



UEPB

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA

CAMPUS I – CAMPINA GRANDE

PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

RAYSSA GABRIELLE DA COSTA FARIAS

**ACIDENTES MOTOCICLÍSTICOS COM SEQUELAS GRAVES:
REPERCUSSÕES NA SAÚDE MENTAL DE CONDUTORES**

**CAMPINA GRANDE
2021**

RAYSSA GABRIELLE DA COSTA FARIAS

**ACIDENTES MOTOCICLÍSTICOS COM SEQUELAS GRAVES:
REPERCUSSÕES NA SAÚDE MENTAL DE CONDUTORES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Saúde Pública.

Área de concentração: Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Alexsandro Silva Coura

**CAMPINA GRANDE
2021**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

F224a Farias, Rayssa Gabrielle da Costa.
Acidentes motociclísticos com sequelas graves
[manuscrito] : repercussões na saúde mental de condutores /
Rayssa Gabrielle da Costa Farias. - 2021.
62 p. : il. colorido.

Digitado.

Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Estadual da Paraíba, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, 2021.

"Orientação : Prof. Dr. Alexandro Silva Coura, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa."

1. Acidente de trânsito. 2. Motociclista. 3. Saúde mental. I.
Título

21. ed. CDD 363.125 1

RAYSSA GABRIELLE DA COSTA FARIAS

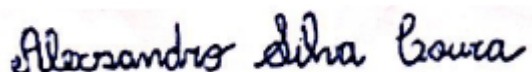
**ACIDENTES MOTOCICLÍSTICOS COM SEQUELAS GRAVES:
REPERCUSSÕES NA SAÚDE MENTAL DE CONDUTORES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Saúde Pública.

Área de concentração: Saúde Pública.

Aprovada em: 10/12/2021

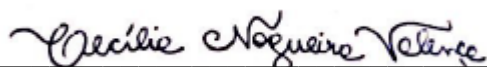
BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Alexandre Silva Coura (Orientador)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Dra. Inácia Sátiro Xavier de França
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Profa. Dra. Cecília Nogueira Valença
Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

Dedico essa dissertação à Deus, na qual sou grata por tudo que tenho e tudo que sou.

AGRADECIMENTOS

Nesse local eu vou expressar um pouco da gratidão de um sonho.

Dentre tantos momentos vividos, tantas dificuldades superadas e tanto crescimento profissional, eu só posso iniciar meus agradecimentos direcionando-os todos a Deus, autor de tudo isso que vem acontecendo na minha vida.

Agradeço aqui também a minha amada mãe, Lola, na qual me emociono só em falar o nome, meu muito obrigada por tudo que és e tudo que representa para mim, porque seria impossível descrever nessas linhas, incontáveis coisas que tenho para agradecer-lá, sou nutrida com cordão umbilical do teu amor e do teu zelo diário.

Meu muito obrigada ao meu Pai, Raimundo, que sempre souu arduamente para me dar o melhor que podia, que sempre foi e é, meu porto seguro, meu protetor, e principal incentivador, e sempre confiou no meu potencial, muito obrigada por tudo.

Um agradecimento cheio de ternura, cumplicidade diária e muito amor, pela minha irmã, Bruna, que é defensora, incentivadora e é tudo de maravilhoso que tenho de mais sagrado aqui na terra.

Um agradecimento repleto de amor também a Roniek, que topa junto comigo todas as minhas “invenções”, que luta por mim, que me defende e decidiu compartilhar a vida ao meu lado, meu muito obrigada por tanto, meu parceiro incrível, sou grata a Deus por tê-lo.

Aos meus amigos que ganhei no mestrado. Agradeço a Edmundo Gaudêncio, por tanto cuidado, parceria, por ser minha terapia nos momentos mais difíceis, ser meu grande amigo, ser professor, ser tudo nesse mestrado, por todo ensinamento, sou eternamente grata, sem você eu não teria conseguido.

Por minha querida, Renatinha, direciono um obrigada do tamanho do mundo, você foi fundamental para que eu conseguisse.

Não posso esquecer de agradecer com muito carinho a todos os pacientes, que se desdoblaram para me ceder uma entrevista em tempos tão difíceis, e com muita solicitude responderam cada pergunta lançada.

Agradeço a todo corpo docente do Programa do mestrado, que com muita competência e amor, formaram esta mestre que vos escreve.

Um agradecimento especial ao meu orientador, Prof^o. Alexsandro Coura, por toda orientação, e por ter acreditado em mim.

Agradeço às professoras da banca examinadora, desde a qualificação à da defesa final, foram preciosas demais suas contribuições!

Agradeço a todos, vocês são preciosos na minha vida e todos tem um lugar especial no meu coração.

“

“Não haverá borboletas se a vida não passar por longas e silenciosas metamorfoses” - Rubem Alves.

RESUMO

Acidentes motociclísticos são frequentes, gerando perdas de vidas e/ou altos custos aos cofres públicos. São também causas de ansiedade e depressão, tanto em sobreviventes quanto familiares, sobretudo quando do acidente decorrem sequelas graves (amputações, cegueira, lesões neuro-motoras). Compreender como as sequelas graves interferem na saúde mental dos pacientes vítimas de acidentes motociclísticos. O estudo prático foi sobre pesquisa empírica, de caráter transversal, de abordagem qualitativa, a ser construída a partir da análise das entrevistas junto às vítimas de acidentes motociclísticos com sequelas graves. A pesquisa foi realizada no Centro Regional de Reabilitação e Assistência em Saúde do Trabalhador (Cerast), em Campina Grande– PB. Como procedimento de coleta de dados houve uma entrevista semiestruturada aplicada de maneira remota (Google Forms® e ligação telefônica), na qual foi utilizado um formulário e as questões norteadoras sobre o objeto de estudo. Para o processamento e a análise dos dados, utilizou-se o software IRAMUTEQ. Participaram do estudo 06 pacientes, que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: portadores de sequelas físicas graves (amputações, cegueira ou para/tetraplegias) resultantes de acidentes motociclísticos nos quais se envolveram na condição de condutores, maiores de 18 anos, que estejam sob acompanhamento clínico-fisioterápico no Centro Especializado em Reabilitação e Assistência à Saúde do Trabalhador (Cerast), que apresentem condições de responder a Questionário e Entrevista aplicados pela autora. Como critérios de exclusão, os portadores de sequelas neuro-cerebrais impossibilitantes de responsividade à aplicação dos instrumentos de coleta dos dados, e os sujeitos que apresentem desconforto ou constrangimento em responder as questões. O estudo foi composto por pacientes vítimas de acidentes motociclísticos que possuem sequelas graves. Tendo em vista o número restrito desses participantes no referido cenário do estudo, a amostra foi censitária. Evidenciados na situação, os sintomas de ansiedade e depressão após o evento. Pode-se compreender que os acidentes motociclísticos são frequentes em nosso meio, caracterizando um problema de saúde pública, com risco de morte ou de sequelas incapacitantes, como as sequelas graves dos pacientes vítimas de acidentes motociclísticos aqui evidenciados e a interferência em sua saúde mental. Estudos como este podem fornecer subsídio e mostra sua importância para elaboração de políticas públicas voltadas para o

trânsito, para inclusão na grade curricular de ensinamentos a respeito às leis do trânsito, para implementar medidas preventivas e de promoção à saúde, melhorar o atendimento ao pós trauma com atendimento voltado a saúde mental do indivíduo com sequelas graves, também percebemos a necessidade de pesquisas voltadas para o problema, sugerindo temas correlatos para pesquisas futuras.

Palavras-Chave: acidentes; sequelas; ansiedade; depressão.

ABSTRACT

Motorcycle accidents are frequent, causing loss of life and / or high costs to public coffers. They are also causes of anxiety and depression, both in survivors and in their families, especially when the accident results in serious sequelae (amputations, blindness, neuro-motor injuries). To understand how serious sequelae interfere in the mental health of motorcycle accident patients. Methodological Path: The practical study was about empirical research, of a transversal character, with a qualitative approach, a being built from the analysis of information from the victims of motorcycle accidents with serious sequelae. A survey conducted at the Regional Center for Rehabilitation and Health Care for Workers (Cerast), in Campina Grande - PB. As a data collection procedure, there was a semi-structured interview applied remotely (Google Forms® and telephone call), in which a form and guiding questions about the object of study were prepared. For data processing and analysis, use the IRAMUTEQ software Six patients participated in the study, who met the following inclusion criteria: patients with severe physical sequelae (amputations, blindness or para/tetraplegia) resulting from motorcycle accidents in which they were involved as drivers, over 18 years old, who are under monitoring clinical and physiotherapy at the Center Specialized in Rehabilitation and Health Care for Workers (Cerast), who are able to answer the Questionnaire and Interview applied by the author. As exclusion criteria, patients with neuro-cerebral sequelae that make it impossible to respond to the application of data collection instruments, and subjects who present discomfort or embarrassment in answering the questions. The study consisted of patients victims of motorcycle accidents who have severe sequelae. In view of the limited number of these participants in the aforementioned study setting, the sample was censused. Evidenced in the situation, symptoms of anxiety and depression after the event. It can be understood that motorcycle accidents are frequent in our environment, characterizing a public health problem, with risk of death or disabling sequelae, such as the serious sequelae of patients victims of motorcycle accidents highlighted here and the interference in their mental health. Studies like this can provide support and show its importance for the development of public policies aimed at traffic, for inclusion in the curriculum of teachings about traffic laws, to implement preventive and health promotion measures, to improve post-trauma care with care aimed at the

mental health of the individual with serious sequelae, we also realized the need for research aimed at the problem, suggesting related themes for future research.

Keywords: accidents; sequelae; anxiety; depression.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Dendrograma referente a distribuição hierárquica relacionado temática.....	39
Figura 2 – Dendrograma das classes referentes aos acidentes motociclísticos com sequelas graves: e as repercussões na saúde mental de condutores.....	39
Figura 3 – Organograma da Classificação Hierárquica Descendente referente a distribuição hierárquica relacionado a temática.....	40
Figura 4 – Representação gráfica da análise de similitude entre as palavras.....	43

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Caracterização da amostra.....	37
-------------------	--------------------------------	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AT	Acidente de trânsito
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
DAMS	Despesas de Assistência Médica e Suplementares
DPVAT	Danos Pessoais por Veículos Automotores Terrestres
EPI	Equipamentos de Proteção Individual
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PMCG	Prefeitura Municipal de Campina Grande
RENAVAN	Registro Nacional de Veículo
TAs	Transtornos Ansiosos
TCE	Sistema Único de Saúde Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TEPT	Sistema Único de Saúde Sistema Único de Saúde Pós-Traumático
UEPB	Universidade Estadual da Paraíba

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	REFERENCIAL TEÓRICO	20
2.1	Reflexos econômicos mediante acidentes motociclísticos	20
2.2	Sequelas físicas mais graves nos acidentes motociclísticos	22
2.3	Sintomas emocionais e/ou sequelas psíquicas nos acidentes motociclísticos	24
2.4	Ansiedade e depressão como sintomas mais frequentes	27
3	METODOLOGIA	32
3.1	Tipo de estudo	32
3.2	Cenário do estudo	32
3.3	Critérios de inclusão e exclusão	33
3.4	Participantes do estudo	33
3.5	Instrumento de Coleta de Dados	33
3.6	Procedimento de coleta de dados	34
3.7	Procedimento para análise dos dados	35
3.8	Aspectos éticos	35
4	RESULTADOS E DISCUSSÕES	37
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	46
	REFERÊNCIAS	47
	APÊNDICE A – Formulário sociodemográfico	52
	APÊNDICE B – Entrevista semi-estruturada	54
	APÊNDICE C – Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)	55
	APÊNDICE D – Termo de autorização para gravação de voz - (TAGV)	59
	ANEXO A – Termo de autorização institucional- TAI	60
	ANEXO B – Parecer consubstanciado do CEP	61

1 INTRODUÇÃO

“A Mecânica é a pedra angular de praticamente todas as ciências modernas envolvidas com a velocidade” (CRUZ; CILLO, 2008).

Ainda de acordo com Cruz e Cillo (2008), essa velocidade traz consigo maior desembaraço na resolução das atividades do dia-a-dia das pessoas, facilitando a locomoção no trânsito, mas, também, no que tange ao transporte sobre rodas, por vezes colocando vidas em risco, pela sensação de liberdade que a velocidade produz.

No uso de motocicletas, em situações de elevada velocidade e desobediência às regras de trânsito, isso implica, frequente e conseqüentemente, em acidentes, os quais podem resultar em graves conseqüências à integridade física de motoristas e pedestres. Esses acidentes também podem causar elevados custos aos cofres públicos, por conta da assistência médica imediata (cirurgias de pequeno, médio e grande porte) e de médio e longo prazo decorrente de tratamentos fisioterápicos, pagamento de auxílio-doença e/ou aposentadoria precoce por invalidez.

Além disso, Cavalcante, Morita e Haddad (2009) dizem que tais acidentes são causas de ansiedade e depressão, tanto por parte dos acidentados, quanto por parte de familiares, sobretudo evidentes em caso de vítimas graves, nas quais, não ocorrendo o óbito, daí decorram sequelas graves, acompanhadas de ansiedade e depressão. Geralmente ansiedade e depressão são negligenciadas no estudo acadêmico de tais tipos de acidentes, conforme pode-se analisar em survey junto a servidores científicos da Internet, o qual aponta quantidade pequena de papers elaborados sobre ansiedade entre vítimas desses acidentes.

No Brasil acerca dos acidentes automobilísticos, verifica-se crescente aumento do número de veículos nas últimas décadas, em especial quanto à frota de motocicletas. De acordo com os dados do Registro Nacional de Veículo (RENAVAN, 2019), as vendas no varejo totalizaram 139.984 unidades de veículo sobre duas rodas, no primeiro bimestre do ano de 2019, o que demonstra aumento de 9,3% sobre as 128.091 motocicletas emplacadas no mesmo período de 2017, esse sendo um dos fatores que se relaciona ao crescente número de acidentes motociclísticos.

De acordo com a Revista de Saúde Pública (2000), no Brasil, os acidentes e a violência configuram problema de saúde pública de grande magnitude e transcendência, com forte impacto na morbidade e na mortalidade da população. No

âmbito governamental, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência é o instrumento orientador da atuação do setor saúde nesse contexto, adotando como expressão desses eventos a morbimortalidade devida ao conjunto das ocorrências acidentais e violentas $\frac{3}{4}$ devidas ao trânsito, trabalho, quedas, envenenamentos, afogamentos e outros tipos de acidentes $\frac{3}{4}$ e às causas intencionais $\frac{3}{4}$ agressões e lesões autoprovocadas $\frac{3}{4}$ que matam ou geram agravos à saúde e que demandam atendimento nos serviços de saúde. Sabidamente, os acidentes e a violência resultam de ações ou omissões humanas e de condicionantes técnicos e sociais.

Somente em 2018, como mostra o relatório anual do Danos Pessoais por Veículos Automotores Terrestres (DPVAT), mais de 320 mil indenizações foram pagas em três tipos de cobertura securitária: Morte, Invalidez Permanente e Reembolso de Despesas de Assistência Médica e Suplementares (DAMS). Do total de indenizações pagas no ano de 2017, 70% foram destinadas às vítimas que adquiriam algum tipo de invalidez permanente, por conta de acidentes motociclísticos, totalizando mais de 228 mil ocorrências nessa cobertura. Representando apenas 27% da frota nacional, as motocicletas foram responsáveis por cerca de 75% das indenizações pagas em 2018, acumulando mais de 246 mil pagamentos.

O CONASS (2019), em Relatório sobre a Situação Mundial da Segurança no Trânsito, apresentou dados alarmantes sobre as lesões e mortes decorrentes dos acidentes de trânsito, divulgados em estudo realizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS): o Brasil situa-se entre os 10 países que apresentam os mais elevados números de óbitos por acidentes de trânsito, e estes são responsáveis também por sequelas físicas e psicológicas, principalmente entre a população jovem e em idade produtiva.

De acordo com a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS, 2018), em todo o mundo, os traumatismos causados pelo trânsito ceifam mais de 1,2 milhão de vidas a cada ano e são as principais causas de morte dos jovens entre 15 e 29 anos de idade. Essas mortes têm enorme repercussão na saúde pública e no desenvolvimento econômico-social, representando sério impacto econômico para todos os países. Calcula-se que os traumatismos causados às pessoas nas vias públicas custam aos governos cerca de 3% do PIB, e até 5% nos países de baixa e média renda.

Isso tudo podendo ser sumariado nas palavras de Petenuti et al. (2016), que os acidentes de trânsito estão entre as principais causas de morte no mundo, além de serem apontados como um grande problema de saúde pública, podendo deixar sequelas graves com implicações físicas e psicossociais nos envolvidos. No Brasil, os custos dos acidentes de trânsito são sociais, ambientais, psicológicos, além da alta demanda de leitos hospitalares, das faltas relacionadas ao trabalho, às indenizações e aos gastos materiais que geram.

Além disso, os acidentes podem trazer reflexos à saúde mental, o que diminui a qualidade de vida dos indivíduos. A Febraban (2006) constata, em uma pesquisa realizada sobre a população com deficiência no Brasil que, em uma amostra 1.200 pessoas que passaram por um acidente de trânsito, 34% dos indivíduos adquiriram deficiências, isto é, da amostra estudada, 408 acidentados passaram a apresentar algum tipo de disfunção orgânica. Desta forma, 308 acidentados tornaram-se deficientes físicos; 60 tornaram-se deficientes visuais e 40 acidentados tornaram-se deficientes auditivos.

Salienta-se que, conforme anteriormente apontado, em sondagem prévia e informal, junto a diversas Bases de Dados, não foram encontrados trabalhos relativos às queixas que, por isso, são aqui denominadas de “negligenciadas”, quais sejam, a ansiedade e a depressão, entre vítimas de acidentes motociclísticos, sobretudo naqueles dos quais resultaram as sequelas acima referidas.

As sequelas graves, aquelas causadas pelos sofrimentos às vítimas dos acidentes de moto, tanto físicos, sobretudo as amputações, para e tetraplegias, quanto mentais, em destaque a ansiedade e depressão. Esse estudo, busca investigar as principais consequências e sequelas mentais, e o que a deficiência muda na vida das pessoas.

Entre as sequelas causadas, as emocionais e/ou sequelas psíquicas nos acidentes motociclísticos, estão em grande evidência, pois a grande parte das vítimas é representada por pessoas em idade produtiva, que deixam de exercer suas atividades laborais e/ou sua rotina preestabelecida, pelos danos causados dos acidentes. “É patente que quase a totalidade das vítimas do trânsito são acometidas na fase economicamente ativa e a maioria dos acidentes envolve motocicletas, abarcando, assim, em sua maioria, os próprios condutores” (CONASS, 2019).

Segundo o Ministério da Saúde (2019), os governos criaram estratégias, como as políticas públicas, a exemplo do DPVAT, legislação de trânsito, assistência

previdenciária, a Rodovia, que é uma das estratégias do governo brasileiro para que o país cumpra os objetivos da Década de Ação pela Segurança no Trânsito, lançada em 2011 pela Organização das Nações Unidas (ONU) e uma das metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS).

De acordo com o Ministério da Saúde (2019), as ações, órgãos, e políticas públicas acima citadas são campanhas educativas para um aumento da fiscalização, melhoria da sinalização, parcerias com empresas concessionárias de rodovias federais, ações específicas com motoristas e condutores para diminuir os acidentes de trânsito. Além do Ministério dos Transportes, Portos e Aviação, estão envolvidos, os ministérios da Justiça e Cidadania; Cidades; Saúde; a Agência Nacional de Transportes Terrestres (ANTT); a Polícia Rodoviária Federal (PRF); e o Departamento Nacional de Infraestrutura de Transportes (DNIT).

A presente pesquisa se revela do ponto de vista teórico-prático, quando consideradas as graves questões, em Saúde Pública, decorrentes dos gastos provocados junto ao Sistema Único de Saúde (no atendimento imediato e de médio e longo prazo às vítimas); por conta do afastamento do trabalho, por períodos eventualmente muito longos, isso implicando no pagamento de Auxílio-doença e/ou Aposentadoria por invalidez, além de trazer sérios reflexos à renda familiar dos envolvidos (considerando que muitos usuários de motocicletas delas fazem ferramenta profissional); pelos sofrimentos causados às vítimas, tanto físicos, quanto mentais, aí se destacando a ansiedade e depressão, sobretudo quando de tais acidentes resultam sequelas graves (amputações, para, tetraplegias e sintomas emocionais e/ou sequelas psíquicas nos acidentes motociclísticos).

Impõe-se, ainda, a ausência de estudos sobre o sofrimento psíquico, notadamente ansiedade e depressão, em condutores de motocicletas vítimas de acidentes de trânsito com produção de sequelas graves. Com a pequena quantidade de estudos sobre o tema estudado, surge a preocupação não só das sequelas orgânicas, mas também das sequelas psicológicas, que precisam ser tratadas.

Como pressuposto, a ansiedade e a depressão, pós-acidente motociclístico, são sintomas comuns, entre condutores de motocicletas com sequelas graves, amputações, perda de visão.

De maneira tal, a pergunta que norteia nosso trabalho é: Quais são as repercussões psicológicas que acometem os condutores de motocicleta, vítima de acidente de moto com sequelas graves?

Logo, considerando as repercussões físicas, psicológicas, sociais e econômicas, diante dos acidentes motociclísticos que geram vítimas com sequelas graves, o presente estudo objetiva compreender como as sequelas graves dos pacientes vítimas de acidentes motociclísticos interferem em sua saúde mental.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Reflexos econômicos mediante acidentes motociclísticos

Sabe-se que segundo Costa (2016), os acidentes de trânsito, principalmente aqueles que envolvem motocicletas, devido à gravidade produzida, mesmo quando do uso dos obrigatórios Equipamentos de Proteção Individual (EPI), visto que o condutor desse tipo de veículo é mais vulnerável, quando em comparação ao condutor de automóveis. Implicando assim, em sequelas físicas, temporárias ou permanentes, que demandam tratamento em geral prolongado e/ou longas internações hospitalares, acarretando em grandes gastos aos cofres públicos, por conta de cirurgias, abordagem fisioterápica, além dos necessários dispêndios governamentais com auxílio-doença e/ou aposentadoria por invalidez, entre outros benefícios previdenciários.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou o Global Status Report on Road Safety, 2015 (Relatório Mundial da Segurança Rodoviária, 2015), que condutores de motocicletas estão envolvidos em 23% de todas as fatalidades no mundo. Em muitas regiões, esse número é crescente, como nas Américas, onde a proporção de óbitos para essa categoria aumentou de 15% para 20%, considerando-se os acidentes de trânsito ocorridos entre 2010 e 2013.

Além disso, a OPAS (2016) relata que, na faixa etária de 15 a 29 anos, os acidentes de trânsito são a principal causa de morte. Até 2030, a previsão é que os acidentes de trânsito se tornem a 5ª causa de morte no mundo. O Brasil possui uma das taxas mais altas de mortalidade no trânsito na região das Américas com 23,4 mortes por 100 mil habitantes.

Por outro lado, o afastamento de profissionais de suas atividades laborais por conta de algum tipo de acidente é uma preocupação recorrente. De acordo com os Dados do Observatório Digital de Saúde e Segurança do Trabalho (2018), entre 2012 e 2017, a Previdência Social gastou cerca de 26,2 bilhões de reais com benefícios acidentários (auxílio-doença, aposentadoria por invalidez, pensão por morte e auxílio-acidente), sem considerar a quantidade de acidentes em anos anteriores no mesmo intervalo. Isso significa dizer que a cada 7 minutos, 1 real é desembolsado para esses fins. Além disso, de acordo com a mesma fonte, foram 40.186.713 dias de trabalho perdidos no mesmo período (2012-2017).

Em adendo a isso, a OMS/OPAS (2019) afirma que, sequelas decorrentes de acidentes motociclísticos provocam perdas econômicas consideráveis para os indivíduos economicamente ativos, suas famílias e para o país. Essas perdas decorrem dos custos com tratamentos (incluindo reabilitação e investigação do acidente), bem como da redução e perda de produtividade.

Dados da OMS/OPAS (2019) estimam que 1,2 milhão de pessoas morrem e cerca de 30 a 50 milhões ficam feridas por ano em decorrência de acidentes de trânsito em todo o mundo. Os custos globais econômicos com acidentes de trânsito são de US\$ 1,8 trilhão anuais. No Brasil, de 2008 a 2013, o número de internações devidas a acidentes de transporte terrestre aumentou 72,4%. Considerando apenas os acidentes envolvendo motociclistas, o índice chega a 115%. Em 2013, o SUS registrou 170.805 internações por acidentes de trânsito e R\$ 231 milhões foram gastos no atendimento às vítimas. Desse total, 88.682 foram decorrentes de motos, o que gerou um custo ao SUS de R\$ 114 milhões.

Em adendo a isso, anote-se que, segundo o Ministério da Saúde (2015), a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) alerta que essa é a segunda causa de morte, entre os jovens, ficando atrás apenas dos homicídios. A faixa etária entre 18 a 24 anos, no Brasil, representou 17% do total das vítimas fatais em 2013, ou seja, 42.291 pessoas, o que significa dizer que, incidindo em faixas etárias mais jovens, maiores serão os prejuízos causados à economia, dadas a perda de vida e aposentadorias precoces.

Ao analisar os atuais índices, percebe-se que, no Brasil, o número de vítimas de acidentes de trânsito vem crescendo a cada ano. Ainda segundo o Ministério da Saúde (2015), comparando com os dados de 2009, o Brasil passou de uma taxa de 18,3 óbitos por 100 mil habitantes para os atuais 22,5, saindo da quarta para a segunda posição no ranking da mortalidade por acidentes de trânsito, entre os países do MERCOSUL, segundo dados do Informe Sobre Segurança no Trânsito na Região das Américas, publicado pela OPAS em 2015. Em primeiro lugar está a Venezuela, com taxa de mortalidade de 37,2 e, em seguida, o Uruguai e Paraguai com 21,5 e 21,4 mortes a cada 100 mil habitantes, respectivamente.

Nos últimos anos, esses acidentes, dentre as causas externas, de acordo com Dall'aglio (2010), adquiriram grande importância por serem considerados um dos maiores problemas de saúde pública em vários países do mundo, em função do

alto índice de mortalidade, morbidade, anos potenciais perdidos e danos sofridos pelas vítimas, suas famílias e toda a sociedade.

2.2 Sequelas físicas mais graves nos acidentes motociclísticos

O número de mortes, de incapacidades e de invalidez em função das lesões provocadas por acidentes de motocicleta vem aumentando a cada ano, de acordo com Fernandes (2015).

Em contrapartida, no Brasil, as taxas de mortalidade por acidentes de transporte terrestre têm diminuído parcialmente, devido à aplicação do Código de Trânsito de 1998, porém apresentando aumento na última década. Todavia, alto número de sobreviventes apresenta importantes sequelas físicas e psicológicas, principalmente adultos jovens, é o que afirma Andrade (2016). Além disso, os números com vítimas não fatais são significativamente maiores, é isso que mostra Fernandes (2015).

Estudos realizados por Andrade (2016), comprovam que os acidentes de transporte terrestre são importantes causa de morte, lesão e incapacidade, representando um forte impacto no setor saúde devido à sobrecarga sobre os serviços de urgência e emergência, necessidade de atenção clínica especializada, assistência social e reabilitação. Muitos acidentes não apresentam o óbito como consequência, mas implicam em sequelas que produzem efeitos ao longo da vida das pessoas, no caso de incapacidades orgânicas. No entanto, 5% das vítimas sofrem traumas de gravidade considerável, os quais podem levá-los a uma condição de tetra ou paraplegia, amputação de algum segmento corporal e lesão nervosa ou vascular, conduzindo-os a uma situação de incapacidade permanente. As sequelas irreversíveis resultantes desses traumatismos forçam os indivíduos, em sua maioria jovens e produtivos, a uma aposentadoria precoce por invalidez, como referido linhas atrás.

Ainda de acordo com as afirmações de Fernandes (2015), estudos anteriores demonstram que as vítimas acometidas em acidentes de trânsito com moto são geralmente jovens, em idade produtiva e do sexo masculino, e as lesões mais frequentes em decorrência desses acidentes são os traumas em membros inferiores e traumatismos cranianos. O sobrevivente de um acidente motociclístico leva, em média, de um a seis meses para se recuperar totalmente, do ponto de vista físico.

No entanto, esse tempo pode chegar até 18 meses, nos casos de lesões mais complexas. Por ser um veículo de transporte de alta vulnerabilidade, os acidentes com motocicletas têm como consequência vítimas politraumatizadas, cujos traumas neuromusculoesqueléticos são os mais graves, com 16% dessas vítimas guardando sequelas que as tornam incapazes de exercer as atividades da vida diária, sendo temporariamente ou definitivamente afastadas da vida laboral.

Reis (2017), ao tratar dos tipos de lesões e áreas corporais mais frequentemente atingidas nos acidentes de moto, afirma que as fraturas em extremidades de membros estão entre os principais. Lesões isoladas em membros superiores ou inferiores raramente evoluem para óbito, porém, com frequência, estão relacionadas à realização de cirurgias corretivas, reparadoras e até mesmo amputações que podem alterar a qualidade de vida tanto dos pacientes, quanto de seus familiares, sobretudo quando o acidentado é o principal provedor familiar. Além disso, podem desencadear imobilizações prolongadas, acarretando longos períodos de recuperação à vítima, com auxílio de duradouros procedimentos fisioterápicos.

Ainda no tocante às lesões consequentes de eventos traumáticos, Waiselfisz (2014) afirma que geralmente resultam em deficiência e incapacidade temporárias ou permanentes, as quais interferem na produtividade e capacidade das vítimas, constituindo-se, a maioria dos acidentados, por homens na faixa etária de 20 a 39 anos, em pleno potencial produtivo. Permanecendo-se nesse andamento em números, até 2024, as motocicletas registradas ultrapassarão o número de automóveis, isso apontando para uma previsão altamente preocupante: o crescimento exponencial da mortalidade e morbidade nos acidentes envolvendo motocicletas.

Madeira (2018), afirma que no Brasil os acidentes configuram um grave problema de saúde pública de grande magnitude e transcendência, com forte impacto na morbidade e mortalidade da população. No conjunto de lesões decorrentes das violências por causas externas, o Trauma Crânio Encefálico (TCE) e Trauma de face destacam-se em termos de magnitude tanto entre mortos e feridos, sendo uma das lesões mais frequentes, acarretando sérios prejuízos e sequelas irreversíveis.

No tocante a essas sequelas, sublinha-se a importância da reabilitação funcional, considerando-se que, para o paciente acidentado, retornar à vida ativa e produtiva é essencial. Assim, os serviços de reabilitação organizados com equipes

multiprofissionais são necessários para guiar o planejamento do tratamento, promover a abordagem de todas as fragilidades e carências e reduzir as necessidades de cuidados continuados, com potencial economia de custos, o que compensaria o investimento inicial na reabilitação. Disso se percebe que os prejuízos econômicos e sociais dessas sequelas – como, por exemplo, seus impactos na vida pessoal, profissional, familiar das vítimas – constituem-se como grande dano, do ponto de vista humano, individual, mas também econômico geral.

2.3 Sintomas emocionais e/ou sequelas psíquicas nos acidentes motociclísticos

Os acidentes de trânsito podem trazer mudanças drásticas à vida dos sujeitos e de seus familiares por todas as suas vidas, causando sequelas de vários tipos entre os sobreviventes, o que, como referido, envolve longos períodos de tempo para a reabilitação total ou parcial, quando possível. São sequelas que acarretam desajustes pessoais, familiares, profissionais e consequências que vão além do orgânico.

As vítimas não fatais causam um grande impacto no sistema público de saúde, ocasionando elevados custos com tratamentos, longos períodos de internação nos serviços de saúde e superlotação ou longas esperas nos centros de reabilitação, o que pode trazer ainda mais desespero ao paciente e/ou familiares. E como a maioria dessas vítimas é justamente representada por pessoas em idade produtiva, há também a possibilidade de perda de qualidade de vida pessoal e/ou familiar, por conta de problemas econômicos direta ou indiretamente gerados pelo acidente, como incapacidade laborativa por parte do paciente, temporária ou permanente, ao lado de outros prejuízos, como a impossibilidade de comparecimento à escola ou à universidade, por exemplo, porquanto perdure a recuperação física e mental daquele.

Cavalcante (2012) relata que os serviços de saúde pública não estão conseguindo assistir com resolubilidade os efeitos dos acidentes de trânsito. É muito comum que as vítimas desse tipo de acidente recorram inúmeras vezes aos serviços de emergência onde são medicadas sem, porém, um diagnóstico diferenciado e, sobretudo, sem uma compreensão global do quadro clínico e social. Ir às unidades de saúde e/ou consultórios repetidas vezes, sem, porém, diagnóstico de eventuais

sintomas de sofrimento psíquico (ansiedade e/ou depressão) que possam e devam ser abordados clinicamente, significa deixar sem tratamento essas condições que poderiam e deveriam ser abordada clinicamente, vez que elas podem se constituir como o problema à parte, no âmbito da problemática geral produzida por um acidente de trânsito, a isso se somando o fato de que sintomas psíquicos são frequentemente negligenciados.

Portanto, de acordo com as observações acima referidas, é sumamente importante intervir na maneira de se assistir às vítimas do trânsito, nisso implicadas questões psicológicas, o que se faz relevante quando se objetiva proporcionar atendimento global à pessoa, redução no número de consultas recorrentes por conta de queixas vagas, quase sempre de fundo emocional, diminuição das filas de espera nos consultórios especializados de psicologia e psiquiatria, ou mesmos nos CAPS (Centro de Atenção Psicossocial - serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico que se destinam a atender às pessoas em sofrimento psíquico), além de melhorar a qualidade de vida dos sujeitos vitimados e seus familiares, contribuindo para a melhoria dos serviços prestados pela saúde pública.

Magalhães (2007) relata que os sobreviventes de acidentes de trânsito que adquiriram alguma deficiência física vivem um enorme sofrimento diário, principalmente se as sequelas são graves e permanentes. Tal sofrimento físico, evidentemente, implica na produção de sofrimentos psíquicos a serem precocemente diagnosticados e trabalhados no campo da Psicologia e/ou Psiquiatria. Dentre os fatores determinantes de sofrimento mental, o receio de se tornar dependente de terceiros, o medo de se tornar um fardo para os familiares, além do próprio sentimento de menos-valia por conta de fatores estéticos, por exemplo.

França (2000) relata que adquirir uma deficiência pode significar uma interrupção no projeto de vida e, portanto, uma modificação de hábitos e padrão de vida. A vivência de um fenômeno dessa estirpe para uns pode ser a oportunidade de questionar crenças e valores aceitos passivamente ao longo da existência; para outros, pode significar retraimento e fuga do enfrentamento.

Além disso, Martins (2016) afirma que há de verificar-se que não é exclusivamente o vitimado que sofre com a deficiência adquirida. A partir do período da comprovação da deficiência, da sequela, começa uma etapa que gera revolução e mudanças, não só no paciente, mas em todo âmbito familiar.

Cavalcante (2009), por seu turno, percebe ainda efeitos adversos entre os membros da família (ansiedade e depressão quanto aos sofrimentos da vítima), nos profissionais de saúde (que, expostos a sofrimento, também sofrem) e na sociedade, de forma em geral, sobre a qual recaem os ônus econômicos de tais formas de acidentes e suas sequelas, lembrando que muitas vezes essas sequelas e danos não são visíveis, perceptíveis ou palpáveis e, sim invisíveis, como nos transtornos de ansiedade e depressão.

Cavalcante (2009), indagando sobre o custo social de uma mulher ou de um homem que adquiriram uma deficiência grave que irá afetar seu ajustamento pessoal, familiar e profissional, para além dos custos com resgate, assistência hospitalar, reabilitação, perda de produção, gastos previdenciários, danos a terceiros, administração de seguros e suporte de agentes de trânsito, pergunta, ainda: quais as sequelas invisíveis dos acidentes de trânsito?

A Organização Pan Americana de Saúde mostra que, no mundo, 6% das deficiências físicas são causadas pelos acidentes de trânsito (OPAS, 2005) e, no Brasil, no último Censo Demográfico, 45,6 milhões de pessoas declararam ter pelo menos um tipo de deficiência, seja do tipo visual, auditiva, motora ou mental/intelectual. (IBGE, 2017). Dessa forma, o impacto do acidente de trânsito incide em diferentes graus e afeta desigualmente as vítimas (CAVALCANTE, 2009).

Esse impacto e suas consequências podem não atingir apenas a vítima diretamente envolvida em acidente, podendo afetar também a saúde do grupo familiar, comprometendo a rede social familiar para o enfrentamento do problema (Haddad, Morita E Gonçalves, 2007).

O “Informe mundial sobre prevención de los traumatismos causados por el tránsito: resumen”, desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde – 2004, refere que é impossível estipular o custo social do sofrimento humano, e do sacrifício dos familiares e amigos para aqueles que ficam com sequelas gravíssimas, pois muitos deixam de trabalhar para cuidar de um acidentado, diminuindo a qualidade de vida dessas pessoas e atingindo a socioeconomia familiar, aí também devendo ser considerados os traumas emocionais e psicológicos.

Muitas dessas pessoas envolvidas direta ou indiretamente com o acidente de trânsito, de acordo com Souza Aredes (2018), irão necessitar de uma intervenção psicológica, visando ressignificar o que a experiência traumática lhe causou,

disponibilizando melhores recursos emocionais que lhes tragam o necessário afetivo capaz de gerar condições que lhes possibilite melhor lidar com a situação.

2.4 Ansiedade e depressão como sintomas mais frequentes

Sbardelloto (2011), diz que para as vítimas e seus familiares o primeiro momento mais agudamente traumático supostamente é aquele em que é comunicada a ocorrência do acidente e, o segundo, quando da informação dos danos diagnosticados e suas eventuais sequelas. A forma como a pessoa recebe a notícia e a processa pode ser crucial, dado que isso lhe pode funcionar como um fator condicionante para toda a vida, vindo a interferir no modo como irá enfrentar os desafios de sua vida dali para frente.

Para Peixoto (2019), no Brasil, a dimensão das consequências dos acidentes como as incapacidades, sequelas psicológicas e impactos econômicos são alarmantes, além de representar uma importante demanda para o setor saúde, pois requer uma atenção às vítimas que vai muito além do atendimento pré-hospitalar e hospitalar de emergência – aí incluídas as diversas formas de sofrimento psicológico, evidentemente.

Quando ocorrem traumatismos físicos, a vítima de acidente de trânsito (AT) pode necessitar passar por um período, às vezes longo, de hospitalização. Alves et al (2016) consideram que a internação gera o rompimento da vítima com as suas atividades usuais, submetendo-o a uma nova à rotina hospitalar. Além da perda da autonomia, o paciente hospitalizado pode experimentar mudanças na autoimagem, procedimentos invasivos e/ou dolorosos, menor contato com o suporte familiar e social dentre outros estressores. Nesse sentido, os acidentes de trânsito são acontecimentos potencialmente ansiogênicos, particularmente quando necessitam de internação hospitalar, isso produzindo grande sobrecarga psíquica.

Anjos (2012) relata que ansiedade e depressão em vítimas com sequelas graves de acidentes, em geral, e de motocicletas, em particular, são experiências partilhadas por muitos pacientes e, em geral, geradoras de dificuldades e conflitos, não só para a família mas, especialmente para a qualidade de vida dos que vivenciam uma nova forma de enfrentamento do mundo, em geral tornada mais difícil pelas sequelas pós-infortúnio, nisso se destacando a ansiedade e a

depressão, a serem entendidas como comorbidades ou como complicações clínicas entre vítimas de acidentes, quer determinados pelo trabalho ou pelo trânsito.

No que respeita à ansiedade, Peixoto (2019) a ela faz referência anotando que a ansiedade é um vago sentimento de intranquilidade, de procedência frequentemente não específica, desconhecida pelo indivíduo. Por outro lado, depressão é considerada um estado patológico de sofrimento psíquico, com apatia e desânimo, relacionados à reação da pessoa à perda e suas tentativas de enfrentá-la, com decréscimo no desempenho cognitivo, perceptivo ou motor.

A ansiedade, de forma geral, constitui-se como sintoma de base dos Transtornos Ansiosos (TAs), Fernandes et al (2018), compartilhando, todos os transtornos (dentre outros, o Transtorno de Ansiedade Generalizada, o Transtorno Fóbico, o Transtorno Obsessivo-Compulsivo e o Transtorno de Estresse Pós-Traumático, a forma mais comum entre vítimas de acidentes), medo, perturbações comportamentais e disfunções sócio comportamentais, afirma que, os transtornos diferem entre si nos objetos ou situações que induzem ao medo, à ansiedade ou ao comportamento de esquiva e à ideação cognitiva associada. Assim, diferenciam-se da ansiedade adaptativa e normal por serem mais intensos e persistirem além dos períodos apropriados para o desenvolvimento normal.

Sbardelloto (2011) define o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), como caracterizado basicamente por um conjunto de sintomas envolvendo altos níveis de ansiedade e momentos em que o indivíduo é tomado pela sensação de estar revivendo o evento traumático experienciado. É transtorno prevalente, atingindo cerca de 6,8% da população geral, população essa vitimizada por eventos entendidos como causa dessa modalidade de TAs, quais sejam acidentes, catástrofes, estupros e sequestros, por exemplo.

Os eventos estressores apontados como mais favoráveis para o desenvolvimento de situações traumáticas podem ser categorizados em três grandes grupos: eventos intencionais provocados pelo homem, eventos não-intencionais provocados pelo homem e eventos provocados pela natureza (SILVA, 2018). Ele ainda afirma que, no primeiro grupo, entre os eventos intencionais provocados pelo homem, podemos citar: guerras civis, incesto, estupro, sedução, tortura física ou emocional, assalto, crime violento sofrido pela própria pessoa ou por pessoas afetivamente significativas, terrorismo, participação em atrocidades violentas, alcoolismo e uso de drogas, suicídio, mutilação por acidente ou provocada

por outro indivíduo. No segundo grupo, com relação aos eventos não intencionais provocados pelo homem, encontram-se incêndios, explosões, queda de pontes e viadutos, acidentes automobilísticos, aéreos e aquáticos e perda de parte do corpo em ambiente de trabalho. No terceiro grupo, entre os desastres naturais, incluem-se tornado, avalanche, erupção vulcânica, ataques de animais, terremoto, furacão, enchentes e epidemias.

Por outro lado, Marques (2016) afirma, quanto à depressão, que ela é mais frequentemente diagnosticada na idade adulta. Uma explicação para isso seria que indivíduos com antecedentes familiares de depressão estariam mais vulneráveis, nessa faixa etária, a sofrer um agravamento de sintomas depressivos residuais ou mesmo a desenvolver um primeiro episódio depressivo, devido aos muitos estressores possíveis, como adoecimento, hospitalização, dor, perdas ou medo da morte.

A depressão é uma síndrome psiquiátrica de alta prevalência na população em geral, a qual acomete cerca de 3% a 5% desta, embora, em populações clínicas, a incidência seja ainda mais elevada, uma vez que a depressão é encontrada em 5% a 10% dos pacientes ambulatoriais e entre 9% a 16% de internados (KATON, 2003). Apesar dessa alta prevalência em populações clínicas, a depressão ainda é subdiagnosticada, por vários motivos e, quando corretamente diagnosticada, é muitas vezes tratada de forma inadequada, com subdosagem de medicamentos e manutenção de sintomas residuais, que comprometem a evolução clínica dos pacientes, isso associado à ausência de abordagem psicoterápica.

Nesse aspecto, Boing (2012) afirma que as pessoas com depressão apresentam maiores gastos em saúde, incapacidade para o trabalho, menor aderência a tratamentos médicos prescritos e risco mais elevado de mortalidade. Os impactos econômicos da depressão na sociedade também são considerados graves, chegando a 118 bilhões de euros na Europa em 2004 (equivalente a 1% da economia do continente).

A Organização Mundial da Saúde (2019), no manual de Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, a nova Classificação Internacional de Doenças (CID), 11ª revisão, classifica os episódios depressivos em: (a) leve: quando o indivíduo ainda é capaz de realizar grande parte de suas atividades diárias; (b) moderado: quando o indivíduo começa a apresentar

dificuldades no prosseguimento de sua vida cotidiana; e (c) grave: quando há marcantes sentimentos de desvalia, baixa autoestima e ideias suicidas.

No diagnóstico da depressão, Marques (2016) ressalta a importância dos estudos psicométricos de instrumentos utilizados para a avaliação dos sintomas da depressão entre pacientes com doenças físicas, a fim de fornecer maior confiança aos resultados dessa avaliação, além de uma visão mais global sobre o paciente, possibilitando aos profissionais uma atuação mais eficaz. Realça-se que, na utilização de instrumentos para avaliação da depressão no contexto da saúde, devem-se considerar suas propriedades psicométricas, além de ponderar as especificidades dos pacientes e suas demandas. A proliferação dos instrumentos de avaliação acompanhou-se de preocupações metodológicas quanto à sua construção e à utilização desses. A produção científica sobre a qualidade dos instrumentos de avaliação psicológica é ampla, no Brasil, embora sendo muito pobre no que tange à incidência de depressão, associada ou não à ansiedade, entre vítimas de acidentes de trânsito e, notadamente, motociclísticos.

Vale, porém, ressaltar que, Giavoni (2008), ao aludir à mensuração dos sintomas da depressão, afirma que comumente são utilizadas as escalas de avaliação, tanto em estudos, como na prática clínica. Em se tratando dos instrumentos utilizados com pacientes no contexto da saúde, muitos estudos têm apontado a utilização de escalas de avaliação da depressão objetivando o diagnóstico e o acompanhamento do tratamento. Contudo, alguns desses instrumentos, em uso por profissionais brasileiros, não estão adaptados às peculiaridades culturais da população ou não apresentam evidências de validade para as situações clínicas específicas em que estão sendo utilizado, o que, porém, não lhes invalida a utilização.

É digno de nota que, quanto às relações existentes entre acidente X ansiedade X depressão, tais correlações não se verificam apenas entre as vítimas primariamente envolvidas em eventos traumáticos, considerando que a forma como a equipe de saúde (médicos, enfermeiros) ou a equipe de resgate (corpo de bombeiros, policiais rodoviários) enfrentam os acidentes, também pode comprometer a saúde destes profissionais, destacando a necessidade de ações no “cuidado dos cuidadores”. Muitas dessas pessoas envolvidas direta ou indiretamente com o acidente de trânsito necessitarão de intervenção psicológica visando ressignificar o que a experiência traumática lhes causou, mobilizando-lhes as necessárias

capacidades psíquicas quanto ao enfrentamento de traumas decorrentes da exposição ao sofrimento de terceiros.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Estudo descritivo com abordagem qualitativa, que ocorreu em 2021 na cidade de Campina Grande-PB.

Segundo Flick (2008), a pesquisa qualitativa possui uma ótica subjetiva e interpretativa, que viabiliza a coleta de dados por meio de falas, observando a interação da fala com elementos simbólicos, como gestos e a arte, que exprimem dados não mensuráveis por números.

Minayo (2001) afirma que a pesquisa qualitativa responde a questões bem particulares. Trabalha com o universo de significados, crenças, valores e atitudes, motivos, aspirações, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Além disso, de acordo com Gadamer (1999), o principal verbo da abordagem qualitativa é compreender. Compreender é exercer a capacidade de colocar-se no lugar do outro, tendo em vista que, como seres humanos, temos condições de exercitar esse entendimento.

3.2 Cenário do estudo

O estudo realizou-se no Centro Regional de Reabilitação e Assistência em Saúde do Trabalhador (CERAST), em Campina Grande-PB. O serviço foi aberto em 2016 e é o primeiro no país neste modelo, objetivando cuidar integralmente da saúde do trabalhador. A sede local da Instituição foi construída graças a uma parceria entre a Prefeitura Municipal de Campina Grande – PB (PMCG) e o Ministério Público do Trabalho.

Quanto a estrutura física do CERAST consta de 38 salas, incluindo um ginásio com equipamentos fisioterápicos e uma piscina. Ademais, conta com uma equipe multidisciplinar de Fisioterapeutas, Ortopedistas, Enfermeiros, Nutricionistas, Psicólogos, Fonoaudiólogos, Psicopedagogos e Assistentes Sociais que trabalham no auxílio dos pacientes. Sendo assim, o órgão funciona como uma retaguarda

técnica da Rede de Serviços do SUS, promovendo atendimento ao trabalhador, com atenção focada em suas demandas.

3.3 Critérios de inclusão e exclusão

Como critérios de inclusão, estabeleceu os portadores de sequelas físicas graves (amputações, cegueira, para/tetraplegias) resultantes de acidentes motociclísticos nos quais se envolveram na condição de condutores, maiores de 18 anos, que estejam sob acompanhamento clínico-fisioterápico no CERAST (Centro Especializado em Reabilitação e Assistência à Saúde do Trabalhador) da PMCG, os quais apresentaram condições de responsividade a questionário e entrevista semiestruturada aplicados pela pesquisadora.

E como critérios de exclusão, os portadores de sequelas neuro-cerebrais em que impossibilitasse a responsividade das perguntas do estudo na aplicação dos instrumentos de coleta dos dados.

3.4 Participantes do estudo

Participaram do estudo seis pacientes portadores de sequelas graves após acidente de moto, no momento do ocorrido estavam na condição de condutores, realizavam tratamento no CERAST de Campina Grande – PB e recrutados de forma censitária por se enquadrarem no critério de inclusão e exclusão da pesquisa e serem atendidos no serviço citado anteriormente.

Vale salientar que devido a abordagem qualitativa, o estudo contou com a amostra será não-probabilística intencional, o tamanho da amostra orientou-se pela saturação dos dados (BARDIN, 2016).

3.5 Instrumento de Coleta de Dados

O estudo seguiu três etapas para execução da coleta de dados: a primeira etapa – desenvolvimento do formulário sociodemográfico (APÊNDICE A) e roteiro de entrevista semiestruturada, com questões pertinentes ao objetivo proposto (APÊNDICE B).

Em seguida, realizou a segunda etapa: realização das entrevistas que os pacientes responderão às questões previamente construídas sob forma de Roteiro da entrevista semiestruturada, por ligação de voz, e utilizou-se do sistema de áudio e gravação da ligação, por fim, a terceira etapa: análise de dados.

3.6 Procedimento de coleta de dados

Após a necessária Autorização Institucional do CERAST por meio da Secretária Municipal de Saúde da PMCG (Anexo A) e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa- CEP da Universidade Estadual da Paraíba- UEPB (Anexo B), decorreu levantamento do número de participantes do estudo no serviço e esclarecimento acerca do que trata o estudo em questão, bem como os objetivos da pesquisa.

Neste contato com o CERAST, transcorreu-se a apresentação da proposta ao responsável pelo setor, que após aceitação, os profissionais do serviço ajudaram na triagem dos pacientes vítimas de acidente motociclístico, ofertando a pesquisadora o contato telefônico dos indivíduos que se enquadravam na amostra.

Sendo assim, a estratégia de contato com os participantes da pesquisa realizou-se por meio virtual para coleta de dados, devido ao quadro sanitário e epidemiológico da covid-19 no município de Campina Grande-PB, visando a segurança do pesquisador e dos participantes.

No primeiro contato realizou a aproximação, e explicação da pesquisa dos documentos: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE (Apêndice C) e o Termo de Autorização para Gravação de Voz – TAGV (Apêndice D), visando concordância por meio virtual em participar do estudo através da ferramenta Google Forms®.

Além disso, ocorreu esclarecimentos sobre o estudo para os participantes. Visando conhecimento dos mesmos sobre a justificativa, a relevância, método de coleta de dados, aos aspectos éticos, como o anonimato, sigilo das informações.

Dessa forma, após explicar o projeto e esclarecer dúvidas, efetuou-se as ligações telefônicas para os que concordaram participar do estudo. A ligação foi gravada por meio de um gravador portátil, e posteriormente os dados foram transcritos e analisados.

A entrevista semiestruturada de caráter individual caracteriza-se pela apreensão dos valores, atitudes e opiniões dos entrevistados sobre determinadas questões norteadoras que envolvem o problema analisado (MINAYO et al., 2010).

As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora, com recurso próprio para execução do projeto aos pacientes vítimas de acidente motociclístico com sequelas graves. Sendo assim, foram gravadas com o auxílio de aparelho de gravação de voz, a fim de permitir a transcrição literal e maximizar a fidedignidade na exposição das falas. Ademais, durante a tabulação dos dados e exposição das entrevistas, utilizou códigos numéricos, preservando o sigilo e anonimato dos participantes.

3.7 Procedimento para análise dos dados

O conteúdo empírico foi transcrito na íntegra, transformado em corpus textual e analisado com suporte do software IRAMUTEQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires), versão 0,7 alpha 2. Ele proporciona a análise de textos e os transforma em seguimentos de textos, que se agrupam mediante a léxica das palavras viabilizando cinco possibilidades de análise: análise de similitude, estatística textual clássica, nuvem de palavras, classificação hierárquica descendente (CHD) e especificidade de grupos (CAMARGO; JUSTO, 2017). A fim de atender os objetivos o estudo adotou a análise por meio da CHD e análise de similitude

A CHD realiza agrupamentos dentro do corpus textual e viabiliza a formação de acordo com a associação das palavras, estas por sua vez, são formadas por seguimentos de textos (STs) conforme seus vocabulários, formação de matrizes cruzadas (X²) e a definição de frequências de ocorrências (CAMARGO; JUSTO, 2017). A associação da palavra com a classe foi determinada p-valor < 0,05 ou $\chi^2 < 3,80$.

Os dados de caracterização da amostra foram organizados em tabela por meio de frequência relativa e absoluta.

3.8 Aspectos éticos

Esse estudo seguiu os preceitos do Conselho Nacional de Saúde (2012) após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) envolvendo seres humanos

do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual da Paraíba, em consonância com a resolução nº466/12.

Além disso, a pesquisa seguiu as orientações do ofício circular Nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS, o qual regulamenta as pesquisas no ambiente virtual devido ao contexto da pandemia da covid-19 no Brasil.

Assim, a pesquisa obteve parecer consubstanciado do CEP favorável, com o número do parecer 5.006.709 e CAEE 50376621.0.0000.5187.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A tabela 1 indica a caracterização dos participantes, no qual 50% são do sexo feminino e 50% são do sexo masculino, a maioria dos participantes tem idade entre 41 e 50 anos (50%), é casado (66,8%), da cor parda (66,8%), evangélico (66,8%), com ensino médio completo (66,8%) e com o arranjo de moradia igualitário entre aqueles que residem apenas com os filhos e cônjuge e filhos (33,2%).

A maioria dos participantes estava trabalhando quando sofreu o acidente (66,8%), contribui para renda familiar (83,4%), a modalidade de trabalho predominante foi empregado assalariado (49,8%), com renda variando entre 1 salário mínimo a 3 (33,2%), a renda familiar por sua vez mais predominante foi entre 1 e 2 salários mínimos (49,8%) e com 3 a 4 pessoas vivendo da renda (66,8%).

Tabela 1 – Caracterização da amostra. Campina Grande, PB.

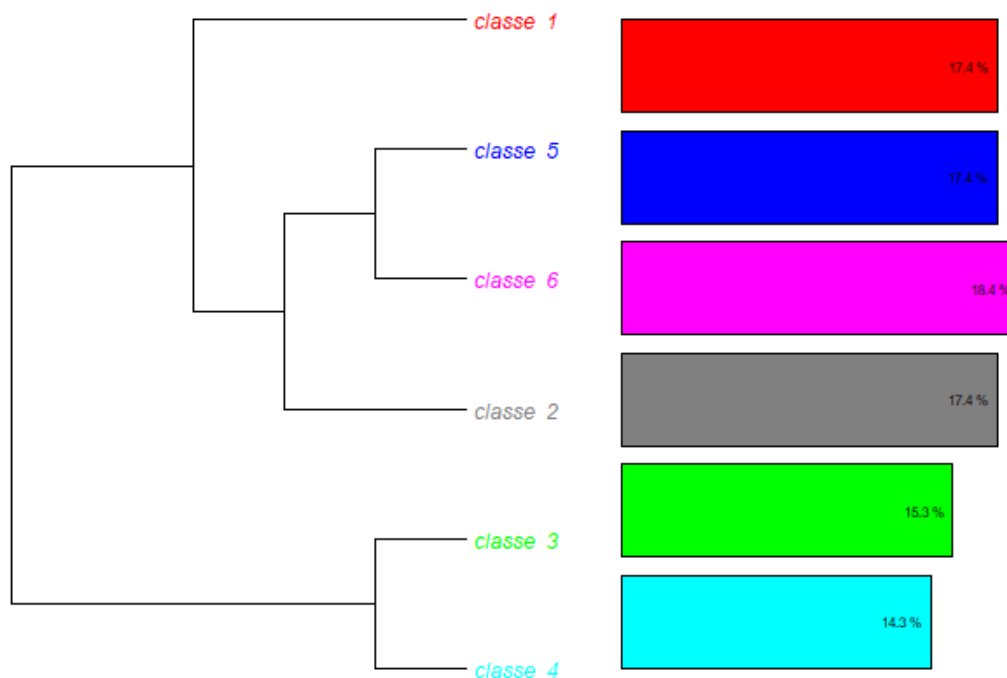
Variável	N	%
Sexo		
Feminino	3	50,0
Masculino	3	50,0
Idade		
Entre 20 e 30 anos	1	16,6
Entre 31 e 40 anos	1	16,6
Entre 41 e 50 anos	3	50,0
Maior que 60 anos	1	16,6
Estado civil		
Casado (a)	4	66,8
Divorciado (a)	2	33,2
Cor da pele		
Parda	4	66,8
Amarela	1	16,6
Branco	1	16,6
Escolaridade		
Ensino fundamental completo	1	16,6
Ensino fundamental incompleto	1	16,6
Médio completo	4	66,8
Arranjo de moradia		
Filhos	2	33,2
Cônjuge e familiares	1	16,6
Cônjuge e filhos	2	33,2
Pais	1	16,6
Estava trabalhando quando sofreu o acidente		
Sim	4	66,8
Não	2	33,2
Contribui para a renda da sua família		

Sim	5	83,4
Não	1	16,6
Ocupação principal		
Operador de caixa	1	16,6
Assistente administrativo	1	16,6
Aposentado (a)	1	16,6
Montador de painel de LED.	1	16,6
Vigilante	1	16,6
Empreendedor	1	16,6
No seu trabalho principal, você é:		
Empregado assalariado	3	49,8
Empregado que ganha por produção	1	16,6
Autônomo	1	16,6
Aposentado (a)	1	16,6
Renda individual mensal		
Até 1 salário-mínimo	2	33,2
Entre 1 e 2 salários-mínimos	2	33,2
3 ou mais salários-mínimos	2	33,2
Renda familiar mensal		
Até 1 salário-mínimo	1	16,6
Entre 1 e 2 salários-mínimos	3	49,8
3 ou mais salários-mínimos	2	33,2
Quantas pessoas vivem da renda da sua família		
Entre 1 e 2 pessoas	1	16,6
Entre 3 e 4 pessoas	4	66,8
Mais de 4 pessoas	1	16,6
Religião		
Católica	1	16,6
Evangélico (a)	4	66,8
Nenhuma religião	1	16,6

Fonte: dados da pesquisa, 2021.

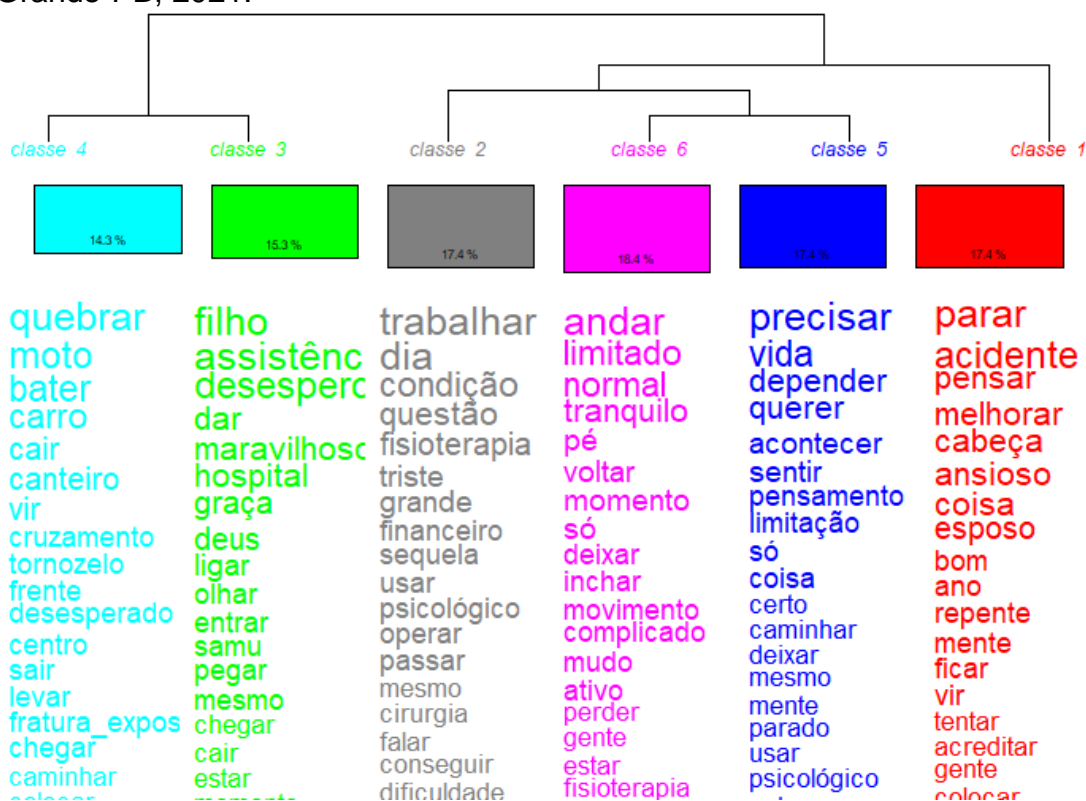
O corpus textual foi formado por seis textos, organizado entre 124 seguimentos de textos (ST), sendo retirados para CHD 98, equivalente a 779,03% de retenção. Foram geradas 4.304 ocorrências com 573 formas ativas. O conteúdo lexicográfico organizou-se em seis classes. A figura 01 demonstra o dendrograma da CHD.

Figura 1 – Dendrograma referente a distribuição hierárquica relacionado a temática. Campina Grande, PB. 2021



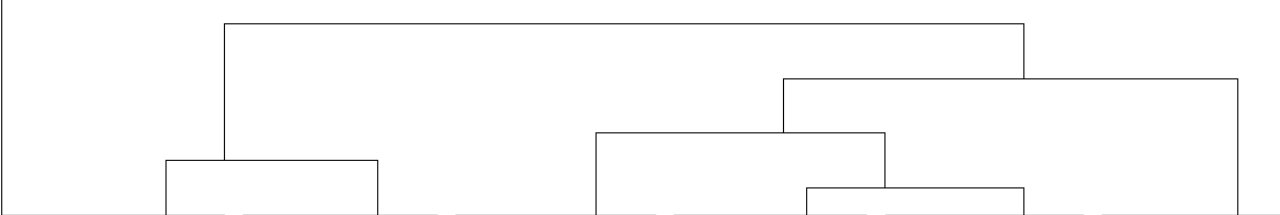
Fonte: Elaborada pelo autor, 2021.

Figura 2 - Dendrograma das classes referentes aos acidentes motociclísticos com sequelas graves: e as repercussões na saúde mental de condutores. Campina Grande-PB, 2021.



Fonte: Elaborada pelo autor, 2021.

Figura 3 – Organograma da Classificação Hierárquica Descendente referente a distribuição hierárquica relacionado a temática. Campina Grande, PB. 2021.



O organograma mostra a hierarquia descendente das classes. A raiz divide-se em dois grandes núcleos. O primeiro núcleo contém as classes 3 e 4. O segundo núcleo contém as classes 1, 2, 5 e 6. As classes 1 e 2 se agrupam, assim como as classes 5 e 6.

Classe 4 (14,29%) STs 14			Classe 3 (15,31%) STs 15			Classe 2 (17,35%) 17 STs			Classe 6 (18,37%) 18 STs			Classe 5 (17,35%) 17 STs			Classe 1 (17,35%) 17 STs		
Palavra	f	X2	Palavra	f	X2	Palavra	f	X2	Palavra	f	X2	Palavra	f	X2	Palavra	f	X2
Quebrar	5	31,61	Filho	8	35,95	Trabalhar	10	30,05	Andar	7	27,77	Precisar	6	30,45	Parar	6	30,45
Moto	7	28,23	Assistência	6	35,37	Dia	7	29,9	Limitado	4	18,53	Vida	8	23,2	Acidente	9	25,1
Bater	5	24,88	Desespero	5	29,15	Condição	4	19,87	Normal	5	17,99	Depender	3	14,75	Pensar	8	16
Carro	3	18,57	Dar	7	19,53	Questão	3	14,75	Tranquilo	5	13,35	Querer	6	14,13	Melhorar	3	14,75
Cair	4	14,32	Maravilhoso	3	17,12	Fisioterapia	4	10,84	Pé	5	9,14	Acontecer	5	55,56	Cabeça	3	14,75
Canteiro	3	12,55	Hospital	4	17,01	Triste	3	9,67	Volta	6	7,72	Sentir	5	8,28	Ansioso	4	14,43
Vir	6	12,43	Graça	4	13,01	Grande	3	6,69	Momento	4	7,56	Pensamento	2	5,25	Coisa	10	14,31
Centro	2	6,93	Deus	6	12,7	Sequela	2	5,25	Só	5	7,43	Limitação	2	5,25	Esposo	4	10,84
Desesperado	2	6,93	Ligar	3	11,46	Usar	2	5,25	Deixar	3	6,09	Só	4	3,99	Bom	4	6,48
Frente	2	6,93	Olhar	2	6,3	Psicológico	2	5,25	Movimento	2	4,81	Ano	2	5,25	De repente	2	5,25
Tornozelo	2	6,93	SAMU	2	6,3	Operar	2	5,25	Complicado	2	4,81	Mente	2	5,25	Mente	2	5,25
Cruzamento	2	6,93	Pegar	2	6,3	Financeiro	2	5,25	Inchar	2	4,81	Ficar	9	4,83	Vir	5	4,66
Fratura exposta	2	4,34	Entrar	2	6,3	Passar	4	3,99	Mudo	2	4,81						
Levar	2	4,34	Mesmo	5	4,44				Ativo	2	4,81						
Sair	2	4,34	Chegar	3	3,31												

Fonte: Elaborada pelo autor, 2021.

A partir dos dendrogramas é possível observar o surgimento de seis classes, que se organizam em dois grandes núcleos, o núcleo 1 formado pelas classes 3 e 4 e o segundo núcleo pelas classes 1, 2, 5 e 6. A classe 4 foi nomeada de “vivência do acidente”, a classe 3 “sentimentos experienciados imediatamente no acidente”, as classes 1 e 2 se aglutinaram haja vista a semelhança entre os termos, sendo então nomeada “sentimentos experienciados após o acidente” e as classes 5 e 6 nomeada de “sequelas físicas do trauma”.

O conteúdo da classe 4 está relacionado a explicação do acidente por parte dos participantes da pesquisa, dessa forma foi nomeado de “vivência do acidente”. O relato dos colaboradores pode ser observado nos seguimentos de texto abaixo:

Eu vinha cruzando a rua ... já chegando em casa e um carro na contramão eu estava na metade já da rua no canteiro o carro vinha na contramão e bateu de frente comigo ... eu estava na moto pilotando então ele me jogou eu voei por cima da moto e cai no canteiro e tive fratura exposta cortei a testa e a pedaleira da moto ainda pegou no meu tornozelo que eu perdi 30% da mobilidade (Participante 2)

Eu estava em cima do canteiro e veio um menino jovem numa moto e não vi mais nada quando despertei passei de 8 a 10 minutos desmaiada não vi nada e quando eu me acudi assim foi o jovem me levantaram e me colocaram encostada neles e ficou (Participante 3)

Foi em um cruzamento aqui na cidade de Campina Grande no bairro da Prata Vinha de Moto do Centro sentido de Bodocongó onde eu moro e passei no cruzamento não prestei tanta atenção e o carro também a mulher vinha um pouco rápida era uma motorista e aconteceu a colisão lateral bateu na lateral da minha moto e eu quebrei minha perna (Participante 6)

A classe 3 esclarece alguns sentimentos relatados pelos colaboradores no momento imediato ao acidente, sendo nomeado por “sentimentos experienciados imediatamente no acidente”, entre eles emergiram uma dicotomia, de um lado, sentimentos de cuidado, acolhimento e fé, por outro, desespero e medo, os trechos abaixo.

Graças a Deus eu tenho uma família maravilhosa e três filhos maravilhosos também que já são adultos e eles me apoiaram muito me ajudaram muito meu ex-marido também me ajudou muito ele sempre está presente (Participante 2)

Vózinha, vizinha tá tudo bem tá tudo bem vizinha eu fiquei em desespero quando olhei pra minha perna que vi os ossos a fratura exposta, fora da perna entrei em desespero mesmo gritei muito e a menina que estava comigo com o telefone na bolsa ligou para a minha casa e chegou os meus filhos, o pastor da minha igreja chegou e naquela hora foi um desespero muito grande, mas graças a Deus tive uma assistência a partir daquele momento (Participante 3)

Era sentimento de desespero porque eu estava ali no hospital a Deus dará porque como é sistema de SUS com essas coisas fica um negócio meio perturbado no corredor com várias pessoas meu pé dilacerou ele informou que eu podia pegar uma infecção também que podia perder até o pé podia ocorrer uma necrose que no caso necrosou também aí fiquei preocupado desesperado fiquei com medo não estou não ainda não (Participante 6)

O teor das classes 2 e 1 foram aglutinados haja vista a semelhança entre os seguimentos de textos, dessa forma foi denominado “sentimentos experienciados após o acidente”, os trechos adiante demonstra sentimentos como ansiedade, tristeza, impotência e frustração por parte dos colaboradores após o acidente

Graças a Deus a empresa foi muito solícita e me colocou em outra função hoje eu estou em outra função que eu não fico tanto tempo em pé, mas isso é frustrante para uma pessoa eu já tenho quase 8 anos de experiência na área de vendas (Participante 1)

Uma sensação de impotência o que eu senti na hora é uma coisa que você já pensa no que você trabalha todos os dias não vai ter que tá dependendo de algumas pessoas para tomar um banho, para levar ao médico e aquilo você sempre vai tá dependendo de alguém o sentimento não é bom que você não é acostumado a ficar esperando pelos outros e você vai ter que esperar (Participante 4)

Aí alterou um pouco meu psicológico, mas graças a Deus já estou melhor sim me senti muito ansioso eu já tenho problema de ansiedade aumentou também temos fé procuramos sentir bem (Participante 6)

Já de madrugada e quando foi no outro dia que o médico passou olhou para mim e falou que com 30 dias ia operar para colocar pinos e platina eu fiquei meio triste porque eu ia passar de novo por cirurgia, mas eu me acalmei (Participante 5)

Por fim, as classes 5 e 6 foram unidas por tratarem das sequelas e limitações físicas, sendo então denominada “sequelas físicas do trauma”, entre elas a dor, alterações no movimento do membro, edemas, alterações de sono e prejuízos financeiros.

Eu não consigo mexer o eixo do meu pé, está limitado... sinto dores diárias e eu não tomo remédio eu consigo conciliar com a minha vida eu sinto a dor e tenho as minhas limitações, mas infelizmente foi o que aconteceu (Participante 1)

Faço alguma coisa e tenho que me deitar e colocar a perna para cima porque a perna incha não tenho como andar normal é complicado viu muito complicado porque nos primeiros momentos tudo bem ... tenho que enganchar a perna para o lado, está atrapalhando tudo na minha vida não sei sinceramente como vai ser meu futuro quando eu voltar a trabalhar (Participante 2)

As sequelas não sei nem explicar por que tem momento a noite que até perco o sono pensando então eu oro ao senhor e ali fico tranquila e sobre sequelas a gente respira profundo e não tenho nem palavras para falar sobre as sequelas que ficaram (Participante 3)

Ela não está dobrando como antigamente, não vai voltar 100, infelizmente e creio que não, mas pode ser também prejuízo financeiro precisamos depender de deus esse é o segredo (Participante 5)

Tenho dificuldade de andar de baixar porque estou com os movimentos limitados ainda estou fazendo fisioterapia para isso ainda pra ver se volta o movimento do tornozelo (Participante 6)

O evento na visão do acidentado deve ser interpretado como um trauma de razão emocional, fisiológica, psicológica, social, econômico, entre outros fatores relacionados. Sendo assim, as vítimas de acidentes motociclísticos experimentam de sentimentos desvelados no momento do trauma, alterações no contexto vital pós-acidente, comprometimento de sua capacidade funcional, dependência do núcleo familiar para realização de atividades e cuidados (SILVA et al., 2021).

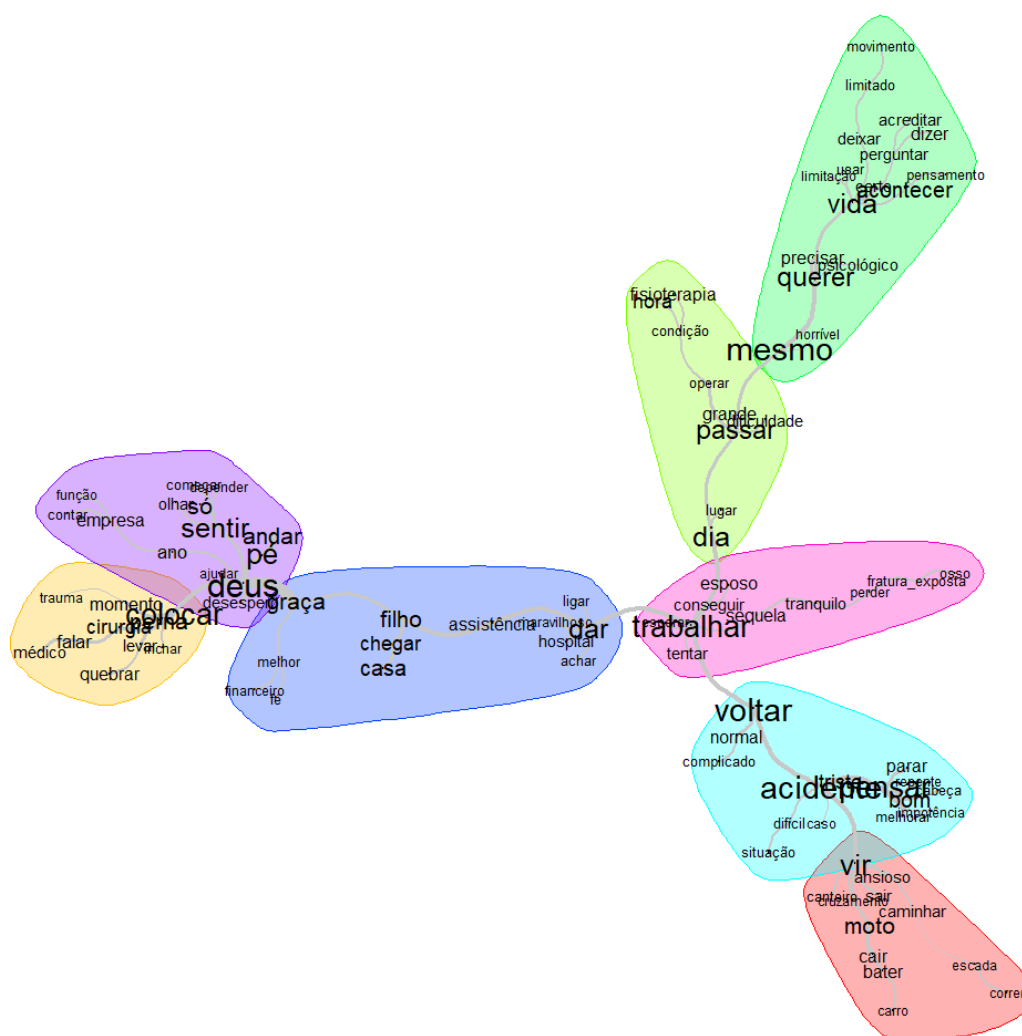
Os sintomas de depressão e ansiedade são comuns em pessoas vítimas de acidente de trânsito, além disso, reflete um estado emocional no âmbito fisiológico e psicológico da situação. Porém, mesmo sendo sintomas comuns ao quadro, deve-se atentar para o grau dos sintomas e avaliar quando torna um quadro patológico, visando um tratamento eficaz (FREITAS et al., 2018).

A dificuldade de inserção no meio social, ou reinserção em âmbito empregatício ocasiona uma experiência de ansiedade, angústia e incerteza

relacionando a sua função no trabalho. Assim, as experiências coletivas são resumidas e provocam uma visão de fragilidade, ocasionando um alto nível de ansiedade e depressão à pessoa com deficiência ou pós-acidente que gerou alguma seqüela (FREITAS et al., 2018).

O núcleo familiar exerce ação relevante no processo de reabilitação em busca do enfrentamento ao isolamento social e estratégias para o enfrentamento pós-evento que desembarcou várias modificações. Sendo assim, as principais estratégias para superação, são: espiritualidade e pensamentos positivos. Porém, é evidenciado sintomas de tristeza, depressão, ansiedade, aceitação da condição, infelicidade, baixa comunicação (ROCHA et al., 2021).

Figura 4 – Representação gráfica da análise de similitude entre as palavras, Campina Grande-PB, 2021.



Fonte: Elaborada pelo autor, 2021.

No tocante à análise de similitude, a partir da representação gráfica da Figura 04, desvelou-se que ocorreu um leque semântico de palavras de ocorrência mais frequente: “dia”, “deus”, “acidente”, “vida”, “trabalhar”.

Assim, com a análise genérica da árvore de similitudes, pode-se considerar, por meio das conexões alguns núcleos importantes para serem dialogados: I- Importância da fé no processo de reabilitação (cor: lilás), II- Vivências negativas no hospital relacionadas ao diagnóstico (cor: amarelo), III- Apoio do núcleo familiar (cor: azul escuro), IV- Processo de enfrentamento psicológico com tristezas e ansiedades (cor: verde claro), V- Problemas relacionados ao seu trabalho pós-acidente (cor: rosa) e VI- Sentimento negativos relacionados ao acidente (cor: azul claro).

Diante deste cenário epidemiológico dos acidentes e dos fatores relacionados ao contexto psicossocial do acidente são relevantes na situação, como: sintomas de ansiedade e depressão após o evento. Assim, a qualidade de vida dos indivíduos é diminuída, devido ao fato da delimitação do convívio social e familiar (SILVA et al. 2021).

Além disso, a ansiedade também é pautada no processo de retorno ao trabalho visto que há preocupação com os gastos financeiros da condição de saúde e sustento da família (MIZIARA; MIZIARA; ROCHA, 2014).

Sendo assim, justifica a evidência na árvore de similitude no ramo da cor rosa com a palavra “trabalhar”, além disso apresenta ligação com “conseguir”, “perder”, “sequela”, “tentar”, assim, transparece o significado de conseguir o retorno ao trabalho, medos das sequelas após o evento, e receio de desvinculação do seu serviço em que pode gerar instabilidade financeira individual e familiar.

Um dos sentimentos expressivos é a esperança no processo de recuperação, visto que é definida como sendo a motivação maior para dar continuidade à vida (BERTO; BARRETO, 2011).

Assim, pode-se notar graficamente nas palavras em destaque: “deus”, “sentir”, “andar”, “pé”, “compreender”, em que se nota a relação da fé, espiritualidade e processo de reabilitação como sentimentos positivos frente à ansiedade e depressão causada pelo acidente.

Neste cenário, a esperança constitui-se um motivador interno do indivíduo acometido, ademais, é fundamental para a sobrevivência emocional em pessoas de acidentes com repercussões graves, direcionando todas as suas expectativas

existenciais a fim de atingir o objetivo de cura e retomada de qualidade de vida (BERTO; BARRETO, 2011).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir desse estudo, no que tange, ao acidente motociclístico constituem-se grave problema de saúde pública pelo número cada vez maior de pessoas atingidas e das graves consequências. O acidente de moto é um infortúnio de proporções desastrosas para o indivíduo.

As sequelas graves físicas e mentais aqui encontradas estão associadas aos danos causados pelo acidente. Frente a atual situação encontrada no período pandêmico, encontramos algumas dificuldades para a realização da coleta, porém conseguimos com essa pesquisa mostrar os traumas físicos e psíquicos gerados após acidentes nos indivíduos economicamente ativos, assim como para deflagrar a dificuldade na reinserção desses indivíduos ao retorno à sua capacidade de condição de vida habitual, a ansiedade, tristeza, preocupação, também é pautada no processo de retorno ao trabalho visto que há preocupação também com os gastos financeiros, já que a grande maioria contribui para renda familiar.

Diante do cenário exposto e dos fatores relacionados ao contexto psicossocial do acidentado são evidenciados na situação, os sintomas de ansiedade e depressão após o evento. Pode-se compreender que os acidentes motociclísticos são frequentes em nosso meio, caracterizando um problema de saúde pública, com risco de morte ou de sequelas incapacitantes, como as sequelas graves dos pacientes vítimas de acidentes motociclísticos aqui evidenciados e a interferência em sua saúde mental.

Estudos como este podem fornecer subsídio e mostra sua importância para elaboração de políticas públicas voltadas para o trânsito, para inclusão na grade curricular de ensinamentos a respeito às leis do trânsito, para implementar medidas preventivas e de promoção à saúde, melhorar o atendimento ao pós trauma com atendimento voltado a saúde mental do indivíduo com sequelas graves, também percebemos a necessidade de pesquisas voltadas para o problema, sugerindo temas correlatos para pesquisas futuras.

REFERÊNCIAS

- ALVES, Ludmila Minarini; LOPES, Ederaldo José. Estresse e coping em vítimas de acidente de trânsito hospitalizadas. **Psicologia hospitalar**, v. 14, n. 2, p. 63-84, 2016.
- ANDRADE, Silvânia Suely Caribé de Araújo; JORGE, Maria Helena Prado de Mello. Estimativa de sequelas físicas em vítimas de acidentes de transporte terrestre internadas em hospitais do Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 19, p. 100-111, 2016.
- Andrade, L. H. S. G., & Gorenstein, C. (1998). Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 6(25),285-290.
- ANJOS, Kátia Campos dos. **Implicações sociais e econômicas nos pacientes vítimas de acidentes com motocicleta internados no IOT-HCFMUSP**. 2012. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.
- AREDES, Janaína de Souza et al. **De frente com a “Morte em vida”: uma etnografia do cuidado médico no contexto hospitalar**. 2018. Tese de Doutorado.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo. SP: Edições, v. 70, 2016.
- BERTO, Cintia Dal; BARRETO, Dagmar Bittencourt Mena. Pessoas com lesão medular traumática: as alterações biopsicossociais e as expectativas vividas. **Unoesc & Ciência**, v. 2, n. 2, p. 174-83, 2011.
- BOING, Antonio Fernando et al. Associação entre depressão e doenças crônicas: um estudo populacional. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, p. 617-623, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Motociclistas são os que mais se acidentam no trânsito**. Brasília, DF, 2019. Acesso em: 20 de julho de 2020.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, 2012. Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html. Acesso em 20 de julho de 2020.
- BRASIL. Ministério da saúde. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/svs/18054-paises-assinam-acordo-para-reduzir-numero-de-vitimas-de-transito>. 2015> Acesso em 20 de Janeiro de 2020>.
- CAVALCANTE, Fátima Gonçalves; MORITA, Patrícia Alessandra; HADDAD, Sonia Rodrigues. Sequelas invisíveis dos acidentes de trânsito: o transtorno de estresse pós-traumático como problema de saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 5, p. 1763-1772, 2009.

CAMARGO, Brígido Vizeu; JUSTO, Ana Maria. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas em psicologia**, v. 21, n. 2, p. 513-518, 2013.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Guia sobre Enfrentamento à Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito, 2019.

Disponível: <https://www.conass.org.br/guiainformacao/guia-para-o-enfrentamento-a-morbimortalidade-por-acidentes-de-transito>. Acesso em 20 de junho de 2021.

COSTA, Ludmila de Araújo et al. Caracterização das vítimas envolvidas nos acidentes de trânsito no município de Goiânia–GO, 2016.

CRUZ, Robson Nascimento da; CILLO, Eduardo Neves Pedrosa de. Do mecanicismo ao selecionismo: uma breve contextualização da transição do behaviorismo radical. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 24, n. 3, p. 375-385, 2008.

DALL'AGLIO, Jeanne Silveira. Aspectos epidemiológicos dos acidentes de trânsito em Uberlândia, MG, 2000. **Biosci J**, v. 26, n. 3, p. 484-490, 2010.

DPVAT. **Estatísticas do seguro obrigatório DPVAT**. Disponível em: <https://www.seguradoralider.com.br/Documents/Relatorio-Anual/RELATORIO%20ANUAL_2018_WEB.pdf> Acesso em: 15 de Abril de 2020.

FRANÇA, Inácia Sátiro Xavier de. (Re) socialização da pessoa com deficiência adquirida: o processo, os personagens e as máscaras, 1998.

FREITAS, Maria Nivalda de et al. Retorno às atividades laborais entre amputados: Qualidade de vida no trabalho, depressão e ansiedade. **Revista Psicologia Organizações e Trabalho**, v. 18, n. 4, p. 468-475, 2018.

FERNANDES, Márcia Astrês et al. Prevalência dos transtornos de ansiedade como causa de afastamento de trabalhadores. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, 2018.

FERNANDES, Fernanda Fonsêca et al. Fatores associados ao não retorno ao trabalho de indivíduos acidentados de moto: um estudo epidemiológico. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 39, n. 2, p. 191-191, 2015.

FLICK, Uwe. **Introdução à pesquisa qualitativa-3**. Artmed editora, 2008.

Gadamer, H.G. **Verdade e método**. Petrópolis: Vozes; 1999

GIAVONI, Adriana et al. Elaboração e validação da Escala de Depressão para Idosos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. 975-982, 2008.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pessoas com deficiência: adaptando espaços e atitudes. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/16794-pessoas-com-deficiencia-adaptando-espacos-e-atitudes>> Acesso em 14 de Fevereiro de 2020.

KATON, Wayne J. Clinical and health services relationships between major depression, depressive symptoms, and general medical illness. **Biological psychiatry**, v. 54, n. 3, p. 216-226, 2003.

MADEIRA, Maria Zélia de Araújo et al. Perfil do trauma neurológico em pacientes vítimas de acidentes de trânsito em um centro de reabilitação. **Rev. enferm. UFPI**, p. 22-27, 2017.

MAGALHÃES, Sílvia HT; LOUREIRO, Sonia R. Acidentes de trânsito e variáveis psicossociais-uma revisão da literatura. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 40, n. 3, p. 345-351, 2007.

MARQUES, Maria Andréia BEZERRA. Sintomas da depressão após lesão encefálica: Evidências de validade para EBADEP-HOSP-AMB. **Trabalho de Conclusão de Curso, Tese (Doutorado)–Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia, Universidade São Francisco. Itatiba**, p. 1-129, 2016.

MARTINS, Verônica Pinheiro. O Impacto dos acidentes de trânsito para o funcionamento psicológico nas vítimas acidentadas. 2016.

MINAYO, Maria Cecília de Souza et al. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29ª Ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

MIZIARA, Ivan Dieb; MIZIARA, Carmen Silvia Molleis Galego; ROCHA, Lys Esther. Acidentes de Motocicletas e sua relação com o trabalho: revisão da literatura. **Saúde, Ética & Justiça**, v. 19, n. 2, p. 52-59, 2014.

Observatório Digital de Saúde e Segurança do Trabalho, 2018. Disponível em: <<https://smartlabbr.org/>> Acesso em: 17 de abril de 2020

OMS/OPAS. **Acidente de trânsito**. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5147:acidentes-de-transito-folha-informativa&Itemid=779> Acesso em 20 de Novembro de 2019.

OPAS. **Segurança no trânsito nas Américas. Washington, DC** : OPAS, 2016.

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

OMS. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre prevención de los traumatismos causados por el tránsito: resumen. Margaret Penden, editora. **Ginebra**: OMS; 2004

OPAS. Organização Pan-americana de Saúde. **Segurança no trânsito nas Américas. 2015**.

Disponível em: http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2015/Road_Safety_PAHO_Portuguese.pdf?ua=1. Acesso em 05 de Setembro de 2019.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde . “Trânsito: um olhar da saúde para o tema”. Brasília: **OPAS**; 2018. Disponível em: <<https://www.paho.org/bra/index.php?option=com>> Acesso em 05 de setembro de 2019.

PEIXOTO, Gustavo Silva; INÁCIO, Quésia Lopes; GADELHA, Leandro Maciel Uchoa. Ansiedade e depressão em pacientes internados vítimas de acidentes e violência física interpessoal. **CEP**, v. 62010, p. 660.

PETENUTI, Andressa et al. Caracterização das sequelas das vítimas de acidentes de trânsito com motocicleta em vias urbanas numa cidade da região noroeste do Paraná. **Akrópolis-Revista de Ciências Humanas da UNIPAR**, v. 24, n. 2, 2016.

REIS, Camila Câmara et al. Funcionalidade de membros inferiores em vítimas de acidentes com motocicleta. **Ciência em Movimento**, v. 19, n. 38, p. 1-9.

RENAVAN (2019). Disponível em: <<http://www.onsv.org.br/oms-divulga-relatorio-sobre-mortes-no-transito-e-sugere-reducao-de-velocidade-em-areas-urbanas/>> Acesso em: 20 de Maio de 2020.

Rev. Saúde Pública 34 (4) , Ago 2000. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência. Secretaria de Políticas de Saúde - Ministério da Saúde. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102000000400020>

ROCHA, et al. Evidências da funcionalidade familiar e do enfrentamento após lesão medular. **Rev. enferm UFPE on line** v.15, n.2, p.e245720, 2021.

SBARDELLOTO, Gabriela et al. Transtorno de estresse pós-traumático: evolução dos critérios diagnósticos e prevalência. **Psico-USF**, v. 16, n. 1, p. 67-73, 2011.

SCHIRALDI, Glenn R. **The post-traumatic stress disorder sourcebook**. New York: McGraw-Hill, 2009.

SILVA, Lais Bezerra et al. Trauma por acidentes de motocicleta na percepção do acidentado. **Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE**, v. 15, n. 2, 2021.

SILVA, Antonio Carlos Santos da. Impacto da doença crônica infantil sobre a saúde mental de cuidadores primários e o desenvolvimento socioemocional da criança. 2018.

Waiselfisz, J. J. “Mapa da Violência do Brasil”. **Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais (Flacso)**. 2014. Disponível em: Acesso em: 18 de fevereiro de 2020.

World Health Organization. **Global Status Report On Road Safety 2015**. [Acesso em 2015 Dez 01]. Disponível em: <http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2015/en/>. Acesso em 15 de Março de 2020.

World Health Organization. ICD-11 for mortality and morbidity statistics. Version: 2019 April. Geneva: WHO; 2019 [citado 20 ago 2019]. Disponível em: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>

SCHWARZ, Andrea; HABER, Jaques. População com deficiência no Brasil: fatos e percepções. **São Paulo: Coleção Febran de Inclusão Social**, 2006.

APÊNDICE A – Formulário sociodemográfico

FORMULÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO
IDENTIFICAÇÃO:
Nome:
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
Idade: _____ Anos completos.
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) / Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viúvo(a) <input type="checkbox"/> união estável.
Em relação à cor da pele, você se considera: <input type="checkbox"/> Branco <input type="checkbox"/> Pardo <input type="checkbox"/> Preto <input type="checkbox"/> Amarelo (oriental) <input type="checkbox"/> Vermelho (indígena)
Com quem você mora? (mais de uma opção poderá ser marcada) <input type="checkbox"/> Pais <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Companheiro (a) <input type="checkbox"/> Filhos <input type="checkbox"/> Sogros <input type="checkbox"/> Parentes <input type="checkbox"/> Amigos <input type="checkbox"/> Empregados domésticos <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> (ou) Sozinho (a)
Você contribui para a renda da família? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Nível de escolaridade? <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental (antigo ginásio/ginasial) completo <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental (antigo ginásio/ginasial) incompleto <input type="checkbox"/> Ensino Médio (antigo 2º grau) completo <input type="checkbox"/> Ensino Médio (antigo 2º grau) incompleto <input type="checkbox"/> Ensino Superior completo <input type="checkbox"/> Ensino Superior incompleto <input type="checkbox"/> Pós graduação <input type="checkbox"/> Não alfabetizado
Qual é o seu trabalho ou ocupação principal?
Você estava trabalhando quando sofreu o acidente? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
No seu trabalho principal, você é: <input type="checkbox"/> Empregado assalariado (exceto empregado doméstico) <input type="checkbox"/> Empregado doméstico mensalista ou diarista <input type="checkbox"/> Empregado que ganha por produção (comissão) <input type="checkbox"/> Estagiário remunerado <input type="checkbox"/> Bolsista <input type="checkbox"/> Trabalha por conta própria, é autônomo <input type="checkbox"/> É dono de negócio, empregador

<p><input type="checkbox"/> Trabalha em negócio familiar sem remuneração</p> <p><input type="checkbox"/> Presta serviço militar obrigatório, assistencial ou religioso com alguma remuneração</p> <p><input type="checkbox"/> Não trabalho.</p>
<p>Qual é a sua renda individual mensal?</p> <p><input type="checkbox"/> Menos de 1 salário mínimo</p> <p><input type="checkbox"/> De 1 a 3 salários mínimos</p> <p><input type="checkbox"/> De 3 a 5 salários mínimos</p> <p><input type="checkbox"/> Mais 5 salários mínimos</p>
<p>Qual é a renda familiar mensal (considerando a soma da renda daqueles que moram e contribuem para o sustento do lar)? _____</p>
<p>Qual é a renda familiar mensal (considerando a soma da renda daqueles que moram e contribuem para o sustento do lar)? _____</p>
<p>Quantas pessoas (contando com você) vivem da renda da sua família?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Mais de 4</p>
<p>Em relação à religião, você diria que é:</p> <p><input type="checkbox"/> Ateísta</p> <p><input type="checkbox"/> Agnóstico</p> <p><input type="checkbox"/> Acredito em Deus mas não sigo nenhuma religião</p> <p><input type="checkbox"/> Católico</p> <p><input type="checkbox"/> Protestante (evangélico, batista, mórmon, calvinista, luterano, testemunha de Jeová ou outro)</p> <p><input type="checkbox"/> Espírita kardecista</p> <p><input type="checkbox"/> Praticante de religião afro-brasileira (umbanda, candomblé)</p> <p><input type="checkbox"/> Budista</p> <p><input type="checkbox"/> Muçulmano</p> <p><input type="checkbox"/> Judeu</p> <p><input type="checkbox"/> Outra religião. Qual? _____</p>

APÊNDICE B – Entrevista semi-estruturada**ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA**

1-Como foi o seu acidente?

2-Como você se sentiu quando ainda estava no hospital?

3-O que você sentiu quando o médico lhe informou que do acidente resultariam problemas?

4-Você está realizando as mesmas atividades como fazia antes?

5-Como você se sente do ponto de vista psicológico ou emocional depois do acidente?

6-Você se sente triste ou ansioso após o acidente?

7-Como você se sente em relação ao seu futuro e o de sua família?

8- Quais foram as sequelas /prejuízos resultantes do acidente?

9- Gostaria de falar mais alguma coisa?

APÊNDICE C – Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)

Prezado,

O senhor (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada: Acidentes motociclísticos com sequelas graves: repercussões na saúde mental de condutores, sob a responsabilidade de: Rayssa Gabrielle da Costa Farias e do orientador Alexsandro Silva Coura, de forma totalmente voluntária. Antes de decidir sobre sua permissão para a participação na pesquisa, é importante que entenda a finalidade da mesma e como ela se realizará. Portanto, leia atentamente as informações que seguem.

Assim, considerando as graves sequelas e as repercussões na saúde mental que os pacientes apresentam nos acidentes de moto, por meio da vivência no CERAST em que possuem uma maior proximidade com os pacientes e a importância de compreender como as sequelas graves interferem na saúde mental dos pacientes vítimas de acidentes motociclísticos.

Diante desse contexto, objetiva-se: Traçar um perfil sociodemográfico dos pacientes vítimas de acidentes motociclísticos.

Descrever os sintomas de saúde mental comprometida dos pacientes vítimas de acidentes motociclísticos com sequelas graves.

Discutir as repercussões na saúde mental de vítimas dos acidentes motociclísticos com sequelas graves.

Assim, pretende-se por meio de entrevista semiestruturada com os pacientes de Campina Grande- PB, as vítimas dos acidentes motociclísticos a realização dessa pesquisa “Acidentes motociclísticos com sequelas graves: repercussões na saúde mental de condutores.” Apenas com sua autorização realizaremos a coleta dos dados.

Será utilizado como instrumento um formulário, o qual inclui variáveis demográficas e socioeconômicas contendo questões fechadas que serão preenchidas pelo pesquisador mediante respostas dos participantes. Haverá também perguntas de mangas e as perguntas norteadoras sobre a temática.

A coleta de dados ocorrerá no meio virtual, devido ao quadro sanitário e epidemiológico da covid-19 no município, visando a segurança do pesquisador e dos participantes. Assim, uma ligação prévia será realizada para que seja agendada uma

segunda ligação para o indivíduo que concordar participar da entrevista para realização da coleta dos dados.

Vale salientar que durante a coleta de dados por meio de ligações telefônicas será solicitado a gravação para que os dados sejam transcritos e analisados posteriormente, como também é assegurado que o participante poderá solicitar acesso a transcrição da sua entrevista.

Os riscos para os participantes são mínimos, pois não se realizará nenhuma intervenção ou modificação nos indivíduos, conforme a Resolução Nº 466/2012 do CNS/MS.

Assim, poderá ocorrer constrangimento a respeito das perguntas, será minimizado por meio da privacidade dos dados obtidos, e caberá aos participantes sua liberdade de responder ao formulário e abster-se de qualquer.

Os benefícios incluem: subsídio teórico e prático para os profissionais de Enfermagem, promoção de políticas públicas, visibilidade das necessidades das mulheres com deficiência física, estimular que os princípios do SUS sejam atendidos para as mulheres com deficiência e contribuição acadêmica por meio da produção científica da temática.

Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial cumprindo as exigências da Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

O voluntário poderá recusar-se a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer fase da realização da pesquisa ora proposta, não havendo qualquer penalização ou prejuízo.

O participante terá assistência e acompanhamento durante o desenvolvimento da pesquisa de acordo com Resolução Nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

Os dados individuais serão mantidos sob sigilo absoluto e será garantida a privacidade dos participantes, antes, durante e após a finalização do estudo. Será garantido que o participante da pesquisa receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa além da garantia de ressarcimento e como serão cobertas as despesas tidas pelos participantes da pesquisa e dela decorrentes; e explicitação da garantia de indenização diante de eventuais danos da pesquisa.

Os resultados da pesquisa poderão ser apresentados em congressos e publicações científicas, sem qualquer meio de identificação dos participantes, no sentido de contribuir para ampliar o nível de conhecimento a respeito das condições estudadas.

Em caso de dúvidas, você poderá obter maiores informações entrando em contato com Alexsandro Silva Coura e Rayssa Gabrielle da Costa Farias, através do telefone (083) 99180-9795 ou através dos e-mails: rayssa_gabrielle@hotmail.com, ou do endereço: Rua Frei caneca, 40, Campina Grande- PB.

Caso suas dúvidas não sejam resolvidas pelos pesquisadores ou seus direitos sejam negados, favor recorrer ao Comitê de Ética em Pesquisa, localizado no 2º andar, Prédio Administrativo da Reitoria da Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande – PB, Telefone 3315 3373, e-mail: cep@uepb.edu.br e da CONEP (quando pertinente).

Após ter sido informado sobre a finalidade da pesquisa ACIDENTES MOTOCICLÍSTICOS COM SEQUELAS GRAVES: REPERCUSSÕES NA SAÚDE MENTAL DE CONDUTORES e ter lido os esclarecimentos prestados no presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, eu _____ autorizo a participação no estudo, como também dou permissão para que os dados obtidos sejam utilizados para os fins estabelecidos, preservando a nossa identidade. Desta forma, assino este termo, juntamente com o pesquisador, em duas vias de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder do pesquisador.

Campina Grande, _____ de _____ de _____.

Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do Participante

Assinatura Dactiloscópica do participante da Pesquisa



(OBS: utilizado apenas nos casos em que não seja possível a coleta da assinatura do participante).

APÊNDICE D –Termo de autorização para gravação de voz -(TAGV)

Eu, _____, depois de entender os riscos e benefícios que a pesquisa intitulada “**ACIDENTES MOTOCICLÍSTICOS COM SEQUELAS GRAVES: REPERCUSSÕES NA SAÚDE**” poderá trazer e, entender especialmente os métodos que serão usados para a coleta de dados, assim como, estar ciente da necessidade da gravação de minha entrevista, **AUTORIZO**, por meio deste termo, a pesquisadora Rayssa Gabrielle da Costa Farias a realizar a gravação de minha entrevista sem custos financeiros a nenhuma parte.

Esta **AUTORIZAÇÃO** foi concedida mediante o compromisso dos pesquisadores acima citados em garantir-me os seguintes direitos:

- 1.Poderei ler a transcrição de minha gravação;
 - 2.Os dados coletados serão usados exclusivamente para gerar informações para a pesquisa aqui relatada e outras publicações dela decorrentes, quais sejam: revistas científicas, jornais, congressos entre outros eventos dessa natureza;
 - 3.Minha identificação não será revelada em nenhuma das vias de publicação das informações geradas;
 - 4.Qualquer outra forma de utilização dessas informações somente poderá ser feita mediante minha autorização, em observância ao Art. 5º, XXVIII, alínea “a” da Constituição Federal de 1988.
- Os dados coletados serão guardados por 5 anos, sob a responsabilidade do(a) pesquisador(a) coordenador(a) da pesquisa Alexsandro Silva Coura, e após esse período, serão destruídos e,
- Serei livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento e/ou solicitar a posse da gravação e transcrição de minha entrevista.

Ademais, tais compromissos estão em conformidade com as diretrizes previstas na Resolução Nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos. Destaque sua autorização na pesquisa ou não:

ACEITO

NÃO ACEITO

ANEXO A – Termo de autorização institucional- TAI



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
CNPJ: 24.513.574/0001-21

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Estamos cientes da realização do projeto intitulado: **Acidentes motociclísticos com sequelas graves: Repercussões na saúde mental de condutores**, desenvolvido por: **Rayssa Gabrielle da Costa Farias**, discente do Curso de mestrado da UEPB, sob a orientação e responsabilidade da docente: **Alexsandro Silva Coura**. O projeto será realizado por meio telefônico com os (as) pacientes (as) do CERAST.

Destaco que é de responsabilidade dos pesquisadores a realização de qualquer procedimento metodológico, bem como o cumprimento da Resolução 466/12. Após a realização apresentar o resultado final ao local da pesquisa ou a esta diretoria.

Informamos que para ter acesso a qualquer serviço da Rede Municipal de Saúde de Campina Grande – PB, fica condicionada a **apresentação da Certidão de Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa**, devidamente credenciada junto a **Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP** ao serviço que receberá a pesquisa antes do início da mesma.

Campina Grande, 16 de Junho 2021.

Atenciosamente,

Raquel B. F. Melo Lula
Raquel Brito de Figueiredo Melo Lula
(Coordenação de Educação na Saúde)

Maria das Graças de Macêdo Freire Duarte
Maria das Graças de Macêdo Freire Duarte
(Diretora Administrativa- CERAST)

Maria das Graças de M. F.
Diretora Administrativa
CERAST

Av. Assis Chateaubriand, 1376 – Liberdade – 58.105-420 – Campina Grande-PB.
Telefones: (83) 3315-5126

ANEXO B – Parecer consubstanciado do CEP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA / UEPB - PRPGP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ACIDENTES MOTOCICLÍSTICOS COM SEQUELAS GRAVES: REPERCUSSÕES NA SAÚDE MENTAL DE CONDUTORES

Pesquisador: RAYSSA GABRIELLE DA COSTA FARIAS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 50376621.0.0000.5187

Instituição Proponente: Universidade Estadual da Paraíba - UEPB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.006.709

Apresentação do Projeto:

LÊ-SE:

Introdução: Acidentes motociclisticos são frequentes, gerando perdas de vidas e/ou altos custos aos cofres públicos. São também causas de ansiedade e depressão, tanto em sobreviventes quanto familiares, sobretudo quando do acidente decorrem sequelas graves (amputações, cegueira, lesões neuromotoras). Objetivos: Conhecer como as sequelas graves interferem na saúde mental dos pacientes vítimas de acidentes motociclisticos. Percurso Metodológico: O estudo prático versará sobre pesquisa empírica, de caráter transversal, de abordagem qualitativa, a ser construída a partir da análise das entrevistas junto às vítimas de acidentes motociclisticos com sequelas graves. A pesquisa será realizada no Centro Regional de Reabilitação e Assistência em Saúde do Trabalhador (Cerast), em Campina Grande– PB. Como procedimento de coleta de dados haverá uma entrevista semiestruturada aplicada de maneira remota (Google Forms® e ligação telefônica), na qual será utilizado um formulário e as questões norteadoras sobre o objeto de estudo. Para o processamento e a análise dos dados, utilizar-se-á o software IRAMUTEQ. Participarão do estudo 10 pacientes, que atendem aos seguintes critérios de inclusão: portadores de sequelas físicas graves (amputações, cegueira ou para/tetraplegias) resultantes de acidentes motociclisticos nos quais se envolveram na condição de condutores, maiores de 18 anos, que estejam sob acompanhamento clínico-fisioterápico no Centro Especializado em Reabilitação e Assistência à

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário
Bairro: Bodocongó **CEP:** 58.109-753
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)3315-3373 **Fax:** (83)3315-3373 **E-mail:** cep@setor.uepb.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA / UEPB - PRPGP



Continuação do Parecer: 5.006.709

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória foram anexados ao Protocolo de Pesquisa e atendem ao preconizado pela Resolução 466/2012 e complementares.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Tendo como parâmetro o exposto acima, o Parecer para a referida pesquisa é de APROVAÇÃO.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1802159.pdf	10/09/2021 01:12:01		Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_rayssa_ultimo.pdf	10/09/2021 01:05:47	RAYSSA GABRIELLE DA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	termodeautorizacao_secretaria_cerast.pdf	10/09/2021 01:05:14	RAYSSA GABRIELLE DA COSTA FARIAS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	RAYSSA_COMITE.pdf	01/08/2021 22:43:04	RAYSSA GABRIELLE DA COSTA FARIAS	Aceito
Parecer Anterior	PARECER_CONSUBSTANCIADO.pdf	01/08/2021 22:36:55	RAYSSA GABRIELLE DA	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	01/08/2021 22:34:17	RAYSSA GABRIELLE DA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tclepdf.pdf	01/08/2021 22:33:44	RAYSSA GABRIELLE DA COSTA FARIAS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	pesquisador.pdf	01/08/2021 22:32:48	RAYSSA GABRIELLE DA	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoassinada.pdf	01/08/2021 22:27:48	RAYSSA GABRIELLE DA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário
Bairro: Bodocongó CEP: 58.109-753
UF: PB Município: CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)3315-3373 Fax: (83)3315-3373 E-mail: cep@setor.uepb.edu.br