



FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO
PROGRAMA DE MESTRADO EM PSICOLOGIA E SAÚDE

RENAN HEBERT MATOS

CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO,
COMPORTAMENTAL E RASTREAMENTO DE SINTOMAS DE
TRANSTORNOS MENTAIS EM MOTOCICLISTAS ACIDENTADOS

SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

2018

RENAN HEBERT MATOS

CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO,
COMPORTAMENTAL E RASTREAMENTO DE SINTOMAS DE
TRANSTORNOS MENTAIS EM MOTOCICLISTAS ACIDENTADOS

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia e Saúde da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, como requisito para obtenção do Título de Mestre.

Orientadora: Profa Dra Maria Cristina de O. S. Miyazaki

SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

2018

Matos, Renan Hebert

Caracterização do perfil sociodemográfico, comportamental e rastreamento de sintomas de transtornos mentais em motociclistas acidentados / Renan Hebert Matos - - São José do rio Preto - SP, 2018. xii, 57fls.

Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP. Programa de Pós-graduação em Psicologia e Saúde. Área de concentração: Psicologia e saúde

Characterization of sociodemographic, and behavioral profile and screening for symptoms of mental disorders in injured motorcyclists

Orientadora: Profa Dra Maria Cristina de O. S. Miyazaki

1. Motociclista; 2. Acidente; 3. Características

RENAN HEBERT MATOS

CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO,
COMPORTAMENTAL E RASTREAMENTO DE SINTOMAS DE
TRANSTORNOS MENTAIS EM MOTOCICLISTAS ACIDENTADOS

BANCA EXAMINADORA

DISSERTAÇÃO PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE

Presidente e Orientadora: Profa Dra Maria Cristina de O. S. Miyazaki

Instituição: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto

1º Examinadora: Profa Dra Karina Kelly Borges

Instituição: Fundação Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto

2º Examinadora: Prof Dr Randolpho dos Santos Junior

Instituição: Fundação Regional de Medicina de São José do Rio Preto

São José do Rio Preto, 26/09/2018

SUMÁRIO

Dedicatória.....	iv
Agradecimentos	v
Lista de Apêndices	vii
Lista de Tabelas	viii
Lista de Figuras	ix
Resumo	xii
Abstract	xiv
Introdução	1
Método	6
Procedimento	6
Aspectos Éticos	10
Resultados e Discussão	11
Conclusão	25
Considerações Finais.....	26
Referências	27
Apêndices	35

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a toda minha família e amigos, pois, o suporte e o companheirismo são a base para superarmos os obstáculos e adversidades encontrados pelo caminho. Dedico este trabalho também à minha esposa e companheira, que em todos os momentos esteve ao meu lado, incentivando e fornecendo o alicerce necessário para o cumprimento dos objetivos, e especialmente ao meu filho Raul, que nos abriu a possibilidade de vivenciarmos o sentimento mais sublime e nos presenteou com seu sorriso e energia.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos aqueles que, de alguma maneira, contribuíram para que esse trabalho fosse desenvolvido.

Meus sinceros agradecimentos:

A todos os participantes da pesquisa pela contribuição.

Uma grande honra e satisfação ter como orientadora a Profa Dra Maria Cristina de O. S. Miyazaki que, sempre presente e disponível, contribuiu sobremaneira para o meu desenvolvimento profissional e acadêmico. Sua ponderação e gentileza tornou o processo de desenvolvimento deste estudo uma grande possibilidade de aprendizado e evolução pessoal.

A Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP) e o Hospital de Base de São José do Rio Preto, pelo acolhimento e oportunidade de desenvolver este trabalho.

Aos alunos de iniciação científica pela grande contribuição ao desenvolvimento deste projeto, em especial a aluna de iniciação científica Monique Favero Beceiro, pelo auxílio em todas as etapas do trabalho.

A todos os funcionários e docentes envolvidos no Mestrado em Psicologia e Saúde e no laboratório de Psicologia e Saúde da FAMERP. Sem eles, os sonhos e objetivos de muitos acadêmicos não seriam possíveis.

Aos meus amigos, minha família, em especial minha esposa Loreynne e meu filho Raul.

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice 1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	35
Apêndice 2. Entrevista semidirigida	39

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Momentos em que os instrumentos de avaliação foram utilizados.	08
Tabela 2 - Características sociodemográficas de pacientes que sofreram acidente de motocicleta e foram atendidos na Unidade de Trauma do Hospital de Base (período: 2016 e 2017)	11
Tabela 3 - Uso de Álcool entre pacientes que sofreram acidente de motocicleta e foram atendidos na Unidade de Trauma do Hospital de Base (período: 2016 e 2017)	13
Tabela 4 - Caracterização de acidentes prévios e do acidente atual e dados das internações entre os pacientes que sofreram acidente de motocicleta.....	15
Tabela 5 – Número de pacientes com lesões nas regiões do corpo segundo o escore ISS	17
Tabela 6 – Comportamentos relatados pelos participantes ao conduzir motocicletas.....	18
Tabela 7. Indicativos clínicos de seções do ASR dos pacientes que sofreram acidente de motocicleta (n=12)	21
Tabela 8. <i>Mini International Neuropsychiatric Interview</i> de pacientes que sofreram acidentes de motocicleta (n=12)	23

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Fluxograma do estudo	9
Figura 2. Indicativos de sintomas de ansiedade e de depressão de acordo com a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão, durante internação (n=40) e 30 dias após o evento	22

Matos, R. H. (2018). *Caracterização do perfil sociodemográfico, comportamental e rastreamento de sintomas de transtornos mentais em motociclistas acidentados*. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto/SP.

RESUMO

Acidentes de transporte terrestre são um grave problema de saúde pública. Além das altas taxas de mortalidade, acarretam múltiplas morbidades e custos elevados para o Sistema de Saúde. Anualmente 1,25 milhões de pessoas morrem e 20 a 50 milhões sofrem lesões por acidentes de trânsito (AT). Alguns grupos são especialmente vulneráveis, como os pedestres e os motociclistas, sendo os últimos, as principais vítimas dos AT. **Objetivos:** Caracterizar o perfil sociodemográfico de motociclistas vítimas de acidentes de trânsito atendidos no Hospital de Base de São José do Rio Preto, SP. Identificar o perfil comportamental, sobretudo no que se refere aos comportamentos desadaptativos e rastrear sintomas de transtornos mentais. **Método:** Estudo prospectivo de pacientes envolvidos em acidente com motocicleta (condutores) atendidos pelo Serviço de Trauma do Hospital de Base, entre os anos de 2016 e 2017 (amostra de conveniência). Pacientes que atenderam aos critérios de inclusão no período do estudo foram convidados a participar do estudo. Participaram de entrevista e responderam aos instrumentos, enquanto internados. Após 30 dias do acidente, foram solicitados a comparecer para uma nova avaliação com o psicólogo. **Resultados:** A maioria dos participantes era do sexo masculino, jovem, solteiro, com renda inferior a três salários mínimos e nível de escolaridade até o ensino fundamental. A avaliação apontou que 60% da amostra referiu fazer uso de álcool, sendo que destes, 45% fazem uso de álcool três vezes na semana ou mais. Dos que

bebiam, 54% relataram que associavam bebida com direção, 30% dos participantes já haviam se acidentado anteriormente. Quanto às internações, 35% permaneceram por até dois dias, e 65% permaneceram internados por três dias ou mais. Necessitaram de cuidados intensivos e permaneceram na Unidade de Terapia Intensiva, 32,5% dos participantes. O tempo médio de internação foi de 3,57 dias, variando de 01 a 17 dias. Houve predomínio de lesões em extremidades (57%) e região abdominal (35%); 70% da amostra referiu “costurar” entre veículos; 60% relataram conduzir motocicleta no “corredor” entre os carros; 27,5% dos entrevistados referiram conduzir motocicleta após terem ingerido álcool. Excediam o limite de velocidade em via residencial, 27,5% da amostra e 30% relataram exceder a velocidade nas primeiras horas do dia ou tarde da noite; 25% cometeram erros de percepção no trânsito e 12,5% conduziam muito próximo ao veículo à frente. Observou-se presença de indicativos de sintomas depressivos, ansiosos, de personalidade antissocial e déficit de atenção e hiperatividade, bem como, dificuldades em controle de impulso. **Conclusão:** As características sociodemográficas são compatíveis com a literatura. A associação entre álcool e direção, membros lesionados e os comportamentos de risco na condução de motocicletas também se mostraram semelhantes à literatura. Dados de internação e acidentes prévios foram evidenciados, entretanto, em menor intensidade se comparado a literatura.

Palavras-Chave: 1. Motociclista; 2. Acidente; 3. Características

Matos, R. H. (2018) *Characterization of sociodemographic, behavioral profile and screening of symptoms of mental disorders on injured motorcyclists*. (Master's Degree). Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto/SP.

ABSTRACT

Ground transportation accidents are a serious public health issue. In addition to high mortality rates, several morbidities and high costs for the Health System are observed as a consequence. Every year, 1.25 million people die and 20 to 50 million people suffer road traffic injuries (RTI). Some groups are especially vulnerable, such as pedestrians and motorcyclists, the latter being the main victims of (RTI). **Objectives:** To characterize the sociodemographic profile of motorcyclists victims of traffic accidents attended at Hospital de Base of São José do Rio Preto, SP. To identify the behavioral profile; moreover, in regard to disoriented behaviors as well as screening symptoms of mental disorders. **Material and Method:** Prospective study of patients involved in a motorcycle accident (drivers) attended by the Trauma Service of Hospital de Base, between 2016 and 2017 (convenience sample). Patients, who met the inclusion criteria during the study period, were invited to participate in the study. They participated in an interview and answered the instruments while they were hospitalized. After 30 days of the accident, they were asked to attend a new evaluation with the psychologist. **Results:** Most of the participants were male, young, and single, less than three minimum wages as income and level of schooling up to elementary school. The evaluation pointed out that 60% of the sample reported making use of alcohol; out of these 45% have been ingesting alcohol three times a week or more. Of those who drank, 54% reported associating drinking with driving, 30% of the

participants had already had a previous accident. Regarding the hospitalizations, 35% remained for up to two days and 65% remained hospitalized for three days or more. Out of the participants, 32.5% needed intensive care and remained in the Intensive Care Unit. The mean time of hospitalization was 3.57 days, ranging from 01 to 17 days. There was a predominance of lesions in extremities (57%) and abdominal region (35%). A total of 70% of the sample referred to "sew" between vehicles; 60% reported driving motorcycle in the "aisle" among cars; 27.5% of the interviewees reported driving a motorcycle after drinking alcohol; 27.5% of the sample exceeded the speed limit in residential road, and 30% reported to exceed the speed in early hours of the day or late at night; 25% made traffic errors and 12.5% drove very close to the front-end vehicle. Indications of depressive, anxious, antisocial personality and attention deficit hyperactivity symptoms were observed, as well as, difficulties on impulse control. **Conclusion:** Sociodemographic characteristics are according to the literature. The association between alcohol and driving, injured limbs and risk behaviors on motorcycle driving were also similar to the literature. Data of hospitalization and previous accidents were highlighted, however, in a lower intensity when compared to the literature.

Key-words: Motorcyclist; Accident; Characteristics

INTRODUÇÃO

Acidentes de transporte terrestre são um grave problema de saúde pública no Brasil. Além das altas taxas de mortalidade, acarretam múltiplas morbidades (p.ex.: limitações, incapacidade, sofrimento, transtornos mentais) e custos elevados para o Sistema Único de Saúde (SUS) e para o Sistema de Saúde Suplementar (Bacchieri & Barros, 2011; Morais Neto et al., 2012; Rodrigues, Cerqueira, Lobão & Carvalho, 2009).

O Ministério da Saúde define acidente como “o evento não intencional ou evitável, causador de lesões físicas e ou emocionais no âmbito doméstico ou nos outros ambientes sociais, como o do trabalho, do trânsito, da escola, de esportes e o de lazer” (Ministério da Saúde, 2001)

A possibilidade de prever, prevenir e reduzir danos decorrentes dos acidentes de trânsito (AT) é apontada na Política Nacional para Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violência (Ministério da Saúde, 2001) e apoiada por dados de diversos estudos (Malta et al., 2010; Novoa et al., 2010; Souza, Malta, Conceição, Silva, Carvalho & Neto, 2007). O Plano Nacional de Redução de Acidentes e Segurança Viária para a Década 2011-2020 foi elaborado para “diagnosticar a situação de saúde, segurança e paz no trânsito e promover a articulação e definição de estratégias intersetoriais para a melhoria da segurança, promoção da saúde e da cultura da paz no trânsito” (Ministério das Cidades, 2010, p.2). Para atingir seu objetivo, o Plano enfatiza a identificação de vulnerabilidades e o estabelecimento de parcerias, com o envolvimento da sociedade civil. É preciso que questões sociais, políticas e culturais sejam consideradas, para que o problema não seja focado de

forma simplista, atribuindo todos os AT ao comportamento dos motoristas e passageiros (Nobre, 2013).

Anualmente, 1,25 milhões de pessoas morrem e 20 a 50 milhões sofrem lesões não fatais, muitas delas com sequelas permanentes, em função dos acidentes de trânsito (AT), principalmente nos países em desenvolvimento. Estima-se que os acidentes de trânsito se tornem a sétima principal causa de morte até 2030 (WHO, 2018).

Os AT constituem um problema complexo, que precisa ser abordado interdisciplinarmente por áreas como epidemiologia, engenharia, psicologia e medicina, em conjunto com órgãos governamentais. Quatro variáveis têm sido apontadas como causa dos AT: o veículo, a via (ex. ausência de manutenção, sinalização inexistente ou inadequada, condições de tráfego), o ambiente (ex. condições meteorológicas) e o motorista (Elliott, Baughan & Sexton, 2007).

Alguns grupos são especialmente vulneráveis, como os pedestres e os motociclistas, sendo os últimos, atualmente, as principais vítimas dos AT. Uma revisão da mortalidade por acidentes de motocicleta no Brasil, no período entre 1969 e 2009, mostrou que a taxa de mortalidade aumentou de 0,5 para 4,5 por 100 mil habitantes em todo o país (Martins, Boing & Tostes, 2013). Estudo realizado no Hospital de Base de São José do Rio Preto identificou motociclistas como as principais vítimas de AT atendidas na emergência da instituição (Pupo, et al., 2015). No Brasil, na última década, foram perdidas mais de 327.629 vidas por AT, sendo que destas, 82.881 eram motociclistas (DENATRAN, 2012; Waiselfis, 2011).

A motocicleta é hoje "o meio de transporte individual mais popular do Brasil" (Bacchieri & Barros, 2011, p.952). Diversos fatores a tornaram "eficientes ferramentas de transporte e de trabalho diante do trânsito congestionado das grandes cidades".

"Entretanto, a forma de condução e a vulnerabilidade do condutor e passageiro contribuíram para o aumento dos acidentes envolvendo motociclistas, principalmente jovens do sexo masculino e suas principais vítimas, os pedestres" (Bacchieri & Barros, 2011, p.952). Motociclistas correm "riscos sete vezes maior de morte, quatro vezes maior de lesão corporal e duas vezes maior de atropelar um pedestre, quando comparados aos automobilistas" (Bacchieri & Barros, 2011).

A maioria daqueles que utilizam a motocicleta como instrumento de trabalho é jovem e do sexo masculino (Lima, Branquinho, Magalhães, Teixeira & Braga, 2004; Silva, Andrade, Soares, Soares & Mathias, 2008). Além de todas as estatísticas sobre o enorme impacto que os acidentes de motocicleta tem, como as altas taxas de mortalidade, as sequelas, as vítimas de atropelamento, os custos sociais e para o sistema de saúde, para uma compreensão mais adequada do problema é relevante observar a perspectiva de riscos pelos próprios motociclistas (Bacchieri & Barros, 2011; Golias & Caetano, 2013; Marín-León, Belon, Azevedo Barros, Mattos Almeida & Restitutti, 2012; Morais Neto et al., 2012; Parreira, Gregorut, Perlingeiro, Solda & Assef, 2012; Silva Rocha & Schor, 2013).

Veronese e Oliveira (2006) realizaram um estudo qualitativo sobre a forma como *moto-boys* percebem os riscos de AT no seu trabalho diário. Os participantes apontaram riscos físicos (ex. invalidez, morte), emocionais (ex. nervosismo, estresse, sofrimento), legais (ex. multa, apreensão da motocicleta), financeiros (ex. danos na motocicleta) e morais e sociais (ex. inadimplência, não poder sustentar a família, não poder "crescer"). A associação entre aquilo que é arriscado, mas necessário, foi também apontada no estudo: "quando só se pode escolher entre trabalhar correndo os riscos do acidente de trânsito ou não trabalhar, o que a maioria das pessoas escolheria?" (Veronese & Oliveira, 2006, p. 2719). As autoras concluem que, no caso

dos *moto-boys*, as ações de autocuidado assumidas pelos próprios *moto-boys* dependem exclusivamente deles, sendo, portanto, insuficientes para evitar todos os possíveis AT. Programas tendo como alvo o comportamento do motociclista, portanto, devem ser associados a ações do poder público e da comunidade para prevenir acidentes.

Outro estudo qualitativo identificou quatro vieses de motociclistas para justificar o seu comportamento de risco: 1) duvidam que algo negativo possa lhes acontecer; 2) acreditam que necessitam arriscar-se para cumprir tarefas; 3) acreditam que seus comportamentos de risco irão evitar AT; e 4) sentem emoção com o risco e acreditam que este traz reconhecimento social (Bazargan-Hejazi, Zamani-Alavijeh, Hindman, Mohamadi, & Bazargan, 2013). A perspectiva dos próprios motociclistas auxilia a compreender a complexidade do problema e a necessidade de realizar intervenções em diferentes níveis para lidar com a questão.

Além das vidas perdidas, das sequelas e do impacto social, na última década foram gastos 187 milhões dos cofres públicos (Brasil 2011) e 732 milhões pelo DPVAT (Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre) (DENATRAN, 2012) em função dos AT. É preciso considerar também o impacto social do problema, como tempo de vida perdido, o impacto sobre as famílias, custos das internações hospitalares e sequelas, inclusive a presença de transtornos mentais.

Autores vêm pesquisando a prevalência e associação de transtornos mentais com o risco de envolvimento em acidentes de trânsito. Transtornos do humor, de ansiedade e abuso de substâncias estão entre os distúrbios mais prevalentes em motociclistas que se acidentam. Pesquisas evidenciam também indicadores importantes de associação de acidentes de trânsito em indivíduos com sintomas de

Déficit de Atenção e Hiperatividade, personalidade antissocial e problemas de conduta (Ceará, 2015; De Boni et al, 2014; Kieling et al, 2011).

O transtorno de estresse pós traumático é uma comorbidade comumente evidenciada em indivíduos que sofreram acidentes motociclístico, tendo importante impacto sobre a reabilitação física, duração da internação hospitalar, a reintegração, o funcionamento social e o aumento dos custos com o tratamento (Petenuiti, et al, 2016).

Importante enfatizar que o transtorno de abuso de substâncias está relacionado a uma parcela significativa dos acidentes de trânsito envolvendo motociclistas. O álcool continua sendo a substância mais utilizada, entretanto, outras drogas como maconha, cocaína e ecstasy estão sendo largamente utilizados por motociclistas. Estes estudos apontam para uma taxa de dependência destas substâncias, significativamente maior do que na população geral (Ceará, 2015; De Boni, 2014).

O desenvolvimento efetivo de programas educativos e intervenções junto aos motociclistas para redução do número de acidentes, dependem de estudos que avaliem o estilo de comportamento destes usuários.

Com base nessa premissa, foram delineados os objetivos deste estudo que consistem em caracterizar o perfil sociodemográfico de motociclistas vítimas de acidentes de trânsito atendidos no Hospital de Base de São José do Rio Preto. Identificar o perfil comportamental desses pacientes, inclusive no que se refere aos comportamentos desadaptativos e rastrear sintomas de transtornos mentais.

MÉTODO

Estudo descritivo, realizado com pacientes envolvidos em acidente com motocicleta (condutores) atendidos pelo Serviço de Trauma do Hospital de Base de São José do Rio Preto, nos anos de 2016 e 2017 (amostra de conveniência).

Crítérios de inclusão: ser vítima de acidente de moto (motorista) e ter sido atendido no Hospital de Base pela equipe de trauma, concordar em participar deste estudo, estando apto (ou sua testemunha imparcial) a fornecer a sua assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) correspondente.

Crítérios de exclusão: idade inferior a 18 anos, impossibilidade de participar do estudo devido a questões cognitivas, físicas e comportamentais significativas e incapacitantes, que comprometam a compreensão dos objetivos e inviabilizem a sua concordância e a assinatura (pelo próprio paciente ou sua testemunha imparcial) do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Procedimento:

Coleta de dados e instrumentos

Pacientes que atenderam aos critérios de inclusão no período do estudo foram convidados a participar. Os que concordaram assinaram TCLE, participaram de entrevista e responderam a instrumentos de auto relato no momento da internação. Foram solicitados a comparecer para uma nova avaliação com o psicólogo, no retorno médico em 30 dias, no ambulatório de especialidades da própria instituição. Os

instrumentos utilizados na avaliação psicológica nesses dois momentos estão apresentados na Tabela 1. A figura 1 apresenta o fluxograma do estudo.

Instrumentos:

- Entrevista sociodemográfica: para levantar dados sociodemográficos, dados relacionados a comportamentos e histórico pessoal, bem como, informações referentes a internação.
- Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) – Esta escala contém 14 questões do tipo múltipla escolha e é composta por duas subescalas (ansiedade e depressão), com sete itens cada. A pontuação global em cada subescala vai de 0 a 21. A pontuação de corte para sintomas clínicos é de 8 para ansiedade e 9 para depressão (Botega, 1995).
- Escala de Comportamento no Trânsito para Motociclistas (*Motorcycle Rider Behavior Questionnaire - MRBQ*) - Instrumento utilizado em vários países e traduzido para o português por Coelho et al. (2012). Contém 44 itens que avaliam erros, violações, atitudes e estilo de dirigir em motociclistas envolvidos em acidentes de trânsito.
- Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) - Entrevista diagnóstica padronizada breve (15-30 minutos), compatível com a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) que avalia os principais transtornos psicóticos e do humor. É composta por 19 módulos que avaliam 17 transtornos mentais. O questionário está traduzido em 30 idiomas e a versão em português foi validada por Amorim (2000).

- Inventário de Auto-Avaliação para Adultos de 18 a 59 anos (ASR), do Sistema Achenbach de Avaliação Empiricamente Baseada (ASEBA), que fornece múltiplas perspectivas sobre o funcionamento de cada participante. Este inventário compreende duas diferentes seções: A Escala de funcionamento adaptativo fornece uma estimativa global sobre áreas de funcionamento do indivíduo como: amigos, cônjuge, família, emprego e educação. A segunda seção contém 123 itens que avaliam aspectos comportamentais, emocionais e sociais. Esta seção se divide em Escalas Sindrômicas, Problemas internalizantes/externalizantes e Escala de Sintomas orientadas pelo DSM. Os itens que apresentam sintomas significativos são nomeados como “Clínicos” e sugerem prejuízos e comportamento desadaptativos nos domínios especificados. Na avaliação do instrumento, pacientes com escores borderline são avaliados como clínicos (Achenbach, & Rescorla, 2010).
- Critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais para Transtorno de Estresse Pós-Traumático (APA, 2013).

Tabela 1. Momentos em que os instrumentos de avaliação foram utilizados

Instrumentos utilizados na avaliação	Avaliação inicial	Segunda avaliação (30 dias)
Entrevista Sociodemográfica	X	
Escala de Ansiedade e Depressão (HADS)	X	X
Escala de Comportamento no Trânsito	X	
MINI – Entrevista diagnóstica		X
ASEBA – Inventário de autoavaliação ¹		X
Critérios DSM-V		X

¹ O **Achenbach System of Empirically Based Assessment** (ASEBA) oferece vários instrumentos que permitem uma avaliação ampla de comportamentos adaptativos e disfuncionais em diferentes faixas etárias. O ASR é um desses instrumentos, utilizados para pacientes adultos.

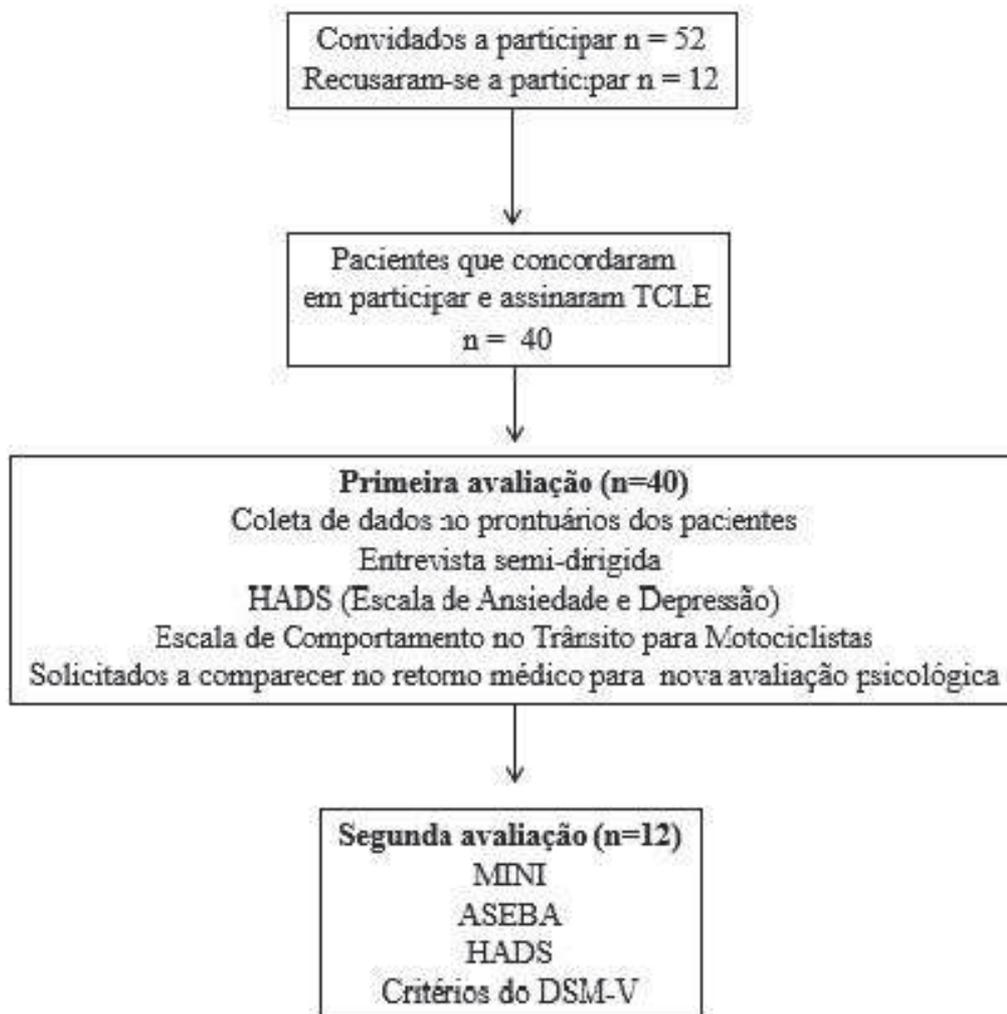


Figura 1. Fluxograma do estudo.

Aspectos Éticos

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FAMERP (CAAE 47218115.0.0000.5415).

Após a avaliação (primeira e segunda), pacientes com sofrimento clinicamente significativo ou com hipótese diagnóstica de um transtorno mental eram encaminhados para o tratamento necessário (p.ex.: acompanhamento psicológico, avaliação psiquiátrica, orientação) na própria instituição ou em outros recursos da comunidade.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram incluídos no estudo 40 pacientes que sofreram acidente de moto no período em que o estudo foi realizado (amostra de conveniência). A Tabela 1 apresenta as características desses pacientes.

Tabela 2 - Características sociodemográficas de pacientes que sofreram acidente de motocicleta e foram atendidos na Unidade de Trauma do Hospital de Base (período: 2016 e 2017)

Características Sociodemográficas	Número de pacientes (n)	%
Sexo		
Feminino	3	7,5%
Masculino	37	92,5%
Média de idade	33,83 anos ± 12,95	
Estado civil		
Solteiro	13	33,33%
Namorando	3	7,70%
União estavel	9	23,07%
Casado	11	28,20%
Separado	3	7,70%
Não informou o dado	1	
Renda		
Até 1 salário mínimo	8	20,51%
Até 2 salários mínimos	13	33,34%
Até 3 salários mínimos	11	28,20%
Até 4 salários mínimos	3	7,70%
Acima de 4 salários mínimos	5	10,25%
Não informou	1	
Escolaridade		
Fundamental incompleto	11	27,50%
Fundamental completo	3	7,50%
Médio incompleto	10	25%
Médio completo	9	22,50%
Técnico incompleto	0	0
Técnico completo	2	5%
Superior incompleto	4	10%
Superior completo	1	2,50%

A maioria dos participantes era do sexo masculino, jovem, solteiro, com renda inferior a três salários mínimos e nível de escolaridade até o ensino fundamental.

Houve, portanto, predomínio de homens jovens na amostra estudada. Esse dado é compatível com o perfil sociodemográfico da população mais vulnerável a acidentes entre os condutores de transporte terrestre (Dos Anjos, 2012; Santana, Amorim & Junior, 2014; Corgozinho & Montagner, 2017; Paula, Camargo & Iwamoto, 2015). Para Pinto (2013) homens são mais propensos a acidentes e tem 12 vezes mais chances de envolvimento em sinistros que mulheres. Seu estudo observou predomínio do sexo masculino no envolvimento em acidentes (96,2% do total), dados que são compatíveis aos encontrados na presente pesquisa, que identificou que 92,5% da amostra foi composta por homens.

Estudo realizado em 2013 pela Associação Brasileira de Fabricantes de Motocicletas, Ciclomotores, Motonetas, Bicicletas e Similares (ABRACICLO), em parceria com a Faculdade de Medicina da USP e seu Hospital das Clínicas, apresentou dados semelhantes a este estudo, com 92% das vítimas de acidentes do sexo masculino. A média de idade também foi semelhante: 33 anos neste estudo e 29 anos na pesquisa da ABRACICLO. Dados estatísticos do DPVAT (2017) também apontaram maior prevalência de indenizações destinadas motociclistas acidentados na faixa etária entre 25 e 34 anos.

Motociclistas jovens têm propensão a subestimar as circunstâncias que favorecem os acidentes de trânsito e apresentam uma série de comportamentos de risco, como ultrapassar os limites de velocidade, trafegar muito próximo aos demais veículos e dirigir sem habilitação. Estes comportamentos contribuem significativamente para a ocorrência de acidentes que poderiam ser evitados (Lin & Krauss, 2009).

O elevado número de acidentes de trânsito envolvendo condutores jovens pode estar associado a múltiplos fatores, entre eles a complexidade do ato de dirigir e o baixo nível de instrução dos jovens ao iniciar essa tarefa. Desta forma, apresentam vivência limitada para realizar uma atividade complexa, correndo risco de apresentar falhas cognitivas ou de percepção no confuso e emaranhado ambiente de tráfego (Pinto, 2013).

Em relação ao nível de escolaridade, a maioria dos motociclistas possui escolaridade abaixo do segundo grau completo. Segundo Corgozinho e Montagner (2017) o nível sociocultural de uma nação tem relação direta com o seu estado de saúde, podendo influenciar sobremaneira a interpretação de estímulos, como situações de risco e comportamentos causadores de acidentes.

Outro importante fator associado aos AT é o uso de álcool, variável também presente na amostra deste estudo (Tabela 3).

Tabela 3 - Uso de Álcool entre pacientes que sofreram acidente de motocicleta e foram atendidos na Unidade de Trauma do Hospital de Base (período: 2016 e 2017).

Ingestão de bebida alcoólica: quantificação e associação com direção				
	SIM	%	NÃO	%
Faz uso de álcool	24	60%	16	40%
Frequência do uso				
Menos que uma vez por semana	1	4,16%		
Uma vez por semana	12	50,0%		
Até três vezes por semana	6	25,0%		
Todos os dias	5	20,84%		
Associa Bebida com direção	13	54,16%	11	45,84%
Conflitos após uso de álcool	5	20,83%	19	79,17%

O uso de álcool é um importante fator de risco para acidentes e situações de violência. Além da avaliação de consumo de álcool durante a entrevista semidirigida, houve a avaliação deste quesito segundo outros dois instrumentos, ASR e MINI. Os resultados destes instrumentos confirmaram que pacientes da amostra fazem uso abusivo de álcool e outras drogas, corroborando a literatura e destacando o uso de substâncias como importante fator de risco para acidentes (Silva et al., 2017; Christophersen & Gjerde, 2015).

Estudo realizado por Heydari e colaboradores (2016) no Irã constatou que a prevalência de abuso de álcool entre motociclistas era significativamente maior que na população geral: aproximadamente 36% entre os condutores de motocicleta e 0,6% na população geral. Exames realizados em motociclistas que sofreram acidentes de gravidades diversas, apontaram que 12% apresentavam altas taxas de consumo de álcool. Pesquisa realizada no Vietnã também identificou importante associação entre álcool e direção, onde 45% dos entrevistados relataram que conduziam motocicletas após fazer uso de álcool (Tran, et al, 2012).

O abuso de álcool e de outras substâncias está significativamente associado a comportamentos de risco na condução de motocicletas, como manobras perigosas como empinar, dirigir muito acima do limite de velocidade e utilizar o celular durante a condução. Além disso, motociclistas que conduzem após uso de álcool e outras substâncias apresentam comportamentos de negligência em questões de segurança, como dirigir sem utilizar o capacete ou dirigir o veículo com avarias técnicas significativas (Heydari et al., 2016).

Na presente pesquisa constatou-se que 30% dos participantes já haviam se acidentado anteriormente. Estes dados sugerem uma possível vulnerabilidade do

ponto de vista psicossocial em razão de sinistros prévios indicarem sequelas emocionais em motociclistas acidentados (Tabela 4).

Corgozinho e Montagner (2017) realizaram pesquisa que evidenciou que 35% dos condutores avaliados haviam se acidentado anteriormente dentro de um período de seis meses. Estudo realizado com estudantes universitários, no nordeste da Tailândia, evidenciou que 42% dos entrevistados relataram ter sofrido acidente motociclístico no ano anterior (Chumpawadee, Homchampa, Thongkrajai, Suwanimitr & Chadbunchachai, 2015). Soares e colaboradores (2015) relataram números semelhantes, ao analisar dados de um serviço de emergência em que 42,5% dos entrevistados referiram já ter sofrido outros acidentes de motocicleta.

Tabela 4 - Caracterização de acidentes prévios e do acidente atual e dados das internações entre os pacientes que sofreram acidente de motocicleta

Acidentes de trânsito prévios				
	SIM	%	NÃO	%
Acidentes anteriores	12	30,0%	28	70,0%
Dados do acidente atual				
Internação na UTI				
	Sim		%	
	13		32,5%	
Dias de internação na UTI				
Até 2 dias	6		46,15%	
3 a 5 dias	6		46,15%	
Mais de 5 dias	1		7,70%	
Internação (total)				
Dias de internação				
Até 2 dias	14		35,0%	
3 a 5 dias	19		47,50%	
Mais de 5 dias	7		17,50%	

Pesquisa realizada com motociclistas que sofreram acidentes e estavam internados em hospital geral, mostrou que 70% dos participantes já haviam se acidentado no ano anterior (Ceará, 2015). Aqueles que sofreram traumas físicos, apresentaram maiores escores nas respostas positivas para sofrimento psicológico e emocional, que, além do estresse, é importante fator de risco para o envolvimento em acidentes. A associação entre demandas psicológicas, nível de estresse e esgotamento emocional como risco aumentado para envolvimento em sinistros no trânsito vem sendo apontada por diversos pesquisadores no Brasil e no mundo.

Quanto aos dados das internações, 65% (n = 26) permaneceram internados por três dias ou mais. Os indivíduos que necessitaram de cuidados intensivos pela gravidade das lesões e permaneceram na Unidade de Terapia Intensiva foram 32,5% (n = 13) do total de participantes. O tempo médio de internação foi de 3,57 dias, variando de 01 a 17 dias.

Pesquisa realizada por Araújo e Whitaker (2016) em hospitais de ensino da cidade de São Paulo apresentou dados semelhantes aos do presente estudo, na medida em que compara o tempo de internação à complexidade das lesões. Pacientes com escore baixo de gravidade permaneceram em média 5 dias internados e os pacientes com maior nível de complexidade permaneceram em média 30 dias internados.

Saidi e Mutisto (2013) relatam dados de estudo realizado em hospital terciário referência da África Oriental que destoam dos dados encontrados no presente trabalho, apontando média de internação de 23 dias, variando de um a 176 dias. Nesta mesma pesquisa os autores referem estudos na Tanzânia e em Ohio nos Estados Unidos, em que o tempo médio de permanência hospitalar foi de 19 e 8 dias

respectivamente, dados também superiores, porém, mais próximos aos encontrados nesta pesquisa.

No presente estudo houve predomínio de lesões em extremidades 57% (Tabela 5). Participantes que sofreram politrauma contabilizaram 45% (n = 18) da amostra. Os dados obtidos através desta pesquisa são semelhantes aos encontrados por Khanbhai e Lutomia (2012) em estudo realizado na província de Kakamega, no Quênia, com pacientes internados em hospital geral, em que 51% das lesões por acidentes de motocicleta acometiam os membros inferiores.

Tabela 5 – Número de pacientes com lesões nas regiões do corpo segundo o escore ISS

Lesões nas regiões do corpo segundo ISS		
Região do corpo	nº de pacientes AIS ≥ 2	%
Cabeça	5	12,5%
Face	6	15%
Tórax	9	22,5%
Abdome	14	35%
Extremidades	23	57,5%
Externo/membros	1	2,5%
nº pacientes politraumatizados: 18 (45%)		

Soares e colaboradores (2015) observaram que 89,9% dos entrevistados em seu estudo sofreram traumas em extremidades, 56,2% em membros inferiores e 33,7% em membros superiores. Neta e colaboradores (2012), ao analisar fichas de atendimentos do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) de Teresina-PI, apontaram que, na maioria dos acidentes atendidos, houve predomínio de lesões em extremidades em 59% (n = 1.706) da amostra estudada.

Os dados evidenciados no estudo atual corroboram a maior frequência de lesões em membros superiores e inferiores nos acidentes com motocicleta. Neste sentido, os sinistros que acometem tais membros configuram-se como importantes causas de morbidades e incapacidades temporárias e definitivas em função da pouca proteção, que são características deste tipo de veículo.

Nesta pesquisa os participantes responderam ao inventário de comportamento no trânsito e foram identificados comportamentos relevantes do ponto de vista do risco a si mesmos e a terceiros. Foi possível identificar entre os participantes, erros e infrações que favorecem a ocorrência de acidentes (Tabela 6).

Tabela 6 – Comportamentos relatados pelos participantes do conduzir suas motocicletas

Comportamentos no trânsito	Número de pacientes (n)	%
Conduzir muito próximo ao veículo da frente	05	12,5
Cometer erros de percepção no trânsito	10	25
Conduzir entre os veículos (corredor)	24	60
Conduzir acima do limite de velocidade tarde da noite, ou nas primeiras horas da manhã	12	30
Associar consumo de álcool com direção	11	27,5
Conduzir acima do limite de velocidade em uma via residencial	11	27,5
Manobras de empinar	2	5%
Manobras de “costurar” entre veículos	28	70

O comportamento de risco foi inicialmente pesquisado por Reason e colaboradores (1990), que catalogaram condutas desviantes dos condutores no trânsito, e classificaram três tipos de comportamentos: erros, transgressões e lapsos. Transgressões são definidas como violações deliberadas, em que o indivíduo intencionalmente viola as regras ou leis definidas, como por exemplo, ultrapassar pela direita em uma via congestionada. Os lapsos são pontuados como desvios involuntários em determinadas condutas e planejamentos. O comportamento realizado não era o objetivo pretendido, sendo considerados leves deslizes, com consequências somente para quem o cometeu, como ligar o limpador de para-brisas em vez de ligar a seta. Erros são classificados como comportamentos resultantes de falhas de execução em uma conduta planejada sem a devida percepção e compreensão das variáveis envolvidas, podendo ser compreendidos também como falha de processamento de informações, como por exemplo, realizar ultrapassagem em local permitido, sem a devida atenção do espaço disponível para realizá-la com segurança.

Reason e colaboradores (1990) ponderam que erros e transgressões são comportamentos de espécies distintas, sendo a intenção do sujeito a principal diferença entre elas. Quando confrontados os dados de faixa etária e gênero é possível visualizar diferenças significativas, sendo as mulheres mais predispostas a cometerem erros de percepção em comparação aos homens, pois, os condutores do sexo masculino possuem uma consciência visuoespacial mais desenvolvida de acordo com a literatura (Braga, Flores-Mendoza, Barroso, Saldanha, Santos, Akama, 2014).

Chumpawadee e colaboradores (2015) avaliaram os comportamentos de risco de estudantes universitários de uma faculdade na Tailândia, onde 13% dos

entrevistados conduziam suas motocicletas conversando ao telefone e 10% dirigiam com um passageiro além do permitido. Dirigiam após consumo abusivo de álcool (6%) e arriscavam-se conduzindo suas motocicletas sem capacete, (5%). Outros comportamentos identificados foram dirigir sob condições ambientais e climáticas inseguras, desobedecer deliberadamente às leis de trânsito e conduzir motocicleta sem condições técnicas de uso.

Estudo realizado com pacientes hospitalizados em um hospital referência em trauma, no município de Fortaleza, evidenciou que dos 165 participantes, 55% (n = 92) não dispunham de habilitação para realizar tal atividade. Quanto ao uso dos equipamentos de segurança, 119 participantes (57%) não utilizavam o capacete na hora do acidente. Afirmaram ter ingerido bebida alcoólica 41% dos entrevistados (Pordeus, Vieira, Almeida, Andrade, Silva & Lira, 2010).

Soares e colaboradores (2015), em pesquisa realizada no estado do Piauí com pacientes hospitalizados, concluíram que 71% dos entrevistados não possuíam habilitação para dirigir e apenas 26% utilizavam o capacete no momento do acidente.

De acordo com o perfil comportamental traçado pelo ASR (Tabela 7), o funcionamento adaptativo foi considerado baixo, pois nenhum dos entrevistados que voltaram para a avaliação psicológica estava desenvolvendo atividades educacionais. Pacientes relataram poucas habilidades pessoais e referiram não sustentar um bom relacionamento interpessoal com companheiro, familiares e colegas de trabalho.

Tabela 7. Indicativos clínicos de seções do ASR dos pacientes que sofreram acidente de motocicleta (n=12)

SEÇÕES DO INVENTÁRIO		N	%
		CLÍNICO	
Funcionamento adaptativo	Esposo(a) ou companheiro (a)	7	58%
	Emprego	4	33%
	Educação	12	100%
Escalas de síndrome	Ansiedade/depressão	3	25%
	Apatia	2	16%
	Queixas somáticas	1	8%
	Problemas de pensamento	2	16%
	Comportamento agressivo	1	8%
	Comportamento de violação de regras	3	25%
	Escalas de uso de substâncias	Dias uso de álcool	1
	Dias uso de drogas	1	8%
Escalas de transtornos orientadas pelo DSM IV	Problemas depressivos	1	8%
	Problemas de ansiedade	4	33%
	Problemas somáticos	2	16%
	Problemas de déficit de atenção e hiperatividade	1	8%
	Problemas de personalidade antissocial	2	8%

Ainda com relação ao ASR e suas escalas sindrômicas e de avaliação geral, a presença de pacientes com indicativos de apatia, ansiedade/depressão, queixas somáticas, comportamento de violação de regras, problemas de pensamento e comportamento agressivo, sugerem um perfil comportamental característico de motociclistas que se acidentam. Os indicativos de transtornos mentais das escalas do ASR orientadas pelo DSM, foram problemas depressivos, somáticos, de

personalidade, déficit de atenção e hiperatividade, problemas de personalidade antissocial e problemas de ansiedade.

A HADS evidenciou em relação a primeira avaliação do paciente, ainda durante a internação, que 30% (12) dos participantes apresentaram sintomas ansiosos, e 16% (06) apresentaram sintomas depressivos acima da nota de corte, indicando presença de sintomas clínicos nestes participantes. Esses sintomas diminuíram substancialmente na segunda avaliação (30 dias após o evento), com apenas três pacientes apresentando sintomas clínicos de ansiedade. Nenhum paciente apresentou sintomas depressivos acima da nota de corte nesta fase de avaliação (Figura 2).

Foi possível identificar que pacientes da amostra não apresentaram sintomas de Estresse Pós-Traumático, corroborados pelos instrumentos *Mini* e escalas do DSM.

Figura 2 – Indicativos de sintomas de ansiedade e de depressão de acordo com a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão, durante a internação (n=40) e 30 dias após o evento (n=12).

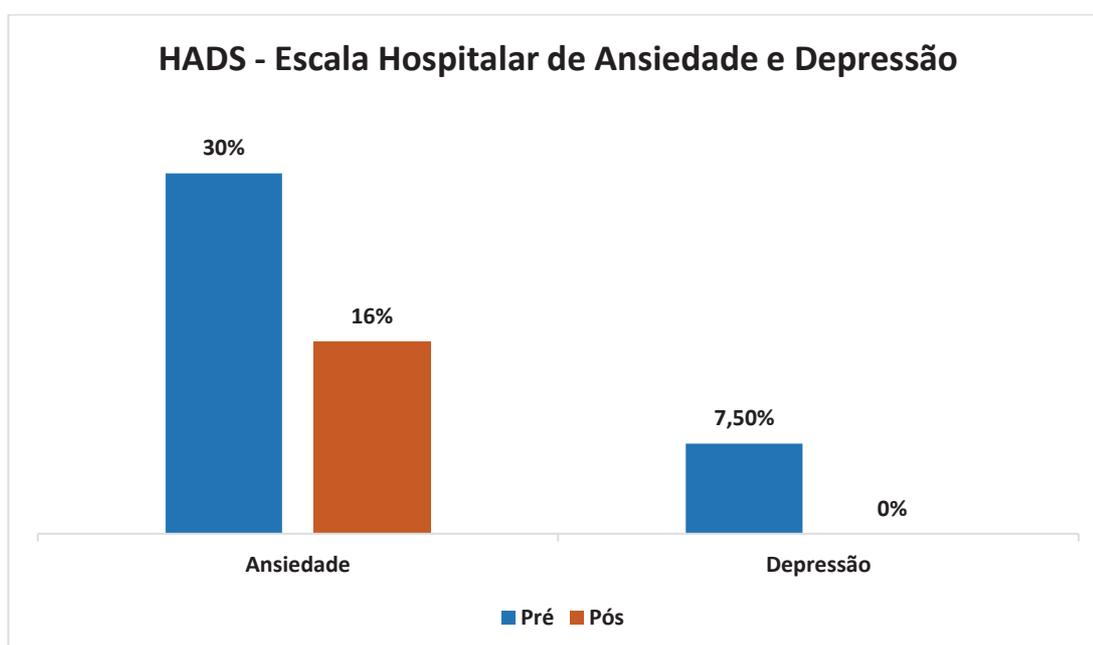


Tabela 8. *Mini International Neuropsychiatric Interview* de pacientes que sofreram acidente de motocicleta (n=12)

MINI – Entrevista diagnóstica		
Transtorno	Nº de pacientes com critério	%
Dependência/abuso álcool	2	16,66%
Dependência/abuso substâncias não alcoólicas (CRACK)	1	8,33%
Transtorno de ansiedade generalizada	2	16,66%

Com relação ao diagnóstico feito pelo MINI (tabela 8), baseado no DSM-V (APA, 2014), além dos transtornos de Dependência, pacientes preencheram também critérios diagnósticos para Transtorno de Ansiedade Generalizada. Esse dado confirma a presença de transtornos mentais na população de motociclistas acidentados, assim como o estudo de Ceará (2015), que demonstrou que motoboys com transtornos mentais tem 8,1 vezes mais de risco de AT.

Em relação a transtornos mentais em motociclistas, Ceará (2015) constatou que 30% dos motociclistas entrevistados possuíam algum transtorno. Dentre estes, abuso de substâncias, transtornos de humor e transtornos ansiosos eram os mais frequentes. A pesquisa deste autor apontou que faziam uso abusivo de substâncias ilícitas 24% (n = 47) da amostra e 17% (n = 14) faziam uso indiscriminado de álcool. Outros transtornos identificados foram o episódio depressivo maior, transtorno de ansiedade generalizada, fobia específica e transtorno misto ansioso e depressivo, acometendo 17% (n = 33) do total de participantes. Dos entrevistados por Ceará (2015) com transtornos depressivos ou ansiosos, 70% apresentavam comorbidade com abuso de substâncias.

Kieling e colaboradores (2011) pesquisaram a incidência de transtornos mentais em motoboys na cidade de Porto Alegre. Identificaram que o transtorno mais prevalente foi abuso de substâncias, principalmente álcool (43,6%) e maconha (39,6%), além de transtornos do humor (31,7%). Observou-se no estudo de Kieling e colaboradores (2011), que 28% da amostra apresentou transtornos de conduta, 14,9% Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e 13,9% personalidade antissocial. Nesta mesma pesquisa a prevalência de transtornos mentais ao longo da vida foi de 75%, com 54% dos participantes tendo dois ou mais diagnósticos.

Kieling e colaboradores (2011) identificaram associação significativa entre diagnóstico de TDAH e número de acidentes de trânsito (média de 13,44 acidentes em participantes com o diagnóstico e 6,28 naqueles que não apresentam os sintomas). O diagnóstico de personalidade antissocial também se mostrou associado ao número de infrações de trânsito, tendo os indivíduos com este transtorno uma média de 9,22 infrações, enquanto aqueles sem o diagnóstico tinham média de 3,57 infrações.

Nesta mesma pesquisa Kieling e colaboradores (2011) citaram uma meta análise indicando maior risco de envolvimento em acidentes e infrações de trânsito para sujeitos diagnosticados com TDAH, que também recebiam mais notificações por excesso de velocidade e apresentavam mais suspensões do direito de dirigir. Referiram também déficits de atenção, tempo de reação reduzido, impulsividade ao seguir regras, erros de condução e hábitos inseguros (Kieling et al, 2011; Jerome, Segal, Habinski, 2006).

Os dados quanto aos indicativos de transtornos são semelhantes aos encontrados na atual pesquisa, onde, indicativos de Déficit de Atenção e Hiperatividade, personalidade antissocial, sintomas ansiosos de depressivos, foram evidenciados.

CONCLUSÃO

O estudo evidenciou que motociclistas que se acidentam são, em sua maioria, jovens, do sexo masculino e com baixo nível de escolaridade, dados compatíveis com a literatura.

A maioria dos entrevistados que fazem uso continuado de álcool relataram que é frequente o comportamento de associar álcool e direção, dados que corroboram a literatura nacional e internacional.

Aproximadamente um terço dos pacientes que se acidentaram, apresentaram sinistros prévios. A literatura traz dados semelhantes e outros superiores no que se refere à recorrência de eventos e indicam que as sequelas dos acidentes fomentem uma vulnerabilidade psicossocial que contribui para a ocorrência de novos eventos.

O presente trabalho apontou média de internação de 3,57 dias e máxima de 17 dias. A literatura aponta dados semelhantes em indivíduos com traumas leves e evidencia internações mais prolongadas a medida que o nível de gravidade das lesões se acentua.

Em relação ao membro lesionado, neste estudo predominaram as lesões em extremidades (membros superiores e inferiores), dados que corroboram a literatura nacional e internacional

Os comportamentos no trânsito identificados neste estudo, são compatíveis com as evidências da literatura, visto que, apontam para a imprudência e comportamentos de risco, como abuso de substâncias, problemas internalizantes e externalizantes, como as principais causas de acidentes evitáveis.

O trabalho expôs a presença de sintomas indicativos de transtornos mentais que são compatíveis com os encontrados na literatura.

Considerações finais

Cabe ressaltar que o número de participantes é baixo se comparado o tempo de coleta. A equipe do trauma é responsável pela recepção do paciente ao entrar à emergência da unidade hospitalar e realiza os primeiros atendimentos aos mesmos. Em função dos pacientes acidentados apresentarem demandas diversas e complexas, muitos são transferidos para outras especialidades e equipes, como por exemplo: Neurocirurgia, Ortopedia e Traumatologia, Cirurgia Geral, etc. Desta forma grande parte dos pacientes são transferidos e perdem o contato com a equipe do trauma, que é parceira neste estudo e não mais se enquadram nos critérios de inclusão delineados.

Importante ressaltar que a adesão ao retorno para avaliação psicológica foi baixa e apenas 30% (12) da amostra compareceram para o segundo momento de avaliação.

REFERÊNCIAS

- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2010). *Guia para profissionais da saúde mental sobre o Sistema Achenbach de Avaliação Empiricamente Baseada (ASEBA)*. 7ed. São Paulo: Laboratório de Psicologia Terapia Comportamental do Instituto de Psicologia da USP.
- American Psychiatric Association (2013). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. DSM-V*. Porto Alegre: Artmed.
- Amorim, P. (2000). *Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais*. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22,106-15.
- Anjos, K. C. D. (2012). *Implicações sociais e econômicas nos pacientes vítimas de acidentes com motocicleta internados no IOT-HCFMUSP* (Doctoral dissertation, Universidade de São Paulo).
- Araújo, G. L., Whitaker, I. Y. (2016). *Morbidade hospitalar de motociclistas acidentados: fatores associados ao tempo de internação*. *Acta Paulista de enfermagem*. 29(2), 178-184.
- Bacchieri, G., & Barros, A. J. D. (2011). Acidentes de trânsito no Brasil de 1998 a 2010: muitas mudanças e poucos resultados. *Revista de Saúde Pública*,45(5), 949-63.
- Bazargan-Hejazi, S., Zamani-Alavijeh, F., Hindman, D., Mohamadi, E., & Bazargan, M. (2013). How do motorcyclists manage mental tensions of risky riding?. *BMC Public Health*, 13(1), 865.
- Botega, N. J., Bio, M. R., Zomignani, M. A., Garcia, C., Pereira, W. A. B. (1995) Transtornos de humor em enfermaria de clínica médica e validação da escala de

- medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Revista de Saúde Pública*. 29(5), 355-363.
- Braga, L. S., Flores-Mendoza, C., Barroso, S. M., Saldanha, R. S., Santos, M. T., Akama, C. T. (2014). Diferenças de sexo em uma habilidade cognitiva específica e na produção científica. *Psico-USF*, 19(3), 477-487.
- Ceará, A. T. (2015). *Personalidade, identidade, abuso de substâncias psicoativas e outros transtornos mentais em motoboys* (Dissertação de Doutorado, Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas). Recuperado de http://bdtd.ibict.br/vufind/Record/CAMP_cde879ee7b5f8568ec847d610c70c25.
- Christophersen, A. S. & Gjerde, H. (2015). Prevalence of alcohol and drugs among motorcycle riders killed in road crashes in Norway during 2001-2010. *Accident Analysis & Prevention*, 80, 236-242.
- Chumpawadee, U., Homchampa, P., Thongkrajai, P., Suwanimitr, A., & Chadbunchachai, W. (2015). Factors related to motorcycle accident risk behavior among university students in northeastern Thailand. *Southeast Asian J Trop Med Public Health*. 46(4), 805-821.
- Coelho, R. P. S., Grassi-Oliveira, R., Machado, M., Williams, A. V., Matte, B. C., Pechansky, F., & Szobot, C. M. (2012). Tradução e adaptação da escala Motorcycle Rider Behavior Questionnaire: versão brasileira Translation and adaptation of the Motorcycle Rider Behavior Questionnaire: a Brazilian version. *Cadernos de Saúde Pública*, 28(6), 1205-1210.
- Corgozinho, M. M., & Montagner, M. A. (2017). Vulnerabilidade humana no contexto do trânsito motociclístico. *Saúde e Sociedade*, 26, 545-555.

De Boni, R.B., Bastos, F., Vasconcellos, M., Oliveira, F., Limberger, R.P., Pechansky, F. (2014). Drug use among drivers who drank o alcohol outlets from Porto Alegre, Brazil. *Accident Analysis and Prevention*. 62, 137-142.

DENATRAN (2012). *Prestação de Contas Ordinária Anual. Relatório de Gestão do Exercício de 2010*. Disponível em: http://www.denatran.gov.br/download/tomada_contas/2010/Relatório%20de%20Gestão%20do%20Exercício%20de%202010.pdf.

Elliott, M. A., Baughan, C. J., & Sexton, B. F. (2007). Errors and violations in relation to motorcyclists' crash risk. *Accident Analysis & Prevention*, 39(3), 491-499.

Golias, A. R. C., & Caetano, R. (2013). Acidentes entre motocicletas: análise dos casos ocorridos no estado do Paraná entre julho de 2010 e junho de 2011. *Ciência & Saude Coletiva*, 18(5), 1235-1246.

Heydari, S. T., Vossoughi, M., Akbarzadeh, A., Lankarani, K. B., Sarikhani, Y., Javanmardi, K., Tabrizi, R. (2016). Prevalence and risk factors of alcohol and substance abuse among motorcycle drivers in Fars province, Iran. *Chinese journal of traumatology*. 19, 79-84.

Jerome, L., Segal, A., Habinski, L. (2006). What we know about ADHD and driving risk:

a literature review. Meta-analysis and critique. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. 15(3), 105-125.

Khanbhai, M., Lutomia, M. B. L. (2012) Motorcycle Accident injuries seen at Kakamega Provincial Hospital in Kenya. *East Cent Afr J Surg*. 17(1), 43-46.

Kieling, R. R., Szobot, C. M., Matte, B., Coelho, R. S., Kieling, C., Pechansky, F., Rohde, L. A. (2011). Mental disorders and delivery motorcycle drivers (motoboys): A dangerous association. *European Psychiatry*. 26(1), 23-27.

- Lima, D. D., Branquinho, A. L., Magalhães, V. S., Teixeira, B. P., & Braga, B. B. (2004). Motociclistas de Brasília e Goiânia. Despreparo e vulnerabilidade no trânsito. *Revista ABRAMET*, 44, 28-31.
- Lin, M. R., Kraus, J. F. (2009). A review of risk factors and patterns of motorcycle injuries. *Accident analysis and prevention*. 41, 710-722
- Malta, D. C., Soares Filho, A. M., Montenegro, M. M. S., Mascarenhas, M. D. M., Silva, M. M. A., Lima, C. M., Morais Neto, O. L. (2010). Análise da mortalidade por acidentes de transporte terrestre antes e após a Lei Seca - Brasil, 2007-2009. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 19, 317-328.
- Marín-León, L., Belon, A. P., de Azevedo Barros, M. B., de Mattos Almeida, S. D., & Restitutti, M. C. (2012). Tendência dos acidentes de trânsito em Campinas, São Paulo, Brasil: importância crescente dos motociclistas Trends in traffic accidents in Campinas, São Paulo State, Brazil: the increasing. *Cadernos de Saúde Pública*, 28(1), 39-51.
- Martins, E. T., Boing, A. F., & Peres, M. A. (2013). Mortalidade por acidentes de motocicleta no Brasil: análise da tendência temporal, 1996-2009. *Revista de Saúde Pública*, 47, 931-941.
- Ministério da Saúde (2001). *Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violência. Portaria GM/MS Nº 737 de 16/05/2001. Publicada no DOU Nº96 Seção 1e – de 18/05/01. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_reducao_morbimortalidade_a_acidentes_2*
- Ministério das Cidades. Comitê Nacional de Mobilização pela Saúde, Segurança e Paz no Trânsito. (2010). *Plano Nacional de Redução de Acidentes e Segurança*

Viária para a Década 2011-2020. Disponível em:

<http://idbdocs.iadb.org/WSDocs/getDocument.aspx?DOCNUM=38709548>

Morais Neto, O. L. D., Montenegro, M. D. M. S., Monteiro, R. A., Siqueira Júnior, J. B., Silva, M. M. A. D., Lima, C. M. D., & Silva Junior, J. B. D. (2012). Mortalidade por acidentes de transporte terrestre no Brasil na última década: tendência e aglomerados de risco. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(9), 2223-2236.

Neta, D. S. R., Alves, A. K. S., Leão, G. M., Araújo, A. A. (2013). Perfil das ocorrências de politrauma em condutores motociclísticos atendidos pelo SAMU de Teresina-PI. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 65(6), 936-941.

Nobre, P. (2013). *Em menos de 20 anos acidentes de trânsito devem matar mais que Aids. Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*. Disponível em: http://www.sbmt.org.br/site/corpo_texto/2226

Novoa, A. M., Pérez, K., Santamariña-Rubio, E., Marí-Dell'Olmo, M., Ferrando, J., Peiró, R., & Borrell, C. (2010). Impact of the penalty points system on road traffic injuries in Spain: a time-series study. *American Journal of Public Health*, 100(11), 2220-2227.

Parreira, J. G., Gregorut, F., Perlingeiro, J. A. G., Solda, S. C., & Assef, J. C. (2012). Análise comparativa entre as lesões encontradas em motociclistas envolvidos em acidentes de trânsito e vítimas de outros mecanismos de trauma fechado. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 58(1), 76-81.

Paula, G. F., Camargo, F. C., Iwamoto, H. H. (2015). Condições de saúde e trabalho e exposição a acidentes e violência no trânsito entre moto taxistas. *Revista de enfermagem e atenção à saúde*, 4(2). 79-92.

Petenuti, A., Lopes, L., Volpato, R. J., Pessini, M. A. (2016). 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*. 24(2), 131-142.

Pinto, P. V. H. (2013). *Avaliação do comportamento de risco de motociclistas no cenário brasileiro* (Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília). Recuperado de http://www.transportes.unb.br/index.php?option=com_phocadownload&view=category&download=49:avaliacao-do-comportamento-de-risco-de-motociclistas-no-cenario-brasileiro&id=13:dissertacoes-2013&Itemid=389.

Pordeus, A. M. J., Vieira, L. J. E. S., Almeida, P. C., Andrade, L. M., Silva, A. C. G., Lira, S. V. G. (2010). Associated factors to the occurrence of motorcycle accident in the perception of hospitalized motorcyclist. *RBPS*. 23(3), 206-212.

Pupo, J. P., Stefani, L. F. B., Neaime, S. A. C., Miyazaki, M. C. O. S., Baitello, A. L., Espada, P. C., Yagi, R. K. (2015). *Caracterização de 6.803 politraumas atendidos em hospital de Ensino de alta complexidade*. Relatório de pesquisa de Bolsa de Iniciação Científica (Diretoria de Pesquisa da FAMERP). Artigo submetido para publicação.

Reason, J., Manstead, A., Stradling, S., Baxter, J., & Campbell, K. (1990). Errors and violations on the roads: a real distinction? *Ergonomics journal homepage*, 33(10-11), 1315-1332.

Rodrigues, R. I., Cerqueira, D. R. C., Lobão, W. J. A., & Carvalho, A. X. Y. (2009). Os custos da violência para o sistema público de saúde no Brasil: informações disponíveis e possibilidades de estimação. *Cadernos de Saúde Pública*, 25, 29-36.

Saidi, H., Mutisto, B. K. (2013). Motorcycle injuries at a tertiary referral hospital in Kenya: injury patterns and outcome. *Eur J Trauma Emerg Surg*. 39(5), 481-485.

- Santana, M. L. A. D. A., Amorim, C. R., & da Silva Junior, V. F. (2014). Prevalência de transtornos mentais comuns em mototaxistas: enfoque na saúde do trabalhador. *Revista de enfermagem UFPE on line-ISSN: 1981-8963*, 8(8), 2653-2659.
- Seguro de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres (2017). *Anuário Estatístico de 2017*. Recuperado em 02 de setembro de 2018, de https://www.seguradoralider.com.br/Documents/boletimestatistico/Relatorio%20AnualSeguradora%20L%C3%ADderDPVAT%202017_Versao_02.pdf
- Silva Rocha, G., & Schor, N. (2013). Acidentes de motocicleta no município de Rio Branco: caracterização e tendências. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(3), 721-731.
- Silva, B. J. C., Santos, J. D. M., Santos, A. M. R., Madeira, M. Z. A., Gouveia, M. T. O. (2017). Acidentes com motocicletas: características da ocorrência e suspeita de álcool. *Cogitare Enferm.* (22)3: e50715.
- Silva, D. W. D., Andrade, S. M. D., Soares, D. A., Soares, D. F. P. D. P. & Mathias, T. A. D. F. (2008). Perfil do trabalho e acidentes de trânsito entre motociclistas de entregas em dois municípios de médio porte do Estado do Paraná, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(11), 2643-2652.
- Soares, L. S., Sousa, D. A. C. M., Machado, A. L. G., Silva, G. R. F. (2015) Caracterização das vítimas de traumas por acidente com motocicleta internadas em um hospital público. *Revista de enfermagem UERJ*. 23(1), 115-121.
- Souza, M. D. F. M. D., Malta, D. C., Conceição, G. M. D. S., Silva, M. M. A. D., Carvalho, C. G., & Neto, O. L. D. M. (2007). Análise descritiva e de tendência de acidentes de transporte terrestre para políticas sociais no Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 16(1), 33-44.

- Tran, N. T., Bachani, A. B., Pham, V. C., Lunnen, J. C., Jo, Y., Passmore, J., Nguyen, P. N., & Hyder, A. A. (2012) Drinking and Driving in Vietnam: Public knowledge, Attitudes, and Practices. *Traffic Injury Prevention*. 13(1), 37-43.
- Veronese, A. M., & de Oliveira, D. L. L. C. (2006). Os riscos dos acidentes de trânsito na perspectiva dos moto-boys: subsídios para a promoção da saúde Traffic accidents from the motorcycle couriers' perspective: feedback for health promotion. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(12), 2717-2721.
- Waiselfisz, J. J. (2011). *Mapa da violência 2011: Acidentes de Trânsito*. Cadernos Completos. Brasília: Ministério da Justiça, Instituto Sangari.
- World Health Organization (WHO). *Road Traffic Injuries*: WHO; 2018. [acessado 2018 Set 04]. Disponível em: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/road-traffic-injuries>

APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estudo: Caracterização do perfil sociodemográfico, comportamental e rastreamento de sintomas de transtornos mentais em motociclistas acidentados.

Instituição: Fundação Faculdade Regional de Medicina de São José do Rio Preto (Hospital de Base) e Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto

Setor: Laboratório de Psicologia e Saúde da FAMERP e Unidade de Trauma do Hospital de Base

Investigador Responsável: Maria Cristina de Oliveira Santos Miyazaki

Você está sendo convidado para participar de um estudo. Antes de decidir se deseja participar, é importante que você entenda porque o estudo está sendo feito, como as suas informações serão utilizadas e os possíveis benefícios, riscos e desconfortos. **Por favor, leia as informações a seguir com cuidado e sem pressa e discuta-as com o médico responsável ou com a equipe do estudo se você tiver qualquer dúvida.**

Caracterização do perfil sociodemográfico, clínico e comportamental e rastreamento de sintomas de transtornos mentais em motociclistas acidentados

Qual é a finalidade deste Estudo?

Você foi convidado para participar deste estudo porque sofreu um acidente de motocicleta. Esta pesquisa pretende caracterizar o perfil sociodemográfico, comportamental e realizar rastreamento de sintomas de transtornos mentais. Esperamos que os resultados do estudo auxiliem a compreender melhor as características de pessoas que sofrem acidentes de moto para podermos elaborar programas de prevenção.

Eu tenho que participar?

Cabe a você decidir se deseja ou não participar desta pesquisa. Caso decida não participar, não será prejudicado de maneira alguma, incluindo tratamento médico ou cuidados a que tem direito de receber. Se você decidir participar, ainda assim, é livre para desistir a qualquer momento, devendo apenas comunicar o responsável pelo

estudo ou alguém de sua equipe para que, a partir daí, não seja mais realizado nenhum contato com você a respeito desta pesquisa.

O que vai acontecer comigo se eu participar?

Você vai ser solicitado a participar de uma entrevista e responder alguns questionários antes da alta hospitalar. Será agendado um retorno onde você novamente será solicitado a responder a alguns questionários. Caso seja identificado a presença de algum transtorno mental, será disponibilizado encaminhamento para tratamento dos sintomas apresentados. Caso aceite participar, você será incluído no estudo após a sua assinatura neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Como as minhas informações serão utilizadas?

Assinando este documento, você autoriza a psicóloga responsável pelo estudo a consultar os seus registros de prontuário arquivados nesta Instituição, a fim de permitir a caracterização de suas condições de saúde nos períodos avaliados pela pesquisa para que possam ser correlacionadas com as informações obtidas durante a pesquisa. É importante que você entenda que todos os seus dados serão codificados, garantindo a sua confidencialidade (sigilo) tanto durante a análise quanto na divulgação dos resultados desta pesquisa, em respeito à legislação brasileira em vigor.

Quais são os possíveis benefícios em participar deste estudo?

Poderá não haver benefícios diretamente a você com a sua participação. Entretanto, há expectativa de que o conhecimento gerado a partir dos resultados deste estudo seja de grande importância, na medida em que estes dados podem enriquecer a literatura acerca das características que aumentam a vulnerabilidade das pessoas para acidentes de moto.

Quais são os possíveis riscos ou desconfortos relacionados com esta minha participação?

Habitualmente, não há desconfortos ou riscos físicos significativos. Pode haver desconforto psicológico, na medida em que você será solicitado a entrar em contato com pensamentos e situações que podem causar sentimentos negativos, como ansiedade. Entretanto, caso você se sinta incomodado durante a entrevista ao falar, compartilhar alguma informação que julgue ser pessoal ou confidencial, fique à vontade para não responder.

Você poderá, no decorrer da pesquisa, solicitar esclarecimentos sobre a forma de aplicação dos questionários, riscos, benefícios ou outros assuntos relacionados com a pesquisa. Os dados coletados nesta pesquisa serão utilizados para apresentação de trabalhos em eventos e publicações científicas. Você tem toda liberdade para se recusar a participar ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem que isto lhe traga prejuízo. A sua identidade será preservada.

Há custos com esta participação?

Você não terá custos com a sua participação neste estudo.

Quem eu posso contatar se quiser maiores esclarecimentos ou obter outras informações a respeito deste estudo?

- Dra Maria Cristina de Oliveira Santos Miyazaki, psicóloga responsável pelo estudo. Telefone: (17) 3201-5842
- Psicólogo Renan Hebert Matos, psicólogo, mestrando em Psicologia e Saúde pela FAMERP. Telefone: (17) 99135-2187
- Psicóloga Andressa Talpo Zacheo Vilalva, psicóloga membro da equipe do estudo. Telefone: (17) 3201-5000, bip 2036 ou (17) 99138-5951
- Comitê de Ética em Pesquisa - Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - Telefone: (17) 3201-5813

Declaro que li o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para este estudo e aceito participar voluntariamente desta pesquisa. Eu tive oportunidade de discutir sobre a proposta deste estudo e fazer perguntas que facilitaram o meu esclarecimento. Eu entendo que receberei uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por mim, pela pessoa que realizou a discussão sobre o Termo de Consentimento e, quando aplicável, pela testemunha e/ou representante legal.

Deve ser assinado e datado pelo Participante da pesquisa:

Nome (por extenso) do Participante da pesquisa assinatura	Assinatura	Data da
--	------------	---------

Deve ser assinado e datado pelo Responsável da pesquisa:

Nome (por extenso) do Responsável da pesquisa	Assinatura	Data da assinatura
---	------------	--------------------

Deve ser assinado e datado pela pessoa que conduziu a discussão do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE):

Nome (por extenso) da pessoa que conduziu a discussão do TCLE	Assinatura	Data da assinatura
---	------------	--------------------

A assinatura do **representante legalmente aceito deve ser adicionada se o participante da pesquisa for incapaz de assinar por si próprio**. A relação (parentesco) entre o participante da pesquisa e o seu representante legal deve ser indicada. A assinatura da testemunha imparcial deve ser adicionada se o participante da pesquisa não for capaz de ler ou escrever.

Nome (por extenso) do representante legalmente aceito (se aplicável)	relação	Assinatura	Data da assinatura
--	---------	------------	--------------------

Nome (por extenso) da testemunha imparcial (se aplicável)	Assinatura	Data da assinatura
---	------------	--------------------

APENDICE 2

Entrevista semi-dirigida

Data da Aplicação: _____/_____/_____

1. Identificação

1.1 Gênero:

Masculino () Feminino()

1.2 Idade:

Anos ____ Meses ____ Dias ____ Data de Nascimento: ____/____/_____

1.3 Escolaridade:

Ensino Fundamental Completo () Ensino Fundamental Incompleto ()

Ensino Médio Completo () Ensino Médio Incompleto ()

Ensino Técnico Completo () Ensino Técnico Incompleto ()

Ensino Superior Completo () Ensino Superior Incompleto ()

Pós- Graduação Completo () Pós – Graduação Incompleto ()

1.4 Faixa de Renda:

Até 1 salário mínimo- R\$ 880,00 () Até 2 salário mínimo- R\$ 1.760,00 ()

Até 3 salários mínimo- R\$ 2.640,00 () Até 4 salário mínimo- R\$ 3.520,00 ()

Acima de 4 salário mínimo ()

1.5 Profissão: _____

1.6 Moradia:

Própria/quitada () Própria/ financiada () Alugada ()

2. Dados sobre histórico de vida:**2.1. Escolaridade****Antes de iniciar período de escolaridade regular frequentou:**

Creche publica () Escolinha particular () Não frequentou ()

Ensino Fundamental:

Escola pública () Escola particular () Sofreu Advertências ()

Ensino Médio:

Escola Pública () Escola Particular () Sofreu Advertências ()

Ensino Técnico:

Gratuito () Particular () Burlava as aulas ()

Ensino Superior:

Gratuito () Particular () Burlava as aulas ()

2.2. Moradia**Ao longo de sua vida realizou mudanças de residências quantas vezes:**

Apenas 1 vez () Até 5 vezes () Mais que 5 vezes ()

Motivo que levou à (s) mudança (s): _____

2.3. Mudança de cidade:**Realizou mudanças de cidade?** Sim () Não ()**Motivo que levou à (s) mudança (s):** _____**2.4. Estado Civil:**

Namorando () Casado () União Estável () Separado ()

2.5 Filhos:

Possui filhos? Sim () Não ()

Se sim, todos são com a mesma companheira? Sim () Não ()

Atualmente seus filhos residem com você? Sim () Não ()

Se não qual motivo? _____

2.6. Familiares:

Pais: Casados () Separados ()

Se separados, qual sua idade quando se separaram? _____

Falecidos: Sim () Não ()

Qual é falecido? Pai () Mãe ()

Quantos anos você tinha quando faleceu? _____

Motivo da morte? Natural () Traumática () Relate: _____

Irmãos: Quantos irmãos possui? _____

Relacionamento entre vocês? _____

2.7. Condições de Trabalho:

Autônomo () Funcionário Registrado () Funcionário Público ()

Atualmente se considera satisfeito com sua atividade profissional ()

Necessita de trabalhos extras para complementar sua renda? Sim () Não ()

Que trabalho extra realiza _____

2.8. Ingestão de bebida alcoólica:

Faz uso de bebida alcoólica: Sim () Não ()

Se sim, com que frequência?

1 vez por semana () até 3 vezes por semana () Todos os dias ()

Qual bebida ingere com mais frequência: Destiladas () Cerveja ()

Aproximadamente que quantidade: _____

Quando você bebe, mesmo que apenas uma dose você dirige? Sim () Não ()

Já se envolveu em conflitos tendo ingerido bebidas? Sim () Não ()

Caso já tenha entrado em conflito, com quem discutiu?

Conjuge () Pais () Irmãos () Outro Família ()

Pessoas sem vínculo parental ()

2.9. Acidentes Anteriores?

Discussão no Transito _____

3.0 Dados sobre a Internação.

Dias de Internação: _____

Permaneceu em unidade de Terapia Intensiva/quantos dias: _____

Acompanhante principal durante internação: _____

Após a alta quem será cuidador se necessário: _____

4.0 Relatos sobre o acidente
