas de TCC utilizam as imagens mentais como intervenção terapêutica. A modalidade de tratamento que evidencia maior eficácia para o transtorno de estresse pós-traumático é a TCC, pois propõe uma modificação na cena traumática, levando a mudanças nos pensamentos e crenças da vítima de trauma.

Deville, Wright e Gist (2003) sustentam que a TCC é o enfoque mais adequado na intervenção pós-trauma. Na conclusão de seu estudo afirmam que:

A intervenção precoce usando a TCC em indivíduos que desenvolvem problemas clinicamente significativos está se revelando muito promissora, particularmente quando são empregadas técnicas que promovem o processamento das informações sobre o trauma e a exposição à informação corretiva.

3 JUSTIFICATIVA

O MS (BRASIL, 2013c) lançou a portaria nº 1.365 em oito de julho de 2013 que aprovou a “Linha de Cuidado ao Trauma na Rede de Atenção às Urgências e Emergências do Sistema Único de Saúde”. Em seu Art. 2º, inciso VII, cita-se a atenção à reabilitação e a prevenção ao trauma e no inciso VIII cita-se que o trauma “é um agravo que se tornou um problema de saúde pública, sendo hoje uma das principais causas de adoecimento e mortalidade da população brasileira e que pode ser prevenido e evitado”.

Liu, Chan e Yan (2014) diz que a maioria dos estudos realizados com vítimas de acidentes, focam os impactos de um trauma sobre as variáveis físicas e fisiológicas, no entanto pouco se investiga sobre as consequências de fundo psicológico que podem ocorrer nestes pacientes. O mesmo ocorre em nossa cidade, o atendimento às vítimas de acidentes que buscam a Unidade Básica de Saúde, para tratamento de reabilitação, baseia-se principalmente em aspectos de natureza física e reabilitação da funcionalidade do corpo, sem dar ênfase à condição psicológica.

O uso de teste de avaliação psicológica para levantar diagnóstico de ansiedade e depressão em vítima de trauma, em fase de reabilitação poderá oferecer subsídios para que se possam delinear melhores condutas de tratamento e apoio para pessoas que apresentaram sintomas moderado e grave de ansiedade e depressão.

Em consonância com as diretrizes do MS, sobre a reabilitação das vítimas de acidentes, o presente trabalho se propôs a recolher informações pertinentes a presença de sinais e sintomas de ansiedade e depressão nas pessoas que sofreram acidentes, para que fossem reconhecidas suas especificidades.

O presente trabalho foi realizado em uma unidade especializada em reabilitação, que está voltada para o atendimento de baixa e media complexidade em saúde, excluindo-se os casos de alta complexidade e gravidade que são atendidos no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), responsável pelo atendimento da demanda de alta complexidade em traumas da região.

De Carlo et al. (2007) enfatizam que é importante uma reabilitação bem-sucedida, que deverá restaurar tanto o funcionamento físico e psicológico, quanto promover a vida ocupacional e a participação social da vítima de trauma.

Justifica-se a realização deste trabalho, pela escassez de informações em nosso meio, sobre a abordagem do impacto psicológico em vítimas de trauma que foram referenciados a uma unidade especializada em reabilitação.

a) Os escores de ansiedade e depressão em vítimas de trauma em fase de reabilitação diferem conforme suas causas.

b) Existe associação entre as variáveis: sexo, faixa etária, cor/raça, crença religiosa, ocupação atual, renda mensal, escolaridade, situação conjugal, dia do trauma, período do dia do trauma, tabagismo, tipo de tabaco, aumento do consumo de tabaco, consumo de bebida alcoólica, tipo de bebida, aumento do consumo de bebida, alterações do sono, alterações de apetite, tipo de trauma, e as medidas de ansiedade e depressão em usuários do SUS, acometidos de trauma que foram referenciados a uma Unidade Especializada em Reabilitação.

5 OBJETIVOS

5.1 Objetivo geral

Avaliar a presença de ansiedade e depressão em usuários do SUS vítimas de trauma que foram referenciados a uma unidade especializada em reabilitação (UER).

5.2 Objetivos específicos

- Caracterizar as vítimas de trauma que foram referenciados a uma unidade especializada em reabilitação, segundo os fatores da população estudada: sexo, faixa etária, cor/raça, crença religiosa, ocupação atual, renda mensal, situação conjugal, escolaridade, dia do trauma, período do dia do trauma, tabagismo, tipo de tabaco, aumento do consumo de tabaco, consumo de bebida alcoólica, tipo de bebida, aumento do consumo de bebida, alteração do sono após o trauma, alteração do apetite após o trauma e tipo de trauma;
- Mensurar a ansiedade apresentada pelos usuários do SUS vítimas de traumas que foram referenciados a uma unidade especializada em reabilitação;
- Mensurar a depressão apresentada pelos usuários do SUS vítimas de traumas que foram referenciados a uma unidade especializada em reabilitação;
- Verificar se há relação entre os níveis de ansiedade e depressão, conforme os tipos de trauma nas vítimas atendidas em unidade especializada em reabilitação;
- Avaliar os fatores associados à ansiedade e depressão com: sexo, faixa etária, cor/raça, crença religiosa, ocupação atual, renda mensal, situação conjugal, escolaridade, dia do trauma, período do dia do trauma, tabagismo, tipo de tabaco, aumento do consumo de tabaco, consumo de bebida alcoólica, tipo de bebida, aumento do consumo de bebida, alteração do sono após o trauma, alteração do apetite após o trauma, nas vítimas de trauma atendidas em unidade especializada em reabilitação.

6 MÉTODO

6.1 Tipo de estudo

Estudo descritivo, transversal e quantitativo realizado com pacientes vítimas de trauma que foram referenciados a uma unidade de reabilitação, nas quais foram preenchidos os instrumentos da coleta de dados.

Participaram deste estudo 85 indivíduos que preencheram os critérios de inclusão (serão descritos no item 6.3 Amostra do estudo).

6.2 Local de estudo

O presente estudo foi realizado na UER, ligada à Secretaria Municipal de Saúde (SMS), da Prefeitura Municipal de Uberaba (PMU), no estado de Minas Gerais. O projeto de pesquisa foi submetido à aprovação do Secretário da SMS e à coordenadora da UER.

Baseado em informações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Minas Gerais possui uma população em idade ativa (10 anos e mais) de 16.891.469 habitantes, sendo 49% do sexo masculino e 51% do sexo feminino. Essa população compreende a população economicamente ativa e a população não economicamente ativa, ou seja, a população que está ocupada e aquela que não está (MINAS GERAIS, 2012).

A mortalidade por causas externas é a 3ª causa de óbito no Estado de Minas Gerais com 12% do total das mortes (MINAS GERAIS, 2012).

6.2.1 Uberaba

De acordo com o censo de 2010, a população do Município de Uberaba era de 295.988 habitantes, correspondia a 0,15% da população brasileira (190.732.694), 0,36% da população da região Sudeste (80.641.101) e 1,48% da população do estado de Minas Gerais (19.719.285), a densidade demográfica é de 65,43 hab/Km². Para 2013 a previsão era de 315.360 habitantes (IBGE, 2013a).

No relatório do Projeto Água Viva (PAV) (UBERABA, [200-?]) consta que Uberaba destaca-se na atualidade como um dos municípios de maior crescimento demográfico e

econômico do Estado. A comparação com os índices de urbanização de Minas Gerais e do Brasil (81,2% urbano e 18,8% rural), mostram que Uberaba possui índices de urbanização muito acima da média estadual e federal, com sua população 96,9% concentrada no perímetro urbano e 3,1% na área rural. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 2010 era de 0,772 (IBGE, 2014).

O tripé da economia de Uberaba está nos segmentos de Serviços, que é responsável por 58,03% da movimentação financeira do Município, seguido pela Indústria com 32,80% e pela Agropecuária, que responde por 9,17% do montante total (UBERABA, 2011a).

Quanto às questões relacionadas à saúde, Uberaba apresenta as causas externas como as principais causas de óbitos na população de 20 a 29 anos de idade, seguida do grupo de algumas doenças infecciosas e parasitárias (UBERABA, 2011a). No sexo masculino, as proporções de óbitos por causas externas são relativamente mais elevadas: 5,5 vezes maior que para as mulheres (UBERABA, 2011a).

Na faixa etária compreendida entre 30 e 39 anos as causas externas continuam sendo a principal causa de óbitos, seguida em alguns anos pelo grupo de algumas doenças infecciosas e parasitárias e em outros pelas doenças do aparelho circulatório – considerando ambos os sexos (UBERABA, 2011a). Para o sexo masculino, isoladamente, as principais causas são as externas, seguidas do grupo de algumas doenças infecciosas e parasitárias. Para o feminino, são as doenças do aparelho circulatório, seguida das causas externas (UBERABA, 2011a).

A taxa de mortalidade por causas externas estima o risco de morte por causas externas e dimensiona a sua magnitude como problema de saúde pública, refletindo aspectos culturais e de desenvolvimento socioeconômico, com o concurso de fatores de risco específicos para cada tipo de acidente ou violência (UBERABA, 2011a). Também expressa as condições da assistência médica dispensada e a qualidade do registro das ocorrências (UBERABA, 2011a).

Os óbitos do sexo masculino por causas externas apresentaram em 2007 taxa de 116,9, em 2008, 95,5 e em 2009 102,6. Os óbitos do sexo feminino apresentaram em 2007 25,5/100.000, 2008 26,0/100.000 e em 2009 27,6/100.000 habitantes. Os dados evidenciam acentuada predominância de óbitos no sexo masculino (UBERABA, 2011a).

Considerando os tipos de causas externas há uma predominância dos óbitos por acidentes seguidos dos homicídios, com taxas médias nos três anos de 23,3/100.000 acidentes, 17,4/100.000 homicídios e 6,8/100.000 suicídios (UBERABA, 2011a).

Em estudo realizado por Chavaglia et al. (2008) verificou-se, através de banco de dados do Serviço de Resgate do Corpo de Bombeiros do município de Uberaba, que em 2004 houve 3796 atendimentos, em que 2331 (61,40%) foram de vítimas de trauma por causas externas.

Destes, 27,00% (642) correspondiam a acidentes de moto, 19,00% (450) a quedas, 15,00% (339) a acidentes ciclísticos, 8,00% (179) a atropelamentos e 6,00% (139) a acidentes automobilísticos e agressão física por arma branca ou de fogo. Quanto ao sexo, observou-se que a maioria, 2677 (98,70%), era do sexo masculino, enquanto apenas 35 (1,30%) do sexo feminino. A maioria dos acidentes ocorreu aos sábados (18,00%), domingos (16,00%) e sextas-feiras (14,00%), sendo que no mês de dezembro houve maior incidência - 168 casos (10,00%).

6.2.2 Unidade Especializada em Reabilitação (UER)

A Unidade Especializada em Reabilitação é uma policlínica de esfera municipal, com administração direta da saúde, sendo um tipo de prestadora pública, como um órgão público do poder executivo municipal. A retenção de tributos é de unidade pública. O nível de atenção é ambulatorial, com atenção básica e de média complexidade (UBERABA, 2012).

No Relatório Geral da UER (UBERABA, 2012), a média de atendimentos mensais foi de 3515, em um número médio de usuários de 601. O número de funcionários é de 26, sendo a equipe de saúde composta por 19 profissionais e a equipe administrativa por sete.

A área física da clínica da UER é composta por ambulatório de Dor, fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, psicologia e assistência social (UBERABA, 2012).

O ambulatório de Dor possui dois profissionais médicos, sendo um neurologista e outro reumatologista, dois psicólogos, cinco fisioterapeutas, um terapeuta ocupacional. Além dos atendimentos específicos em cada área, ainda há reuniões de equipe para discussão de casos clínicos e supervisão técnica (UBERABA, 2012).

No que compreende o atendimento da fisioterapia, a unidade conta com cinco profissionais que atuam especificamente em reabilitação de adultos. Outros cinco, além da reabilitação participam do ambulatório de Dor. As especialidades fisioterápicas correspondem à ortopedia e traumatologia; neurologia; osteopatia; fisiologia do exercício; fisioterapia cardiorrespiratória; Reorganização Postural Global (RPG); desportiva e acupuntura. As áreas de atuação são: cinesioterapia, mecanoterapia, eletroterapia, laser, crioterapia, hidroterapia (turbilhão) e acupuntura (UBERABA, 2012).

O trabalho de terapia ocupacional é feito por uma profissional que atua na reabilitação infantil e de adultos. A especialidade é em neurologia, educação especial e tecnologia

assistida em reabilitação física. O método de atuação é denominado “Neuroevolutivo Bobath” (UBERABA, 2012).

A fonoaudiologia é composta por dois profissionais com atendimentos infantis e de adultos. São especialistas em linguagem, distúrbios de comunicação, motricidade orofacial, disfagia e hospitalar (UBERABA, 2012).

A UER possui também dois psicólogos com atendimentos exclusivos a adultos. As especialidades são na área de psicologia preventiva e comunitária; reabilitação e clínica de Dor (UBERABA, 2012).

A assistente social auxilia no acolhimento de usuários e familiares; entrevistas sociais; esclarecimentos e orientações de usuários, cuidadores e familiares em relação a direitos sociais, benefícios e afins; orientações em equipe a usuários; visitas domiciliares e contatos Intersetoriais (UBERABA, 2012).

Á área administrativa da UER é formada por uma gerente; duas recepcionistas; duas serventes sanitárias, uma profissional no acolhimento e auxiliar de fisioterapia e um vigia (UBERABA, 2012).

A estrutura da unidade é composta por nove salas de atendimentos, duas salas de espera, quatro banheiros, uma cozinha e estacionamento. As salas de atendimento individual de médicos, psicólogos, fonoaudiólogos, terapeuta ocupacional e entrevistas fisioterápicas são fechadas, com privacidade total para profissional/usuário.

A sala do psicólogo onde foram feitas as entrevistas é mantida sempre fechada durante o atendimento, sendo preservada a privacidade do usuário. Esta sala está equipada com mesa; duas cadeiras; armário com chave onde se guardam planilhas, blocos de referência e referência, materiais de escritório gerais, materiais impressos e livros.

6.3 Amostra do estudo

A amostra do estudo foi constituída por usuários vítimas de trauma provenientes da rede de atenção à saúde do SUS, hospitais públicos e unidades de pronto atendimento municipais em Uberaba, com ficha de referência, para tratamento de reabilitação em trauma, maiores de 18 anos, que se apresentaram na UER entre outubro de 2013 e janeiro de 2014.

Não foi possível determinar a gravidade do trauma apresentado pelo participante do estudo, pois a referência que este trazia não contemplava este dado. Porém, a UER está

credenciada para atendimentos de baixa e média complexidade, e as vítimas de trauma com sequelas mais graves e que exigem atendimentos de alta complexidade são encaminhadas para o Centro de Reabilitação da UFTM.

Poderiam ser excluídos os usuários que tivessem comprometimento cognitivo ao ponto de não conseguirem responder ao questionário. Para este fim foi utilizado o instrumento Mini Mental State Examination (MMSE) (ANEXO C). Porém, não houve exclusão.

6.4 Período de investigação

A coleta de dados ocorreu após a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto e deu-se em um período de quatro meses, entre outubro de 2013 e janeiro de 2014.

6.5 Aspectos éticos

Para atender os critérios éticos, foram seguidas as recomendações da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466/12, para pesquisa com seres humanos.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) foi apresentado ao usuário para obter sua concordância em participar da pesquisa. O usuário assinou o TCLE em duas vias após ter sido orientado e esclarecido sobre os objetivos da pesquisa, o método a ser usado, a justificativa do estudo, os benefícios e os riscos para o participante e a garantia de ter suas dúvidas esclarecidas. Uma via deste TCLE ficou retida com o pesquisador, e a outra foi entregue ao participante, recebendo este a garantia do pesquisador de seu total anonimato e o direito de desistência em qualquer fase do estudo.

O projeto de pesquisa foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa da EERP, da Universidade de São Paulo (USP), e foi aprovado em sua 165ª Reunião Ordinária, realizada em 21 de agosto de 2013, sob protocolo CAAE 17248013.0.0000.5393.

Os resultados do estudo tornar-se-ão públicos, independente das hipóteses terem se confirmado ou não.

6.6 Instrumentos para a coleta de dados

Para a coleta de dados, foram aplicados três instrumentos, descritos a seguir.

6.6.1 Questionário para caracterização da amostra

Este questionário semiestruturado, de autoria do pesquisador, com variáveis sociodemográficas e hábitos de vida, aborda as variáveis: sexo, faixa etária, cor/raça, crença religiosa, ocupação atual, renda mensal, escolaridade, situação conjugal, dia do trauma, período do dia do trauma, tabagismo, aumento do consumo de tabaco, consumo de bebida alcoólica, aumento do consumo de bebida, alterações do sono, alterações de apetite e tipo de trauma (APÊNDICE B).

O instrumento foi submetido a um processo de refinamento (validação de aparência e conteúdo), com objetivo de verificar se seus itens representavam o universo do conteúdo e se permitiam alcançar os objetivos esperados (RICCIO et al., 1995). Esse processo teve como objetivo avaliar a clareza, a objetividade e a abrangência em relação àquilo que se propunha identificar (GALDEANO, 2007).

Para essa validação, o questionário foi encaminhado a um grupo de juízes, que receberam um TCLE específico (APÊNDICE C), em que estava especificada sua forma de participação desta etapa do estudo, e concordando com o Termo assinaram o documento em duas vias, ficando com uma cópia e entregando a outra ao pesquisador.

Após sua concordância em participar desta pesquisa, cada juiz recebeu um formulário contendo questões relacionadas à sua avaliação quanto à forma de apresentação, facilidade de leitura, clareza e conteúdo, bem como quanto às sugestões para retirada, acréscimo ou modificações dos itens (APÊNDICE D).

O grupo de juízes foi constituído por quatro docentes/pesquisadores: um psicólogo com mestrado que atende pacientes em reabilitação; um neurologista docente com mestrado e doutorado; uma enfermeira especialista com experiência em urgência e emergência; e uma professora com mestrado e doutorado com foco no atendimento a vítimas de trauma no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) Avançado. Após a avaliação do questionário foram apresentadas suas sugestões e feitas as adequações necessárias para a versão final do instrumento.

Posteriormente, o instrumento foi submetido a um teste piloto com dez usuários da UER, que se disponibilizaram a participar do teste. A amostragem foi aleatória, de faixa etária compreendida entre 18 e 65 anos e com diferentes níveis de escolaridade para verificar aparência, pertinência e compreensão do instrumento.

Na segunda quinzena de setembro de 2013 foi realizado o teste piloto, no qual verificou-se a capacidade de resposta do entrevistado, o tempo gasto para a finalização da entrevista e possíveis dúvidas em algum item.

Não foi evidenciada qualquer dificuldade de compreensão dos itens pelos participantes, deste modo, não foram realizadas quaisquer modificações no instrumento em questão. Houve boa aceitação do instrumento, e como no posterior processo de entrevista do estudo, todos os itens do instrumento foram lidos e anotados pelo entrevistador.

6.6.2 Inventário de Ansiedade de Beck / Beck Anxiety Inventory (BAI)

Neste estudo foram utilizados dois inventários, o BAI, instrumento criado por Beck et al. (1988) e traduzido e validado por Cunha (2001), e o BDI, elaborado por Beck et al. (1961), e validado no Brasil por Gorenstein e Andrade (1998). Estes instrumentos foram aceitos para uso clínico e pesquisa, pelo Conselho Federal de Psicologia, e podem ser aplicados por psicólogo ativo.

Conforme e-mail da Casa do Psicólogo (ANEXO D), o pesquisador foi autorizado a utilizar os instrumentos referidos, BAI e BDI, na pesquisa. Os protocolos foram adquiridos conforme especificado no e-mail.

De acordo com Maluf (2002), o Inventário de Ansiedade de Beck foi desenvolvido para avaliar o rigor dos sintomas de ansiedade em pacientes deprimidos.

A confiabilidade dos 21 itens do BAI foi avaliada em uma amostra de 160 indivíduos. A escala apresentou boa consistência interna ($\alpha = 0,92$) e uma faixa de correlação de cada item com o total variando de 0,30 até 0,71 (Mediana = 0,60). Uma amostra de 83 pacientes completou o BAI duas vezes com intervalo de uma semana, sendo a correlação entre os escores de 0,75 ($gl = 81$) (MALUF, 2002).

Beck, Steer e Brown (1985) afirmam que os itens selecionados refletem os fatores somáticos, afetivos e cognitivos característicos da ansiedade, mas diferentes da depressão. “Esta lista de verificação de ansiedade mostrou uma boa consistência interna ($\alpha = 0,92$) e boa confiabilidade teste-reteste com intervalo de uma semana $r(58) = 0,75$ ” (BECK; STEER; BROWN, 1985).

O BAI (ANEXO E) é uma escala de autorrelato, em que seus 21 itens descrevem os sintomas de ansiedade, e o sujeito avalia com referência a si mesmo, levando em conta quatro graus de severidade: absolutamente não, levemente, moderadamente e gravemente (MARTIN et al., 2011).

Maluf (2002) diz que o BAI constitui uma medida de ansiedade que foi cuidadosamente construída para que se evitasse confusão com depressão.

6.6.3 Inventário de Depressão de Beck / Beck Depression Inventory (BDI)

O Inventário de Depressão de Beck (BDI) é um instrumento reconhecido no mundo todo para medir a intensidade dos sintomas de depressão (DE LIMA ARGIMON et al., 2013).

De acordo com Beck e Blamsderfer (1974), o BDI (ANEXO F) demonstrou alta confiabilidade (0,86) e validade segura em comparação com diagnósticos realizados por profissionais da área. Utilizando o Kruskal-Wallis, análise não paramétrica, os seus 21 itens apresentaram significante relação, com uma pontuação de $p < 0,001$. Ainda, segundo seus autores, o BDI demonstrou estabilidade diagnóstica, pois as mudanças de sintomas ocorridas em um intervalo de quatro semanas no teste-reteste foram também observadas na entrevista clínica.

Entre os entrevistadores, houve concordância em 97% dos diagnósticos realizados, corroborando sua alta confiabilidade, ainda segundo Beck e Blamsderfe (1974).

Beck et al. (1961) sustentam que o BDI foi analisado pelo teste de Mann-Whitney, cujos resultados demonstraram que:

O poder de discriminação entre graus de depressão (ausência de depressão, depressão leve, moderada e grave) foi significativa ($p < 0,0004$) e o coeficiente de correlação de Pearson entre os escores no BDI e as entrevistas clínicas foi de 0,65.

Gorenstein e Andrade (1998) afirmam que o BDI é uma das medidas de autoavaliação de depressão mais amplamente utilizada em pesquisa ou mesmo na clínica, tendo sido traduzido em vários idiomas e validado em diferentes países.

Segundo Cunha (2001), o BDI é uma escala de autorrelato sintomática de depressão utilizada nas mais diversas áreas (clínica, pesquisa) em pacientes psiquiátricos e população geral. O BDI possui 21 itens, tendo quatro opções em cada um, refletindo níveis crescentes de gravidade da depressão.

De acordo com a Casa do Psicólogo, que hoje pertence à Pearson Clinical & Talent Assessment Brasil, empresa que comercializa o Inventário BDI, não há um ponto de corte absoluto no instrumento para identificar os níveis de depressão. Isto pode variar conforme o tipo de estudo e seus objetivos. A partir das atualizações recomenda-se que para a finalidade de desenvolver um instrumento que identifique a depressão com baixa probabilidade de falso-negativo, sugere-se o ponto de corte em 0-13 para o mínimo de depressão, 14-19 para depressão leve, 20-28 para depressão moderada e 29-63 para depressão grave.

A escala original consiste de 21 itens, incluindo sintomas e atitudes, cuja intensidade varia de 0 a 3. Os itens referem-se à tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, sensação de punição, autodepreciação, autoacusação, ideias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio do sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática, diminuição de libido (GORENSTEIN; ANDRADE, 1998).

O BDI e a Escala de Depressão de Hamilton (HAM-D) mostraram desempenho satisfatório e podem ser utilizados em pesquisas e também na prática clínica na identificação dos indivíduos com depressão na epilepsia (OLIVEIRA et al., 2011). Segundo Beck e Blamsderfer (1974), o BDI apresentou elevada correlação comparativamente aos resultados da escala de Hamilton.

Porém, Oliveira et al. (2011) reforçam que o BDI foi o instrumento com maior sensibilidade e valor preditivo positivo no rastreamento da depressão em comparação a HAM-D, a não ser em pessoas com dificuldades cognitivas ou baixa escolaridade.

6.7 Procedimentos de coleta

A primeira etapa foi a autorização do secretário de saúde de Uberaba, da coordenadora da UER e a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da EERP/USP.

A próxima etapa da pesquisa foi a validação do Questionário por juízes. Em seguida foi feito o ajuste no questionário semiestruturado, aplicando-o em teste piloto e depois se iniciou a coleta de dados.

Os usuários que procuraram a UER pela primeira vez tendo sido encaminhados dos hospitais públicos e pronto-atendimentos municipais com a guia de referência do médico responsável pela atenção anterior, munidos de documento pessoal, carteira do SUS e com a carta de encaminhamento juntamente com exames complementares, foram recebidos por

recepcionista do setor, a qual, após conferir documentação, colocava-os na agenda de atendimentos da UER (procedimento de rotina). O pesquisador conferia diariamente a lista de novos usuários que chegavam à Unidade e separava os usuários vítimas de trauma que necessitavam de reabilitação.

Em seguida, o pesquisador entrava em contato com estes usuários por telefone e agendava uma entrevista na primeira vaga disponível (no máximo em três dias) para apresentar o estudo e convidá-lo a participar da pesquisa. Por telefone o usuário era esclarecido de como seria a sua participação, com a apresentação dos objetivos desta, a importância de sua contribuição, e o compromisso de sigilo de seu nome.

O usuário era esclarecido de que ele podia optar por não participar do estudo, sem prejudicar o seu tratamento na unidade de reabilitação. Também era informado ao usuário que se o resultado dos testes apontassem níveis de ansiedade e depressão moderado ou grave, seria encaminhado automaticamente para o acompanhamento psicológico na própria unidade. E caso aceitasse participar do estudo deveria comparecer à UER em data e horário agendados para a entrevista.

Em algumas situações em que o pesquisador já se encontrava na unidade e em horário disponível, ele convidava o usuário a entrar em sua sala de atendimento e fazia o convite para que participasse da pesquisa. No caso do usuário optar pela não participação no estudo, o pesquisador prosseguia a entrevista como forma de acolhimento, sem a apresentação do questionário ou das escalas de avaliação.

Posteriormente, aos usuários que concordavam em participar do estudo, era apresentado o TCLE (APÊNDICE A) que era lido e assinado em duas vias, ficando uma retida com o sujeito e outra com o pesquisador.

Após a assinatura do TCLE eram coletadas informações por meio do Questionário de caracterização das pessoas no pós-trauma (APÊNDICE B); em seguida era aplicado o inventário BAI (ANEXO E) e o BDI (ANEXO F).

Desconhecendo o fato de os usuários terem dificuldades de leitura, serem analfabetos ou possuírem déficit visual, os instrumentos de coleta de dados eram lidos para que os participantes apontassem uma resposta em cada item.

Os inventários e a entrevista eram lidos e as anotações feitas pelo pesquisador com caneta, ficando este sempre disponível para esclarecer qualquer dúvida quanto às questões apresentadas.

Todos os participantes receberam uma guia de referência do pesquisador para continuidade do tratamento pelo outro psicólogo da clínica. Nas situações em que foram

detectados altos índices de ansiedade e/ou depressão (de moderado a grave), o pesquisador fazia uma carta de referência para que estas pessoas tivessem um atendimento psicológico, em caráter de urgência.

A entrevista era feita em uma única sessão de aproximadamente 50 minutos, na qual todos os instrumentos eram aplicados.

6.8 Riscos e benefícios da pesquisa

Os riscos do estudo para os participantes eram da ordem de desconforto emocional que podia ocorrer por estarem sendo levantadas questões acerca de situações particulares que poderiam gerar ansiedade ou depressão. O pesquisador estendia a sessão da entrevista para o devido acolhimento psicológico nos casos em que o participante necessitava de suporte imediato.

Os benefícios diretos aos participantes do estudo foram pela carta de referência à clínica (UER), para que eles fossem incluídos no acompanhamento psicológico. Quando foram detectados estados de ansiedade e depressão com escores de moderado a grave, nos participantes da pesquisa, estes eram encaminhados para serem atendidos em regime de urgência. Os benefícios indiretos poderão vir pela geração de conhecimentos novos para entender, prevenir ou aliviar problemas de saúde mental em novas vítimas de trauma.

6.9 Análise dos dados

Os dados obtidos na entrevista foram inseridos em um banco de dados eletrônicos no Microsoft Excel, versão 2010. O banco de dados foi elaborado por dupla digitação para que não houvesse possíveis erros de transcrição.

Ferramentas de estatística foram utilizadas para realizar uma análise exploratória da relação entre os fatores depressão e ansiedade com diversas variáveis obtidas pela aplicação de questionário e os inventários de ansiedade de depressão de Beck em indivíduos que passaram por trauma e buscavam reabilitação em unidade especializada.

Medidas de estatística descritiva serviram como ponto de partida para oferecer uma visão geral dos indivíduos da amostra em relação aos fatores principais – depressão e

ansiedade. Usando recursos do Excel foram determinadas as seguintes medidas: quantidade, média e desvio padrão.

Completando a exploração dos dados foram desenvolvidas tabelas de frequência cruzadas tendo sempre como uma das entradas os níveis de ansiedade e depressão e como outra entrada todas as variáveis observadas: sexo, faixa etária, cor/raça, religião, ocupação atual, renda mensal, escolaridade, situação conjugal, dia do trauma, período do dia do trauma, tabagismo, tipo de fumo, aumento do consumo de tabaco, consumo de bebida alcoólica, tipo de bebida alcoólica, aumento do consumo de bebida, alterações do sono, alterações de apetite e tipo de trauma.

Testes de estatística inferencial foram desenvolvidos para análise das hipóteses de haver relação entre as variáveis observadas e os fatores depressão e ansiedade. O teste de normalidade Kolmogorov-Smirnov foi aplicado para as variáveis ansiedade e depressão. O resultado indicou que tais variáveis não seguiam uma distribuição normal. Nestas condições foram utilizados os seguintes testes não paramétricos: teste de Wilcoxon (amostras independentes) para variáveis que apresentaram apenas duas respostas distintas e teste de Kruskal-Wallis para variáveis que apresentaram três ou mais respostas. A significância utilizada em todos os testes foi de 5%. Todos os testes foram realizados através do software Action – versão 2.6.216.355.

Em nenhuma variável foi verificada relação significativa com ansiedade e depressão em seus níveis moderados ou graves.

Os resultados da pesquisa “Impacto psicológico das vítimas de trauma em reabilitação” serão apresentados em tabelas e gráficos e analisados por cálculos percentuais e estatísticos. O questionário utilizado para caracterização da amostra passou por validação de conteúdo por juízes especialistas.

7.1 Validação do questionário para coleta dos dados

Os resultados da validação do instrumento “Questionário de caracterização das pessoas no pós-trauma” propôs analisar a facilidade de leitura, clareza e apresentação do mesmo nos itens: aparência, pertinência e compreensão. A análise está exposta a seguir:

Da análise dos juízes obtiveram-se os seguintes resultados:

Dois juízes sugeriram que se colocasse a opção “não quero responder” no item “Renda atual”. O primeiro juiz ainda sugeriu acrescentar no item “Dia da semana” e “Período em que ocorreu o trauma”, a opção “não se recorda”.

Outro juiz sugeriu acrescentar os itens “alteração do sono” e “alteração de apetite no pós-trauma” ao questionário; houve sugestão de um juiz para a exclusão do item “Cor/raça”.

O outro juiz sugeriu que no item “Escolaridade” fosse colocada a opção “não alfabetizado” por último.

As modificações foram efetuadas no questionário de forma definitiva, para aplicação de acordo com a análise dos juízes. A única sugestão não incorporada ao instrumento final foi em relação à retirada do item “Cor/raça”, pois dados do IBGE (2013b) apontam para uma maior frequência de agressão a pretos e pardos, e o estudo poderia levantar este dado para corroborá-lo ou não.

7.2 Caracterização da amostra e apresentação de resultados

Os resultados da pesquisa estão apresentados em tabelas e gráficos e analisados por cálculos percentuais e estatísticos.

Fizeram parte deste estudo 85 pessoas, com idade superior a 18 anos.

A tabela 1 apresenta a caracterização das vítimas de trauma que buscaram uma unidade especializada em reabilitação.

Tabela 1 – Caracterização das vítimas de trauma segundo os fatores: sexo, faixa etária, cor/raça, crença religiosa, ocupação atual, renda mensal, situação conjugal, escolaridade, dia do trauma, período do dia do trauma, tabagismo, tipo de tabaco, aumento do consumo de tabaco, consumo de bebida alcoólica, tipo de bebida, aumento do consumo de bebida, alteração do sono após o trauma e alteração do apetite após o trauma. UER de Uberaba (MG), 2013-2014.

Variáveis	Tipo de Trauma									
	Acidente de Trânsito		Acidente Doméstico		Acidente de Trabalho		Outros		Total	
	28	(32,9%)	23	(27,1%)	25	(29,4%)	9	(10,6%)	85	(100%)
Sexo										
Masculino	14	(50,0%)	5	(21,7%)	12	(48,0%)	5	(55,6%)	36	(42,3%)
Feminino	14	(50,0%)	18	(78,3%)	13	(52,0%)	4	(44,4%)	49	(57,7%)
Faixa etária										
18-39	10	(35,7%)	3	(13,0%)	5	(20,0%)	4	(44,4%)	22	(25,8%)
40-59	15	(53,5%)	9	(39,1%)	14	(56,0%)	3	(33,3%)	41	(48,2%)
60 e mais	3	(10,7%)	11	(47,8%)	6	(24,0%)	2	(22,2%)	22	(25,9%)
Cor/Raça										
Branca	19	(67,8%)	12	(52,1%)	11	(44,0%)	4	(44,4%)	46	(54,1%)
Preta	2	(7,1%)	1	(4,3%)	5	(20,0%)	2	(22,2%)	10	(11,8%)
Parda	7	(25,0%)	10	(43,5%)	9	(36,0%)	3	(33,3%)	29	(34,1%)
Crença religiosa										
Católica	13	(46,4%)	15	(65,2%)	15	(60,0%)	3	(33,3%)	46	(54,1%)
Espírita	6	(21,4%)	2	(8,7%)	6	(24,0%)	1	(11,1%)	15	(17,6%)
Umbanda	2	(7,1%)	-	-	1	(4,0%)	-	-	3	(3,5%)
Evangélica	4	(14,2%)	5	(21,7%)	3	(12,0%)	4	(44,4%)	16	(18,8%)
Ateu/Sem religião	1	(3,6%)	1	(4,3%)	-	-	-	-	2	(2,4%)
Outra	2	(7,1%)	-	-	-	-	1	(11,1%)	3	(3,5%)
Ocupação atual										
Empresa Privada	6	(21,4%)	2	(8,7%)	4	(16,0%)	-	-	12	(14,1%)
Funcionário Público	-	-	-	-	2	(8,0%)	2	(22,2%)	4	(4,7%)
Autônomo	4	(14,3%)	7	(30,4%)	2	(8,0%)	1	(11,1%)	14	(16,5%)
Aposentado	3	(10,7%)	5	(21,7%)	6	(24,0%)	2	(22,2%)	16	(18,8%)
Afastado	10	(35,7%)	5	(21,7%)	10	(40,0%)	-	-	25	(29,4%)
Estudante	-	-	-	-	-	-	2	(22,2%)	2	(2,4%)
Outra	5	(17,8%)	4	(17,4%)	1	(4,0%)	2	(22,2%)	12	(14,1%)
Renda mensal										
Até 2 salários mínimos	9	(32,1%)	5	(21,7%)	8	(32,0%)	2	(22,2%)	24	(28,2%)
De 2 a 4 salários	14	(50,0%)	17	(74,0%)	15	(60,0%)	6	(66,6%)	52	(61,2%)
De 4 a 6 salários	4	(14,3%)	-	-	1	(4,0%)	-	-	5	(5,9%)
Mais que 6 salários	1	(3,5%)	-	-	1	(4,0%)	1	(11,1%)	3	(3,5%)
Não informou	-	-	1	(4,3%)	-	-	-	-	1	(1,2%)

Continua

Continuação

Situação Conjugal										
Solteiro	4	(14,3%)	3	(13,0%)	9	(36,0%)	3	(33,3%)	19	(22,3%)
Casado	10	(35,7%)	10	(43,4%)	6	(24,0%)	4	(44,4%)	30	(35,3%)
Separado /										
Divorciado	6	(21,4%)	6	(26,1%)	2	(8,0%)	1	(11,1%)	15	(17,6%)
Viúvo	2	(7,1%)	1	(4,3%)	1	(4,0%)	1	(11,1%)	5	(5,9%)
União estável	6	(21,4%)	3	(13,0%)	7	(28,0%)	-	-	16	(18,8%)
Escolaridade										
I grau incompleto	6	(21,4%)	11	(47,8%)	12	(48,0%)	5	(55,5%)	34	(40,0%)
I grau completo	6	(21,4%)	2	(8,7%)	2	(8,0%)	-	-	10	(11,8%)
II grau										
incompleto	2	(7,1%)	1	(4,3%)	1	(4,0%)	-	-	4	(4,7%)
II grau completo	7	(25,0%)	4	(17,4%)	8	(32,0%)	-	-	19	(22,3%)
Superior										
incompleto	1	(3,5%)	-	-	-	-	3	(33,3%)	4	(4,7%)
Superior completo	1	(3,5%)	1	(4,3%)	-	-	1	(11,1%)	3	(3,5%)
Pós-graduação	2	(7,1%)	-	-	-	-	-	-	2	(2,4%)
Analfabetos	3	(10,8%)	4	(17,4%)	2	(8,0%)	-	-	9	(10,6%)
Dia do trauma										
Segunda-feira	4	(14,3%)	-	-	6	(24,0%)	1	(11,1%)	11	(12,9%)
Terça-feira	8	(28,6%)	5	(21,7%)	2	(8,0%)	2	(22,2%)	17	(20,0%)
Quarta-feira	5	(17,8%)	8	(34,8%)	-	-	1	(11,1%)	14	(16,5%)
Quinta-feira	2	(7,1%)	3	(13,0%)	5	(20,0%)	2	(22,2%)	12	(14,1%)
Sexta-feira	2	(7,1%)	-	-	5	(20,0%)	-	-	7	(8,2%)
Sábado	1	(3,5%)	3	(13,0%)	-	-	1	(11,1%)	5	(5,9%)
Domingo	4	(14,3%)	2	(8,7%)	1	(4,0%)	2	(22,2%)	9	(10,6%)
Não se recorda	2	(7,1%)	2	(8,7%)	6	(24,0%)	-	-	10	(11,8%)
Período do dia do trauma										
Manhã	6	(21,4%)	8	(34,8%)	8	(32,0%)	1	(11,1%)	23	(27,1%)
Tarde	13	(46,4%)	9	(39,1%)	14	(56,0%)	3	(33,3%)	39	(45,9%)
Noite	6	(21,4%)	6	(26,1%)	3	(12,0%)	5	(55,5%)	20	(23,5%)
Madrugada	3	(10,7%)	-	-	-	-	-	-	3	(3,5%)
Tabagismo										
Sim	11	(39,3%)	6	(26,1%)	7	(28,0%)	-	-	24	(28,2%)
Não	17	(60,7%)	17	(73,9%)	18	(72,0%)	9	(100,0%)	61	(71,8%)
Tipo de tabaco*										
Cigarros										
comercializados	11	(100,0%)	5	(83,3%)	6	(85,7%)	-	-	22	(91,7%)
Cigarro de palha	-	-	1	(16,7%)	1	(14,3%)	-	-	2	(8,3%)
Aumento do consumo de tabaco*										
Sim	5	(45,5%)	1	(16,7%)	1	(14,3%)	-	-	7	(29,2%)
Não	6	(54,5%)	5	(83,3%)	6	(85,7%)	-	-	17	(70,8%)

Continua

Conclusão**Consumo de
bebida alcoólica**

Sim	10	(35,7%)	6	(26,1%)	7	(28,0%)	3	(33,3%)	26	(30,6%)
Não	18	(64,3%)	17	(73,9%)	18	(72,0%)	6	(66,6%)	59	(69,4%)

Tipo de bebida **

Fermentado	8	(80,0%)	6	(100,0%)	7	(100,0%)	2	(66,6%)	23	(88,5%)
Destilado	2	(20,0%)	-	-	-	-	1	(33,3%)	3	(11,5%)

**Aumento do
consumo de
bebida ****

Sim	1	(10,0%)	-	-	1	(14,3%)	-	-	2	(7,7%)
Não	9	(90,0%)	6	(100,0%)	6	(85,7%)	3	(100,0%)	24	(92,3%)

**Alteração do sono
após o trauma**

Sim	15	(53,6%)	13	(56,5%)	17	(68,0%)	3	(33,3%)	48	(56,5%)
Não	13	(46,4%)	10	(43,5%)	8	(32,0%)	6	(66,6%)	37	(43,5%)

**Alteração do
apetite após o
trauma**

Sim	6	(21,4%)	4	(17,4%)	9	(36,0%)	2	(22,2%)	21	(24,7%)
Não	22	(78,6%)	19	(82,6%)	16	(64,0%)	7	(77,7%)	64	(75,3%)

* O "N" destas variáveis é 24, refere-se apenas às pessoas que se declararam fumantes.

** O "N" destas variáveis é 26, refere-se às pessoas que se declararam consumidoras de bebidas alcóolicas.

No perfil dos traumas encontrados na amostra evidencia-se certa equivalência entre os tipos de acidentes. Encontrou-se: acidentes de trânsito 32,9% (28/85), domésticos 27,1% (23/85), de trabalho 29,4% (25/85) e outros 10,5% (9/85). Em relação ao sexo houve predomínio do sexo feminino 57,7% (49/85). A faixa etária predominante foi a de 40-59 anos, com 48,2% (41/85) da amostra. Em relação aos diversos tipos de acidentes e faixa etária observou-se que nos indivíduos com idade acima de 60 anos 25,9% (22/85), metade deles sofreram acidentes domésticos. Na faixa de 40-59 anos 48,2% (41/85) houve prevalência dos acidentes de trânsito e de trabalho 70,7% (29/41).

A raça branca representou 54,1% (46/85) da amostra.

Quanto à crença religiosa houve predomínio da religião católica com 54,1% (46/85) da amostra.

Em relação à ocupação atual 1/3 encontravam-se ativos durante o processo de reabilitação. Entre estes, estavam os trabalhadores de empresa privada 14,1% (12/85), os empregados de empresas públicas 4,7% (4/85) e os profissionais autônomos, 16,5% (14/85).

Dos participantes que não se encontram em atividade produtiva neste período, 18,8% (16/85) eram aposentados, 29,4% (25/85) estavam afastados devido ao trauma, 2,4% (2/85) eram estudantes e outros 14,1% (12/85) estavam desempregados.

A renda mensal predominante dos participantes do trabalho era de dois a quatro salários mínimos 61,2% (52/85)².

Quanto à escolaridade, observou-se que 40,0% (34/85) dos entrevistados tem o primeiro grau incompleto. Aqueles que disseram não serem alfabetizados representaram 10,6% (9/85) da amostra, 3,5% (3/81) tinham curso superior e 2,4% (2/85) pós-graduação.

A situação conjugal predominante no estudo era de pessoas que tinham companheiro, entre casados 18,8% (16/85) e em união estável 35,3% (30/85).

Os dias de terça 20% (17/85), quarta 16,5% (14/85) e quinta feira 14,1% (12/85) representaram os dias de maior ocorrência de traumas. O horário de maior incidência dos traumas foi no período da tarde 45,9% (39/85) do total.

Declararam-se tabagistas 28,2% (24/85) da amostra, o cigarro comercializado mostrou-se como a preferência de 91,7% (22/24). Dos tabagistas, sete (29,2%) disseram ter aumentado a quantidade de consumo de tabaco depois do trauma.

O consumo de bebida alcoólica foi declarado por 30,6% (26/85), e os fermentados foram a preferência de 88,5% (23/26) da amostra. Das pessoas que disseram consumir bebida alcoólica, duas pessoas 7,7% (2/26) aumentaram o consumo de bebida alcoólica após o trauma.

A alteração do sono foi relatada por 56,5% (48/85) das vítimas de trauma e a alteração do apetite ocorreu em 24,7% (21/85) dos participantes do estudo.

² O valor do salário mínimo em Minas Gerais é de R\$ 724, 00 desde 1º de janeiro de 2014.

7.3 Relação entre ansiedade, depressão e seus sinais e sintomas

Gráfico 1 - Apresentação dos transtornos de ansiedade e depressão significativos das vítimas de trauma referenciados a uma unidade especializada em reabilitação. UER, Uberaba (MG), 2013-2014.

No gráfico 1 observa-se que de um total de 85 participantes do estudo 25,9% (22/85) apresentaram somente a ansiedade significativa. Os indivíduos que apresentaram somente os sintomas de depressão em seu nível significativo foram 4,7% (4/85). E os participantes que apresentaram concomitantemente ansiedade e depressão significativos foram 17,6% (15/85).

Do total da amostra 51,8% (44/85) não apresentaram ansiedade, nem depressão em seus níveis significativos.

A tabela 2 apresenta a distribuição das vítimas de trauma que apresentaram sinais e sintomas de ansiedade significativa (moderada e grave), nos indicadores do BAI.

Tabela 2 - Distribuição das vítimas de trauma de acordo com as respostas referentes à frequência de indicadores (sinais e sintomas) de ansiedade significativa. UER de Uberaba (MG), 2013-2014.

Descritores	Ansiedade		
	Moderada 70,3% (N = 26)	Grave 29,7% (N = 11)	Total 100% (N = 37)
1. Dormência ou formigamento	42,3% (11/26)	72,7% (8/11)	51,4% (19/37)
2. Sensação de calor	65,4% (17/26)	90,9% (10/11)	73,0% (27/37)
3. Tremores nas pernas	7,7% (2/26)	36,4% (4/11)	16,2% (6/37)
4. Incapaz de relaxar	61,5% (16/26)	90,9% (10/11)	70,3% (26/37)
5. Medo que aconteça o pior	76,9% (20/26)	72,7% (8/11)	75,7% (28/37)
6. Atordoado ou tonto	15,4% (4/26)	63,6% (7/11)	29,7% (11/37)
7. Palpitação ou aceleração do coração	42,3% (11/26)	63,6% (7/11)	48,6% (18/37)
8. Sem equilíbrio	3,8% (1/26)	36,4% (4/11)	13,5% (5/37)
9. Aterrorizado	23,1% (6/26)	54,5% (6/11)	32,4% (12/37)
10. Nervoso	73,1% (19/26)	72,7% (8/11)	73,0% (27/37)
11. Sensação de sufocação	26,9% (7/26)	45,5% (5/11)	32,4% (12/37)
12. Tremores nas mãos	-	45,5% (5/11)	13,5% (5/37)
13. Trêmulo	-	-	-
14. Medo de perder o controle	57,7% (15/26)	54,5% (6/11)	56,8% (21/37)
15. Dificuldade de respirar	3,8% (1/26)	36,4% (4/11)	13,5% (5/37)
16. Medo de morrer	34,6% (9/26)	45,5% (5/11)	37,8% (14/37)
17. Assustado	38,5% (10/26)	54,5% (6/11)	43,2% (16/37)
18. Indigestão ou desconforto no abdômen	26,9% (7/26)	63,6% (7/11)	37,8% (14/37)
19. Sensação de desmaio	3,8% (1/26)	18,2% (2/11)	8,1% (3/37)
20. Rosto afogueado	23,1% (6/26)	45,5% (5/11)	29,7% (11/37)
21. Suor (não devido ao calor)	34,6% (9/26)	72,7% (8/11)	45,9% (17/37)

Observa-se na tabela 2 que os indicadores (sinais e sintomas) de ansiedade moderada que se destacaram foram: sensação de calor 65,4% (17/26), incapaz de relaxar 61,5% (16/26), medo que aconteça o pior 76,9% (20/26), nervoso 73,1% (19/26) e medo de perder o controle 57,7% (15/26).

Quanto aos indicadores que mais contribuíram para um nível de ansiedade grave foram: dormência ou formigamento 72,7% (8/11), sensação de calor 90,9% (10/11), incapaz de relaxar 90,9% (10/11), medo que aconteça o pior 72,7% (8/11), atordoado ou tonto 63,6% (7/11), palpitação ou aceleração do coração 63,6% (7/11), aterrorizado 54,5% (6/11), nervoso 72,7% (8/11), medo de perder o controle 54,5% (6/11), assustado 54,5% (6/11), indigestão ou desconforto no abdômen 63,6% (7/11) e suor 72,7% (8/11).

No total, os indicadores que mais contribuíram para um nível de ansiedade significativa foram: dormência ou formigamento 51,4% (19/37), sensação de calor 73,0% (27/37), incapaz

de relaxar 70,3% (26/37), medo que aconteça o pior 75,7% (28/37), nervoso 73,0% (27/37) e medo de perder o controle 56,8% (21/37).

A tabela 3 apresenta a distribuição das vítimas de trauma que apresentaram sintomas de depressão significativa (moderada e grave), nos indicadores do BDI.

Tabela 3 - Distribuição das vítimas de trauma de acordo com as respostas referentes à frequência de indicadores de depressão significativa. UER de Uberaba (MG), 2013-2014.

Descritores	Depressão		
	Moderada 73,7% (N=14)	Grave 26,3% (N=5)	Total 100% (N=19)
1. Tristeza	50,0% (7/14)	80,0% (4/5)	57,9% (11/19)
2. Pessimismo	35,7% (5/14)	80,0% (4/5)	47,4% (9/19)
3. Sensação de fracasso	21,4% (3/14)	60,0% (3/5)	31,8% (6/19)
4. Falta de satisfação	28,6% (4/14)	60,0% (3/5)	36,8% (7/19)
5. Sensação de culpa	28,6% (4/14)	20,0% (1/5)	26,3% (5/19)
6. Sensação de punição	35,7% (5/14)	60,0% (3/5)	42,1% (8/19)
7. Autodepreciação	7,1% (1/14)	-	5,3% (1/19)
8. Autoacusação	21,4% (3/14)	20,0% (1/5)	21,1% (4/19)
9. Ideias suicidas	14,3% (2/14)	80,0% (4/5)	31,8% (6/19)
10. Crises de choro	42,8% (6/14)	60,0% (3/5)	47,4% (9/19)
11. Irritabilidade	42,8% (6/14)	40,0% (2/5)	42,1% (8/19)
12. Retração social	14,3% (2/14)	60,0% (3/5)	26,3% (5/19)
13. Indecisão	28,6% (4/14)	80,0% (4/5)	42,1% (8/19)
14. Distorção da imagem corporal	21,4% (3/14)	60,0% (3/5)	31,8% (6/19)
15. Inibição para o trabalho	35,7% (5/14)	60,0% (3/5)	42,1% (8/19)
16. Distúrbio do sono	14,3% (2/14)	80,0% (4/5)	31,8% (6/19)
17. Fadiga	57,1% (8/14)	100,0% (5/5)	68,4% (13/19)
18. Perda de apetite	7,1% (1/14)	20,0% (1/5)	10,5% (2/19)
19. Perda de peso	7,1% (1/14)	40,0% (2/5)	15,8% (3/19)
20. Preocupação somática	71,4% (10/14)	80,0% (4/5)	73,7% (14/19)
21. Diminuição de libido	50,0% (7/14)	100,0% (5/5)	63,2% (12/19)

A tabela 3 apresenta os indicadores de depressão moderada que mais se destacaram: tristeza 50,0% (7/14), fadiga 57,1% (8/14), preocupação somática 71,4% (10/14) e diminuição da libido 50,0% (7/14).

Quanto aos descritores que mais contribuíram para um nível de depressão grave foram: tristeza 80,0% (4/5), pessimismo 80,0% (4/5), sensação de fracasso 60,0% (3/5), falta de satisfação 60,0% (3/5), sensação de punição 60,0% (3/5), ideias suicidas 80,0% (4/5), crises de choro 60,0% (3/5), retração social 60,0% (3/5), indecisão 80,0% (4/5), distorção da imagem corporal 60,0% (3/5), inibição para o trabalho 60,0% (3/5), distúrbio do sono 80,0%

(4/5), fadiga 100,0% (5/5), preocupação somática 80,0% (4/5) e diminuição da libido 100,0% (5/5).

No total, os descritores que mais contribuíram para um nível de depressão significativa foram: tristeza 57,9% (11/19), fadiga 68,4% (13/19), preocupação somática 73,7% (14/19) e diminuição da libido 63,2% (12/19).

7.4 Relação entre ansiedade, depressão e os tipos de trauma

A tabela 4 apresenta a relação entre níveis de ansiedade³ e depressão⁴, conforme os tipos de trauma da população estudada.

Tabela 4 – Distribuição dos níveis de ansiedade e depressão das vítimas de trauma conforme os tipos de acidentes – UER de Uberaba (MG), 2013/2014.

Variáveis	Tipo de Trauma								Total	
	Acidente de Trânsito		Acidente Doméstico		Acidente de Trabalho		Outros			
	28	(32,9%)	23	(27,1%)	25	(29,4%)	9	(10,6%)		85
Ansiedade										
Mínima	9	(32,1%)	4	(17,4%)	10	(40,0%)	3	(33,3%)	26	(30,6%)
Leve	4	(14,3%)	9	(39,1%)	6	(24,0%)	3	(33,3%)	22	(25,9%)
Moderada	11	(39,3%)	6	(26,1%)	7	(28,0%)	2	(22,2%)	26	(30,6%)
Grave	4	(14,3%)	4	(17,4%)	2	(8,0%)	1	(11,1%)	11	(12,9%)
Depressão										
Mínima	17	(60,7%)	14	(60,9%)	15	(60,0%)	8	(88,9%)	54	(63,5%)
Leve	4	(14,3%)	4	(17,4%)	4	(16,0%)	-	-	12	(14,1%)
Moderada	5	(17,9%)	5	(21,7%)	3	(12,0%)	1	(11,1%)	14	(16,5%)
Grave	2	(7,1%)	-	-	3	(12,0%)	-	-	5	(5,9%)

A ansiedade está presente no dia a dia de cada cidadão, no entanto é considerada significativa acima de 16 pontos, no BAI. No estudo, 30,6% (26/85) apresentaram ansiedade moderada e 12,9% (11/85) ansiedade grave. Entre os tipos de acidentes, os que apresentaram maior grau de ansiedade foram: acidente de trânsito 39,3% (11/28) ansiedade moderada e 14,3% (4/28) ansiedade grave; acidente doméstico 26,1% (6/23) para ansiedade moderada e 17,4% (4/23) para ansiedade grave e os acidentes de trabalho 28% (7/25) com ansiedade moderada.

³ No Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) é considerado nível significativo de ansiedade o que se situa acima de 16 pontos, em uma escala que vai de zero a 63 pontos.

⁴ O Inventário de Depressão de Beck (BDI) considera depressão moderada e grave, a pontuação acima de 20 pontos, em uma escala que vai de zero a 63 pontos.

Quanto aos níveis de depressão, os acidentes de trânsito apresentaram 17,9% (5/28) de vítimas com estado de depressão moderada e depressão grave 7,1% (2/28); nos acidentes domésticos 21,7% (5/23) apresentaram depressão moderada; nos acidentes de trabalho observou-se 12% (3/25) de nível moderado e 12% (3/25) nível grave de depressão.

O nível de ansiedade mínima ficou em 30,6% (26/85) e a ansiedade leve 25,9% (22/85) do total das vítimas de trauma em reabilitação que participaram da pesquisa. A depressão mostrou-se em seu nível mínimo em 63,5% (54/85) das pessoas que participaram do estudo, em todos os tipos de acidente.

7.5 Análise univariada dos fatores associados à ansiedade significativa

A tabela 5 apresenta a caracterização das vítimas de trauma que buscaram uma unidade especializada em reabilitação.

Tabela 5 – Análise univariada dos fatores associados à ansiedade significativa com: sexo, faixa etária, cor/raça, crença religiosa, ocupação atual, renda mensal, escolaridade, situação conjugal, dia do trauma, período do dia do trauma, tabagismo, aumento do consumo de tabaco, consumo de bebida alcoólica, aumento do consumo de bebida, alterações do sono e alterações do apetite, nas vítimas de trauma atendidas em unidade especializada em reabilitação (UER). Uberaba (MG), 2013-2026.

Variáveis	Nível de ansiedade		Escores		P-valor
	Moderado 70,3% (N=26)	Grave 29,7% (N=11)	Total 100% (N=37)	Média (Desvio padrão)	
Sexo					
Masculino	23,1% (6/26)	9,1% (1/11)	18,9% (7/37)	22,4 (6,0)	0,459
Feminino	76,9% (20/26)	90,9% (10/11)	81,1% (30/37)	24,8 (7,3)	
Faixa etária					
18-39	30,7% (8/26)	36,4% (4/11)	32,4% (12/37)	24,3 (7,3)	0,342
40-59	57,7% (15/26)	27,3% (3/11)	48,6% (18/37)	22,8 (5,9)	
60 e mais	11,5% (3/26)	36,4% (4/11)	18,9% (7/37)	28,7 (8,4)	
Cor/raça					
Branca	53,8% (14/26)	72,7% (8/11)	59,5% (22/37)	25,7 (7,5)	0,362
Preta	11,5% (3/26)	-	8,1% (3/37)	20,3 (3,8)	
Parda	34,6% (9/26)	27,3% (3/11)	32,4% (12/37)	22,9 (6,4)	
Crença religiosa					
Católica	42,3% (11/26)	36,4% (4/11)	40,5% (15/37)	23,9 (6,0)	0,703
Espírita	26,9% (7/26)	18,2% (2/11)	24,3% (9/37)	24,2 (7,3)	
Umbanda	7,7% (2/26)	9,1% (1/11)	8,1% (3/37)	22,3 (6,8)	
Evangélica	19,2% (5/26)	27,3% (3/11)	21,6% (8/37)	25,5 (9,2)	
Ateu/sem religião	3,8 (1/26)	-	2,7% (1/37)	20,0	
Outra	-	9,1% (1/11)	2,7% (1/37)	35,0	
Ocupação atual					
Empresa privada	23,1% (6/26)	-	16,2% (6/37)	18,3 (3,4)	0,124
Funcionário público	3,8 (1/26)	-	2,7% (1/37)	23,0	
Autônomo	19,2% (5/26)	36,4% (4/11)	24,3% (9/37)	27,1 (8,1)	
Aposentado	11,5% (3/26)	18,2% (2/11)	13,5% (5/37)	26,4 (6,1)	
Afastado	26,9% (7/26)	45,5% (5/11)	32,4% (12/37)	25,8 (7,6)	
Estudante	3,8 (1/26)	-	2,7% (1/37)	17,0	
Outro	11,5% (3/26)	-	8,1% (3/37)	22,3 (2,5)	
Renda mensal					
Até dois salários mínimos	23,1% (6/26)	45,5% (5/11)	29,7% (11/37)	28,4 (8,3)	0,128
De dois a quatro salários	61,5% (16/26)	54,5% (6/11)	59,5% (22/37)	22,8 (6,2)	
De quatro a seis salários	11,5% (3/26)	-	8,1% (3/37)	23,3 (1,5)	
Não deseja declarar	3,8 (1/26)	-	2,7% (1/37)	19,0	

Continua

Continuação**Escolaridade**

I grau incompleto	23,1% (6/26)	45,5% (5/11)	29,7% (11/37)	25,8 (6,7)	0,448
I grau completo	7,7% (2/26)	18,2% (2/11)	10,8% (4/37)	28,3 (11,4)	
II grau incompleto	7,7% (2/26)	9,1% (1/11)	8,1% (3/37)	23,7 (7,1)	
II grau completo	46,2% (12/26)	9,1% (1/11)	35,1% (13/37)	22,5 (5,2)	
Superior incompleto	3,8 (1/26)	-	2,7% (1/37)	17,0	
Superior completo	3,8 (1/26)	-	2,7% (1/37)	16,0	
Analfabeto	7,7% (2/26)	18,2% (2/11)	10,8% (4/37)	27,0 (8,9)	

Situação conjugal

Solteiro	26,9% (7/26)	9,1% (1/11)	21,6% (8/37)	21,6 (6,0)	0,188
Casado	34,6% (9/26)	27,3% (3/11)	32,4% (12/37)	23,1 (5,4)	
Separado/divorciado	19,2% (5/26)	18,2% (2/11)	18,9% (7/37)	24,6 (10,4)	
Viúvo	-	18,2% (2/11)	5,4% (2/37)	33,0 (1,4)	
União estável	19,2% (5/26)	27,3% (3/11)	21,6% (8/37)	26,8 (6,3)	

Dia do trauma

Segunda	11,5% (3/26)	-	8,1% (3/37)	18,7 (3,1)	0,155
Terça	11,5% (3/26)	36,4% (4/11)	18,9% (7/37)	27,3 (7,2)	
Quarta	23,1% (6/26)	18,2% (2/11)	21,6% (8/37)	22,0 (5,2)	
Quinta	15,4% (4/26)	-	10,8% (4/37)	21,0 (1,4)	
Sexta	11,5% (3/26)	9,1% (1/11)	10,8% (4/37)	26,8 (7,5)	
Sábado	11,5% (3/26)	9,1% (1/11)	10,8% (4/37)	22,3 (7,8)	
Domingo	7,7% (2/26)	9,1% (1/11)	8,1% (3/37)	24,3 (9,7)	
Não se recorda	7,7% (2/26)	18,2% (2/11)	10,8% (4/37)	31,5 (8,5)	

Período do dia do trauma

Manhã	38,5% (10/26)	18,2% (2/11)	32,4% (12/37)	22,8 (6,2)	0,433
Tarde	42,3% (11/26)	72,7% (8/11)	51,4% (19/37)	26,1 (7,6)	
Noite	19,2% (5/26)	9,1% (1/11)	16,2% (6/37)	22,0 (6,2)	

Tabagismo

Sim	26,9% (7/26)	27,3% (3/11)	27,0% (10/37)	24,7 (6,7)	0,655
Não	73,1% (19/26)	72,7% (8/11)	73,0% (27/37)	24,3 (7,2)	

Aumento do consumo de tabaco*

Sim	28,6% (2/7)	100% (3/3)	50,0% (5/10)	28,4 (7,6)	0,093
Não	71,4% (5/7)	-	50,0% (5/10)	21,0 (3,2)	

Consumo de bebida alcoólica

Sim	30,7% (8/26)	36,4% (4/11)	32,4% (12/37)	24,9 (6,8)	0,591
Não	69,2% (18/26)	63,6% (7/11)	67,6% (25/37)	24,1 (7,3)	

Alterações do sono

Sim	61,5% (16/26)	63,6% (7/11)	62,2% (23/37)	25,0 (7,6)	0,620
Não	38,5% (10/26)	36,4% (4/11)	37,8% (14/37)	23,3 (5,9)	

Continua

Conclusão

Alterações do apetite

Sim	23,1% (6/26)	54,5% (6/11)	32,4% (12/37)	26,2 (8,0)	0,464
Não	76,9% (20/26)	45,5% (5/11)	67,6% (25/37)	23,5 (6,5)	

* O “N” desta variável refere-se aos participantes que declararam fazer uso de tabaco.

De acordo com a tabela 5 observa-se que há uma prevalência do número de mulheres com ansiedade significativa 81,1% (30/37). Há o predomínio de indivíduos na faixa etária de 40-59 apresenta 48,6% (18/37), a cor branca 59,5% (22/37) e a religião católica 40,5% (15/37).

Quanto à ocupação atual, as pessoas que se afastaram do trabalho pelo trauma sofrido representam 32,4% (12/37) da amostra que apresenta ansiedade significativa. O salário predominante dessas vítimas é de dois a quatro 59,5% (22/37) e a escolaridade com segundo grau completo é 35,1% (13/37).

Os casados representam 32,4% (12/37) e a quarta feira representou o dia de maior incidência de acidentes que trouxe ansiedade significativa 21,6% (8/37), bem como o período da tarde 51,4% (19/37).

Das pessoas que relataram o uso de tabaco, 27,0% (10/37) apresentaram ansiedade significativa e 50,0% (5/10) destas aumentaram o consumo de tabaco após o trauma.

O consumo de bebida alcoólica foi referido por 32,4% (12/37) dos participantes que apresentaram ansiedade significativa. A alteração do sono ficou em 62,2% (23/37) e a alteração do apetite em 32,4% (12/37) desta amostra.

O teste Wilcoxon foi aplicado para variáveis que apresentaram apenas duas respostas distintas e Kruskal-Wallis para variáveis que apresentaram três ou mais respostas. Em nenhuma variável foi verificada relação com o nível de ansiedade significativa.

7.6 Análise univariada dos fatores associados à depressão significativa

A tabela 6 apresenta a caracterização das vítimas de trauma que buscaram uma unidade especializada em reabilitação.

Tabela 6 – Análise univariada dos fatores associados à depressão significativa com: sexo, faixa etária, cor/raça, crença religiosa, ocupação atual, renda mensal, escolaridade, situação conjugal, dia do trauma, período do dia do trauma, tabagismo, aumento do consumo de tabaco, consumo de bebida alcoólica, aumento do consumo de bebida, alterações do sono e alterações do apetite, nas vítimas de trauma atendidas em unidade especializada em reabilitação (UER). Uberaba (MG), 2013-2014.

Variáveis	Nível de depressão		Total		Escores		P-valor
	Moderado 73,7% (N=14)	Grave 26,3% (N=5)	100% (N=19)		Média (Desvio padrão)		
Sexo							
Masculino	28,6% (4/14)	20,0% (1/5)	26,3% (5/19)		22,6 (4,9)	0,056	
Feminino	71,4% (10/14)	80,0% (4/5)	73,7% (14/19)		28,4 (8,1)		
Faixa etária – (em anos)							
18-39	21,4% (3/14)	20,0% (1/5)	21,1% (4/19)		25,5 (4,9)	0,988	
40-59	50,0% (7/14)	80,0% (4/5)	57,9% (11/19)		28,2 (9,6)		
60 e mais	28,6% (4/14)	-	21,1% (4/19)		24,8 (3,6)		
Cor/raça							
Branca	71,4% (10/14)	100% (5/5)	78,9% (15/19)		27,9 (8,4)	0,445	
Preta	14,3% (2/14)	-	10,5% (2/19)		21,5 (2,1)		
Parda	14,3% (2/14)	-	10,5% (2/19)		25,0		
Crença religiosa							
Católica	50,0% (7/14)	20,0% (1/5)	42,1% (8/19)		24,4 (8,5)	0,210	
Espírita	21,4% (3/14)	40,0% (2/5)	26,3% (5/19)		27,8 (6,8)		
Evangélica	28,6% (4/14)	20,0% (1/5)	26,3% (5/19)		29,2 (8,4)		
Ateu/sem religião	-	20,0% (1/5)	5,3% (1/19)		31,0		
Ocupação atual							
Empresa privada	14,3% (2/14)	-	10,5% (2/19)		23,5 (2,1)	0,991	
Autônomo	21,4% (3/14)	20,0% (1/5)	21,1% (4/19)		28,8 (11,4)		
Aposentado	21,4% (3/14)	-	15,8% (3/19)		24,7 (2,1)		
Afastado	21,4% (3/14)	60,0% (3/5)	31,8% (6/19)		28,5 (9,3)		
Outro	21,4% (3/14)	20,0% (1/5)	21,1% (4/19)		26,0 (7,6)		
Renda mensal							
Até dois salários mínimos	35,7% (5/14)	60,0% (3/5)	42,1% (8/19)		26,9 (3,5)	0,575	
De dois a quatro salários	50,0% (7/14)	20,0% (1/5)	42,1% (8/19)		26,4 (10,0)		
De quatro a seis salários	7,1% (1/14)	20,0% (1/5)	10,5% (2/19)		32,5 (16,3)		
Não deseja declarar	7,1% (1/14)	-	5,3% (1/19)		20,0		

Continua

Conclusão						
Escolaridade						
I grau incompleto	50,0% (7/14)	20,0% (1/5)	42,1% (8/19)	24,9 (8,4)	0,447	
I grau completo	14,3% (2/14)	-	10,5% (2/19)	26,5 (2,1)		
II grau incompleto	-	20,0% (1/5)	5,3% (1/19)	37,0		
II grau completo	21,4% (3/14)	40,0% (2/5)	26,3% (5/19)	28,4 (9,9)		
Superior completo	7,1% (1/14)	-	5,3% (1/19)	22,0		
Analfabeto	7,1% (1/14)	20,0% (1/5)	10,5% (2/19)	29,0 (2,8)		
Situação conjugal						
Solteiro	21,4% (3/14)	-	15,8% (3/19)	20,7 (2,1)	0,221	
Casado	21,4% (3/14)	40,0% (2/5)	26,3% (5/19)	31,0 (12,5)		
Separado/divorciado	28,6% (4/14)	20,0% (1/5)	26,3% (5/19)	24,8 (4,4)		
Viúvo	14,3% (2/14)	-	10,5% (2/19)	25,5 (2,1)		
União estável	14,3% (2/14)	40,0% (2/5)	21,1% (4/19)	29,8 (5,9)		
Dia do trauma						
Segunda	7,1% (1/14)	-	5,3% (1/19)	21,0	0,062	
Terça	21,4% (3/14)	-	15,8% (3/19)	25,3 (1,5)		
Quarta	21,4% (3/14)	-	15,8% (3/19)	21,3 (3,2)		
Quinta	7,1% (1/14)	-	5,3% (1/19)	20,0		
Sexta	7,1% (1/14)	20,0% (1/5)	10,5% (2/19)	27,5 (6,4)		
Sábado	21,4% (3/14)	-	15,8% (3/19)	21,7 (0,6)		
Domingo	-	20,0% (1/5)	5,3% (1/19)	31,0		
Não se recorda	14,3% (2/14)	60,0% (3/5)	26,3% (5/19)	35,8 (9,1)		
Período do dia do trauma						
Manhã	35,7% (5/14)	20,0% (1/5)	31,8% (6/19)	24,8 (6,4)	0,289	
Tarde	50,0% (7/14)	80,0% (4/5)	57,9% (11/19)	28,9 (8,6)		
Noite	14,3% (2/14)	-	10,5% (2/19)	22,0 (4,2)		
Tabagismo						
Sim	14,3% (2/14)	40,0% (2/5)	21,1% (4/19)	28,5 (7,0)	0,482	
Não	85,7% (12/14)	60,0% (3/5)	78,9% (15/19)	26,5 (8,1)		
Aumento do consumo de tabaco*						
Sim	-	100% (2/2)	50,0% (2/4)	34,0 (4,2)	0,333	
Não	100% (2/2)	-	50,0% (2/4)	23,0 (2,8)		
Consumo de bebida alcoólica						
Sim	28,6% (4/14)	20,0% (1/5)	26,3% (5/19)	25,0 (3,7)	1,0	
Não	71,4% (10/14)	80,0% (4/5)	73,7% (14/19)	27,6 (8,8)		
Alterações do sono						
Sim	50,0% (7/14)	80,0% (4/5)	57,9% (11/19)	27,3 (7,7)	0,702	
Não	50,0% (7/14)	20,0% (1/5)	42,1% (8/19)	26,1 (8,3)		
Alterações do apetite						
Sim	14,3% (2/14)	60,0% (3/5)	26,3% (5/19)	30,0 (9,9)	0,429	
Não	85,7% (12/14)	40,0% (2/5)	73,7% (14/19)	25,8 (6,9)		

* Refere-se aos participantes que declararam fazer uso de tabaco.

A tabela 6 apresenta uma prevalência do sexo feminino 73,7% (14/19) com depressão em seu nível significativo. Predomínio de indivíduos na faixa etária de 40-59 apresenta 57,9% (11/19), a cor branca 78,9% (15/19) e a religião católica 42,1% (8/19).

Quanto à ocupação atual, 31,8% (6/19) das pessoas que se afastaram do trabalho pelo trauma sofrido apresentaram depressão significativa. 42,1% (8/19) destas vítimas recebem até dois salários mínimos e o mesmo número recebe de dois a quatro salários. E a escolaridade predominante nesta amostra é de vítimas com I grau incompleto 42,1% (8/19).

As pessoas que relataram ser casadas ou separadas/divorciadas apresentaram igualmente 26,3% (5/19) das vítimas com depressão significativa. Aqueles indivíduos que não se recordam do dia do acidente se destacaram com 26,3% (5/19) e o período da tarde 57,9% (11/19).

Das pessoas que referiram o uso de tabaco, 21,1% (4/19) apresentaram nível de depressão significativa e destes 50,0% (2/4) disseram ter aumentado o consumo de tabaco após o trauma.

O consumo de bebida alcoólica foi relatado por 26,3% (5/19) dos participantes que apresentaram depressão significativa. A alteração do sono ficou em 57,9% (11/19) e a alteração do apetite em 26,3% (5/19) desta amostra.

O teste Wilcoxon foi aplicado para as variáveis que apresentaram apenas duas respostas distintas e Kruskal-Wallis para variáveis que apresentaram três ou mais respostas. Em nenhuma variável foi verificada relação com o nível de depressão significativa.

8 DISCUSSÃO

Lesões e violências constituem uma ameaça à saúde em todos os países do mundo (WHO, 2012). Basicamente constituídas por eventos relacionados a acidentes e violências, as causas externas são um complexo de disfunções de natureza e gênese distintas e o ônus de suas consequências recai diretamente sobre o setor saúde. Esses são responsáveis por 9% da mortalidade mundial - mais de cinco milhões de mortes todos os anos (WHO, 2012).

Wrenger et al. (2008) referem que um dos eventos de maior impacto traumático na população mundial é a exposição a uma lesão física, devido a acidentes. De Carlo et al. (2007) comentam que as sequelas produzidas por eventos traumáticos culminam com a restrição das atividades e da participação social, com perda da qualidade de vida.

À luz desta calamidade de saúde pública e maior consciência dos danos provocados por lesões e violência, está existindo em alguns países, um movimento de envolvimento das políticas públicas e programas de prevenção das causas externas (WHO, 2014). Agências governamentais e não governamentais em alguns países, têm reforçado os sistemas de coleta de dados e implementado melhorias nos serviços de atendimento a vítimas e sobreviventes de causas externas, além de intensificar os esforços no sentido de prevenção contra este tipo de agravo (WHO, 2014).

No Brasil, o Ministério da Saúde lançou uma estratégia para humanizar e melhorar o atendimento de vítimas de causas externas. Foram publicadas duas portarias para criar a Linha de Cuidado ao Trauma na Rede de Atenção às Urgências e Emergências do SUS (Brasil 2013a).

Além disso, o MS estabeleceu regras para habilitação de centros especializados em trauma. Os principais objetivos das medidas são organizar a rede hospitalar, padronizar e agilizar o atendimento às vítimas de violências e acidentes em geral e, com isso, evitar óbitos, complicações e sequelas graves (Brasil 2013a).

Essas medidas estabelecidas pela portaria 1365, de 8 de julho de 2013, “aprova e institui a Linha de Cuidado ao Trauma na Rede de Atenção às Urgências e Emergências” e portaria 1366, de 8 de julho de 2013, “estabelece a organização dos Centros de Trauma, estabelecimentos de saúde integrantes da Linha de Cuidado ao Trauma da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) no âmbito do SUS” dizem respeito ao atendimento predominantemente relacionado à reabilitação física do paciente, não há uma abordagem específica sobre aspectos psicológicos. Em um estudo realizado com vítimas de trauma internadas em hospital universitário, Vaz (2012) diz que menos de 1% das vítimas recebeu atendimento psicológico.

Kendrick et al. (2012) afirmam que no processo de reabilitação de trauma muitas pessoas estarão sentindo dor, terão problemas de mobilidade, desenvolverão ansiedade e depressão. Neste contexto é importante que os pacientes sejam encorajados a buscar ajuda nos serviços de atenção primária.

A interrupção das atividades pelo processo de um trauma reflete diretamente no estado emocional do indivíduo. Ser obrigado a paralisar o cotidiano para buscar a recuperação da saúde traz como consequência o aumento do estado de ansiedade e às vezes gera depressão. O que se percebe como resultado deste estudo é que um número considerável de pessoas 48,2% (41/85) de toda a amostra se encaixa neste perfil.

Para melhor estudar os traumas mais frequentes, estes foram categorizados em quatro tipos: acidentes de trânsito, doméstico, de trabalho e outros, totalizando 85 participantes deste estudo.

No estudo de Freitas, Rodrigues e Maia (2009) verificou-se que os tipos de acidentes mais frequentes foram: 47,1% acidentes de trânsito, 33,3% acidentes domésticos e 19,6% acidentes de trabalho. Outros tipos não foram citados. No presente estudo 32,9% (28/85) tiveram acidente de trânsito, 27,1% (23/85) acidentes domésticos, 29,4% (25/85) acidente de trabalho e outros acidentes representaram 10,6% (9/85) da amostra.

Na Alemanha, Sass e Stang (2013) relataram que dos sujeitos que precisaram de atendimento médico por lesões não intencionais, os acidentes de trânsito foram 22,2%, os acidentes domésticos 27,4%, acidentes de trabalho 21,6% e outros tipos de acidentes somaram 28,8%.

Observa-se na comparação de dados dos estudos realizados no Brasil e na Alemanha que os tipos de acidentes apresentaram uma sensível de diferença. Enquanto no Brasil os acidentes de trânsito continuam a ser prevalentes, na Alemanha observa-se que acidentes domésticos estão em maior número. Corroborando os resultados de Sass e Stang (2013), dados da Eurosafe (2013) apontam para uma redução dos acidentes de trânsito e de trabalho em toda a Europa, enquanto ainda permanecem altos os índices de acidentes domésticos.

8.1 Dados sociodemográficos gerais

De acordo com a portaria nº 1.600 de 7 de julho de 2011 que “reformula a política nacional de atenção às urgências e institui a rede de atenção às urgências no SUS”, o acolhimento com classificação do risco, a qualidade e a resolutividade na atenção constituem

a base do processo e dos fluxos assistenciais de toda Rede de Atenção às Urgências e devem ser requisitos de todos os pontos de atenção (BRASIL, 2011b).

A avaliação de risco é feita na porta de entrada do atendimento às vítimas de acidentes. Em Uberaba, desde 7 de outubro de 2011, está sendo adotada a classificação de risco com base nos critérios clínicos estabelecidos no protocolo, o profissional classificará o caso em uma das quatro situações: azul – NÃO URGENTE, verde – POUCO URGENTE, amarelo – URGENTE e vermelho – EMERGÊNCIA ABSOLUTA. A classificação é feita a partir das queixas, sinais, sintomas, sinais vitais, saturação de O₂, escala de dor, glicemia entre outros. O sistema faz parte do Programa Nacional de Humanização, do Ministério da Saúde (UBERABA, 2011b).

O perfil dos participantes avaliados no presente estudo refere-se aos pacientes que receberam a referência para uma unidade de reabilitação. A UER é uma policlínica de esfera municipal, credenciada para atendimento ambulatorial, com atenção básica e de média complexidade (UBERABA, 2012). De acordo com a avaliação de risco os indivíduos que sofreram acidentes mais graves são referenciados ao Centro de Reabilitação da Universidade pública do município (UFTM), que é a única na cidade credenciada para tais atendimentos.

A maioria dos trabalhos referentes a vítimas de traumas realizaram suas pesquisas em prontos socorros, ou internados, configurando pacientes mais graves, conforme descreveram outros autores (BASTOS; ANDRADE; SOARES, 2005; SANTOS et al., 2008).

Por este motivo a amostra do presente estudo trouxe algumas variações em comparação com outros estudos, nacionais e internacionais. Haverá diferenças significativas quanto ao sexo, faixa etária e dia do trauma.

Quanto ao sexo, no presente estudo encontrou-se predomínio do sexo feminino 57,7% (49/85). De acordo com Ungari et al. (2012), nas últimas três décadas, tem havido um aumento crescente dos traumas em mulheres, principalmente antes dos 40 anos de idade. Isto é devido a mudanças comportamentais da mulher na sociedade, incluindo um maior número de mulheres motoristas, a associação entre álcool e direção, maior número de mulheres que trabalham fora de casa e a prática de esportes como atividades de lazer e saúde.

Ainda assim, constata-se na literatura que desde Lombroso no século XIX (1876) até a atualidade Liévano-Parra (2013) evidencia-se que os homens são mais propensos a se comportar de forma mais agressiva que as mulheres. Deste modo, os homens tendem a representar os traumas mais violentos.

O estudo de Vaz (2012), realizado na UFTM, corrobora esta informação, em que apresenta o predomínio de 72,3% de homens acometidos de traumas por causas externas.

Sass e Stang (2013) realizou estudo na Alemanha com indivíduos que sofreram traumas não fatais. Os autores comentam que a incidência global de lesões não fatais encontradas em seu trabalho foi maior entre os homens do que mulheres. O perfil das vítimas de acidentes difere conforme suas causas.

No estudo de Wen et al. (2013), na China, com 1120 pacientes com poli traumatismos graves atendidos no setor de emergência de um hospital, os homens foram a maioria na ordem de 832 homens para 288 mulheres.

Em um trabalho de Mesquita Filho e Mello Jorge (2007), em serviço de pronto-atendimento em cidade do sul de Minas Gerais, com vítimas de traumas por causas externas, a proporção de homens (70,8 %) superou a de mulheres (29,2%) numa razão de sexos de 2,4.

Quanto aos acidentes de trânsito, Franzén et al. (2012) observaram que estes acidentes podem causar deficiência física, psicológica e econômica, e os indivíduos afetados também podem trazer sequelas que limitarão os cuidados no pós-trauma.

No presente estudo, os acidentes de trânsito somaram 32,9% (28/85) do total e ocorreram em igual incidência entre homens e mulheres. Na China, o estudo de Wen et al. (2012) apontou para 80,9% de traumas oriundos de acidentes de trânsito com um número expressivo de pessoas do sexo masculino 74,3% da amostra. No Canadá, acidentes de trânsito de veículos a motor e as quedas foram duas grandes causas de mortes por lesões não intencionais, e a maior incidência foi do sexo masculino (CHEN et al., 2013).

Nos Estados Unidos os homens envolveram-se em cerca de 70% dos acidentes de trânsito (NHTSA, 2013; NAUMANN et al., 2010). Dos acidentes não fatais, a porcentagem de homens ainda é maior 79% (NAUMANN et al., 2010).

Segundo a Eurosafe (2013), na União Europeia, nos últimos cinco anos, os acidentes relacionados com o tráfego rodoviário e com o trabalho estão em constante declínio, mas o mesmo não se verifica em relação aos traumatismos por acidentes domésticos e de lazer.

Turner et al. (2011), em seu estudo no Reino Unido sobre a modificação do ambiente doméstico para a redução de lesões, comentam que os acidentes domésticos são comuns, representando cerca de um terço de todas as lesões ocasionadas por acidentes de causas externas.

Mascarenhas et al. (2009) dizem que a proporção de acidentes ocorridos no domicílio é de 33,7%, enquanto no presente estudo encontrou-se incidência de 27,1% (23/85).

O estudo de Chen et al. (2013), sobre a mortalidade devido a lesões não intencionais e causas externas no Canadá de 2001 a 2007, apontou que a mortalidade por queda foi o único

tipo de mortalidade não intencional que mostrou um aumento anual, sendo mais comum em mulheres que em homens.

Entre as mulheres lesões não intencionais em casa tiveram a maior incidência (RAMESH MASTHI et al., 2012; SASS E STANG, 2013; BHANDERI E CHOUDHARY, 2008). No presente estudo, o número de mulheres foi semelhante ao número de homens nos acidentes de trânsito 50,0% (14/28), nos acidentes de trabalho 52,0% (13/25) e em outros acidentes 44,4% (4/9). Porém, nos acidentes domésticos, esse valor elevou-se consideravelmente com 78,3% (18/23), corroborando os dados da literatura.

Socias et al. (2014) declararam que em 2012 aproximadamente três milhões de lesões e doenças acometeram trabalhadores de empresas privadas e quase 800 mil em empresas estatais nos Estados Unidos.

No presente estudo 29,4% (25/85) dos participantes foram vítimas de acidentes no trabalho. Destes 52,0% (13/25) eram do sexo feminino. Bortolini et al. (2013) em seu estudo em Santa Catarina, sobre o absenteísmo no trabalho por doença, encontraram prevalência de mulheres. O estudo de Izidoro et al. (2010) sobre acidentes de trabalho em instituições de saúde, aponta para 66,7% da amostra do sexo feminino.

No estudo realizado nos Estados Unidos por Socias et al. (2014), em lesões por quedas de escadas no trabalho, os homens representaram 81,0% da amostra.

Sass e Stang (2013) encontraram que lesões por acidente de trabalho foram mais frequentes nos homens. O estudo desenvolvido por Tawatsupa et al. (2013) observou que mulheres se acidentam mais por quedas no trabalho e os homens por cortes ou por carregar excesso de peso.

De acordo com International Labour Organization (2003), em todo o mundo, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) estima que cerca de 80% dos óbitos relacionados ao trabalho são sofridos por homens. Nos países de alta renda, esse número é de 86%. Em países de baixa renda, onde as doenças transmissíveis são muito mais comuns, a diferença entre as taxas de mortalidade de homens e mulheres relacionadas com o trabalho tende a ser menor. Lesões por esforços repetitivos também são frequentes entre as mulheres na indústria. Outro fator é a carga de trabalho dupla que é mais frequente entre as mulheres: trabalho e casa (INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION, 2003).

Quanto à denominação “outros acidentes” o presente estudo teve a representação de nove pessoas ou 10,5% (9/85) da amostra com 55,6% (5/9) do sexo masculino. Estes traumas apontam quatro pessoas que caíram na rua, duas pessoas que se acidentaram na prática de esporte; duas pessoas que lesionaram as mãos em briga de rua e uma que teve lesão na

musculatura da face em consultório odontológico. O estudo de Mehmood et al. (2013) destacou que os ferimentos diversos representaram 16% de todos os acidentes, incluídas as lesões esportivas, as agressão com objeto contundente, mordidas, entre outras.

De acordo com Ungari et al. (2012), em estudo realizado na Itália, sobre a etiologia e incidência de fraturas do zigomático, acidentes na prática de esporte e quedas dominaram a primeira década de vida. Os acidentes de trânsito, assalto e esporte foram mais prevalentes na segunda e terceira década de vida.

No presente estudo, a idade das vítimas de trauma variou de 19 a 81, com a prevalência de vítimas na faixa etária de 40 a 59 anos, com 48,2% (41/85) da amostra. Mesquita Filho e Mello Jorge (2007) observaram que a maioria das vítimas de traumas estava na faixa etária abaixo de quarenta anos 77,6% (295/380). O estudo de Vaz (2012) constatou o maior número de vítimas na faixa etária entre 20 e 40 anos com 43,7% da amostra de 1572 pacientes.

No presente trabalho, a faixa etária de 18-39 somou 35,7% (10/28) e 40-59 anos apontou 53,5% (15/28) do total de vítimas de trânsito. Em oposição, trabalhos nacionais referentes a vítimas de trânsito apontam para um maior número de jovens acidentados (BASTOS; ANDRADE; SOARES, 2005; SANTOS et al., 2008; WAISELFISZ, 2012; CHAVAGLIA et al., 2008, SALLUM; SOUSA, 2012). A literatura internacional também demonstra que adolescentes e jovens adultos compõe o maior número de vítimas em acidentes de trânsito (CHEN et al, 2013; NAUMANN et al., 2010; NHTSA, 2013).

Naumann et al. (2010), em estudo realizado nos Estados Unidos, encontraram que adultos mais velhos foram desproporcionalmente mais acometidos como pedestres.

As lesões decorrentes de acidentes domésticos mostram uma faixa populacional significativamente mais velha que os traumas ocorridos no trabalho. Os acidentes ocorridos em casa são mais propensos à internação e a ter maior tempo de hospitalização que os lesionados no trabalho (KENT; PEARCE, 2006).

O Corpo de Bombeiros do Estado de São Paulo diz que aproximadamente 75% dos acidentes com idosos acontecem nas suas próprias casas (SÃO PAULO, [200-?]). Isto significa que a cada ano 5,7 milhões de pessoas são internadas em hospital e 33,9 milhões de pessoas são tratadas em ambulatorios, como resultado de acidentes, ferimentos ou violência doméstica (quase 48%) em contraposição a 16% na via pública (EUROSAFE, 2013).

Os dados da Eurosafe, (2013) apontam uma incidência de 73% dos traumatismos em decorrência de acidentes domésticos e de lazer, afetando particularmente grupos vulneráveis, indivíduos com menos recursos próprios de defesa, como as crianças e idosos. Quase a

metade desses acidentes ocorreu na faixa etária de 60 anos ou mais 47.8% (11/23). Sise et al. (2014) e Parker et al. (2013) corroboram este dado.

Em estudo realizado na Índia, Bhanderi e Choudhary (2008) concluíram que os acidentes domésticos ocorrem mais em pessoas de idade mais avançada. Porém, em estudo realizado em Massachusetts (EUA), por Psoinos et al. (2012) com vítimas de acidentes em pessoas que davam manutenção doméstica de alto risco, a idade média foi de 45 anos.

Pfortmueller et al. (2014) realizou estudo com um número de 6357 pacientes que deram entrada em um centro de emergência na Suíça e constatou que as quedas em casa são a principal classe de quedas para todos os grupos etários.

O estudo de Fraix (2012) sobre o papel do sistema musculoesquelético na prevenção de quedas constata que aproximadamente 30% dos adultos mais velhos caem pelo menos uma vez por ano, sendo a queda a principal causa de lesões fatais e não fatais para as pessoas nessa faixa etária.

No estudo de Bradley (2011) sobre quedas em adultos na “School of Medicine at Mount Sinai”, em Nova York, é constatado que as quedas são prevalentes entre os idosos. No estudo da UER observou-se que a faixa etária mais prevalente nas pessoas acometidas de acidentes domésticos se situa em pessoas com mais de 60 anos 47,8% (11/23). No estudo de Pfortmueller et al. (2014) observou-se que as quedas em casa alcançaram o percentual de 35,2%.

Dos atendimentos do Corpo de Bombeiros da cidade de Uberaba em 2004 observou-se que 19% (450/3796) das vítimas de trauma que tinham idade superior a 50 anos eram ocasionadas por quedas (CHAVAGLIA et al., 2008). Chen et al. (2013) dizem que lesões por quedas representam cerca de um terço de todas as mortes por lesões não intencionais em adultos.

Em estudo de Liu, Chan e Yan (2014), na China, sobre os mecanismos neuropsicológicos de quedas em idosos, ficou caracterizado que ao longo das últimas décadas, uma série de fatores de risco de quedas foi identificada, como por exemplo, mobilidade, estado mental, visão, audição, pressão arterial, entre outros.

No presente estudo, os acidentes de trabalho apresentaram a faixa etária 40-59 anos prevalente com 56,0% (14/25) das vítimas. Em estudo sobre a associação entre estresse térmico e lesões ocupacionais entre os trabalhadores da Tailândia, Tawatsupa et al. (2013) dizem que a proporção de traumas no trabalho em ambos os sexos diminui com a idade. Os trabalhadores mais jovens acidentam-se mais, provavelmente por causa de seu status socioeconômico.

A denominação “outros acidentes”, no presente estudo, apontou 44,4% (4/9) para a faixa etária 18-39 anos. Ungari et al. (2012) diz que 31,9% da amostra de seu estudo apresentava entre 21 e 30 anos e 18% na faixa etária 40-59 anos e no estudo da UER houve 33,3% (3/9) nesta faixa etária.

A raça/cor predominante no presente estudo foi de 54,1% (46/85) de brancos, 34,1% (29/85) de pardos e 11,8% (10/85) de pretos. No estudo de Sousa et al. (2010) com vítimas de trauma por acidentes de trânsito, em Porto Alegre, observou-se 82,5% de brancos, 3,0% de pardos e 10,0% de pretos. No estudo realizado por Lima et al. (2012), em vítimas de trauma abdominal em Aracaju, a cor parda foi relatada pela maioria, dados corroborados por Malta et al. (2012b) que coletou dados de 23 capitais brasileiras mais o Distrito Federal em vítimas de quedas atendidos em serviço de emergência. Este estudo encontrou predominância de pardos tanto entre os homens (54,1%) quanto entre as mulheres (47,9%).

A raça/cor encontrada neste estudo está de acordo com as características raciais encontradas na região (UBERABA, 2011a). No nordeste do país há uma predominância da cor parda, enquanto no sul e sudeste do país o predomínio é da cor branca (IBGE, 2013b).

Em estudo de Haskins et al. (2012) sobre as disparidades raciais na sobrevivência entre motoristas feridos nos Estados Unidos encontrou-se um número de acidentes de trânsito significativamente maior em negros do sexo masculino. No presente estudo a maioria dos acidentes de trânsito foi de brancos 67,8% (19/28).

O presente estudo caracterizou 52,1% (12/23) de cor/raça branca nos acidentes domésticos. O estudo de Psoinos et al. (2012) apontou para uma maioria de brancos 89,9%.

No estudo de Socias et al. (2014) a prevalência de brancos acometidos de acidentes de trabalho não fatais é de 43,0%, corroborando no nosso estudo que foi de 44,0% (11/25).

Quanto à crença religiosa, Lima et al. (2012) dizem que a religião católica foi relatada por 66% (66/100) das vítimas de trauma descritas em seu trabalho. No presente estudo a crença religiosa predominante também foi da religião católica com 54,1% (46/85) da amostra.

Em Minas gerais a população católica é estimada em 13.8 milhões de pessoas, com um percentual de mais de 70,0% do total. A religião Espírita corresponde a 2,0% dos mineiros. Em Uberaba os espíritas são estimados em mais de 15,0% (IBGE, 2012). No presente estudo 17,6% (15/85) dos participantes declararam-se espíritas. Isto se deve a influência de Chico Xavier (1910-2002) renomado médium, filantropo e maior expoente da doutrina espírita dos últimos tempos. É o escritor brasileiro de maior sucesso comercial da história, com 439 livros publicados e mais de 50 milhões de exemplares vendidos, sem nunca ter recebido qualquer

valor monetário pelas vendas, registrando os direitos autorais em cartório para instituições de caridade (FEDERAÇÃO ESPÍRITA BRASILEIRA, 2014).

A presença de Chico Xavier em Uberaba, por grande parte da sua vida, trouxe inúmeras autoridades e celebridades à cidade e grande divulgação da mídia à doutrina Espírita, elevando consideravelmente o número de fiéis.

As lesões provocadas por acidentes podem ter um impacto negativo na força de trabalho do paciente, levando a absenteísmo, queda na renda familiar, além de consequências sociais e financeiras para o estado (KENDRICK et. al., 2012). Este autor comenta que no Reino Unido as lesões em adultos são um grande problema de saúde pública, resultando em 400 mil internações hospitalares por ano e alto impacto no afastamento do trabalho no país.

Neste presente estudo, o afastamento do trabalho como consequência do trauma ocorrido foi constatado em 29,4% (25/85) das vítimas de acidentes. Ainda com relação à situação trabalhista 18,8% (16/85) eram de aposentados, 2,4% (2/85) de estudantes e outros 14,1% (12/85) de pessoas que não estavam em atividade laboral durante a reabilitação do trauma. A somatória do número de pessoas inativas, portanto, é de 55 em um total de 85 (64,7%).

No estudo de Sousa (2010) com vítimas de acidente de trânsito foi observado que 84,0% das pessoas que referiram trabalhar anteriormente ao acidente, 7,0% perderam o emprego e 28,0% passaram a ter renda menor. Os acidentes de trânsito no estudo na UER apontaram 35,7% (10/28) das vítimas afastadas da atividade laboral.

As consequências de um acidente doméstico podem ser desastrosas, dizem Bhanderi e Choudhary (2008). Os autores dizem que o trauma pode resultar em incapacidade e perda da produtividade laboral. No presente estudo 21,7% (5/23) das pessoas que sofreram acidentes domésticos se afastaram do trabalho devido ao trauma.

Bortolini et al. (2013) dizem que os afastamentos por doença tiveram a representação de 18,2% de servidores públicos, no presente estudo os servidores públicos são 4,7% (4/85) do total da amostra.

De acordo com Oliveira e Sousa (2006), em seu estudo sobre o retorno à atividade produtiva de motociclistas vítimas de acidentes de trânsito em Maringá, no período entre nove e doze meses pós-trauma, 20,4% das vítimas relataram atividade produtiva alterada. A atividade produtiva, além de proporcionar equilíbrio econômico, desempenha um papel fundamental no processo de reabilitação como fonte de satisfação pessoal e autoestima, como elemento essencial para aquisição e manutenção das relações sociais e como componente

fundamental para determinar o nível de influência do indivíduo entre os membros de seu grupo social.

A renda familiar apresenta relação estreita com o trauma, que pode provocar perdas significativas para a família durante o processo de convalescência e reabilitação do trauma e pela dificuldade que o paciente pode apresentar em se recolocar no mercado de trabalho (CUNHA, 2012).

Ainda em relação a perdas de rendimento familiar em consequências de acidentes, foi comentado por Sousa (2010) que das pessoas que foram prejudicadas pela redução de seus rendimentos, mais da metade (51,0%) relataram a perda de 100,0% de sua receita mensal.

Socias et al. (2014) dizem que com base em métodos que incidem sobre despesas médicas e perdas de produtividade, só nos Estados Unidos, o custo social de óbitos relacionados ao trabalho, lesões e doenças foi estimado em US \$ 250 bilhões em 2007.

Quanto ao nível socioeconômico, o estudo de Ramesh Masthi et al. (2012), em Bangalore, na Índia, em área rural, observou que a maioria dos traumas ocorreram em pessoas mais pobres. O estudo de Parker et al. (2013) nos EUA, sobre os riscos de incêndio e queimadura por água fervente no ambiente doméstico, também apresentou uma prevalência de acidentes em uma população mais pobre.

Em relação à renda mensal dos participantes da presente pesquisa, 28,2% (24/85) referiram receber até dois salários mínimos mensais. Em relação ao rendimento mensal o estudo de Lima et al. (2012) encontrou 38,0% com rendimento até um salário mínimo e 55,0% recebendo entre um e dois salários mínimos mensais e Amorim et al. (2012), que fez estudo com acidentes de trabalho em moto taxistas na cidade de Feira de Santana, apontou 49,4% da sua amostra com o mesmo ganho.

Os trabalhadores que ganham menos se acidentaram mais que os que possuem melhores salários, afirmam Tawatsupa et al. (2013). De acordo com estes autores, os serviços que exigem mais trabalhos físicos, requerem menor quantidade de horas de sono e precisam de maior rapidez na execução da atividade laboral, aumentando o risco de acidentes.

Dados do IBGE (2012) referem que na região sudeste 25,2% dos trabalhadores recebe até um salário mínimo e 38,0% recebem entre um e dois salários mínimos. O presente estudo aponta para 61,2% (52/85) dos participantes que disseram ganhar entre dois e quatro salários mínimos.

Nota-se o alto nível de rendimentos da amostra de vítimas de trauma deste estudo em comparação com dados oficiais do IBGE e de estudos em outras regiões do Brasil. O nível socioeconômico da cidade de Uberaba revela-se em crescimento constante (UBERABA,

[200-?]; UBERABA, 2013) e os participantes deste estudo apresentaram ganhos acima da média de outros estudos.

Sass e Stang (2013) encontraram em sua pesquisa, que a incidência global de lesões não fatais não variou substancialmente com os níveis de ensino. Dados do IBGE (2012) apontam para 9,6% de analfabetismo no Brasil. Vaz (2012) destacou que o número de analfabetos de seu estudo ficou em 14,2%. No presente estudo, a escolaridade das vítimas de trauma foi composta por 10,6% (9/85) de pessoas não alfabetizadas, 40,0% (34/85) de pessoas que não completaram o ensino fundamental, 22,3% (19/85) com segundo grau completo e 2,4% (2/85) com pós-graduação.

Amorim (2012) em seus estudos sobre vítimas de trauma encontrou que o nível de escolaridade dos profissionais moto taxistas, foi principalmente de ensino fundamental 46,8% e apenas um profissional tendo relatado nível superior.

Em relação ao nível de escolaridade e acidentes de trânsito, o presente estudo observou 10,8% (6/28) de indivíduos que não eram alfabetizados, 21,4% (6/28) com primeiro grau incompleto, 21,4% (6/28) com primeiro grau completo e mais 7,1% (2/28) com segundo grau incompleto, em contraste, Franzén et al. (2012) na Suécia observaram 21% de indivíduos que não completaram o segundo grau e Parker et al. (2013), nos Estados Unidos apontaram 13,1% de sua amostra que não completaram o 2º grau.

No estudo de Trevisol, Bohm e Vinholes (2012), em vítimas de acidentes de trânsito, em Tubarão, Santa Catarina, encontrou-se 49,5% da amostra com ensino médio completo, 37,6% ensino fundamental completo e 5,9% de pessoas não alfabetizados.

A baixa escolaridade é uma condição frequente entre os trabalhadores vítimas de acidentes de trabalho como os descritos por Araújo (2008) em sua dissertação sobre consequências sociais do acidente de trabalho em Salvador, Bahia.

Vale ressaltar que a escolaridade da amostra do presente estudo fica em consonância com a média nacional, mas abaixo da média da população do sul do país. Em contraste com a escolaridade baixa, o rendimento mensal fica muito acima da média nacional, levando-se a inferir que escolaridade e salário não são diretamente proporcionais em Uberaba.

A situação conjugal foi estudada neste trabalho e encontrou-se que a situação predominante no estudo é de pessoas casadas 35,3% (30/85) ou tem união estável 18,8% (16/85) e 22,3% (19/85) de solteiros. No estudo de Sousa et al. (2010), 56% das vítimas de trauma declararam ser solteiros e 32% casados. Dados do IBGE (2012) apontam para 36,4% de pessoas que declararam viver em união consensual em 2010, proporção superior a observada em 2000 (28,6%).

Quanto aos acidentes de trânsito, Saberi et al. (2013) dizem não ter encontrado diferença significativa entre solteiros e casados. No presente estudo, os acidentes de trânsito apontaram para o número de pessoas casadas na ordem de 35,7% (10/28) e união estável mais 21,4% (6/28). O número de solteiros foi de 14,3% (4/28). Franzén et al. (2012) encontrou 21% de solteiros em seu estudo.

Neste estudo, os dias da semana predominantes em que ocorreram os acidentes foram terça-feira 20,0% (17/85), quarta-feira 16,5% (14/85) e quinta-feira com 14,1% (12/85) das vítimas. Lima (2012) observou em sua pesquisa, que as lesões traumáticas ocorreram com mais frequência aos domingos e sábados. O estudo de Vaz (2012) aponta para o domingo como maior incidência de traumas 17,1%.

Em estudo de Pedroso (2012) em acidentes de trânsito em São José do Rio Preto, houve maior ocorrência de acidentes 58,5%, entre quinta-feira e domingo. No presente estudo os dias de maior incidência de acidentes de trânsito foram na segunda-feira 14,3% (4/28), terça-feira 28,6% (8/28) e quarta-feira 17,8% (5/28).

Lima (2008) diz que o seu estudo sobre os acidentes de trabalho em empresa no Maranhão, aponta para a maior ocorrência de acidentes na segunda e na sexta-feira. O autor diz que é suscitada a hipótese de na segunda-feira, os trabalhadores estejam mais propensos a lentidão de raciocínio, desatenção e falta de dinamismo, e na sexta-feira, a ansiedade, a pressa e a falta de atenção sejam os principais motivos dos acidentes. No presente estudo a maior ocorrência de acidentes de trabalho foi na segunda-feira 24,0% (6/25), na quinta 20,0% (5/25) e na sexta-feira 20,0% (5/25).

Quanto ao horário da ocorrência, o período da tarde, teve a predominância do número de acidentes neste estudo 45,9% (39/85), o que é corroborado pelos relatos de Pedroso (2012) e Mascarenhas et al. (2009). Lima (2012) observou que as lesões traumáticas verificadas em seus estudos, ocorreram com mais frequência à tarde e à noite. Vaz (2012) assinala o período da manhã com maior incidência de admissões de vítimas de trauma com 32,1% da amostra.

Quanto aos acidentes de trânsito em relação ao horário da ocorrência, o período da tarde, teve a predominância do número de acidentes de trânsito neste estudo 46,4% (13/28), o que é corroborado pelo estudo de Pedroso (2012).

Bhanderi e Choudhary (2008) dizem que o seu estudo aponta para a maior ocorrência dos acidentes durante a manhã e à noite. Em nosso estudo o período da tarde registrou o maior número de incidência de acidentes domésticos, com 39,1% (9/23).

O uso de tabaco foi referido no trabalho sobre vítimas de fraturas mandibulares em Londrina, de Motta Junior et al. (2010). Os autores dizem que 36,5% dos participantes

declararam o uso de tabaco. No presente estudo, o relato de uso do tabaco foi de 28,2% (24/85) da amostra e destes, 29,2% (7/24) disseram que aumentou a quantidade de cigarros após o acidente.

O aumento do número de cigarros é esperado em vítimas de trauma: a mudança abrupta de rotina, a necessidade de tratamento, a presença de dor e a perda da qualidade de vida podem trazer um aumento da ansiedade e consequentemente o consumo de tabaco. Nesta situação o tabaco serve como um ansiolítico fácil de ser obtido e administrado, sem necessidade de prescrição, nem de controle externo.

Em estudo realizado por Pedras e Pereira (2013), em Portugal, com vítimas de trauma e veteranos de guerra, observou-se que é destacada a relação entre a exposição ao trauma e o uso de tabaco.

O estudo de Psoinos et al. (2012) sobre os perigos que correm os “guerreiros de finais de semana”, em Massachusetts, EUA, concluíram que 8,5% das vítimas de acidentes domésticos declararam uso de tabaco. No estudo na UER, 26,1% (6/23) das pessoas acometidas de acidentes domésticos declararam o uso de tabaco.

Na Turquia, Percin et al. (2011) realizou estudo com pescadores que relataram sofrer acidentes de trabalho a bordo, incluindo quedas no convés ou no mar. Os autores destacaram que o uso de tabaco foi relatado por 72% dos pescadores.

No estudo de Mascarenhas et al. (2009), sobre vítimas de acidentes, cadastrados na Rede de Vigilância de Violência e Acidentes do Ministério da Saúde, destacou-se que 91,7% dos participantes disseram não fazer uso de álcool e drogas. Na presente pesquisa 30,6% (26/85) disseram fazer uso regular de álcool, corroborando o estudo de Motta Junior et al. (2010) com 30,7% de sua amostra declarando o uso regular de álcool.

A literatura sobre uso de álcool e acidentes aponta uma relação significativa entre a exposição a um trauma e o consumo de bebidas alcoólicas (LIMA, 2012; MALTA et al., 2012b; PEDRAS; PEREIRA, 2013).

Psoinos et al. (2012) 12,6% dos traumas ocorreram em pessoas que tinham níveis positivos de álcool no sangue. No estudo na UER, 26,1% das pessoas acometidas de acidentes domésticos declararam fazer uso de bebidas alcóolicas.

Percin et al. (2011) relataram que 68% dos pescadores do seu estudo declararam o consumo de bebidas alcóolicas.

Pulido et al (2014) dizem que de 1990 a 2011 as taxas de mortalidade relacionadas ao álcool diminuíram pela metade. Grandes lacunas no conhecimento e incertezas sobre os efeitos nocivos do álcool na população espanhola, justificam claramente o apoio institucional

para a investigação neste domínio e da implementação de um sistema de monitoramento abrangente.

O consumo de bebidas alcóolicas ameniza sintomas de dor, ansiedade ou depressão. Na perda da condição de atividade, ou na impossibilidade de buscar outras formas de distração ou entretenimento, a bebida alcóolica pode tornar-se um atenuador de sintomas desagradáveis, principalmente pela facilidade de acesso e o baixo custo. Porém os custos de tal atitude podem ser desastrosos.

Xiang (2014) concluiu em seu estudo na China, com 531 pacientes em sala de emergência, que o consumo de bebidas alcóolicas está associado ao aumento do risco de trauma, lesão intencional e lesões relacionadas a acidentes de trânsito. No presente estudo, 35,7% (10/28) dos acidentes de trânsito ocorreram com pessoas que relataram o consumo de bebidas alcóolicas.

Na Espanha, Pulido et al. (2014) assinalou que os custos sociais do consumo de álcool situa-se ao redor de 1% do PIB do país.

Os distúrbios do sono são um dos principais sintomas no pós-trauma, cerca de 70% das pessoas pós-traumatizadas apresentaram estes distúrbios conforme relatado na pesquisa de Ait-Aoudia et al. (2013). No presente estudo houve queixa de alteração do sono em 56,5% (48/85) dos participantes da pesquisa, após a ocorrência do acidente. Outras pesquisas também apontam para o aparecimento deste distúrbio (SPOORMAKER; MONTGOMERY, 2008; KHAWAJA et al., 2014). Os pacientes com TEPT frequentemente queixam-se de distúrbios do sono. Insônia e pesadelos são queixas comuns nestes pacientes, além de sintomas de revivência do evento traumático no estado de vigília (PEDRAS; PEREIRA, 2013).

Em seu estudo realizado em Ohio, nos EUA por Kobayashi e Delahanty (2013) em vítimas de trauma, caracterizou-se que os distúrbios do sono são preditores de TEPT, e que as mulheres tem maior risco de desenvolver TEPT após um trauma.

No estudo realizado no Paquistão, observou-se que as mulheres com TEPT apresentaram pior eficiência do sono, aumento da latência e sono mais agitado. Há evidências de que mulheres com TEPT têm manifestado distúrbios do sono no seu ambiente doméstico normal (KHAWAJA et al., 2014). No presente estudo, 26 mulheres apresentaram alterações no sono, 30,6% do total da amostra.

Embora as mulheres declarassem mais pesadelos e sono noturno disruptivo após o trauma, o sexo não determinou as associações entre os distúrbios do sono e o posterior aparecimento dos sintomas de TEPT, sugerindo que pesadelos pós-trauma e comportamentos

disruptivos noturnos podem ser fatores de risco para TEPT em ambos os sexos (KOBAYASHI; DELAHANTY, 2013).

O tratamento para restauração do sono reparador é um direcionamento eficaz para acelerar a recuperação do trauma e combater os sintomas de TEPT (GERMAIN, 2013).

O trauma pode desencadear a descontinuidade do sono. Só isto já justificaria a insônia. Porém, o uso de medicação, a presença de dor e a inatividade diurna podem intensificar o sintoma. Os pesadelos podem aparecer como revivência da situação traumática que se repete continuamente no estado de vigília, deixando a mente receptiva à imagem estressora. Quanto maior a proximidade de tempo do evento, maior a ocorrência dos distúrbios do sono.

Lemos (2013) diz que os distúrbios do sono são comuns nos maquinistas, vítimas de acidentes. Os sintomas incluem tremor, agitação e pesadelos. No presente estudo 53,6% dos participantes relataram alterações do sono.

Além de alteração do sono, a alteração do apetite após o trauma foi identificado em 24,7% (21/85) dos participantes do presente estudo. No estudo de Conceição et al. (2010) em Brasília, com vítimas de trauma com lesão medular, constatou-se que a preocupação com a recuperação da saúde pode gerar perda de peso.

O aumento do peso pode ocorrer em decorrência do aumento da ansiedade no pós-trauma. Estando sem atividade, pode haver uma compensação com a busca de pequenos prazeres como o aumento do consumo de comida. Isto é facilitado pela maior frequência da vítima de trauma no ambiente doméstico.

8.2 Transtornos psicológicos

Dicker et al. (2011) realizaram estudo em Centro de Trauma, nos EUA, com vítimas de lesões internadas, identificando preexistência de doença mental como um fator de risco para lesões não intencionais. Saberi et al. (2013) dizem que quando os participantes de seu estudo foram questionados sobre seu histórico de saúde mental, 6% relataram experiências anteriores de transtornos mentais e psicológicos.

Por outro lado, Terra (2010) em estudo realizado no Brasil, aponta que os transtornos psíquicos são associados aos fatores estressores ambientais.

Estas duas assertivas permeiam discussões que se complementam sobre a influência de fatores internos e influências externas no comportamento humano.

Se for observada a gênese da psicologia, em sua busca de reconhecimento científico, no princípio do século XX, encontrar-se-ão dois fortes alicerces da psicologia moderna: o Behaviorismo e a Psicanálise. Estudos de Watson e Skinner tornaram reconhecidos os resultados da influência de condicionamentos no comportamento humano. Do outro lado, Freud dava mostras da interferência do inconsciente no modo de ser do homem.

No princípio estas duas vertentes eram combatentes e procuravam estabelecerem-se como a maneira correta de compreensão do ser humano. Porém, estudos e pesquisas encarregaram-se de propor aos dois lados a importância de sua contribuição. Estudos como os da psicologia Transpessoal (WEIL, 1979; WILBER, 1979) vieram integrar o condicionamento externo, o determinismo psíquico e os fatores transpessoais como fazendo parte de um mesmo todo em cada ser humano.

De acordo com Madeira (2013), um trauma ocorre quando as defesas psicológicas naturais são ultrapassadas pelo evento traumático.

Mesquita Filho (2012) refere em seu estudo sobre vítimas de trauma, que a prevalência dos distúrbios psicológicos pós-acidentes em todos os níveis de gravidade foi alta e duradoura.

No estudo de Cunha et al. (2012) sobre o perfil epidemiológico de pacientes vítimas de escarpelamento tratados na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, percebeu-se que em alguns casos, o tratamento das vítimas de acidente é longo, uma vez que pode incluir cirurgias e tratamento psicológico.

Atuar no nível de prevenção dos acidentes e violências é um dos principais meios para minimizar a morbimortalidade pelas causas externas (SANTOS et al, 2008).

8.2.1 Ansiedade em vítimas de trauma

No presente estudo 30,6% (26/85) das pessoas apresentaram ansiedade moderada e 12,9% (11/85) ansiedade grave no pós-trauma.

Se forem somados os níveis de ansiedade moderado e grave, dá-se um total de 43,5% (37/85) e os níveis significativos de depressão 22,4% (19/85). Corroborando estes dados, o estudo de Freitas, Rodrigues e Maia (2009) em Portugal, mostrou que o transtorno de ansiedade foi caracterizado em 43,1% das vítimas de trauma.

Na conclusão de seu estudo, Freitas, Rodrigues e Maia (2009) dizem que a sintomatologia ansiosa é superior ao humor depressivo, corroborando os resultados do presente estudo.

Observando-se os níveis de ansiedade e depressão do presente estudo, vê-se a necessidade da atenção psicoterapêutica para as vítimas de traumas. Das 85 pessoas que participaram do estudo 48,2% (41/85) apresentaram ao menos um dos transtornos em seu nível significativo.

Estudo internacional realizado em Lyon, na França, por Mey-Guillard et al. (2005), referiram que o estresse pós-traumático é estimado entre 1 e 9% na população geral ao longo da vida e em pessoas que sofreram algum evento traumático sobe para 9 a 24%. Em comorbidade com o estresse pós-traumático foi observado que 80% das pessoas também desenvolveram depressão, ansiedade, fobias e dependência (MEY-GUILLARD et al., 2005).

Em estudo comparativo entre vítimas de traumas da Alemanha e do Sudão não foi evidenciada diferença nos sintomas psicológicos entre os dois grupos de culturas diferentes (GARIEBALLA et al., 2006).

Quanto aos sintomas de ansiedade medidos no BAI, o presente estudo destacou “dormência ou formigamento” 51,4% (19/37), “sensação de calor” 73,0% (27/37), “incapaz de relaxar” 70,3% (26/37), “medo que aconteça o pior” 75,7% (28/37), “nervoso” 73,0% (27/37) e “medo de perder o controle” 56,8% (21/37) para os níveis de ansiedade significativa. O estudo realizado por Terra (2010) com o uso do mesmo instrumento, BAI, em docentes de duas universidades, apresentou “incapaz de relaxar”, “nervoso” e “indigestão ou desconforto no abdômen”, como os sintomas de maior frequência. Terra (2010) diz que os sintomas de ansiedade podem ser fator de risco para a depressão.

De acordo com o CID-10, a reação aguda ao estresse é uma resposta normal a um evento estressante. É um transtorno transitório que ocorre após um trauma físico ou psicológico. Porém, quando persistente, o transtorno pode evoluir para uma cronicidade e até mesmo alterar a própria personalidade. Esta situação denomina-se de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT).

D’Almeida (2013) diz que o TEPT atinge de 2% a 5% da população geral em alguns países, e dados sugerem que essa prevalência pode ser ainda maior no Brasil. O autor comenta que é consenso entre os especialistas a necessidade de terapia no tratamento no TEPT.

No presente estudo observou-se uma prevalência do número de mulheres com ansiedade significativa 81,1% (30/37). No estudo de Crutebo et al. (2010), na Suécia, 11,7% foram de

mulheres contra 8,6% de homens. Há o predomínio de indivíduos na faixa etária de 40-59 apresenta 48,6% (18/37), a cor branca 59,5% (22/37) e a religião católica 40,5% (15/37).

Quanto à ocupação atual, as pessoas que se afastaram do trabalho pelo trauma sofrido representa 32,4% (12/37) da amostra que apresenta ansiedade significativa. O salário predominante destas vítimas é de dois a quatro 59,5% (22/37) e a escolaridade com segundo grau completo é 35,1% (13/37).

Os casados representam 32,4% (12/37) e a quarta feira representou o dia de maior incidência de acidentes que trouxe ansiedade significativa 21,6% (8/37), bem como o período da tarde 51,4% (19/37).

Das pessoas que relataram o uso de tabaco, 27,0% (10/37) apresentaram ansiedade significativa e 50,0% (5/10) destas aumentaram o consumo de tabaco após o trauma.

O consumo de bebida alcoólica foi referido por 32,4% (12/37) dos participantes que apresentaram ansiedade significativa. A alteração do sono ficou em 62,2% (23/37) e a alteração do apetite em 32,4% (12/37) desta amostra.

Em relação às disfunções psicológicas encontradas em vítimas de acidente de trânsito, o estudo de Mayou, Bryant e Ehlers (2001) nos EUA sobre a evolução psicológica dos acidentados, um ano após o acidente no trânsito, detectaram a ocorrência das seguintes perturbações: ansiedade fóbica a viagens (52%); ansiedade generalizada (58%), transtorno de estresse pós-traumático (50%) e depressão (39%).

Nos EUA, Clapp et al. (2011) em seu estudo sobre a ansiedade como fator associado ao comportamento na direção veicular relataram que o stress pode servir como fator de vulnerabilidade para o desenvolvimento de ansiedade no pós-trauma de acidentes de trânsito. Na presente pesquisa, 53,6% (15/28) das vítimas de acidente de trânsito apresentaram sinais e sintomas de ansiedade. Os estudos de Marin e Queiroz (2000) corroboram esses dados. De acordo com Silveira (2011), percebe-se que, após o acidente, aspectos físicos e psicológicos podem ser afetados e ainda contribuem para piora na qualidade de vida, crenças e superstições que podem gerar maior desconforto associadas ao estado de ansiedade, raiva, culpa, medo, impotência, tristeza, entre outros.

8.2.2 Depressão em vítimas de trauma

No presente estudo, 16,5% (14/85) apresentam níveis moderados de depressão e 5,9% (5/85) níveis graves de depressão. Somando-se os níveis significativos de depressão tem-se 22,4% (19/85).

De maneira geral os níveis significativos de depressão, em sua forma moderado e grave, corroboram os dados internacionais. Na literatura internacional este número se repete: o estudo realizado por Wrenger et al. (2008) na Alemanha, diz que a depressão é um dos sintomas mais frequentes nas vítimas de acidente, sendo que 22% apresentam alguma morbidade prévia ou concomitante. No estudo de Freitas, Rodrigues e Maia (2009) em Portugal, os sintomas de depressão ficaram em 27,5% de sua amostra.

No presente estudo o sexo feminino representou 73,7% (14/19) das vítimas com depressão em seu nível significativo. No estudo de Crutebo et al. (2010) houve a mesma incidência entre o sexo feminino e o masculino.

De acordo com a WHO (2012) a depressão pós-trauma é mais comum em pessoas mais jovens e afeta mais mulheres que homens. No presente estudo a faixa etária predominante foi de 40-59 com 57,9% da amostra.

Conceição et al. (2010), no estudo sobre vítimas de trauma, referem que um número significativo dos participantes apresentou depressão de moderada a grave (36,8%).

Na presente pesquisa, identificou-se que 17,9% (5/28) das pessoas que apresentaram níveis de depressão moderada e 7,1% (2/28) que apresentaram depressão grave foram vítimas de acidente de trânsito. Em estudo realizado por Hodgson e Webster (2011), na Austrália, houve uma correlação importante entre disfunções emocionais prévias e o desenvolvimento de estados de ansiedade e depressão no pós-trauma por acidentes de trânsito. Os autores relataram ainda que o medo é proporcional à severidade do acidente.

Depressão e quedas foram significativamente associadas em estudo no Egito, sobre os fatores de risco de quedas em idosos, em que se observou 24,7% de pacientes que entraram em depressão após uma queda (KAMEL; ABDULMAJEED; ISMAIL, 2013). O estudo de Liu, Chan e Yan (2014) corrobora estes dados sinalizando para a depressão e quedas na população mais velha.

O presente estudo apontou 21,7% (5/23) de depressão moderada nos acidentes domésticos. Lojudice et al. (2010) sinalizaram, em estudo de idosos institucionalizados, para a presença de depressão também como um fator de risco de quedas. O estudo de Psionis et al. (2012) apontou 3,9% para depressão. Quedas em idosos são provavelmente devido a uma

interação de múltiplos fatores de risco, incluindo a deficiência de vitamina D, força e coordenação diminuída, depressão, vários medicamentos e os riscos domésticos (FRAIX, 2012).

Jardim (2011) comentou em seu trabalho realizado no Rio de Janeiro, sobre depressão e trabalho, a preocupação em relação às vítimas de acidente de trabalho. Diz que no momento em que o indivíduo deveria estar em pleno gozo de saúde e equilíbrio, no melhor momento de maturidade e força física, devido a um acidente, pode estar entrando prematuramente no declínio de seu bem estar físico e mental. Podemos articular a perda do emprego ou a ameaça de perdê-lo com o luto ou com a melancolia de acordo com cada caso (JARDIM, 2011).

No presente estudo 24% (6/25) das pessoas que tiveram acidente de trabalho apresentaram níveis significativos de depressão, entre níveis moderado e grave, sendo dividido igualmente entre os dois. Bortolini et al (2013) dizem que vários estudos estimam que a prevalência de depressão no trabalho seja tão alta quanto a do estresse patológico, o qual aflige cerca de 20% dos funcionários de todos os níveis. Os autores sugerem atenção especial a este grupo de trabalhadores para evitar complicações futuras.

Wan et al. (2006) relataram os resultados de seu estudo em um Centro de Trauma de San Francisco (EUA), com pacientes internados por acidentes não intencionais, que problemas de saúde mental aumentaram o risco de lesões não intencionais. Da mesma forma, os autores deste estudo mostraram evidências de que o risco de lesão é maior entre os indivíduos caracterizados com depressão.

Ao utilizar o BDI para avaliar os sintomas de depressão, o presente estudo verificou que os descritores mais representativos nas vítimas de trauma que apresentaram depressão significativa foram “tristeza” 57,9% (11/19), “fadiga” 68,4% (13/19), “preocupação somática” 71,4% (10/14) e “diminuição da libido” 63,2% (12/19). O estudo de Terra (2010) apontou para os itens “autoacusação”, “distúrbio do sono” e “fadiga” como os de maior frequência.

Segundo o CID-10, nos episódios típicos de depressão, o indivíduo apresenta um rebaixamento do humor, redução da energia e diminuição da atividade. Existe alteração da capacidade de experimentar o prazer, perda de interesse, diminuição da capacidade de concentração, associadas em geral à fadiga importante, mesmo após um esforço mínimo. Observam-se em geral problemas do sono e diminuição do apetite. Existe quase sempre uma diminuição da autoestima e da autoconfiança e frequentemente ideias de culpabilidade e ou de indignidade, mesmo nas formas leves. O humor depressivo varia pouco de dia para dia ou segundo as circunstâncias e pode acompanhar-se de sintomas ditos psicossomáticos, por exemplo, perda de interesse ou prazer, despertar matinal precoce, agravamento matinal da

depressão, lentidão psicomotora importante, agitação, perda de apetite, perda de peso e perda da libido. O número e a gravidade dos sintomas permitem determinar três graus de um episódio depressivo: leve, moderado e grave.

No estudo de Lemos (2013) em Portugal, com acidentes em comboios, a autora investiga as implicações psicológicas nas vítimas de trauma, e conclui que os resultados do estudo indicam a importância de um apoio psicológico preventivo para os impactos psicológicos imediatos ao acidente como forma de minimizar e prevenir possíveis perturbações psíquicas. Souza (1999) diz que o tratamento da depressão deve compreender a psicoterapia, mudanças no estilo de vida e a terapia farmacológica.

É importante reconhecer o papel fundamental da mente e do espírito na saúde e na doença. Trabalhar a depressão, se ela estiver presente, irá melhorar o estado de saúde mental de um paciente e, finalmente, maximizar o potencial deste paciente, no sentido de estimular sua independência e sua qualidade de vida (FRAIX, 2012).

De acordo com Rose et al. (2002), o debriefing pode amainar a angústia advinda do episódio traumático. Com isso há a possibilidade de prevenir o desenvolvimento de transtornos psicológicos. A atenção à vítima de trauma pouco depois do acidente pode trazer conforto e descarregar a tensão que surge depois do episódio traumático. Falar com um psicólogo pode reduzir o pensamento recorrente da cena traumática e aliviar possíveis sentimentos de culpa ou sentimentos de que a vida não tem mais sentido.

Apesar de a literatura apontar o debriefing como pouco eficaz, nem sempre é possível dar continuidade a um tratamento psicológico apropriado, pois o acesso a um psicólogo pode ser restrito, caro e inviável em algumas ocasiões. Se a vítima de trauma só tem oportunidade de estar com o psicólogo em um único momento após o trauma, este encontro deve ser incentivado e promovido. Às vezes esta única sessão traz um alívio e promove uma mudança de atitude favorável ao traumatizado.

Lindern et al. (2014) dizem que as técnicas de TCC utilizam as imagens mentais como intervenção terapêutica. A modalidade de tratamento que evidencia maior eficácia para o transtorno de estresse pós-traumático é a TCC, pois propõe uma modificação na cena traumática, levando a mudanças nos pensamentos e crenças da vítima de trauma.

Uma intervenção psicológica a médio ou longo prazo pode restaurar o sentido da vida para muitas pessoas acometidas de acidentes. Às vezes, o cotidiano da vítima de trauma sofre uma drástica mudança em todos os setores. Mudar a visão da cena do trauma pode levar o indivíduo a não se perceber como vítima do mundo. Situações desagradáveis acontecem com todos os seres humanos e aprender a lidar com os revezes torna a pessoa mais forte ao invés de vítima.

Em consonância com De Carlo et al. (2007), o presente estudo corrobora a ideia de que “a reabilitação bem-sucedida deverá restaurar tanto o funcionamento físico e psicológico, quanto promover a vida ocupacional e a participação social” dos indivíduos. Para isto é necessário ter conhecimento das pessoas envolvidas em traumas para se oferecer um serviço de saúde capaz de atender as necessidades primárias de reabilitação das vítimas de acidentes.

Diante de um evento traumático nem todas as pessoas são afetadas da mesma maneira, ou respondem à situação de mesmo modo, afirma Sassón (2004). Para a autora o impacto dos eventos traumáticos e suas consequências sobre as vítimas devem ser observados pelo profissional de saúde mental, para que ele desenvolva métodos eficazes para reduzir a dor da adversidade. Sassón (2004) afirma que o psicólogo deve considerar a hipótese de mostrar ao indivíduo que sua experiência traumática pode representar uma oportunidade de crescimento e superação.

De Carlo et al. (2007) afirmaram que a ansiedade, dor, perda e os modos de enfrentamento dos problemas influenciam concretamente na reabilitação das pessoas no pós-trauma. Intervenções psicológicas imediatas, ou nas primeiras 72 horas que se seguem à experiência traumática, costumam ser propostas como um procedimento adequado, diz Coutinho (2013).

Yepes (2012) afirma que é necessário que os administradores do sistema de saúde se sensibilizem para perceber a importância dos cuidados de saúde mental na recuperação emocional das pessoas que passaram por um evento traumático.

Uma psicoterapia efetiva é um grande passo para uma vida reorganizada e mais saudável.

9. CONCLUSÕES

O estudo teve como principal objetivo avaliar a presença de ansiedade e depressão em usuários do SUS vítimas de trauma que foram referenciados a uma unidade especializada em reabilitação.

Quanto ao primeiro objetivo específico, “caracterizar as vítimas de trauma que buscaram reabilitação em unidade especializada em reabilitação, segundo algumas variáveis”, pôde-se observar que a maioria dos indivíduos da amostra é do sexo feminino, com idade entre 40 e 59 anos, com predomínio da raça branca, religião católica e baixa escolaridade em mais da metade da amostra.

As pessoas que se mantêm ativas, apesar do trauma, são minoria. A faixa salarial mensal predominante situou-se entre dois e quatro salários mínimos, e têm-se mais pessoas com situação conjugal em regime de casamento ou união estável.

O meio da semana (terça, quarta e quinta-feira) e o período da tarde contaram os maiores índices de acidentes.

Quase um quarto dos entrevistados declarou-se fumante e quase um terço faz uso de bebidas alcóolicas. Sete pessoas aumentaram o número de cigarros depois do trauma e duas aumentaram o consumo de álcool.

O trauma alterou o sono da maioria e o apetite de um quarto dos entrevistados.

De acordo com o objetivo específico: mensurar a ansiedade apresentada pelos usuários do SUS vítimas de traumas observou-se índice de ansiedade significativa em quase a metade dos entrevistados e a maioria das vítimas de acidente de trânsito se enquadrava neste perfil.

No que se refere ao objetivo específico: mensurar a depressão apresentada pelos usuários do SUS vítimas de traumas observou-se um nível de depressão semelhante ao da literatura, e os acidentes de trânsito foram responsáveis pelo maior índice.

Com relação ao objetivo: verificar se há relação entre os níveis de ansiedade e depressão, conforme o tipo de trauma nas vítimas atendidas em unidade especializada em reabilitação, não se pôde afirmar que existe relação entre as variáveis.

Por fim, quando se buscou avaliar associação entre diversas variáveis com níveis significativos de ansiedade e depressão constatou-se que não houve como afirmar as associações.

Diante do exposto pode-se dizer que a hipótese “a”: os escores de ansiedade e depressão em traumas diferem conforme suas causas, não pôde ser confirmada, posto que não se provou a relação entre os tipos de trauma e os transtornos de ansiedade e depressão.

A hipótese “b”: existe associação entre as variáveis categóricas do estudo e as medidas de ansiedade e depressão, não foi confirmada, visto que as variáveis não apresentaram

associação significativa com ansiedade ou depressão. No entanto o pequeno número da amostra limitou um melhor tratamento estatístico destas hipóteses. O que foi observado é que vítimas de traumas, sejam estes moderados ou graves, apresentam ansiedade e depressão significativos conforme já aponta a literatura, e as mesmas devem receber tratamento de reabilitação tanto física quanto psicológica.

Observou-se que a maioria das vítimas durante a reabilitação encontrava-se inativas. Isto gera alto impacto na vida financeira e psicossocial e pode contribuir para uma pior recuperação do quadro físico e emocional justificando uma intervenção psicoterapêutica.

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A maioria dos trabalhos realizados com vítimas de trauma é focada nas consequências físico-patológicas provocadas pelo acidente. Pouco se investiga os aspectos emocionais destas pessoas que podem trazer transtornos psicológicos que interferirão no retorno às atividades normais do cotidiano.

Tendo em vista que quase a metade dos participantes do estudo apresentou níveis significativos de ansiedade e/ou depressão justifica-se a necessidade de intervenção do psicólogo no processo de reabilitação das vítimas de trauma.

Uma das ações que deveria ser realizada no atendimento inicial das vítimas de trauma seria um acolhimento psicológico por meio de escuta atenta. Esta primeira escuta tem como objetivo reduzir o sofrimento psicológico causado pelo incidente traumático. Em um segundo momento, a intervenção psicológica teria como objetivo prevenir o desenvolvimento de transtornos psicológicos.

Percebendo-se sinais e sintomas de ansiedade ou depressão, a pessoa deveria ser encaminhada para acompanhamento psicológico, concomitante ao tratamento de reabilitação.

Ainda, em relação aos resultados do presente estudo, observou-se que a maioria dos participantes encontrava-se inativos durante o processo de reabilitação. Uma das intervenções possíveis junto à equipe multiprofissional seria ajudar as vítimas de acidentes a encontrarem recursos na comunidade, como serviços de cultura, ambientes religiosos, de lazer, de saúde e de educação para que estas pessoas se insiram novamente nas atividades de seu meio.

As limitações deste estudo que merecem destaque são:

A amostra foi composta por pessoas que sofreram acidentes de menor gravidade, por isso seria importante realizar estudos adicionais com outra amostra da população que contivesse os acidentes mais graves, para se comparar os escores.

O tamanho da amostra pode ter sido um fator limitante à generalização dos achados, não permitindo análises estatísticas mais consistentes de variáveis que podem ter forte associação com níveis significativos de ansiedade e depressão. Mesmo assim fornece informações importantes a respeito do tema.

Estudos adicionais, tipo longitudinal, poderia trazer maior subsídio para a observação da manutenção ou não dos achados iniciais de ansiedade e depressão.

Diante do exposto acredita-se que um atendimento humanizado, conforme preconizado pelo SUS, passaria por uma mudança cultural de atendimento às vítimas de trauma, com rearranjo das equipes que trabalham na saúde. Esta mudança se daria no sentido de construir equipes com atuação interdisciplinar, com inclusão do psicólogo e do assistente social, de

modo a promover a integração da abordagem assistencial à preventiva para a redução da morbi-mortalidade das vítimas de trauma.

Isto poderá contribuir para um maior ajustamento pós-trauma que se refletirá na efetiva reinserção social do indivíduo.

REFERÊNCIAS

- ACHCAR, R. O acidente de trabalho e sua representação. **Psicol. Teor. Pesqui.**, Brasília, v. 5, n. 3, p. 253-267, 2012.
- AIT-AOUDIA, M. et al. Validation of the French version of the Pittsburgh Sleep Quality Index Addendum for posttraumatic stress disorder. **Eur. J. of Psychotraumatol.**, Amsterdam, v. 4, p. 192-198, Sep. 2013.
- ALVES, A. L. A. et al. Qualidade de vida de vítimas de trauma seis meses após a alta hospitalar. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 154-160, 2009.
- AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION (APA). **Trauma**. Washington, DC, 2013. Disponível em: <<http://www.apa.org/topics/trauma/index.aspx>>. Acesso em: 20 mar. 2013.
- AMORIM, C. R. et al. Acidentes de trabalho com mototaxistas. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 25-37, 2012.
- ANDRADE, L. H. S. G.; GORENSTEIN, C. Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade. **Rev. Psiquiatr. Clin.**, São Paulo, v. 25, n. 6, p. 285-290, 1998. Edição Especial.
- ANJOS, K. C. **Implicações sociais e econômicas nos pacientes vítimas de acidentes com motocicleta internados no IOT-HCFMUSP**. 2012. 101 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.
- ARAÚJO, G. R. **Consequências sociais de acidentes de trabalho: experiências, narrativas e reestruturação da vida cotidiana de trabalhadores informais que sofreram acidentes ocupacionais graves em Salvador, Bahia, Brasil**. 2008. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2008.
- ASMUNDSON, G. J. G. et al. Let's get physical: a contemporary review of the anxiolytic effects of exercise for anxiety and its disorders. **Depress. Anxiety**, New York, v. 30, n. 4, p. 362-373, 2013.
- BHANDERI, D. J.; CHOUDHARY, S. A study of occurrence of domestic accidents in semi-urban community. **Indian J. Community Med.**, Karamsad, v. 33, n. 2, p. 104-106, 2008.
- 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. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, p. 815-822, 2005.
- BATISTA, S. M. O. **Ansiedade e direção veicular: influência e superação**. 2012. 60 f. Monografia (Especialização em Psicologia do Trânsito) - Centro Universitário de Araras "Dr. Edmundo Ulson", Araras, 2012.
- BECK, A. T.; BLAMSDERFER, A. Assessment of depression: the depression inventory. In: PICHOT, P.; OLIVIER-MARTIN, R. (Eds.). **Psychological measurements in psychopharmacology**. Basel: S. Karger, 1974. p. 151-169.
- BECK, A. T.; STEER, R. A.; BROWN, G. **Beck Anxiety Checklist**. Philadelphia: University of Pennsylvania, 1985. Mimeografado.

BECK, A. T. et al. An inventory for measuring depression. **Arch. Gen. Psychiatry**, Chicago, v. 4, p. 53-63, 1961.

BECK, A. T. et al. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. **J. Consult. Clin. Psychol.**, Washington, v. 56, n. 6, p. 893-897, 1988.

BERRIOS, G. E. Melancolia e depressão durante o século XIX: uma história conceitual. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 590-608, set. 2012.

BEZERRA, M. C.; SCHUMANN, C. R. A responsabilidade do empregador nos acidentes de trabalho. **Anais do Seminário de Produção Acadêmica da Anhanguera**, Valinhos, n. 3, 2012.

BORTOLINI, S. M. et al. Absenteísmo no trabalho por doença no município de Água Doce, Santa Catarina. **Rev. AMRIGS**, Porto Alegre, v. 57, n. 2, p. 122-126, abr.-jun. 2013.

BRADLEY, S. M. Falls in older adults. **Mt. Sinai J. Med.**, New York, v. 78, n. 4, p. 590-595, 2011.

BRASIL. Portal Brasil. **Acidentes de trânsito causam mais de 40 mil mortes no Brasil**. 2011a. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2011/11/acidentes-de-transito-causam-mais-de-40-mil-mortes-no-brasil>>. Acesso em: 22 fev. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reformula a política nacional de atenção às urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. 2011b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html> Acesso em: 07 set. 2014.

BRASIL. Detran. **Por vias seguras**. jul. 2012a Disponível em: http://www.vias-seguras.com/os_acidentes/custo_dos_acidentes_de_transito/ipea_estima_custo_anual_com_acidentes_em_r_40_bilhoes. Acesso em: 02 fev. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Consulta Pública nº 17, de 29 de agosto de 2012**. Linha de Cuidado ao trauma. 2012b. Disponível em: <<http://www.cro-ce.org.br/pdf/consulta-publica.pdf>>. Acesso em: 02 fev. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Blog da Saúde. **Ministério da Saúde investe no atendimento às vítimas de trauma**. 2013a. Disponível em: <<http://www.blog.saude.gov.br/index.php/programasecampanhas/32408-40ms-investe-no-atendimento-as-vitimas-de-trauma>>. Acesso em: 02 fev. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Rede de Atenção às Urgências. **Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. 2013b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.366, de 8 de julho de 2013. Estabelece a organização dos Centros de Trauma, estabelecimentos de saúde integrantes da Linha de

Cuidado ao Trauma da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 12 jul. 2013c. Disponível em: <<http://www.mcj.com.br/portarias/136508072013.pdf>>. Acesso em: 27 ago. 2013.

BRASIL. Denatran. **Resolução nº 432, de 23 janeiro de 2013**. 2013d. Disponível em: <[http://www.denatran.gov.br/download/Resolucoes/\(resolu%C3%A7%C3%A3o%20432.2013c\).pdf](http://www.denatran.gov.br/download/Resolucoes/(resolu%C3%A7%C3%A3o%20432.2013c).pdf)>. Acesso em: 03 mai. 2014.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. Estatísticas. **Informações estatísticas relativas à segurança e saúde ocupacional**. 2013e. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/estatisticas/>>. Acesso em 14 abr. 2014.

BRASIL. Tribunal Superior do Trabalho. Trabalho seguro – Programa Nacional de Prevenção de Acidentes de Trabalho. **O que é acidente de trabalho**. Brasília, [201-]. Disponível em: <<http://www.tst.jus.br/web/trabalhoseguro/resolucao>>. Acesso em: 25 jan. 2014.

BUENO-CAVANILLAS, A. et al. Risk factors in falls among the elderly according to extrinsic and intrinsic precipitating causes. **Eur. J. Epidemiol.**, Rome, v. 16, n. 9, p. 849-859, 2000.

CARDOSO, L. R. D. Psicoterapias comportamentais no tratamento da depressão. **Psicol. Argum.**, Curitiba, v. 29, n. 67, p. 479-489, 2011.

CAVALCANTE, F. G.; MORITA, P. A.; HADDA, S. R. Sequelas invisíveis dos acidentes de trânsito: o transtorno de estresse pós-traumático como problema de saúde pública. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, p. 1763-1772, 2009.

CESTARI, E.; CARLOTTO, M. S. Reabilitação profissional: o que pensa o trabalhador sobre sua reinserção. **Estud. Pesqui. Psicol.**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 93-115, 2012.

CHAVAGLIA, S. R. R. et al. Vítimas de trauma por causas externas na cidade de Uberaba-MG. **Mundo Saúde**, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 100-106, jan./mar. 2008.

CHEN, Y. et al. Unintentional injury mortality and external causes in Canada from 2001 to 2007. **Public Health Agency of Canada**, v. 33, n. 2, Mar. 2013. Disponível em: <<http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cdic-mcbc/33-2/ar-06-eng.php>>. Acesso em: 19 jul. 2014.

CLAPP, J. D. et al. Factors contributing to anxious driving behavior: the role of stress history and accident severity. **J. Anxiety Disord.**, Elmsford, v. 25, n. 4, p. 592-598, May 2011.

CONCEIÇÃO, M. I. G. et al. Avaliação da depressão em pacientes com lesão medular. **Rev. Bras. Ter. Comport. Cogn.**, São Paulo, v. 12, n. 1-2, p. 43-49, jun. 2010.

COUTINHO, E. S. F.; FIGUEIRA, I. Atendimento psicológico às vítimas de catástrofes: estamos fazendo bem? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 8, p. 1488-1490, ago. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311XPE010813>>. Acesso em: 14 abr. 2014.

- CRUTEBO, S. et al. The course of symptoms for whiplash-associated disorders in Sweden: 6-month followup study. **J. Rheumatol.**, Toronto, v. 37, n. 7, p. 1527-1533, 2010.
- CUNHA, J. A. **Manual da versão em português das Escalas de Beck**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
- CUNHA, C. B. et al. Perfil epidemiológico de pacientes vítimas de escarpelamento tratados na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará. **Rev. Bras. Cir. Plást.**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 3-8, 2012.
- DADALT, G. T.; EIZERIK, D. P. Trauma físico: nível de dor relatado e analgésico prescrito. **Rev. Bras. Farm.**, Porto Alegre, v. 94, p. 89-93, 2013.
- D'ALMEIDA, W. B. Psychodrama with trauma survivors: acting out your pain. **Rev. Bras. Psicodrama**, São Paulo, v. 21, n. 2, 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-53932013000200013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso: 18 ago. 2014.
- DE CARLO, M. M. R. P. et al. Trauma, reabilitação e qualidade de vida. **Medicina (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 40, n. 3, p. 335-344, 2007. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/331>>. Acesso em: 28 mar. 2013.
- DE LIMA ARGIMON, I. I. et al. Intensidade de sintomas depressivos em adolescentes através da escala de depressão de Beck (BDI-II). **Bol. Acad. Paulista de Psicologia**, São Paulo, v. 33, n. 85, p. 354-372, 2013. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=94629531010>>. Acesso em: 2 maio 2014.
- DE MOOR, M. H. M. et al. Regular exercise, anxiety, depression and personality: a population-based study. **Prev. Med.**, New York, v. 42, n. 4, p. 273-279, 2006.
- DEVILLY, G. J.; WRIGHT, R.; GIST, R. A função do debriefing psicológico no tratamento de vítimas de trauma. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 25, p. 41-45, jun. 2003. Suplemento 1.
- DICKER, R. A. et al. Screening for mental illness in a trauma center: rooting out a risk factor for unintentional injury. **J. Trauma**, Baltimore, v. 70, n. 6, p. 1337-1344, 2011.
- DINIZ, A. M. A. et al. Acidentes de trânsito em Minas Gerais (2003): uma abordagem espacial. **Rev. Biol. Ciênc. Terra**, João Pessoa, v. 8, n. 1, 2008. Disponível em: <<http://eduep.uepb.edu.br/rbct/sumarios/pdf/acidentes.pdf>>. Acesso em: 27 jan. 2014.
- EUROPEAN ASSOCIATION FOR INJURY PREVENTION AND SAFETY PROMOTION (EUROSAFE). **Injuries in the European Union: report on injury statistics 2008-2010**. Amsterdam: EUROSAFE, 2013.
- FEDERAÇÃO ESPÍRITA BRASILEIRA. **Deus, Cristo e Caridade**. 2014. Disponível em: <<http://www.febnet.org.br/>>. Acesso em: 18 ago. 2014.

- FOA, E. B.; KEANE, T. M.; FRIEDMAN, M. J. **Effective treatments for PTSD: practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies**. 2nd ed. New York: The Guilford Press, 2009.
- FRAIX, M. Role of the musculoskeletal system and the prevention of falls. **J. Am. Osteopath. Assoc.**, Pomona, v. 112, n. 1, p. 17-21, Jan. 2012.
- FRANZÉN, C. et al. A cost-utility analysis of nursing intervention via telephone follow-up for injured road users. **BMC Health Serv. Res.**, London, v. 9, p. 1-9, Jun. 2009.
- FREITAS, S.; RODRIGUES, I.; MAIA, A. Relação entre perturbação psicológica e suporte social em vítimas de acidentes. In: UNIVERSIDADE DO MINHO. **CIPsi - Livros de Actas**. Braga, 2009. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/1822/11193>>. Acesso em: 14 abr. 2013.
- GALDEANO, L. E. **Validação do diagnóstico de enfermagem conhecimento deficiente em relação à doença arterial coronariana e à revascularização do miocárdio**. 2007. 147 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.
- GARIEBALLA, S. S. et al. Traumatic events, PTSD, and psychiatric comorbidity in forensic patients – assessed by questionnaires and diagnostic interview. **Clin. Pract. Epidemiol. Ment. Health.**, Cagliari, v. 2, p. 7, Apr. 2006.
- GERMAIN, A. Sleep disturbances as the hallmark of PTSD: where are we now? **Am. J. Psychiatry.**, Arlington, v. 170, n. 4, p. 372-382, Apr. 2013.
- GIOIA-MARTINS, D. F.; MEDEIROS, P. C. S.; HAMZEH, S. A. Avaliação psicológica de depressão em pacientes internados em enfermagem de hospital geral. **Psicol. Teor. Prat.**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 128-141, 2009.
- GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L. Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. **Rev. Psiquiatr. Clin.**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 245-250, 1998. Edição Especial.
- GULATI, D. et al. Skeletal injuries following unintentional fall from height. **Ulus. Travma. Ve. Acil. Cerrahi. Derg.**, Istanbul, v. 18, n. 2, p. 141-146, Mar. 2012.
- HASKINS, A. E.; CLARK, D. E.; LORI, L. Travis racial disparities in survival. **Am. J. Epidemiol.**, Portland, v. 177, n. 5, p. 380-388, 2012.
- HELLING, T. S. et al. Low falls: an underappreciated mechanism of injury. **J. Trauma**, Baltimore, v. 46, n. 3, p. 453-456, Mar. 1999.
- HINKKA, K. et al. Psychosocial work factors and sick leave, occupational accident, and disability pension: a cohort study of civil servants. **J. Occup. Environ. Med.**, Hagerstown, v. 55, n. 2, p. 191-197, Feb. 2013.

HODGSON, R. C.; WEBSTER, R. A. Mediating role of peritraumatic dissociation and depression on post-MVA distress: path analysis. **Depress. Anxiety**, New York, v. 28, n. 3, p. 218-226, Mar. 2011.

IABONI, A.; FLINT, A. J. The complex interplay of depression and falls in older adults: a clinical review. **Am. J. Geriatr. Psychiatry**, London, v. 21, n. 5, p. 484-492, May 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Demográfico 2010 - Resultados gerais da amostra. 2012. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/00000008473104122012315727483985.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estimativas de população para 1º de julho de 2013**. 2013a. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2013/estimativa_tcu.shtm. Acesso em: 13 jun. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Comunicação Social**. 2013b. Disponível em: <<http://saladeimprensa.ibge.gov.br/noticias?view=noticia&id=1&busca=1&idnoticia=2526>>. Acesso em: 03 mar. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidades Minas Gerais » Uberaba**, 2014. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=317010>>. Acesso em: 22 mai 2014.

INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION (ILO). **Safety in numbers**: pointers for the global safety culture at work. Geneva: ILO, 2003.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA); DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO (DENATRAN). **Impactos sociais e econômicos dos acidentes de trânsito nas rodovias brasileiras**: relatório executivo. Brasília, DF, 2006. Disponível em: <http://www.denatran.gov.br/publicacoes/download/custos_acidentes_transito.pdf>. Acesso em: 04 abr. 2013.

IZIDORO, J. S.; IWAMOTO, H. H.; CAMARGO, F. C. Delineamento dos acidentes de trabalho em instituições de saúde de uma microrregião de Minas Gerais. **Cogitare Enferm.**, Paraná, v. 15, n. 3, p. 521-527, 2010.

JARDIM, S. Depressão e trabalho: ruptura de laço social. **Rev. Bras. Saúde Ocup.**, São Paulo, v. 36, n. 123, p. 84-92, 2011.

KHAWAJA, I. S. et al. Actigraphy in post-traumatic stress disorder. **Pak. J. Med. Sci.** Karachi, v. 30, n. 2, p. 438-442, Mar. 2014.

KAMEL, M. H.; ABDULMAJEED, A. A.; ISMAIL, S. E. Risk factors of falls among elderly living in Urban Suez. **Pan. Afr. Med. J.**, Kampala, v. 14, p. 26, 2013. Disponível em: <<http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/14/26/full/>>. Acesso em: 08 out. 2013.

KENDRICK, D. et al. Getting back to work after injury: the UK Burden of Injury multicentre longitudinal study. **BMC Public Health**, London, v. 12, p. 584-598, 2012. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-12-584.pdf>>. Acesso em: 14 mar 2014.

KENT, A.; PEARCE, A. Review of morbidity and mortality associated with falls from heights among patients presenting to a major trauma centre. **Emerg. Med. Australas.**, Melbourne, v. 18, n. 1, p. 23-30, Feb. 2006.

KENNEDY, R. L.; GRANT, P. T.; BLACKWELL, D. Low-impact falls: demands on a system of trauma management, prediction of outcome, and influence of comorbidities. **J. Trauma**, Baltimore, v. 51, n. 4, p. 717-724, Oct. 2001.

KOBAYASHI, I.; DELAHANTY, D. L. Gender differences in subjective sleep after trauma and the development of posttraumatic stress disorder symptoms: a pilot study. **J. Trauma Stress**, New York, v. 26, p. 467-474, Aug. 2013.

LEITE, M. T. et al. Ocorrência e prevenção de acidentes envolvendo idosos no espaço doméstico. **Rev. Contexto Saúde**, Ijuí, v. 6, n. 11, p. 83-90, jul./dez. 2006.

LEMOS, I. C. **Acidente com comboios: implicações no desenvolvimento da perturbação de stresse pós-traumático nos maquinistas**. 2013. 122 f. Monografia (Especialidade em Psicologia Clínica) – Instituto Universitário (ISPA), Lisboa, 2013.

LIÉVANO-PARRA, D. Neurobiología de la agresión: aportes para la psicología. **Rev. Vanguardia Psicol.**, Bogotá, v. 4, n. 1, p. 69-85, 2013.

LIMA, F. A. M. **Estudos dos acidentes de trabalho pessoais ocorridos em uma empresa de logística no ano de 2008**. São Luís. Disponível em: <<http://pt.slideshare.net/llokkaum/17603171-estudoacidentesdotrabalhoemempresadelogistica>>. Acesso em: 31 ago. 2014.

LIMA, S. O. et al. Avaliação epidemiológica das vítimas de trauma abdominal submetidas ao tratamento cirúrgico. **Rev. Col. Bras. Cir.**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 4, p. 302-306, jul./ago. 2012.

LINDERN, D. et al. O uso das imagens mentais na terapia cognitivo-comportamental do transtorno de estresse pós-traumático: uma revisão sistemática. **Av. Psicol. Latinoam.**, Bogotá, v. 32, n. 3, 2014. Disponível em: <<http://revistas.urosario.edu.co/index.php/apl/article/view/2686>>. Acesso em: 10 maio 2014.

LIU, Y.; CHAN, J. S. Y.; YAN, J. H. Neuropsychological mechanisms of falls in older adults. **Front Aging Neurosci.**, Lausanne, v. 6, n. 64, p. 1-8, Apr. 2014.

LOJUDICE, D. C. et al. Quedas de idosos institucionalizados: ocorrência e fatores associados. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 403-412, 2010.

- MADEIRA, S. C. M. **Relação entre as características da situação vivida, suporte social e resiliência, após a vivência de um acontecimento potencialmente traumático**. 2013. 78 f. Dissertação (Mestrado Integrado em Psicologia) - Universidade de Lisboa, Lisboa, 2013.
- MALTA, D. C. et al. Características e fatores associados às quedas atendidas em serviços de emergência. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 128-137, fev. 2012a.
- MALTA, D. C. et al. Atendimentos por acidentes de transporte em serviços públicos de emergência em 23 capitais e no Distrito Federal – Brasil, 2009. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 21, n. 1, p. 31-42, mar. 2012b.
- MALUF, T. P. G. **Avaliação de sintomas de depressão e ansiedade em uma amostra de familiares de usuários de drogas que frequentaram grupos de orientação familiar em um serviço assistencial para dependentes químicos**. 2002. 59 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade Estadual de São Paulo, São Paulo, 2002.
- MARIN, L.; QUEIROZ, M. S. A atualidade dos acidentes de trânsito na era da velocidade: uma visão geral. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 7-21, 2000.
- MARTIN, M. A. F. et al. Indicadores de ansiedade e depressão em pais de crianças e adolescentes com síndrome de Williams-Beuren. **Cad. Pós-Grad. Distúrb. Des.**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 57-67, 2011.
- MASCARENHAS, M. D. M. et al. Atendimentos de emergência por acidentes na Rede de Vigilância de Violências e Acidentes. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, p. 1657-1668, nov./dez. 2009.
- MAYOU, R.; BRYANT, B.; EHLERS, A. Prediction of psychological outcomes one year after a motor vehicle accident. **Am. J. Psychiatry**, Arlington, v. 158, n. 8, p. 1231-1238, 2001.
- MEHMOOD, A. et al. Development and pilot implementation of a locally developed trauma registry: lessons learnt in a low-income country. **BMC Emerg. Med.**, Karachi, v. 13, n. 4, p. 1-7, 2013.
- MELO, C. A.; SANTOS, F. A. As contribuições da psicologia nas emergências e desastres. **Psicól. Inf.**, São Bernardo do Campo, v. 15, n. 15, p. 169-181, jan./dez. 2011.
- MENEZES PINTO, M. O. **Teorias de causas de acidentes**. Araras: Curso de Especialização em Psicologia do Trânsito/UNAR, 2011.
- MESQUITA FILHO, M. Acidentes de trânsito: as consequências visíveis e invisíveis à saúde da população. **Rev. Espaço Acad.**, Maringá, v. 11, n. 128, p. 148-157, 2012.
- MESQUITA FILHO, M.; MELLO JORGE, M. H. P. Características da morbidade por causas externas em serviço de urgência. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 10, n. 4, 579-591, Dec. 2007.

- MEY-GUILLARD, C. et al. État de stress post-traumatique dans une unité de traitement de l'anxiété et dans une association d'aide aux victimes. **L'Encéphale**, Paris, v. 31, n. 1, p. 76-81, Fev. 2005.
- MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de Proteção e Vigilância à Saúde. Superintendência de Vigilância Epidemiológica, Ambiental e Saúde do Trabalhador. **Análise da situação de saúde**. Belo Horizonte, 2012.
- MORENO, R. A.; MORENO, D. H. Hamilton (HAM-D) and Montgomery & Asberg (MADRS) rating scales. **Rev. Psiquiatr. Clin.**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 262-272, 1998.
- MOTTA JÚNIOR, J. et al. Fraturas mandibulares: estudo prospectivo de 52 casos. **UNOPAR Cient., Ciênc. Biol. Saúde**, Londrina, v. 12, n. 1, p. 25-30, 2010.
- NARDI, A. E. Comentários do debatedor: escalas de avaliação de ansiedade. **Rev. Psiquiatr. Clin.**, São Paulo, v. 25, n. 6, p. 331-333, 1998. Edição Especial.
- NATIONAL HIGHWAY TRAFFIC SAFETY ADMINISTRATION (NHTSA). **Traffic safety facts: research note**. Washington, 2013. Disponível em: <<http://www-nrd.nhtsa.dot.gov/Pubs/811856.pdf>>. Acesso em: 14 mar. 2014.
- NAUMANN, R. B. et al. Incidence and total lifetime costs of motor vehicle-related fatal and nonfatal injury by road user type, United States, 2005. **Traffic Inj. Prev.**, London, v. 11, n. 4, p. 353-360, Aug. 2010.
- NNODIM, J. O.; ALEXANDER, N. B. Assessing falls in older adults: a comprehensive fall evaluation to reduce fall risk in older adults. **Geriatrics**, Montvale, v. 60, n. 10, p. 24-28, Oct. 2005.
- OBSERVATÓRIO NACIONAL DE SEGURANÇA VIÁRIA (ONSV). **Relatório de participação no Fórum ONU/FIA Década de ação pela segurança no trânsito – 2011/2020** - Policy Donor Forum. New York, 2012. Disponível em: <<http://www.onsv.org.br/ver/relatorio-de-participacao-policy-donor-forum-2012-new-york>>. Acesso em: 27 jan. 2014.
- OLIVEIRA, N. L. B.; SOUSA, R. M. C. Retorno à atividade produtiva de motociclistas vítimas de acidentes de trânsito. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 284-289, 2006.
- OLIVEIRA, S. G. **Indenizações por acidente de trabalho ou doença ocupacional**. 3. ed. São Paulo: LTr, 2007.
- OLIVEIRA, G. N. M. et al. Inventário de Depressão de Beck (BDI) e escala de avaliação de depressão de Hamilton (HAM-D) em pacientes com epilepsia. **J. Bras. Psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 60, n. 2, p. 131-134, 2011.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Centro de Informação das Nações Unidas - Rio de Janeiro (UNIC-Rio). **Dia mundial em memória das vítimas de acidentes de trânsito e seus familiares – 20 de novembro de 2011**. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em:

<<http://unicrio.org.br/dia-mundial-em-memoria-das-vitimas-de-acidentes-de-transito-e-seus-familiares-20-de-novembro-de-2011/>>. Acesso em: 27 jan. 2014.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Conferência pan-americana sobre segurança no trânsito:** respostas do setor Saúde ao desafio para um trânsito seguro nas Américas. Brasília: OPAS, 2005. Disponível em: <<http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd51/respuestaspt.pdf>>. Acesso em: 22 fev. 2014.

PARKER, E. M. et al. Fire and scald burn risks in urban communities: who is at risk and what do they believe about home safety? **Health Educ. Res.**, Oxford, v. 28, n. 4, p. 599-611, 2013.

PEDRAS, S.; PEREIRA, M. G. Experiências adversas, trauma, TEPT e comportamentos de risco na população e em veteranos de guerra. Portugal. **Temas Psicol.**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 1, p. 139-150, jun. 2013.

PEDROSO, A. C.; RODRIGUES, C. D. S. Acidentes de trânsito - Perfil epidemiológico de São José do Rio Preto. **Arq. Ciênc. Saúde**, São José do Rio Preto, v. 19, n. 3, p. 51-53, 2012.

PERCIN, F. et al. Occupational health of Turkish Aegean small-scale fishermen. **Occup. Med.**, Bornova, v. 62, p. 148-151, 2011.

PERES, J. F. P. Promovendo resiliência em vítimas de trauma psicológico. **Rev. de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 2, n. 27, p. 131-138, 2005.

PESTANA, A. L. et al. Health promotion strategies and prevention of accidents in the home environment: a reflective analysis. **J. Nurs. UFPE on line.**, Recife, v. 7, n. 11, p. 6524-6532, Nov., 2013.

PFORTMUELLER, C. A. et al. Fall-related emergency department admission: fall environment and settings and related injury patterns in 6357 patients with special emphasis on the elderly. **Sci. World J.**, New York, v. 2014, p. 1-6, Mar. 2014.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Enciclopédia da saúde. Prevenção de acidentes domésticos.** 2005. Disponível em: <<http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/ministeriosaude/prevencao/Acidentesdomesticos.htm>>. Acesso em: 01 fev. 2013.

PRIMI, R. Avaliação psicológica no Brasil: fundamentos, situação atual e direções para o futuro. **Psicol. Teor. Pesqui.**, Brasília, v. 26, p. 25-35, 2010. Número Especial.

PROCHNOW, A. et al. Perfil dos acidentes de trabalho publicados em estudos brasileiros. **Rev. Saúde (Santa Maria)**, Santa Maria, v. 37, n. 1, p. 77-90, jan./jun. 2011.

PSOINOS, C. M. et al. The dangers of being a “weekend warrior”: a new call for injury prevention efforts. **Trauma Acute Care Surg.**, Massachusetts, v. 73, n. 2, p. 469-473, 2012.

PULIDO, J. et al. Estudios poblacionales en España sobre daños relacionados con el consumo de alcohol. **Rev. Esp. Salud Pública**, Madrid, v. 88, n. 4, p. 493-513, 2014.

RAMESH MASTHI, N. R.; KISHORE, S. G.; GANGABORIAH. Prevalence of domestic accidents in the rural field practice area of a medical college in Bangalore. **Indian J. Public Health**, Karnataka, v. 56, n. 3, p. 235-237, 2012.

RICCIO, G. M. G. E. et al. Validação de instrumentos de levantamento de dados para a formulação de diagnósticos de enfermagem. **Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo**, São Paulo, v. 5, n. 3, p. 1-16, maio/jun. 1995. Suplemento A.

ROBERTS, N. P. et al. Early psychological interventions to treat acute traumatic stress symptoms. **Cochrane Database Syst. Rev.**, n. 3, p. CD:007944, 2010. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007944.pub2/abstract;jsessionid=3B49670CA80C15E9CBE65630CA61D925.f03t02>>. Acesso em: 05 maio, 2014.

RODGERS, J. L. The epistemology of mathematical and statistical modeling: a quiet methodological revolution. **Am. Psychol.**, Washington, v. 65, n. 1, p. 1-12, Jan. 2010.

ROSA, M. A. **Acidentes de trabalho e doenças ocupacionais**. 2007. 105 f. Monografia (Graduação em Direito) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2007. Disponível em: <<http://dspace.c3sl.ufpr.br:8080/dspace/bitstream/handle/1884/30698/M%20915.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 14 fev. 2014.

ROSE, S. C. et al. Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). **Cochrane Database Syst. Rev.**, n. 2, p. CD:000560, 2002. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000560/pdf>>. Acesso em: 05 maio 2014.

SABERI, H. R. et al. Post-traumatic stress disorder: a neglected health concern among commercial motor vehicle drivers. **Int. J. Occup. Environ. Med.**, Tehran, v. 4, n. 4, p. 185-194, Oct. 2013;

SALLUM, A. M. C.; SOUSA, R. M. C. Diagnósticos de enfermagem em vítimas de trauma nas primeiras seis horas após o evento. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 256-262, 2012.

SÁNCHEZ, J. T. **Atención psicológica en grandes catástrofes**. Baeza: Universidad Internacional de Andalucía, 2014.

SANTOS, A. M. R. et al. Perfil de vítimas de trauma por acidente de moto. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, p. 1927-1938, 2008.

SÃO PAULO. Corpo de Bombeiros. **Acidentes e incêndios domésticos em adultos e idosos**. [200-?]. Disponível em: <http://www.corpodebombeiros.sp.gov.br/novo/Downloads/acidentes_e_incendios_domesticos_adultos.pdf>. Acesso em: 01 fev. 2013.

SAREEN, J. et al. Risk factors for post-injury mental health problems. **Depress. Anxiety**, New York, v. 30, n. 4, p. 321-327, Apr. 2013.

SASS, A. C.; STANG, A. Population-based incidences of non-fatal injuries – results of the German-wide telephone survey 2004. **BMC Public Health**, London, v. 13, p. 1-9, 2013. Disponível em: < <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-13-376.pdf>>. Acesso em: 25 maio 2014.

SASSÓN, M. **Las Tesinas de Belgrano**: catástrofes y salud mental. abordajes teóricos y modalidades de intervención. Buenos Aires: Universidad de Belgrano, 2004.

SILVA, P. B. O medo como figura: a compreensão gestáltica acerca da síndrome do pânico e seu manejo clínico. **IGT na Rede**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 17, 2012. Disponível em: <<http://www.igt.psc.br/ojs/viewarticle.php?id=378&layout=html>>. Acesso em: 02 abr. 2013.

SILVEIRA, J. Z. M. **Qualidade de vida e sequelas de acidentes de trânsito**. 2011. 192 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde) - Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2011.

SISE, R. G. et al. The epidemiology of trauma-related mortality in the United States from 2002 to 2010. **J. Trauma Acute Care Surg.**, San Francisco, v. 76, n. 4, p. 913-920, 2014.

SOCIAS, C. M. et al. Occupational ladder fall injuries — United States, 2011. **MMWR Morb. Mortal. Wkly Rep.**, Washington, v. 63, n. 16, p. 341-346, 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ATENDIMENTO INTEGRADO AO TRAUMATIZADO (SBAIT). **O que é trauma**. São Paulo, 2013. Disponível em: <<http://www.sbit.org.br/trauma.php>>. Acesso em: 31 mar. 2013.

SOUSA, T. R. V. et al. Custos dos acidentes de trânsito com vítimas associados ao uso de álcool em Porto Alegre. In: PECHANSKY, F.; DUARTE, P. C. A. V.; DE BONI, R. B. (Org.). **Uso de bebidas alcoólicas e outras drogas nas rodovias brasileiras e outros estudos**. Porto Alegre: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2010. Cap. 14, Seção B. p. 100-111. Disponível em <http://www.obid.senad.gov.br/portais/cascavel_comad/biblioteca/documentos/328072.pdf>. Acesso em: 10 maio 2014.

SOUSA, Y. G.; MEDEIROS, P. C.; MEDEIROS, S. M. Importância da relação existente entre o acidente de trabalho e o nexó técnico epidemiológico. **Enferm. Rev.**, Patos, v. 17, n. 1, p. 3-13, jan./abr. 2014.

SOUSA FILHO, A. O.; XAVIER, E. P.; VIEIRA, L. J. E. S. Hospitalização na óptica do acidentado de trânsito e de seu familiar-acompanhante. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 539-546, 2008.

SOUZA, F. G. M. Tratamento da depressão. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 21, p. 18-23, 1999. Suplemento 1.

SOUTENHO, A. B. **Transformação organizacional, ansiedade e acidentes**. 1999. 113 f. Dissertação (Mestrado em Psicopatologia e Psicologia Clínica) – Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa, 1999.

SPOORMAKER, V. I.; MONTGOMERY, P. Disturbed sleep in post-traumatic stress disorder: Secondary symptom or core feature? **Sleep Med. Rev.**, Oxford, v. 12, n. 3, p. 169-184, jun. 2008.

TAWATSUPA, B. et al. Association between heat stress and occupational injury among Thai workers: findings of the Thai cohort study. **Ind. Health**, Thailand, v. 51, p. 34-46, 2013.

TERRA, F. S. **Avaliação da ansiedade, depressão e autoestima em docentes de enfermagem de universidade pública e privada**. 2010. 258 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

TREVISOL, D. J.; BOHM, R. L.; VINHOLES, D. B. Perfil epidemiológico dos pacientes vítimas de acidentes de trânsito atendidos no serviço de emergência do Hospital Nossa Senhora da Conceição em Tubarão, Santa Catarina. **Sci. Med.**, Porto Alegre, v. 22, n. 3, p. 148-152, 2012.

TURNER, S. et al. Modification of the home environment for the reduction of injuries. **Cochrane Database Syst. Rev.**, Oxford, n. 2, p. CD003600, 2011.

UBERABA. Prefeitura Municipal. **Projeto Água Viva: relatório ambiental**. [200-?]. Disponível em: <http://www.uberaba.mg.gov.br/portal/acervo/agua_viva/arquivos/avaliacao_ambiental/Relatorio%20Ambiental%201.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2013.

UBERABA. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano municipal de saúde: PMS- 2010/2011**. UBERABA, 2011a. Disponível em: <http://www.uberaba.mg.gov.br/portal/acervo/saude/arquivos/plano_municipal_saude.pdf>. Acesso em: 02 abr. 2013.

UBERABA. Prefeitura Municipal. Notícias. Saúde: 07/10/2011 – **Saúde implanta sistema de acolhimento e classificação de risco nas UPA's**. 2011b. Disponível em: <http://www.uberaba.mg.gov.br/portal/conteudo,21080>. Acesso em: 07 set. 2014.

UBERABA. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório geral: Unidade Especializada em Reabilitação**. Uberaba, 2012.

UNGARI, C. et al. Etiology and incidence of zygomatic fracture: a retrospective study related to a series of 642 patients. **Eur. Rev. Med. Pharmacol. Sci.**, Roma, v. 16, n. 11, p. 1559-1562, 2012.

VAN DER MOLEN, H. F. et al. Interventions to prevent injuries in construction workers. **Cochrane Database Syst. Rev.**, Oxford, n. 12, p. CD006251, 2012.

VAZ, L. F. S. **Perfil das vítimas de trauma internadas em Hospital Universitário de Uberaba-MG**. 2012. 78 f. Dissertação (Mestrado em Patologia) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, 2012.

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.

XIANG, X. et al. Relationship between injury and alcohol use in 531 patients in the emergency room. **J. Cent. South Univ. (Med. Sci.)**, v. 39, n. 7, p. 723-726, 2014. Disponível em: <<http://www.csumed.org/xbwk/fileup/PDF/201407723.pdf>>. Acesso em 30 ago. 2014.

WAISELFISZ, J. J. **Mapa da violência 2012**: os novos padrões da violência homicida no Brasil. São Paulo: Instituto Sangari, 2012. Disponível em: <http://mapadaviolencia.org.br/pdf2012/mapa2012_web.pdf>. Acesso em: 23 dez. 2013.

WAN, J. J. et al. Mental illness as an independent risk factor for unintentional injury and injury recidivism. **J. Trauma**, San Francisco, v. 61, n. 6, p. 1299-1304, 2006.

WEIL, P. (Org.). **Pequeno tratado de psicologia transpessoal**. 5. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1979.

WEN, Y. et al. The outcomes of 1120 severe multiple trauma patients with hemorrhagic shock in an emergency department: a retrospective study. **BMC Emerg. Med.**, Beijing, v. 13, p. 9-12, 2012. Supplement 1.

WILBER, K. **A consciência sem fronteiras**: pontos de vista do oriente e do ocidente sobre o crescimento pessoal. São Paulo: Cultrix, 1979.

WRENGER, M. et al. Psychiatric disorders after an accident: predictors and the influence of the psychiatric condition prior to an accident. **Eur. Psychiatry**, Stockholm, v. 23, n. 6, p. 434-440, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Depression, a hidden burden**. Geneva, 2012. Disponível em: <<http://www.who.int/topics/depression/en/>>. Acesso em: 14 maio 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Preventing injuries and violence: a guide for ministries of health**. Geneva, 2014. Disponível em: <http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/injury_policy_planning/prevention_moh/en/>. Acesso em: 14 jun 2014.

YEPES, C. D. O.; LINCE, V. E. D. F. Modelos de intervención psicosocial em situaciones de desastre por fenómeno natural. **Rev. Psicol. Univ. Antioquia**, Medellin, v. 4, n. 2, p. 65-84, 2012.

Apêndice A – TCLE para participantes

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é Lucas Felix, sou psicólogo e aluno de doutorado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e sou responsável por esta pesquisa, sob a orientação da Profa. Dra. Maria Celia Barcellos Dalri.

Você está sendo convidado a participar do estudo IMPACTO PSICOLÓGICO NAS VÍTIMAS EM REABILITAÇÃO DE TRAUMA. Muitas vezes quem passa por este tipo de situação recebe os cuidados que o corpo precisa, com acompanhamento médico, do fisioterapeuta e do fonoaudiólogo, sem que as condições psicológicas sejam tratadas.

O objetivo deste estudo é avaliar o impacto psicológico provocado em pessoas que passaram por trauma e que precisam de atendimento de reabilitação depois da saída do hospital ou posto de atendimento da prefeitura. As questões que lhe serão apresentadas dizem respeito a aspectos gerais de suas crenças, seus hábitos, seu modo de vida, sua saúde e como você enfrenta situações difíceis no seu dia a dia. Vamos pesquisar seu estado geral de ansiedade e depressão. Se você concordar em participar da pesquisa, você deverá comparecer à Unidade Especializada em Reabilitação (UER) uma única vez e responderá a três ou quatro questionários que durarão mais ou menos 50 minutos. Todas as perguntas serão lidas para que você responda de maneira simples.

Os riscos que você pode enfrentar são emoções que podem surgir quando responder a perguntas de sua vida e de sua condição de saúde atual. Se for necessário, eu poderei estender a sessão para responder as suas perguntas ou para conversar sobre algum desconforto que você sentir durante a entrevista. Se você preferir, poderei responder a quaisquer perguntas antes de começarmos o estudo.

O benefício que você terá na participação do estudo é pelo encaminhamento à UER para que você seja incluído no acompanhamento psicológico desta unidade, no menor tempo possível. E se for detectado um maior estado de ansiedade e depressão, você será encaminhado em regime de urgência para atendimento.

Os benefícios indiretos do estudo poderão vir de conhecimentos novos para entender, prevenir ou aliviar possíveis problemas psicológicos que poderão afetar o bem estar de outras pessoas.

Você poderá ter todas as informações que precisar e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento quando quiser, sem prejuízo no seu atendimento. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de

que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa serão de responsabilidade do pesquisador. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, e seu nome não aparecerá em qualquer fase do estudo.

Se você concordar em participar do estudo deverá assinar as duas vias deste consentimento. Uma ficará com você e outra com o pesquisador, que também assinará as duas vias.

Para qualquer informação, você poderá me perguntar durante a aplicação dos questionários ou quando quiser vindo ou ligando para a Unidade Especializada em Reabilitação (UER), no telefone (34) 3322 8647. Se preferir pode ligar para o pesquisador no telefone (34) 9963.5473, ou entrar em contato por e-mail: lucasfelix@usp.br.

Se você quiser informações sobre os princípios éticos desta pesquisa pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) da Universidade de São Paulo pelo telefone (16) 3602.3386, Fax (16) 3602.0518 ou E-mail cep@eerp.usp.br. O horário de funcionamento do Comitê é de segunda à sexta, das 8h às 17h.

O endereço da EERP é Avenida dos Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Bairro Monte Alegre - Ribeirão Preto - SP – Brasil. O CEP é 14040-902.

Antecipadamente, agradecemos a sua valiosa colaboração e nos colocamos à disposição para qualquer esclarecimento.

Eu, _____
_____, RG nº. _____, abaixo assinado, concordo em participar deste estudo, sendo que recebi as informações sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Sei dos riscos e benefícios do estudo. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou receber nada e que posso sair do estudo quando quiser.

Autorizo a publicação das informações por mim fornecidas com a segurança de que não serei identificado em nenhuma parte do estudo.

Uberaba, _____ de _____ de 20__.

Assinatura do entrevistado

Assinatura do pesquisador responsável

Data da coleta: ____/____/____

Apêndice B – Questionário para caracterização da amostra

Questionário: “Caracterização das vítimas no pós-trauma”

Respondente nº: _____

Data: ____/____/____

1 Dados de identificação:

Nome: _____ Sexo: () masculino () feminino

Idade: _____ anos

2. Cor/raça

- () Branca () Preta
() Parda () Indígena
() Amarela () Não desejo declarar

3. Crença religiosa:

- () Católica () Espírita
() Umbanda () Evangélica
() Ateu/sem religião () Outra. Especificar _____

4. Ocupação atual:

- () Empregado de empresa privada () Funcionário público
() Profissional autônomo/liberal () Aposentado/pensionista
() Afastado () Estudante
() Outra. Especificar _____

5. Qual é a sua renda mensal?

- () Até dois salários mínimos () De dois a quatro salários mínimos
() De quatro a seis salários mínimos () Acima de seis salários mínimos
() Não desejo declarar

6. Escolaridade:

- () I grau incompleto () I grau completo () II grau incompleto
() II grau completo () Superior incompleto () Superior completo
() Pós-graduação () Analfabeto

7. Situação Conjugal:

- () Solteiro (a) () Casado (a)
() Separado/divorciado (a) () Viúvo (a)
() União estável

8. Tipo de trauma: () Acidente de Trânsito () Acidente doméstico () Acidente no trabalho () Outro: _____

9. Qual dia da semana você sofreu o trauma?

- () Segunda () Terça () Quarta () Quinta () Sexta () Sábado () Domingo
() Não se recorda

10. Qual o período do dia em que ocorreu o trauma?

() Manhã () Tarde () Noite () Madrugada () Não se recorda

11. Você é tabagista? () Não () Sim

Se a resposta é sim, responda o item 11.1 e 11.2

11.1 Que tipo de tabaco você consome?

() Cigarro comercializado () Cigarro de palha () Outro tipo

11.2 A quantidade de tabaco que você usa aumentou depois do trauma?

() Não () Sim

12. Você consome bebida alcoólica? () Não () Sim Se a resposta é sim, responda os itens 12.1 e 12.2**12.1 Que tipo de bebida você consome?**

() Fermentadas () Destiladas () Outras

12.2 A quantidade de bebida que você consome aumentou depois do trauma?

() Não () Sim

13. Houve alteração do sono após o trauma?

() Não () Sim.

14. O seu apetite foi alterado depois do trauma?

() Não () Sim. Que tipo de alteração?

Apêndice C – TCLE para juízes

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – PARA O JUIZ

Prezado Professor,

Vimos solicitar sua participação no estudo “IMPACTO PSICOLÓGICO NAS VÍTIMAS EM REABILITAÇÃO DE TRAUMA”, cujo propósito é validar o instrumento constante no mesmo. Sua colaboração consiste em responder ao formulário (anexo), após análise do instrumento (anexo), que tem como objetivo analisar a facilidade de leitura, clareza e apresentação do mesmo (itens: aparência, pertinência e compreensão).

Esclarecemos que é assegurado total sigilo sobre sua identidade e que você tem o direito de deixar de participar da pesquisa, a qualquer momento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo. Poderá solicitar esclarecimentos quando sentir necessidade e sua resposta será respeitosamente utilizada em trabalhos e eventos científicos da área da saúde, sem restrições de prazo e citações, desde a presente data. Caso concorde em participar, é preciso assinar esse termo, que está em duas vias, uma delas é sua e outra do pesquisador.

Antecipadamente, agradecemos e nos colocamos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Doutorado Lucas Felix de Oliveira
Autor da pesquisa

Profa. Dra. Maria Célia Barcellos Dalri
Orientadora

Contato:

Lucas = lucasfelix@usp.br

Fone: (34) 9963-5473

Profa. Dra. Maria Célia = macdalri@eerp.usp.br

Fone: (16) 3602-3421

Endereço: Av. Bandeirantes, 3900, Campus da USP, na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. CEP 14040-902.

Antecipadamente, agradecemos a sua valiosa colaboração e nos colocamos à disposição para qualquer esclarecimento.

Eu, _____ RG nº. _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo “IMPACTO PSICOLÓGICO NAS VÍTIMAS EM REABILITAÇÃO DE TRAUMA”, sob responsabilidade do pesquisador Lucas Felix de Oliveira, como sujeito voluntário (a).

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 20__.

Assinatura

FORMULÁRIO PARA JUÍZES

ITENS A SEREM AVALIADOS

ITENS DO INSTRUMENTO	APARÊNCIA	PERTINÊNCIA	COMPREENSÃO	SUGESTÃO
1. Nome, idade e sexo	()Adequado ()Inadequado	()Adequado ()Inadequado	()Adequado ()Inadequado	
2. Cor/raça	()Adequado ()Inadequado	()Adequado ()Inadequado	()Adequado ()Inadequado	
3. Crença religiosa	()Adequado ()Inadequado	()Adequado ()Inadequado	()Adequado ()Inadequado	
4. Ocupação atual	()Adequado ()Inadequado	()Adequado ()Inadequado	()Adequado ()Inadequado	
5. Renda familiar	()Adequado ()Inadequado	()Adequado ()Inadequado	()Adequado ()Inadequado	
6. Escolaridade	()Adequado ()Inadequado	()Adequado ()Inadequado	()Adequado ()Inadequado	
7. Situação conjugal	()Adequado ()Inadequado	()Adequado ()Inadequado	()Adequado ()Inadequado	
8. Fumante	()Adequado ()Inadequado	()Adequado ()Inadequado	()Adequado ()Inadequado	
8.1 O que se fuma	()Adequado ()Inadequado	()Adequado ()Inadequado	()Adequado ()Inadequado	
8.2 Aumento da quantidade de	()Adequado	()Adequado	()Adequado	

consumo	()Inadequado	()Inadequado	()Inadequado	
9. Consumo de bebida alcoólica	()Adequado ()Inadequado	()Adequado ()Inadequado	()Adequado ()Inadequado	
9.1 Tipo de bebida	()Adequado ()Inadequado	()Adequado ()Inadequado	()Adequado ()Inadequado	
9.2 Aumento do consumo de bebida	()Adequado ()Inadequado	()Adequado ()Inadequado	()Adequado ()Inadequado	
10. Uso de medicamentos antes do trauma	()Adequado ()Inadequado	()Adequado ()Inadequado	()Adequado ()Inadequado	
11. Uso de medicamentos depois do trauma	()Adequado ()Inadequado	()Adequado ()Inadequado	()Adequado ()Inadequado	
12. Tipo de trauma	()Adequado ()Inadequado	()Adequado ()Inadequado	()Adequado ()Inadequado	
13. Dia da semana do trauma	()Adequado ()Inadequado	()Adequado ()Inadequado	()Adequado ()Inadequado	
14. Período em que ocorreu o trauma	()Adequado ()Inadequado	()Adequado ()Inadequado	()Adequado ()Inadequado	

Anexo A – Autorização do Secretário de Saúde de Uberaba

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Departamento de Gestão do Trabalho
e da Educação em Saúde

INFORMAÇÃO Nº 0016/2013

Uberaba, 21 de Maio de 2013.

Senhor Secretário,

Chega a este Departamento a solicitação de autorização para realização de pesquisa:

Instituição de ensino: Universidade de São Paulo (USP de Ribeirão Preto)

Curso: Enfermagem.

Título: "Impacto Psicológico nas Vítimas em Reabilitação de Trauma".

Local de realização: Unidade Especializada em Reabilitação (UER) do Município de Uberaba.

Objetivo: Avaliar a presença de ansiedade e depressão em usuários do SUS vítimas de trauma que buscam reabilitação em uma unidade especializada em reabilitação e comparar as medidas apresentadas em diferentes causas de trauma.

Justificativa: Recolher informações pertinentes à presença de sinais e sintomas de ansiedade e depressão nas pessoas que vivem traumas, para que sejam reconhecidas suas especificidades. O intuito é levantar um diagnóstico psicológico para contribuir com a montagem de estratégias no tratamento destes indivíduos, visto que o acompanhamento desses usuários baseia-se principalmente em aspectos de natureza física, com o tratamento para reabilitação da funcionalidade do corpo, sem dar ênfase na condição psicológica.

Metodologia: Trata-se de um estudo descritivo, de corte transversal e abordagem quantitativa, a ser realizado na Unidade Especializada em Reabilitação (UER) no Município de Uberaba, no período de quatro meses onde será constituída por todos os usuários vítimas de trauma proveniente da rede de atenção à saúde do SUS, hospitais públicos e unidades de pronto atendimento municipais, com ficha de contrarreferência para tratamento de reabilitação em trauma, maiores de 18 anos.

Comitê de Ética em pesquisa: A ser encaminhado ao CEP

Após conclusão da pesquisa o solicitante se responsabiliza pelo encaminhamento de uma cópia e apresentação da mesma para a equipe técnica desta Secretaria.

As considerações do Secretário Municipal de Saúde.

Gheysa Alves Mendonça
Gheysa Alves Mendonça
Coordenadora do Centro de Educação em Saúde

Patrícia Emmanuelle da Cruz
Patrícia Emmanuelle da Cruz
Diretora do Departamento de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde

☒ Deferido
☐ Indeferido

Ciente do solicitante: *Lucas Felix de Oliveira*
Lucas Felix de Oliveira – CPF 556.255.686-34
Data: 24/05/2013.

Avenida Guilherme Ferreira, 1.539 – Cidade Jardim – Telefone: (34) 3331-2732 – CEP: 38022-200
capacita.saude@uberabadigital.com.br

Anexo B – Autorização da Coordenadora da UER

Secretaria Municipal de Saúde
UER
Unidade Especializada em
Reabilitação

Uberaba, 21 de maio de 2013.

Ilma. Senhora Profa. Dra. Maria Cecília Barcellos Dalri
Professor Associado do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da
EERP-USP

Em atendimento a solicitação encaminhada a UER, venho pelo presente autorizar a
realização do estudo intitulado ***“Impacto psicológico em reabilitação de trauma”***
sob sua orientação.

Atenciosamente,

Ana Maria Pfeifer Pereira Rizzo
Gerente da UER – Unidade Especializada em Reabilitação

Anexo C – Mini-mental - MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

(Folstein, Folstein & McHugh, 1975 – Tradução do pesquisador)

Nome do entrevistado:

Escolaridade:

1. **Orientação** (1 ponto por cada resposta correta)
 Em que dia da semana estamos?
 Em que dia do mês estamos?
 Em que mês estamos?
 Em que ano estamos?
 Que horas são?
 Em que lugar estamos?
 Que instituição é esta?
 Que bairro é este?
 Em que cidade estamos?
 Em que estado estamos?
2. **Retenção** (contar 1 ponto por cada palavra correta repetida)
 “Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure saber as palavras de cor” Pera, gato, bola.
3. **Atenção e cálculo** (1 ponto para cada. Parar ao final de 5 respostas)
 “Agora lhe peço que me diga quanto é 30 menos três; vá tirando de três em três até eu pedir para você parar”
4. **Evocação** (1 ponto para cada resposta certa)
 “Veja se você consegue dizer as três palavras que pedi pra você decorar”
5. **Linguagem** (1 ponto para cada acerto)
 - a. “Como se chama isto?” (Mostrar os objetos)
 Relógio
 Lápis
 - b. “Repita a frase que vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA”
 - c. “Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue-a com a mão direita, dobre-a ao meio e coloque-a sobre a mesa” (Dar a folha segurando com as duas mãos)
 Pega com a mão direita; dobra ao meio; coloca onde deve.
 - d. “Leia o que está escrito no cartão e faça o que diz lá”. Mostrar um cartão com a frase bem legível:
 “FECHE OS OLHOS”; (sendo analfabeto leia a frase)
 Fechou os olhos
 - e. “Escreva uma frase inteira aqui” (Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação). Frase:
6. **Habilidade Construtiva** (1 ponto pela cópia correta.)
 Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com cinco lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.

Cópia:

Total: _____

Anexo D – Autorização para uso dos instrumentos BAI e BDI
São Paulo, 03 de Maio de 2013

AC/: Lucas Felix

Conforme solicitado , segue abaixo cotação.

Descrição
Escalas Beck - Protocolo de Ansiedade - BAI
Escalas Beck - Protocolo de Depressão - BDI
Total
Frete
TOTAL GERAL

Validade da Proposta: 30 dias

a) Prazo de entrega: 10 dias

b) Para aquisição de Testes Psicológicos, enviar cópia frente e verso do CRP do psicólogo solicitante (digitalizada por email ou

via fax 11 3034 3600), informar email pessoal do psicólogo para liberação das correções informatizadas, quando o Teste Psicológico adquirido

contar com este recurso.

c) Boleto bancário para EMPRESAS :

Faturamento para 30 dias , para compras acima de R\$ 150,00 (informar CNPJ para análise e aprovação do departamento financeiro. Para

pedidos abaixo deste valor, o pagamento será a vista, através do LINK BANCÁRIO que será enviado para o email cadastrado.

d) Pagamento através de nota de empenho para órgãos públicos :

Dados bancários

Banco itaú

Agência : 9109

C/C : 10700-4

Favorecido : All Books Livraria e Editora Ltda

CNPJ : 06.955.877/0001-12

Atenciosamente,

Ricardo Lima

Vendas

All Books Livraria e Editora (Casa do Psicólogo)

Fone/Fax: 11 3034-3600 Ramal 204

www.casadopsicologo.com.br

vendas6@casadopsicologo.com.br

Anexo E – BAI

Data: _____

Nome: _____ Estado Civil: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Ocupação: _____ Escolaridade: _____

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a **última semana, incluindo hoje**, colocando um "x" no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

	Absoluta- mente não	Levemente Não me inco- modou muito	Moderada- mente Foi muito desagra- dável mas pode suportar	Gravemente Difícilmente pude suportar
1. Dormência ou formigamento.				
2. Sensação de calor.				
3. Tremores nas pernas.				
4. Incapaz de relaxar.				
5. Medo que aconteça o pior.				
6. Atordoado ou tonto.				
7. Palpitação ou aceleração do coração.				
8. Sem equilíbrio.				
9. Aterrorizado.				
10. Nervoso.				
11. Sensação de sufocação.				
12. Tremores nas mãos.				
13. Trêmulo.				
14. Medo de perder o controle.				
15. Dificuldade de respirar.				
16. Medo de morrer.				
17. Assustado.				
18. Indigestão ou desconforto no abdômen.				
19. Sensação de desmaio.				
20. Rosto afogueado.				
21. Suor (não devido ao calor).				

PEARSON

Copyright © 1991 by NCS Pearson, Inc.
Copyright © 1993 Aaron T. Beck - Tradução para a Língua Portuguesa
Todos os direitos reservados.

Casa do
Psicólogo®

© 2001 Casapsi Livraria e Editora Ltda
Tradução e adaptação brasileira.
É proibida a reprodução total ou parcial desta obra para
qualquer finalidade. Todos os direitos reservados.
BAI é um logotipo da NCS Pearson, Inc.

Anexo F – BDI

Data: _____

Nome: _____ Estado Civil: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Ocupação: _____ Escolaridade: _____

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve **melhor** a maneira que você tem se sentido na **última semana, incluindo hoje**. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. **Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.**

<p>1 0 Não me sinto triste.
1 Eu me sinto triste.
2 Estou sempre triste e não consigo sair disto.
3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.</p> <p>2 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.
1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.
2 Acho que nada tenho a esperar.
3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.</p> <p>3 0 Não me sinto um fracasso.
1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.
2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.
3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.</p> <p>4 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes.
1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes.
2 Não encontro um prazer real em mais nada.
3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.</p> <p>5 0 Não me sinto especialmente culpado.
1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo.
2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo.
3 Eu me sinto sempre culpado.</p> <p>6 0 Não acho que esteja sendo punido.
1 Acho que posso ser punido.
2 Creio que vou ser punido.
3 Acho que estou sendo punido.</p> <p>7 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo.
1 Estou decepcionado comigo mesmo.
2 Estou enojado de mim.
3 Eu me odeio.</p> | <p>8 0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros.
1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros.
2 Eu me culpo sempre por minhas falhas.
3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece.</p> <p>9 0 Não tenho quaisquer idéias de me matar.
1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria.
2 Gostaria de me matar.
3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.</p> <p>10 0 Não choro mais que o habitual.
1 Choro mais agora do que costumava.
2 Agora, choro o tempo todo.
3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queira.</p> <p>11 0 Não sou mais irritado agora do que já fui.
1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava.
2 Agora, eu me sinto irritado o tempo todo.
3 Não me irrita mais com coisas que costumavam me irritar.</p> <p>12 0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas.
1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar.
2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas.
3 Perdi todo o interesse pelas outras pessoas.</p> <p>13 0 Tomo decisões tão bem quanto antes.
1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava.
2 Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes.
3 Absolutamente não consigo mais tomar decisões.</p> |
|---|---|

Subtotal da Página 1 CONTINUAÇÃO NO VERSO

PEARSON

Copyright © 1991 by NCS Pearson, Inc.
Copyright © 1993 Aaron T. Beck - Tradução para a Língua Portuguesa
Todos os direitos reservados.

Casa do
Psicólogo®

© 2001 Casapsi Livraria e Editora Ltda
Tradução e adaptação brasileira.
É proibida a reprodução total ou parcial desta obra para
qualquer finalidade. Todos os direitos reservados.
BDI é um logotipo da NCS Pearson, Inc.

<p>14 0 Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes.</p> <p>1 Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo.</p> <p>2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo.</p> <p>3 Acredito que pareço feio.</p> <p>15 0 Posso trabalhar tão bem quanto antes.</p> <p>1 É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa.</p> <p>2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa.</p> <p>3 Não consigo mais fazer qualquer trabalho.</p> <p>16 0 Consigo dormir tão bem como o habitual.</p> <p>1 Não durmo tão bem como costumava.</p> <p>2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir.</p> <p>3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.</p> <p>17 0 Não fico mais cansado do que o habitual.</p> <p>1 Fico cansado mais facilmente do que costumava.</p> <p>2 Fico cansado em fazer qualquer coisa.</p> <p>3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.</p> <p>18 0 O meu apetite não está pior do que o habitual.</p> <p>1 Meu apetite não é tão bom como costumava ser.</p> <p>2 Meu apetite é muito pior agora.</p> <p>3 Absolutamente não tenho mais apetite.</p>	<p>19 0 Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente.</p> <p>1 Perdi mais do que 2 quilos e meio.</p> <p>2 Perdi mais do que 5 quilos.</p> <p>3 Perdi mais do que 7 quilos.</p> <p>Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim _____ Não _____</p> <p>20 0 Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual.</p> <p>1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação.</p> <p>2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa.</p> <p>3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.</p> <p>21 0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo.</p> <p>1 Estou menos interessado por sexo do que costumava.</p> <p>2 Estou muito menos interessado por sexo agora.</p> <p>3 Perdi completamente o interesse por sexo.</p>
---	---

_____ Subtotal da Página 2

_____ Subtotal da Página 1

_____ **Escore Total.**

Anexo G – Aprovação do CEP

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil CEP 14040-902 - Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 207/2013

Ribeirão Preto, 21 de Agosto de 2013.

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 165ª Reunião Ordinária, realizada em 21 de agosto de 2013.

Protocolo CAAE: 17248013.0.0000.5393

Projeto: Impacto psicológico das vítimas em reabilitação de trauma.

Pesquisadores: Maria Célia Barcellos Dalri
Lucas Felix de Oliveira

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof.ª Dr.ª Claudia Benedita dos Santos
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Profa. Dra. Maria Célia Barcellos Dalri
Departamento de Enfermagem Geral e Especializada
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP