



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE
COLETIVA
DOUTORADO EM SAÚDE PÚBLICA**



Luciano Nery Ferreira

**ACIDENTES DE TRÂNSITO E SEUS EFEITOS NA QUALIDADE
DE VIDA E FUNCIONALIDADE DE CONDUTORES DE
VEÍCULOS MOTORIZADOS TERRESTRES – ESTUDO
LONGITUDINAL DE BASE POPULACIONAL**

Salvador

2016

Luciano Nery Ferreira

**ACIDENTES DE TRÂNSITO E SEUS EFEITOS NA QUALIDADE
DE VIDA E FUNCIONALIDADE DE CONDUTORES DE
VEÍCULOS MOTORIZADOS TERRESTRES – ESTUDO
LONGITUDINAL DE BASE POPULACIONAL**

Tese de doutorado apresentada ao Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA) como pré-requisito para obtenção do grau de Doutor em Saúde Pública.

Área de concentração: Epidemiologia

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Mota

Salvador

2016

F268 Ferreira, Luciano Nery

Acidentes de trânsito e seus efeitos na qualidade de vida e funcionalidade dos condutores de veículos motorizados terrestres – estudo longitudinal de base populacional / Luciano Nery Ferreira. - Salvador, 2016.

216 f.:il.

Orientador: Eduardo Mota

Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, 2017.

1. Acidente de trânsito. 2. Qualidade de vida. 3.Trânsito. 4. Saúde. I. Mota, Eduardo. II. Universidade Federal da Bahia. III.Título

CDU: 614.8



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva – ISC
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

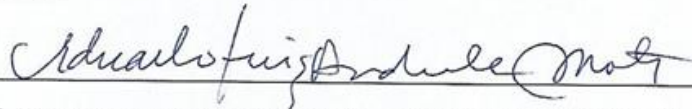
LUCIANO NERY FERREIRA

Acidentes de trânsito e seus efeitos na qualidade de vida e funcionalidade de condutores de veículos motorizados terrestres – estudo longitudinal de base populacional.

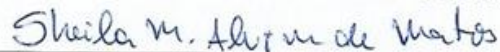
A Comissão Examinadora abaixo assinada aprova a tese, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 12 de agosto de 2016.

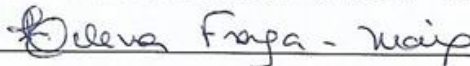
Banca Examinadora:



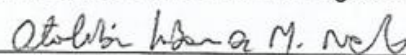
Prof. Eduardo Luiz Andrade Mota - Orientador - ISC/UFBA



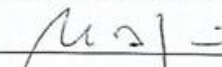
Profa. Sheila Maria Alvim de Matos – ISC/UFBA



Profa. Helena Maria Silveira Fraga Maia – UNEB



Prof. Otaliba Libânio de Moraes Neto – IPTSP/UFG



Prof. Marcio Alazraqui - Instituto de Salud Colectiva/UNLa

Salvador
2016

Dedico este trabalho à minha
família, fonte de amor,
conforto e compreensão.

Agradecimentos

Agradeço a Deus pelo dom da vida e pela força concedida para o enfrentamento de todos os desafios.

À minha família, pelo apoio, compreensão e amor dedicado, em especial à minha esposa (Vívian) e à minha filha (Marina), aos meus pais (Sônia e Aureliano), ao meu irmão e cunhada (Thiago e Verônica).

Ao meu orientador, Prof. Eduardo, pelos ensinamentos, pelo apoio e paciência dispensados.

Aos colegas da pesquisa (Polianna e Jefferson), por enfrentarem junto comigo os desafios impostos. A parceria foi muito profícua, e foi essencial para a obtenção do sucesso deste empreendimento.

Aos professores e colegas do Instituto de Saúde Coletiva, pelo aprendizado ao longo do curso. Foram muitos ensinamentos compartilhados e momentos que ficarão na memória.

À Taís, secretária do Prof. Eduardo, que sempre esteve disposta a ajudar. A sua agilidade e competência foram decisivas em muitos momentos cruciais.

Aos demais funcionários do Instituto de Saúde Coletiva por viabilizarem tudo quanto possível para o bom andamento dos estudos e demais atividades desenvolvidas.

Aos colegas do Departamento de Saúde que viabilizaram o meu afastamento das atividades funcionais para cursar o doutorado, especialmente Fhelício Sampaio Viana. Aos colegas do Departamento de Saúde I e II, que contribuíram financiando projetos no Núcleo de Estudos em Saúde e Trânsito, em especial a Marcos Henrique Fernandes, Gustavo Jaccoud Santos e Vívian Mara Ribeiro.

À Coordenação da Clínica Escola de Fisioterapia da UESB, pela disponibilização do espaço físico, mobiliário e computadores que foram utilizados no desenvolvimento das atividades da pesquisa.

À Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, pelo apoio financeiro, seja na modalidade de ajuda de custo para cursar Pós-Graduação, seja com

financiamento de projetos por meio de editais em parceria com agências de fomento à pesquisa e pós-graduação.

Aos discentes colaboradores da pesquisa, que desempenharam papel fundamental nas tarefas operacionais. A presença de vocês nos alegrava e rejuvenescia. Os obstáculos que pareciam intransponíveis se tornaram tarefas perfeitamente exequíveis quando vocês se dispunham a colaborar. Sou grato a todos vocês que estiveram conosco ao longo deste tempo nas mais diversas etapas (Álec, Alda, Andressa, Arine, Bruna, Bruno, Carlos, Caroline, Camila, Dardane, Denise, Diógenes, Emanuelle, Érika, Felipe, Gabrielle, Gilberto, Gilmar, Gilmara, Ítalo, Janilson, Jared, Jéssica, Laís, Laíse, Lara, Leonardo, Maria, Marly, Michael, Michele, Laércio, Patrícia, Rafaela, Ravel, Sara, Tailane, Taline, Valéria, Vanéia).

À comunidade jequeense, em especial aos participantes do estudo que nos receberam em seus domicílios e responderam pacientemente as entrevistas.

“E há que se cuidar do broto
Pra que a vida nos dê flor e fruto”

Milton Nascimento e Wagner Tiso

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Diagrama 1 - Modelo de funcionalidade e incapacidade.	31
Diagrama 2 – Modelo teórico-conceitual.	35
Diagrama 3 – Medida da Independência Funcional: Organização esquemática das suas categorias, dimensões e domínios.	40

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Tabela 1. Concordância intraobservador e interobservador das oito dimensões de qualidade de vida do instrumento SF-36, avaliado pelo coeficiente de correlação de Pearson. Jequié-BA, 2013.	49
Quadro 1: Detalhamento dos custos da pesquisa. Jequié-BA, 2016.	53
Tabela 2: Caracterização das perdas de acompanhamento. Jequié-BA, 2013 - 2015.	57
Tabela 3: Caracterização sociodemográfica dos condutores envolvidos em AT no seguimento do estudo e do grupo controle. Jequié-BA, 2013 - 2015.	58
Tabela 4: Uso dos serviços de saúde e características das lesões associadas ao AT em condutores envolvidos em AT. Jequié-BA, 2013 - 2015.	59
Tabela 5: Características dos acidentes de trânsito entre os condutores envolvidos em AT. Jequié-BA, 2013 - 2015.	60
Artigo 1: Qualidade de vida, independência funcional e integração com a comunidade após o acidente de trânsito em condutores de veículos motorizados terrestres.	
Tabela 1: Média e desvio padrão dos escores das dimensões de Qualidade de Vida entre os condutores que se envolveram em AT, de acordo com o sexo e a faixa etária. Jequié-BA, 2013 - 2015.	74
Tabela 2: Média e desvio padrão dos escores da Medida da Independência Funcional (domínios motor cognitivo e total) entre os condutores que se envolveram em AT de acordo com o sexo e a faixa etária. Jequié-BA, 2013 - 2015.	75
Tabela 3: Média e desvio padrão dos escores da Integração com a Comunidade* (Integração Domiciliar, Integração Social e Atividade Produtiva) entre os condutores que se envolveram em AT, de acordo com o sexo e a faixa etária. Jequié-BA, 2013 - 2015.	76

Tabela 4: Comparação dos escores de Qualidade de Vida de condutores antes X após o envolvimento em AT, segundo o sexo e a faixa etária. Jequié-BA, 2013 - 2015. 77

Artigo 2: Determinantes da independência funcional, qualidade de vida e integração com a comunidade entre condutores envolvidos em acidentes de trânsito – estudo longitudinal de base populacional.

Tabela 1: Associação entre as dimensões de Qualidade de Vida e o envolvimento em AT, o sexo e o estado civil. Casos e controles da população em acompanhamento. Jequié-BA, 2013 - 2015. 94

Tabela 2: Associação entre as dimensões de Qualidade de Vida e a cor da pele, a escolaridade, o consumo de bebidas alcoólicas e o uso do celular ao dirigir. Casos e controles da população em acompanhamento. Jequié-BA, 2013 - 2015. 95

Tabela 3: Média e desvio padrão da idade e da quantidade de doenças, de acordo com as dimensões de qualidade de vida. Casos e controles da população em acompanhamento. Jequié-BA, 2013 - 2015. 96

Tabela 4: Associações entre os componentes da MIF e o envolvimento em AT, o sexo, o estado civil, a cor da pele, a escolaridade, o consumo de bebidas alcoólicas e o uso do celular enquanto dirige, idade e doenças. Casos e controles da população em acompanhamento. Jequié-BA, 2013 - 2015. 97

Tabela 5: Associações entre os domínios da CIQ e o envolvimento em AT, o sexo, o estado civil, a cor da pele, a escolaridade, o consumo de bebidas alcoólicas e o uso do celular enquanto dirige, idade e doenças. Casos e controles da população em acompanhamento. Jequié-BA, 2013 - 2015. 98

Tabela 6: Modelos finais de regressão logística ordinal para as dimensões de qualidade de vida de acordo com o sexo, OR ajustadas e intervalos de confiança a 95% - (IC -95%). Casos e controles da população em acompanhamento. Jequié-BA, 2013 - 2015. 99

Tabela 7: Modelos finais de regressão logística para os componentes da MIF de acordo com o sexo, OR ajustadas e intervalos de confiança a 95% - (IC -95%). Casos e controles da população em acompanhamento. Jequié-BA, 2013 - 2015. 100

Tabela 8: Modelos finais de regressão logística para os domínios da CIQ de acordo com o sexo, OR ajustadas e intervalos de confiança a 95% - (IC -95%). Casos e controles da população em acompanhamento. Jequié-BA, 2013 - 2015. 101

Artigo 3: Uso dos serviços de saúde após acidente de trânsito e qualidade de vida em condutores – estudo longitudinal de base populacional.

Tabela 1: Associação entre as dimensões de Qualidade de Vida e o uso dos serviços de saúde, o sexo e o estado civil. Condutores envolvidos em AT. Jequié-BA, 2013 - 2015. 115

Tabela 2: Associação entre as dimensões de Qualidade de Vida e a cor da pele, a escolaridade, o consumo de bebidas alcoólicas e o uso do celular ao dirigir. Condutores envolvidos em AT. Jequié-BA, 2013 - 2015. 117

Tabela 3: Associações entre as dimensões de qualidade de vida e AT em que houve envolvimento de motocicleta, uso do equipamento de segurança no momento do AT, ter sido condutor no momento do AT, e se o AT gerou lesão. Condutores envolvidos em AT. Jequié-BA, 2013 - 2015. 118

Tabela 4: Associação entre as dimensões de Qualidade de Vida e o envolvimento prévio em AT na vida e nos 12 meses que precederam a linha de base. Condutores envolvidos em AT. Jequié-BA, 2013 - 2015. 119

Tabela 5: Média e desvio padrão da idade e da quantidade de doenças, de acordo com as dimensões de qualidade de vida. Condutores envolvidos em AT. Jequié-BA, 2013 - 2015. 120

Tabela 6: Modelos finais de regressão logística ordinal para as dimensões de qualidade de vida, OR ajustadas e intervalos de confiança a 95% - (IC -95%). Condutores envolvidos em AT. Jequié-BA, 2013 - 2015.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
AIS	<i>Abbreviated Injury Scale</i>
AT	Acidente de Trânsito
ANOVA	Análise de Variância
BA	Bahia
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de pessoal
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID	Classificação Internacional de Doenças
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade
CIQ	<i>Community Integration Questionnaire</i>
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS	Conselho Nacional de Saúde
FAPESB	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de Confiança
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
ISC	Instituto de Saúde Coletiva
LB	Linha de Base
MCTI	Ministério da Ciência Tecnologia e Inovação
MIF	Medida da Independência Funcional
MMII	Membros Inferiores

MMSS	Membros Superiores
NBR	Norma Brasileira
NESTran	Núcleo de Estudos em Saúde e Trânsito
ODK	<i>Open Data Kit</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
OR	<i>Odds Ratio</i>
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
SAMU	Serviço de Atendimento Médico de Urgência
SF-36	<i>Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey</i>
Sinan	Sistema de notificação de agravos
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UESB	Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VIVA	Vigilância de Violências e Acidentes

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	16
RESUMO.....	18
ABSTRACT	20
1.OBJETIVOS	22
1.1 Geral.....	22
1.2 Específicos	22
2. REVISÃO DA LITERATURA	23
3. REFERENCIAL TEÓRICO	29
4. METODOLOGIA.....	37
4.1 Tipo de Estudo	37
4.2 Local e População do Estudo.....	37
4.3 Amostragem e Seleção de Participantes	38
4.4 Variáveis e Indicadores	39
4.5 Fontes de Dados	42
4.6 Procedimentos de Coleta de Dados	45
4.6.1 Linha de Base	45
4.6.2 Estudo Piloto	46
4.6.3 Etapa Longitudinal.....	50
4.7 Análise	51
4.8 Fontes de financiamento do estudo	52
4.9 Aspectos Éticos	54
5. RESULTADOS	56
5.1 Caracterização da população	57
5.2 Artigos.....	61
5.2.1 Artigo 1 - Qualidade de vida, independência funcional e integração com a comunidade após o acidente de trânsito em condutores de veículos motorizados terrestres.	61
5.2.2 Artigo 2 - Determinantes da independência funcional, qualidade de vida e integração com a comunidade entre condutores envolvidos em acidentes de trânsito – estudo longitudinal de base populacional.	78
5.2.3 Artigo 3 - Uso dos serviços de saúde após acidente de trânsito e qualidade de vida em condutores – estudo longitudinal de base populacional.	102
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	123
REFERÊNCIAS.....	125
APÊNDICES.....	131
APÊNDICE 1 – INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	132
FORMULÁRIO CONDUTOR – LINHA DE BASE.....	133
FORMULÁRIO CONDUTOR – ETAPA LONGITUDINAL.....	143

FORMULÁRIO – ETAPA LONGITUDINAL – CASO-CONTROLE	156
APÊNDICE 2 – ESCALAS VISUAIS	164
APÊNDICE 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	168
APÊNDICE 4 – PLANILHA DE ARROLAMENTO DOS DOMICÍLIOS	171
APÊNDICE 5 – FICHA DE TRIAGEM DO DOMICÍLIO	173
APÊNDICE 6 – CARTILHA INFORMATIVA	175
ANEXOS	181
ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	182
ANEXO B – PARECER DA NOTIFICAÇÃO AO CEP	187
ANEXO C – MAPAS DOS SETORES CENSITÁRIOS URBANOS UTILIZADOS NA PESQUISA	191

APRESENTAÇÃO

Esta Tese refere-se ao trabalho de conclusão de Curso de Doutorado em Saúde Pública do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Trata-se de um estudo que examinou os efeitos dos acidentes de trânsito sobre a qualidade de vida e a funcionalidade dos indivíduos afetados. Uma coorte de condutores foi acompanhada ao longo de 20 meses, desde a linha de base, e investigada a respeito da ocorrência de acidentes de trânsito e seus efeitos nas condições de saúde.

Esta pesquisa compõe um estudo maior, de nome fantasia “Pesquisa Saúde & Trânsito”, que vem realizando ampla investigação acerca de diversos aspectos relacionados aos acidentes de trânsito e seus determinantes, bem como outros efeitos relativos à sua ocorrência. Fazem parte desta pesquisa – além da presente tese – a tese “Epidemiologia dos acidentes de trânsito: incidência e determinantes comportamentais em um estudo longitudinal”, de autoria de Polianna Alves Andrade Rios, e o projeto de tese “Repercussões Econômicas e Sobre o Trabalho dos Acidentes de Trânsito”, de autoria de Jefferson Paixão Cardoso, todas do Instituto de Saúde Coletiva, sob orientação do Prof. Eduardo Luiz Andrade Mota. Este conjunto de projetos de pesquisa constitui atualmente o escopo do Núcleo de Estudos em Saúde e Trânsito (NESTran) – núcleo da UESB, cadastrado junto ao Diretório de Grupos de Pesquisa do Brasil.

O desenvolvimento deste estudo tem congruência entre a vivência profissional e a formação acadêmica. A docência, sobretudo, o exercício profissional em Fisioterapia, evidencia a rotina de sofrimento que experimentam as pessoas que permanecem com alguma seqüela após um acidente de trânsito. Outra fonte de interesse, sem dúvida, foi a minha aproximação com a Epidemiologia durante o Curso de Mestrado, no qual empreendi um inquérito domiciliar acerca do consumo de bebidas alcoólicas.

Neste contexto, realizar uma pesquisa com abrangência e profundidade desta magnitude, em conjunto com colegas cujas propostas de pesquisa têm afinidades entre si, e participar da criação de um núcleo de estudos, assumiram significado profissional relevante, dado que tem potencial de consolidar-se enquanto linha de pesquisa e tornar-se elemento estruturante de um projeto de carreira acadêmica.

A presente tese está estruturada em capítulos, e os principais resultados foram apresentados no formato de três artigos. Desta maneira, a seguir são apresentados inicialmente os objetivos (geral e específicos) do estudo, ao que se segue uma revisão de literatura na qual são tratados os aspectos conceituais, e onde é realizado um dimensionamento do problema dos efeitos decorrentes dos acidentes de trânsito no Brasil e no mundo. Logo após, no capítulo de referencial teórico, são tratados os aspectos conceituais e teóricos dos temas abordados na tese.

O capítulo subsequente refere-se à metodologia, sendo abordados de maneira detalhada, diversos aspectos relativos ao tipo de estudo, local e população pesquisada, seleção dos participantes, variáveis e indicadores, procedimentos de coleta, análise, fontes de financiamento e aspectos éticos.

O próximo capítulo apresenta os resultados. Inicialmente, se expõe a caracterização da população estudada, de acordo com as variáveis de interesse, e depois são apresentados, na sequência, os três artigos que aprofundam as análises a partir dos objetivos específicos.

Na seção seguinte, são apresentadas as considerações finais do estudo, seguidas dos apêndices, constando os materiais auxiliares produzidos por ocasião da pesquisa, a saber: os instrumentos de coleta de dados, as escalas visuais, o termo de consentimento livre e esclarecido, e a cartilha informativa. E, por fim, nos anexos, são aduzidos os materiais auxiliares à realização da pesquisa, como os mapas dos setores censitários e os pareceres do Comitê de Ética em Pesquisa.

A pesquisa que fundamentou esta tese contou com o apoio financeiro de órgãos de fomento à pesquisa, como a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal – CAPES –, o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq –, e a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia – FAPESB.

RESUMO

O tema acidentes de trânsito (AT) tem sido tratado majoritariamente por meio da expressão da mortalidade associada, ou morbidade hospitalar. No entanto, existe um importante contingente de pessoas que se lesionam e, em decorrência dos AT, não necessariamente são hospitalizadas, mas podem ter necessidade de acesso aos serviços de saúde. Há evidências de que existem outras dimensões dos efeitos dos AT que marcam algumas alterações nas condições de vida e saúde das pessoas e não têm sido suficientemente investigadas no Brasil. Neste sentido, este estudo teve a finalidade de contribuir para a produção de informações epidemiológicas, de base populacional, a partir do acompanhamento de uma coorte de condutores de veículos motorizados terrestres. A Tese é composta por três artigos, que tiveram os seguintes objetivos específicos: Artigo 1 - Caracterizar e descrever a qualidade de vida e a independência funcional de condutores após o envolvimento em acidente de trânsito ; Artigo 2 - Identificar os determinantes da qualidade de vida e independência funcional de condutores em função do envolvimento em AT ; Artigo 3 - Estimar a magnitude da associação entre a utilização dos serviços de saúde em decorrência do envolvimento em AT e a qualidade de vida dos indivíduos afetados. Trata-se de estudo de desenho longitudinal misto, tipo coorte com caso-controle aninhado, realizado com casos incidentes. A linha de base ocorreu entre os meses de julho e outubro de 2013, e recrutou 1.408 condutores maiores de 14 anos, residentes na zona urbana de Jequié, Estado da Bahia. A partir do seguimento da coorte com contatos quadrimestrais ao longo de 20 meses, foram investigados 138 condutores que se envolveram em AT, e 138 controles que não se envolveram em AT no mesmo período. Os participantes foram investigados com formulários estruturados específicos para cada etapa da pesquisa. As variáveis de desfecho foram a qualidade de vida – as oito dimensões do SF-36 mais uma medida sumarizada de qualidade de vida geral; a independência funcional – os três componentes da MIF; e a integração com a comunidade – os três domínios da CIQ. Foram investigadas algumas variáveis de interesse, como exposição principal e controle. A análise estatística empregada envolveu a análise de variância (ANOVA), teste de qui-quadrado de *Pearson*, teste Exato de *Fisher*, estatística Gamma de *Goodman e Kruskal*, teste t, modelos de regressão logística e de regressão logística ordinal. Os modelos finais permitiram estimar razões de chance (OR) e intervalos de confiança a 95%. O protocolo de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, e foi aprovado (Parecer nº 249.611). Todos os aspectos da Resolução CNS 466/12 foram respeitados, e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A incidência cumulativa de ocorrência de lesões foi predominante entre os homens (44,9%), quando comparados às mulheres (35,0%) – valor de $p = 0,285$ –, e entre os mais jovens (58,5% nas pessoas com idade entre 15 a 29 anos) quando comparados a todas as outras faixas etárias – valor de $p = 0,022$. A ocorrência de lesões em múltiplas regiões foi mais frequente em ambos os sexos e na maioria das faixas etárias, com exceção da faixa etária dos 30 a 44 anos, na qual 21,2% tiveram apenas uma região do corpo afetada, enquanto 19,2% tiveram lesões em mais de uma parte do corpo. Quando os escores de qualidade de vida foram comparados antes (aferidos na linha de base) e depois do acidente de trânsito, as maiores proporções de redução do escore de qualidade de vida se deram nas dimensões capacidade funcional (40,0% entre os homens e 28,0% entre as mulheres), dor (50,0% entre os homens e 35,0% entre as mulheres), estado geral de saúde

(51,0% entre os homens e 60,0% entre as mulheres), vitalidade (56,1% entre os homens e 32,5 entre as mulheres) e saúde mental (42,9% entre os homens e 37,5% entre as mulheres). Quando comparados com o grupo controle, 70,0% dos indivíduos que tiveram escore baixo para a dimensão aspectos físicos da qualidade de vida se envolveram em AT, ao passo que o envolvimento em AT se deu em 46,9% dos que apresentaram escore intermediário, e em 45,4% dos que foram classificados como escore alto para esta dimensão (valor de $p = 0,007$). Para a dimensão aspectos físicos, entre os homens, ter se envolvido em AT – OR = 0,43 (0,22 – 0,83), ter 12 ou mais anos de estudo – OR = 2,76 (1,22 – 6,22), e a coexistência de doenças – OR = 0,62 (0,46 – 0,85) influenciaram as chances dos indivíduos terem escores intermediários ou altos para esta dimensão, quando comparados com os que não se envolveram em AT, com os que têm até 11 anos de estudo e com os que não têm comorbidades. No que se refere à independência funcional, para o componente cognitivo, entre os homens, ter se envolvido em AT representou uma OR = 3,90 (1,88 – 8,08) para que as pessoas tivessem escores mais altos, quando comparadas com as que não se envolveram. Ainda para este componente, cada ano de idade adicional representou OR = 0,96 (0,94 – 0,99) entre os homens e OR = 0,94 (0,89 – 0,99) entre as mulheres. No que concerne à integração com a comunidade, o envolvimento em AT não apresentou significância estatística com nenhum dos domínios. No que se refere ao uso dos serviços de saúde, a população foi composta majoritariamente por condutores que não fizeram uso em decorrência do envolvimento em AT (78,3%). Entre os condutores que foram classificados como baixo escore para a dimensão aspectos físicos, 59,4% não usaram serviços de saúde em decorrência do AT, ao passo que 40,6% usaram (valor de $p = 0,010$). No caso da dimensão dor, o uso dos serviços de saúde em decorrência do AT representou OR = 0,41 (0,17 – 0,99) para que apresentassem escores classificados como intermediários ou altos, em comparação com os escores classificados como baixos. De maneira geral, destaca-se que o acidente de trânsito está associado à deterioração da qualidade de vida em algumas das suas dimensões. Para a funcionalidade, o envolvimento em AT significou maiores chances de ser classificado com maiores escores da MIF Total e cognitiva. Embora isto mereça mais estudos específicos, parece que o grau de independência funcional no grupo investigado estava mais ligado à idade e à presença de outras doenças. No que concerne ao uso dos serviços de saúde, estima-se que seja um potencial preditor da qualidade de vida em pessoas que se envolvem em AT, na medida em que parece ser um *proxy* de maior gravidade das lesões iniciais e produz maiores necessidades em saúde. Considera-se que este estudo desempenha algum avanço metodológico de estudo longitudinal de base populacional, e propõe o uso de desfechos alternativos para a avaliação em saúde após a ocorrência do acidente de trânsito.

Palavras-chave: Acidentes de trânsito. Qualidade de vida. Epidemiologia. Integração comunitária.

ABSTRACT

The issue of traffic accidents (TA) has been mostly approached by evidencing of the associated mortality and hospital morbidity. However, there is a significant number of people who are injured and as a result of TA, are not necessarily hospitalized, but may need access to health services. There is evidence that there are other dimensions of the TA effects marking some changes in health and living conditions of people and have not been sufficiently investigated in Brazil. Thus, this study aimed to contribute to the production of epidemiological information, population-based, from the monitoring of a cohort of motorized land vehicle drivers. The thesis is made up of three articles that had the following specific objectives: Article 1 - To characterize and describe the quality of life and functional independence of drivers after being involved in a traffic accident; Article 2 - To identify quality of life determinants and functional independence of drivers due to involvement in TA; Article 3 - To estimate the magnitude of the association between the use of health services due to the involvement in TA and the quality of life of affected individuals. This was mixed longitudinal design study cohort with nested case-control, performed with incident cases. The baseline occurred between July and October 2013, and recruited 1.408 drivers over 14 years old, living in Jequié, Bahia State. From the follow-up of the cohort with every four months, contacts throughout 20 months were investigated 138 drivers who were involved in TA, and 138 controls who were not involved in TA in the same period. The participants were investigated with specific structured forms for each step of the search. The outcome variables were the quality of life - the eight SF-36 dimensions plus a summary measure of overall quality of life; the functional independence - the three FIM components; and community integration - the three CIQ domain. Some variables of interest were investigated, as main exposure and control variables. The employed statistical analysis involved the analysis of variance (ANOVA), Pearson's chi-square test, Fisher's Exact test, statistical Gamma Goodman and Kruskal, t test, logistic regression and ordered logistic regression models. The final models allowed to estimate odds ratios (OR) and confidence intervals at 95%. The research protocol was submitted to the Research Ethics Committee of the Public Health Institute of the Federal University of Bahia, and was approved (Opinion No. 249 611). All aspects of the CNS 466/12 Resolution were respected, and all participants signed the consent form. The cumulative incidence of occurrence of lesions was predominant among men (44.9%) compared to women (35.0%) – p-value = 0.285 –, and among younger (58.5% in those aged between 15 to 29 years) when compared to all other age groups – p-value = 0.022. The occurrence of lesions in multiple regions was more frequent in both sexes and in most age groups, except for the 30-44 years age group in which 21.2% had only one body region affected, while 19.2 % had lesions in more than one body part. When the quality of life scores were compared before (measured at baseline) and after the traffic accident, the highest quality of life score reduction ratios occurred in the physical functioning dimension (40.0% among men and 28.0% among women), pain (50.0% among men and 35.0% among women), general health (51.0% among men and 60.0% among women), vitality (56.1% among men and 32.5 among women), and mental health (42.9% among men and 37.5% among women). Compared with control group 70.0% of individuals who had low scores for the role-physical of quality of life, were involved in TA, while involvement in TA occurred in 46.9% of those with intermediate score, and 45.4% of which were classified as high score for this dimension (p-value = 0.007). For the role-physical dimension, among men have been involved in AT - OR = 0.43 (0.22 - 0.83), have 12 or more years of schooling - OR = 2.76 (1.22 to

6 22), and the coexistence of diseases - OR = 0.62 (0.46 - 0.85), influenced the chances of individuals have intermediate or high scores for this dimension, when compared to those not involved in TA with who have up to 11 years of schooling and those who do not have comorbidities. With regard to the functional independence, for the cognitive component, among men have been involved in TA represented an OR = 3.90 (1.88 to 8.08) so that people had higher scores then compared with the who were not involved. Still to this component, each additional year of age represented OR = 0.96 (0.94 to 0.99) among men and OR = 0.94 (0.89 to 0.99) among women. Regarding the integration with the community, the TA involvement was not statistically significant in any of the domains. Regarding the use of health services, the population was mostly composed of drivers who did not use due to the TA involvement (78.3%). Among the drivers who were classified as low score for the role physical, 59.4% did not use health services as a result of TA, while 40.6% used (p-value = 0.010). In the case of pain dimension, the use of health services due to the TA represented OR = 0.41 (0.17 to 0.99) to show scores classified as intermediate or high compared to the scores classified as low. In general, it is emphasized that the traffic accident is associated with deterioration of the quality of life in some of its dimensions. For functionality, TA involvement meant more likely to be rated higher total FIM score and cognitive score. Although this deserves more specific studies, it appears that the degree of functional independence in the investigated group was more related to age and the presence of other diseases. Regarding the use of health services, it is estimated to be a potential predictor of quality of life in people who engage in TA, as it appears to be a proxy of greater severity of the initial injury and produces greater health needs. It is considered that this study plays a methodological advance of longitudinal population-based study, and proposes the use of alternative outcomes for the health assessment after the occurrence of traffic accidents.

Keywords: Traffic accidents. Quality of life. Epidemiology. Community integration.

1. OBJETIVOS

1.1 Geral

Investigar as associações entre os acidentes de trânsito e a qualidade de vida, a independência funcional e a integração com a comunidade dos indivíduos afetados em Jequié, Bahia, no período de 2013 a 2015.

1.2 Específicos

1. Caracterizar e descrever a qualidade de vida e a independência funcional de condutores após o envolvimento em acidente de trânsito;
2. Identificar os determinantes da qualidade de vida e independência funcional de condutores em função do envolvimento em AT;
3. Estimar a magnitude da associação entre a utilização dos serviços de saúde em decorrência do envolvimento em AT e a qualidade de vida dos indivíduos afetados.

2. REVISÃO DA LITERATURA

Dado que os AT podem produzir danos físicos, psicológicos e socioeconômicos, os seus efeitos decorrentes não se restringem aos danos diretos e lesões verificadas imediatamente, incluem também agravos que se estendem por algum tempo após o acidente, os quais podem influenciar a qualidade de vida, e a funcionalidade ^{1;2}.

Em uma descrição panorâmica sobre a violência urbana no Brasil e suas capitais, Souza e Lima (2006) ³ expõem os dados do Departamento Nacional de Trânsito, relativos ao ano de 2002, os quais apontaram para o fato de que os AT ocorridos naquele ano provocaram 337.190 vítimas em todo o país, das quais 94,4% foram não fatais e 5,6% fatais. Ao se comparar as taxas de vítimas de acidentes naquele ano, observa-se que os acidentes produziram 219,5 vítimas por 100 mil habitantes, das quais 207,2 vítimas eram não fatais e 12,3 fatais, o que dá uma razão de aproximadamente uma vítima fatal para cada 16,8 vítimas não fatais. Os dados também revelam que cada acidente envolve, em média, 1,5 vítima.

No cenário local, Rios e Mota (2013) ⁴ fizeram um estudo ecológico, no qual avaliaram a evolução temporal das mortes provocadas por AT nas seis microrregiões mais populosas da Bahia, utilizando dados secundários. Entre as mortes por causas externas, o AT foi a primeira causa nas microrregiões de Vitória da Conquista e Jequié. No que se refere ao tipo de vítima, este estudo mostrou que Jequié apresentou o maior percentual de ocorrência de mortes entre motociclistas (14,0%), quando comparada às outras cinco microrregiões.

A este respeito, o Mapa da Violência 2012, em seu caderno complementar sobre acidentes de trânsito ⁵, chama a atenção para a evolução histórica da participação proporcional dos diversos tipos de ocupantes da via nos óbitos por AT, entre 1996 e 2010, no Brasil. Destacou-se a redução proporcional das mortes de pedestres e o incremento proporcional das mortes de motociclistas no mesmo período. A análise também foi feita com as taxas de óbitos por 100 mil habitantes, e o resultado encontrado foi semelhante. Neste sentido, apontou a motocicleta como o principal fator impulsor da violência cotidiana nas ruas, e indicou que o enfrentamento deve ocorrer com medidas estratégicas adequadas à magnitude do problema.

Os danos físicos provocados pelos AT ocasionam diversos graus de limitações funcionais, com incapacidades que variam de leves e temporárias a graves e permanentes. Embora a maior proporção de envolvimento em acidentes de transportes seja entre os ocupantes e condutores de automóveis ⁶, observa-se maior gravidade, sobretudo maior número de óbitos entre pedestres, ocupantes de automóveis e motociclistas ⁷. Entretanto, na maioria das vezes a gravidade é atribuída tão somente à lesão primária decorrente dos AT e não se dispõe de informações acerca das sequelas resultantes dos AT.

Também não se tem informações precisas acerca dos acidentes com menor gravidade, nos quais os indivíduos podem sofrer lesões leves, que podem até requerer atendimento de emergência, mas não resultam em internação hospitalar, ou ainda aqueles que não demandam nenhum uso do sistema de serviço de saúde. Neste sentido, contribuem para o desconhecimento desta parte da magnitude do problema dos AT: a) grande número de municípios que não tem gestão municipalizada do trânsito ou tem de forma incipiente; b) órgãos de trânsito optam por registrar apenas AT com pessoas lesionadas ou mortas; c) registro inadequado ou ausente da causa básica de internação ou óbito.

Neste sentido, existe no Brasil uma iniciativa de Vigilância de Violências e Acidentes – VIVA e VIVA Inquérito – que tem monitorado os casos de violências por meio do Sistema de Notificação de Agravos – Sinan –, além do monitoramento de acidentes por meio do seu componente inquérito, que se dá diretamente em serviços sentinelas de urgência e emergência, em 37 municípios selecionados. No que se refere à caracterização das lesões iniciais nas pessoas envolvidas em AT, o VIVA Inquérito 2011 apurou que os atendimentos mais frequentes foram aqueles nos quais as vítimas apresentavam lesões do tipo fraturas /amputações /traumas (33,4%), e quanto à localização das lesões, a ocorrência mais frequente foi nos membros (49,9%). Quando se observou a evolução na emergência durante as primeiras 24 horas, 68% das pessoas atendidas por AT foram liberadas após o atendimento inicial ⁸.

Ao analisar especificamente as questões referentes ao impacto dos incentivos à motocicleta no Brasil, Vasconcellos (2013) ⁹ fez uma extensa e profunda avaliação do processo de introdução da motocicleta no trânsito brasileiro, desde o início do século XX até a primeira década do século XXI, com enfoque no período a partir de

1990, quando houve uma inserção maciça deste tipo de veículo nas ruas e rodovias brasileiras. O autor discute diversos aspectos relacionados ao excesso de vítimas produzidas em AT com envolvimento de motocicletas, comparado àqueles AT em que não há envolvimento de motocicletas, bem como à maior gravidade dos ferimentos provocados por AT em que há motocicleta envolvida, comparada aos ferimentos decorrentes de AT em que não há envolvimento de motocicletas. Também são discutidas as políticas de estímulo à motorização por esta modalidade de veículo e os custos de diversas ordens que isto tem resultado ao Brasil.

Neste sentido, o Mapa da Violência 2013 destaca que, no período entre 1996 e 2011, o número de óbitos por AT entre motociclistas no Brasil aumentou 932,1%. Quando observado a partir de 2008, o crescimento foi regular, em torno de 15,0% ao ano. Destaca ainda que, em 2011, o número de óbitos de motociclistas no trânsito ultrapassou todas as outras categorias, representando a terça parte de todos os óbitos. Ao analisar as internações hospitalares, evidencia que houve aumento de 366,1% das internações por acidentes de motocicleta, no período compreendido entre os anos de 1998 a 2012. Do início do período analisado até 2009, o incremento anual nesta categoria de hospitalizações deu-se em torno de 10,0% ao ano, e, a partir de 2009, foi da ordem de 30,0% anual. Com efeito, em 2012, este subtipo representava mais da metade das internações por AT no SUS ¹⁰.

No cenário internacional, a OMS fez um levantamento dos países que possuem alguns elementos de respostas pós acidentes, no seu relatório sobre a segurança viária ¹¹ é possível identificar os itens a seguir: a) número de telefone de emergência de acesso universal; b) proporção estimada de pacientes acidentados graves transportados por ambulâncias; c) disponibilidade de treinamento em emergência (por médicos ou por enfermeiros); d) existência de salas de emergência baseadas em sistema de vigilância de acidentes; e) existência de sistema de registro vital; f) percentual estimado de vítimas com incapacidade permanente. Importante notar que o Brasil não dispõe dos elementos “b, d e f” esperados pela OMS, o que reflete uma lacuna no que se refere às respostas adequadas aos indivíduos que sofrem o acidente, tanto em termos de assistência quanto em produção de informações e vigilância.

No intuito de tentar reduzir alguma lacuna de conhecimento a respeito das informações sobre os acidentes de trânsito não fatais, durante a realização da

Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD –, em 2008, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE – incluiu nas suas questões o envolvimento em AT nos últimos 12 meses, e se a pessoa deixou de realizar quaisquer das suas atividades habituais em decorrência do envolvimento em AT. Foi encontrado que 2,5% das pessoas se envolveram em algum acidente de trânsito, incluindo os casos que não produziram ferimentos. Na região Nordeste essa proporção foi de 1,9%, a menor entre todas as regiões do país. Também foi possível observar que o envolvimento em AT determinou que 30,7% dos acometidos deixassem de realizar alguma das suas atividades habituais ⁶.

Dentre as lesões primárias com maior potencial incapacitante estão os traumatismos cranioencefálicos. Em estudo realizado com 3.894 casos de pacientes com este agravo, atendidos numa unidade de referência para o trauma na cidade de Salvador, no decorrer de um ano, Fraga-Maia (2010) ¹² encontrou entre as principais causas as quedas, os acidentes de trânsito e os espancamentos.

No que diz respeito à faixa etária, diversos estudos apontam que os acidentes de trânsito e os óbitos decorrentes ocorrem prioritariamente em jovens e adultos ^{6; 7; 13; 14}. No entanto, apesar de as crianças não pertencerem às faixas etárias mais acometidas por AT, entre as crianças hospitalizadas por agravos decorrentes de causas externas, atribui-se aos AT a causa mais frequente. Estudando 696 crianças e adolescentes na faixa etária de 0 a 19 anos, hospitalizadas por injúria em um hospital em Ipatinga, Minas Gerais, Gaspar e colaboradores (2004) ¹⁵ encontraram que, do total de crianças internadas por esta causa ao longo de um ano, os acidentes de transportes foram a causa mais frequente (34,5%) das injúrias, seguida por quedas (33,2%).

Alguns estudos têm relacionado fatores associados às lesões de maior gravidade ou mais frequentes, mas não avançam na descrição dos efeitos em condições de saúde relacionadas à funcionalidade e à qualidade de vida. Analisando 301 vítimas de acidente de transporte atendidas no Hospital de Urgências em Goiânia, no decorrer de um ano, Caixeta e colaboradores (2010) ¹⁶ caracterizaram os indivíduos e as circunstâncias dos acidentes, mas não abordaram aspectos relacionados às condições de saúde decorrentes dos acidentes. Foram encontrados indivíduos, em sua maioria do sexo masculino, com média de idade de 19,8 anos, condutores de veículos. Quanto ao meio de transporte mais utilizado, prevaleceu a

motocicleta (67,3%), seguido da bicicleta (16,7%). No que se refere aos fatores de risco para o acidente e a sua gravidade, 15,2% dos entrevistados relataram o uso de álcool antes do acidente, e equipamentos de segurança não haviam sido usados por 8,6% dos motociclistas e 95,5% dos ciclistas.

No que se refere aos custos sociais e econômicos em decorrência dos AT, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA – realizou estudos que produziram estimativas em valores monetários que levaram em consideração os custos com a perda de produção, gastos com a saúde, danos ao patrimônio público e privado, além de custos previdenciários e judiciais. Neste sentido, estimou-se que, em 2003, considerando apenas os aglomerados urbanos, os AT no Brasil geraram custos totais de R\$ 5,3 bilhões ¹⁷, ao passo que a estimativa de custos decorrentes de AT nas rodovias (federais, estaduais e municipais) brasileiras, entre julho de 2004 e junho de 2005, foi de R\$ 22 bilhões ¹⁸.

Apesar de realizar estudos de abrangência nacional relativos a custos decorrentes de AT, não há avanços expressivos no que diz respeito às investigações de outros desdobramentos dos AT na saúde, principalmente relativos à funcionalidade e à qualidade de vida das pessoas. Apesar das dificuldades conceituais relativas à complexidade epistemológica do construto Qualidade de Vida ¹⁹, têm sido sistematicamente utilizados diversos instrumentos para avaliar múltiplos domínios em diversas circunstâncias relacionadas à saúde. Neste sentido não se justifica tamanha escassez de pesquisas nacionais sobre qualidade de vida em pessoas que sofreram AT. Do ponto de vista operacional, dentre os diversos tipos de instrumentos utilizados nas pesquisas em saúde para se medir a qualidade de vida estão as escalas do tipo *Likert* de seis ou sete pontos, cujas opções de resposta variam de: nenhuma ou mínima importância a total ou máxima importância, e discordo totalmente a concordo totalmente. Este formato consiste em vários enunciados declarativos que expressam um ponto de vista sobre um tópico, e permite que o sujeito expresse a importância de cada um dos itens que compõe o instrumento, o que facilita sobremaneira a aplicabilidade metodológica ²⁰.

No que se refere à funcionalidade, apesar da Classificação Internacional de Funcionalidade representar um avanço no entendimento conceitual de agravos à saúde não restritos às lesões diretas, bem como agregar outras dimensões que não aquelas ligadas às estruturas do corpo, críticas têm sido levantadas, principalmente à

versão em português. Alega-se que a tradução deixou de levar em consideração os debates internacionais de cunho acadêmico e político, ao longo de 30 anos, acerca das contribuições do modelo social para a Classificação Internacional de Funcionalidade ²¹.

No âmbito internacional, é possível encontrar alguns estudos que, de alguma maneira, abordam o tema sob a perspectiva da investigação da qualidade de vida nos indivíduos que sofreram AT. Em estudo longitudinal realizado nos Estados Unidos, Alghnam e colaboradores (2013) ²² seguiram 62.298 indivíduos, ao longo de sete anos, e identificaram alterações no domínio físico da qualidade de vida de indivíduos que se envolveram em AT, mas não observaram alterações significativas no domínio mental da qualidade de vida de indivíduos que se envolveram em AT. Na Turquia, foi possível identificar um estudo tipo caso-controle, conduzido com o objetivo de investigar o impacto das incapacidades decorrentes de acidentes de trânsito sobre a qualidade de vida. Usou o SF-36 para avaliar 168 pacientes que sofreram acidentes de trânsito e o seu respectivo grupo controle de 122 pacientes que não haviam sofrido acidente de trânsito. Foi encontrado impacto negativo no estado geral de saúde e deterioração na qualidade de vida entre indivíduos envolvidos em acidentes de trânsito que resultaram em incapacidade ²³. Na Colômbia foi conduzido um estudo transversal que investigou desfechos de incapacidade e qualidade de vida em 834 pacientes que sofreram AT. Foram encontradas alterações em diversos domínios da qualidade de vida, e estavam associadas à gravidade do trauma ²⁴. Na França, um estudo prospectivo avaliou a qualidade de vida de 1.168 indivíduos que sofreram acidentes de trânsito. Foi encontrada associação de qualidade de vida insatisfatória com a gravidade do trauma, trauma cranioencefálico e condições socioeconômicas e stress pós-traumático ²⁵.

Destarte, evidencia-se uma situação de carência de informações acerca dos efeitos dos acidentes de trânsito para além daquelas que dão conta das lesões iniciais. No cenário nacional, a pesquisa científica é incipiente, tanto no que se refere à investigação do tema, quanto no que concerne às abordagens metodológicas empregadas. Soma-se a isso um sistema de vigilância que não dá conta de produzir informações a este respeito. Mesmo no cenário internacional são poucas as pesquisas que utilizam metodologias capazes de produzir conhecimento sobre os determinantes destes efeitos.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

O Acidente de Trânsito (AT) é definido pela Organização Mundial da Saúde como “o acidente com veículo, ocorrido na via pública, sendo esta entendida como a largura total entre dois limites de propriedade e todo terreno ou caminho aberto ao público para circulação de pessoas ou bens de um lugar para o outro”^{26; 27}. Outra definição relativa a acidente de transporte, lato sensu, é “todo acidente que envolve um veículo destinado, ou usado no momento do acidente, principalmente para o transporte de pessoas ou de mercadorias de um lugar para o outro”^{26; 27}. O Departamento Nacional de Trânsito do Brasil também utiliza definição muito parecida para acidente de trânsito como sendo “todo evento não intencional, envolvendo pelo menos um veículo, motorizado ou não, que circula por uma via para trânsito de veículos”²⁷.

Com relação ao conceito, é digno de nota que existem modificações ao longo do tempo de diversas teorias e modelos explicativos dos acidentes de trânsito e seus respectivos paradigmas subjacentes, passando por períodos em que o entendimento sobre o tema era eminentemente dominado pelas teorias do acaso, por teorias que davam ênfase às questões pessoais individuais, pelas teorias da multicausalidade – influenciada pela epidemiologia –, até as teorias mais contemporâneas de sistemas e da complexidade. A este respeito Macías (2009)²⁸ realizou extensa revisão e classificação.

Independente do conceito adotado, é importante ter cautela com o termo “acidente”, em língua portuguesa, devido à conotação de “evento fortuito” atribuída ao termo na linguagem coloquial, e isto impede a clara percepção de que os acidentes de trânsito são evitáveis. Em língua inglesa, por outro lado, os termos “*crash*” e “*injury*” têm sido utilizados precedidos do termo “*road*”, desta maneira dá-se ênfase ao impacto ou colisão e ao ferimento ou lesão que acontecem numa via de trânsito. Evita-se, desta maneira, a ideia de que o evento é imprevisível e deve-se exclusivamente ao acaso e, ao mesmo tempo, possibilita o entendimento de que os acidentes de trânsito são eventos complexos, estão inseridos no contexto da violência urbana e são determinados por fatores que se relacionam para a sua ocorrência²⁸.

No que se refere à classificação dos acidentes de trânsito enquanto problema de saúde, a Classificação Internacional de Doenças na sua 10ª edição – CID 10 –

agrupa-os ao Capítulo XX – das causas Externas –, na categoria Acidentes de Transporte V01 a V99, e na subcategoria Acidentes de Transporte Terrestre V01 a V89 ¹. Com relação à gravidade das lesões, a Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT – utiliza a NBR 6061/80, que incorpora a Escala Abreviada de Lesões (baseada na *Abbreviated Injury Scale – AIS*) e apresenta uma escala ordinal da gravidade das lesões com cinco classes para lesões não fatais, e quatro classes para lesões fatais ²⁹.

Entretanto, a discussão que se impõe como desafio para avaliar o efeito dos acidentes de trânsito na saúde das pessoas envolvidas, transcende à classificação das lesões primárias provocadas pelo acidente. É necessário investigar efeitos que se estendem após a ocorrência dos acidentes e não se limitam aos danos diretos, comprometem significativamente as condições de vida e saúde dos indivíduos envolvidos. Via de regra, agravos secundários aos AT não são apropriadamente registrados nos sistemas de informação em saúde em associação com estes.

Na tentativa de dar maior visibilidade sobre aquelas implicações ou efeitos, é imprescindível adotar referenciais que levem em consideração outras dimensões da saúde que poderiam ser afetadas por AT. Neste sentido, têm ganhado importância os conceitos de Funcionalidade e de Qualidade de Vida.

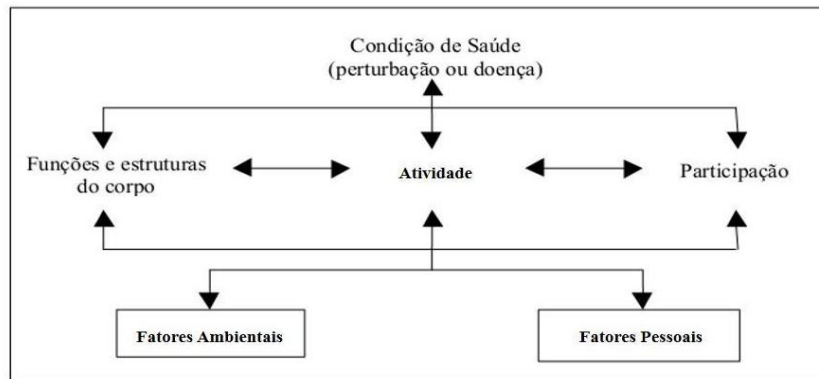
No que se refere à funcionalidade, vários modelos teóricos já foram utilizados para explicar as perdas funcionais que ocorrem com os diversos tipos de adoecimento. Na década de 70 o modelo de Nagi influenciou o desenvolvimento dos conceitos de Deficiência, Incapacidade e Desvantagem, que foram estabelecidos na Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens da Organização Mundial de Saúde ³⁰. Até meados da década de 90 estes conceitos se mantiveram nas edições da “família de classificações internacionais” da OMS. Em 2001, após várias revisões, foi publicada a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF ^{31; 32}.

Segundo a CIF, a incapacidade é um termo amplo para deficiências, limitações às atividades e restrições à participação. A incapacidade se refere aos aspectos negativos da interação entre indivíduos com determinadas condições de saúde e fatores pessoais e ambientais, e, neste sentido, a incapacidade funcional resultaria não apenas de deficiência orgânica, mas seria um resultado das influências mútuas entre a disfunção apresentada pelo indivíduo, a limitação das suas atividades e as

restrições da participação social em razão de fatores ambientais e pessoais que interferem no seu desempenho em atividades da vida diária, o que pode representar uma barreira ou um facilitador do estado funcional ³³.

O Diagrama 1 – Modelo de funcionalidade e incapacidade –, mostrado a seguir, ilustra as relações entre as condições de saúde (ou a sua perturbação, ou estados de doença) e as Funções e Estruturas do Corpo, a Atividade e a Participação, além disso, demonstra a interação entre as condições de saúde e os fatores pessoais e ambientais.

Diagrama 1 - Modelo de funcionalidade e incapacidade



Fonte: Modificado de Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, 2004.

Do ponto de vista operacional, tem ganhado força a verificação da carga de cuidados que as pessoas necessitam para desempenhar atividades da vida diária. Desta maneira, a Medida da Independência Funcional (MIF) se apresenta como alternativa de mensuração da funcionalidade ³⁴.

A OMS estima que mais de um bilhão de pessoas em todo o mundo convivem com alguma forma de deficiência, dentre as quais cerca de 200 milhões experimentam dificuldades funcionais consideráveis. Nos próximos anos, a deficiência será uma preocupação ainda maior porque sua incidência tem aumentado ³⁵. Apesar de existirem estimativas mundiais a respeito das deficiências e incapacidades, há carência de conhecimento acerca das condições funcionais e seus determinantes nas condições de saúde das pessoas envolvidas em acidentes de trânsito.

Outro aspecto fundamental na avaliação do estado de saúde das pessoas é a Qualidade de Vida. Desde que a OMS passou a adotar o conceito ampliado de saúde, a Qualidade de Vida deixou de ser um termo empregado eminentemente na linguagem coloquial com significado vago e começou a ganhar espaço no meio científico. Ao reconhecer que os determinantes e condicionantes da saúde são multifatoriais, e que o processo saúde-doença não se resume apenas a desfechos dicotômicos, impõe-se a necessidade de desenvolver constructos e conceitos que consigam avaliar dimensões mais subjetivas do estado de saúde das pessoas.

Ademais, subjacentes ao conceito de qualidade de vida estão diferentes modelos que têm concepções e significados heterogêneos no que se refere às suas relações com a saúde. Neste sentido, Lima (2002) ³⁶ elenca alguns modelos, a saber:

- Modelo psicológico: ter uma doença é diferente de sentir-se doente, no entanto, a experiência de ter uma doença pode influenciar o seu bem-estar.
- Modelo teórico de Bech: qualidade de vida entendida como transição do modelo médico para o psicométrico. Ênfase no estado psíquico, de caráter subjetivo.
- Modelo de utilidade: as pessoas tentam escolher entre a qualidade ou a quantidade de vida.
- Modelo de necessidades dos sujeitos: ênfase na habilidade e capacidade do sujeito em satisfazer as suas necessidades.
- Modelo de qualidade de vida relacionada à saúde: as doenças ameaçam a qualidade de vida quando afetam a capacidade de desempenho. Leva em consideração a capacidade funcional e desempenho relativo em realizar atividades diárias.

No que se refere ao conceito, embora existam divergências, configura-se uma divisão entre conceitos mais amplos e aqueles mais relacionados à saúde. A OMS aderiu ao primeiro grupo ao realizar um estudo multicêntrico para elaborar um instrumento que avaliasse a Qualidade de Vida numa perspectiva internacional e transcultural, e, neste contexto, a Qualidade de Vida foi definida como “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” ³⁷.

Ressalta-se que o termo, neste caso, assume uma definição bastante ampla, diferente dos conceitos mais relacionados à saúde, tais como: “É a valoração subjetiva que o paciente faz de diferentes aspectos de sua vida, em relação ao seu estado de saúde.”; “refere-se aos vários aspectos da vida de uma pessoa que são afetados por mudanças no seu estado de saúde, e que são significativos para a sua qualidade de vida.”; ou ainda “é o valor atribuído à duração da vida, modificado pelos prejuízos, estados funcionais e oportunidades sociais que são influenciados por doença, dano, tratamento ou políticas de saúde.”³⁷.

Para além do desenvolvimento teórico do conceito de Qualidade de Vida, a Organização Mundial de Saúde e diversos grupos de pesquisa têm se empenhado no sentido de desenvolver instrumentos que possam ser utilizados para, de alguma maneira, “apreender” ou “medir” a Qualidade de Vida. No entanto, Alves (2011)²⁰ alerta para o fato de que Qualidade de Vida é um construto e, como tal, não pode ser completamente operacionalizado e diretamente medido. Assim, as medidas numéricas obtidas pelos diversos instrumentos devem ser sempre consideradas como índices imperfeitos de um construto subjacente.

Outras questões permanecem não completamente resolvidas no debate sobre os esforços em construir índices de qualidade de vida que sejam amplamente operacionalizáveis. Do ponto de vista de instrumentos aplicáveis no nível individual, questiona-se que a qualidade de vida possui noções relativas dependentes da referência histórica, cultural e de estratificação social¹⁹. Para os índices aplicáveis no nível populacional, a principal crítica se refere à excessiva simplificação dos indicadores a partir da tradição ocidental, com critérios pretensamente universalizáveis, o que pode representar distorções consideráveis nas tentativas de análises comparativas.

A despeito das críticas à sua operacionalização, a avaliação da qualidade de vida tem sido largamente utilizada nas pesquisas em saúde, sobretudo nos estudos epidemiológicos. A natureza multidimensional do conceito, aliada ao desenvolvimento e avaliação das características psicométricas dos diversos instrumentos, bem como as traduções, adaptações transculturais e validações de versões em diversas línguas têm contribuído para o crescimento do uso dos instrumentos em diversas circunstâncias. O que se apresenta, desta maneira, é um construto heterogêneo do

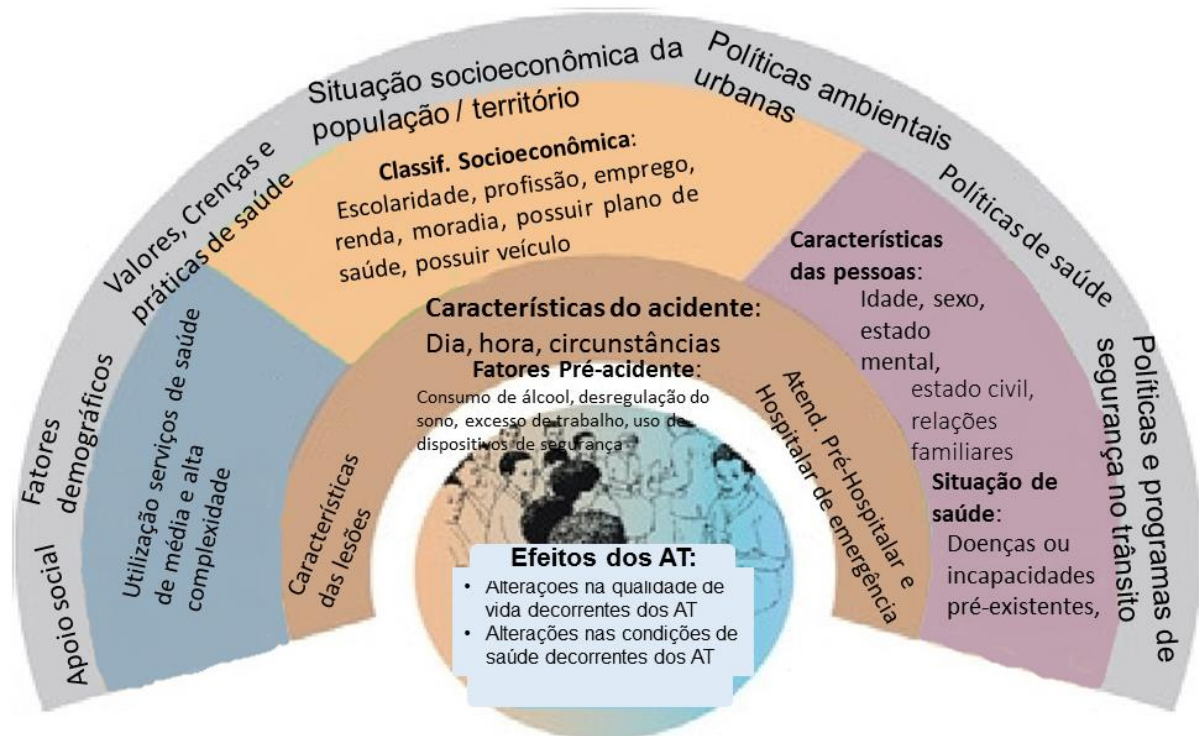
ponto de vista conceitual, e preeminente no que se refere à capacidade de avaliar dimensões subjetivas que podem ser afetadas pelo processo saúde-doença.

No que diz respeito às iniquidades em saúde, de maneira geral, as condições de saúde do brasileiro têm sido marcadas por intensas desigualdades, que se refletem em padrões de adoecimento e morte heterogêneos entre os diversos estratos sociais ³⁸. Ademais, também existem desigualdades no acesso e utilização dos serviços de saúde em consequência das características do sistema de saúde quanto à sua organização ³⁹. Neste sentido, diante da existência de necessidades de saúde, permanecem diversas barreiras que contingenciam a efetiva utilização dos serviços de saúde, bem como a continuidade do cuidado. Estas barreiras podem estar intrinsecamente relacionadas à estrutura social na qual o indivíduo está inserido, ou ainda associadas a aspectos relativos à oferta e organização dos serviços de saúde, e, não raro, estas desigualdades também refletem diferenças evitáveis, desnecessárias e injustas.

Neste sentido, não caberia a abordagem analítica de fatores de risco, na qual são desconsiderados os elementos de natureza mais amplos em que o fenômeno em investigação está inserido. Em contrapartida, a abordagem de determinação do processo saúde-doença leva em conta condições conjunturais, econômicas, sociais e políticas, bem como a sua disposição hierárquica e as mediações envolvidas no processo de determinação das condições de saúde das populações ⁴⁰.

Tomando como pressuposto da Epidemiologia Social a determinação social das doenças, e adotando o modelo de determinação proposto por Dahlgren e Whitehead, em que é possível visualizar os determinantes da saúde dispostos em “camadas” que representam níveis de determinação ⁴¹, propõe-se o Diagrama 2 (Modelo teórico-conceitual proposto) como uma tentativa de elencar os determinantes dos efeitos dos acidentes de trânsito, de modo que facilite o entendimento dos seus níveis de determinação para a questão de interesse.

Diagrama 2 – Modelo teórico-conceitual



Fonte: Modificado de Dahlgren e Whitehead (1991).

Neste modelo, os desfechos (Efeitos dos AT – Alterações na qualidade de vida; e alterações na independência funcional) estão colocados no círculo central, o nível de determinação proximal é representado na “camada” concêntrica imediatamente próxima, onde estão dispostos os determinantes relativos às características das lesões provocadas por ocasião do AT, as características do AT (dia, hora e circunstâncias), aspectos referentes ao atendimento pré-hospitalar e hospitalar de emergência, além dos fatores que antecedem o acidente (consumo de bebidas alcoólicas, desregulação do sono, excesso de trabalho e uso dos dispositivos de segurança), que podem determinar os desfechos estudados. Na sequência, no nível de determinação intermediário estão os aspectos relativos às características pessoais (idade, sexo, estado civil, relações familiares e estado mental), à situação de saúde (doenças e incapacidades preexistentes), à classificação socioeconômica (escolaridade, profissão, emprego, renda, moradia, acesso à assistência suplementar de saúde, posse de veículo) e à utilização dos serviços de saúde de média e alta complexidade (internação, terapia intensiva, cirurgia, fisioterapia). E, finalmente, no

nível de determinação mais distal estão os macrodeterminantes, nos quais todos os anteriores estão inseridos a partir de condições que são compartilhadas pela população do território, a saber: situação socioeconômica, políticas ambientais urbanas, políticas de saúde, políticas e programas de segurança no trânsito, fatores demográficos, apoio social, valores, crenças e práticas de saúde.

A partir dos determinantes elencados no modelo teórico-conceitual proposto, foram empreendidas estratégias metodológicas, no sentido de apreender as informações enquanto variáveis, que foram empregadas nas abordagens analíticas adequadas aos respectivos objetivos específicos, conforme descrito na seção da metodologia.

4. METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

Estudo de base populacional com desenho longitudinal misto, tipo coorte com caso-controle aninhado. Tratou-se de uma coorte fixa com casos incidentes, a partir do seguimento, ao longo de 20 meses, entre novembro de 2013 e junho de 2015. A linha de base recrutou 1.408 condutores de veículos motorizados terrestres, no período de julho a outubro de 2013.

4.2 Local e População do Estudo

O estudo foi realizado em Jequié, cidade localizada no interior do Estado da Bahia, na sua mesorregião Centro-Sul, a 365km da capital. Sua população estimada, em 2015, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), era de 161.528 habitantes, o Índice de Gini, apurado em 2010, foi de 0,55, enquanto o Brasil e a Bahia apresentavam, no mesmo período, índices de 0,60 e 0,62, respectivamente. Quanto ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) em 2010, Jequié obteve 0,665, muito parecido com o Índice da Bahia (0,660), porém inferior ao do Brasil (0,727), no mesmo ano. No que se refere ao Produto Interno Bruto per capita, Jequié alcançou, em 2010, o valor de R\$ 11.026,55, muito parecido com o da Bahia (R\$ 11.232,00) e menor que o do Brasil (R\$ 19.508,59) no mesmo ano ⁴².

No que se refere à oferta de serviços de saúde, Jequié configura-se como um polo atrativo para 24 municípios menores que compõem a microrregião de saúde, que abrange uma população de 492.199 habitantes, o que corresponde a 30,3% da população da macrorregião sul do Estado da Bahia ⁴³. Neste sentido, na abrangência da microrregião, alguns serviços de saúde de média e alta complexidade, como hemodiálise, terapia intensiva, hospital regional, e maternidade são ofertados exclusivamente no município de Jequié.

O município de Jequié possui população composta por 51,5% de pessoas do sexo feminino, vivendo na zona urbana (91,8%), e 50,3% da sua frota, em 2014, composta por motocicletas e motonetas. Se considerados todos os veículos automotores da frota municipal (automóveis, caminhões, caminhões-trator,

caminhonetes, caminhonetas, micro-ônibus, motocicletas, motonetas, ônibus, tratores e utilitários), em 2014, computava-se a razão de um veículo motorizado para cada três habitantes ⁴².

Em 2013 foram registrados 42 óbitos por acidentes de trânsito de pessoas que residiam em Jequié, o que significou o oitavo maior número de óbitos entre os municípios da Bahia naquele ano, e representou uma taxa de mortalidade por AT de 26,0 óbitos por 100 mil habitantes, ao passo que, no mesmo ano, a taxa de mortalidade por AT no Brasil foi de 21,0 óbitos por 100 mil habitantes, e, na Bahia, foi de 17,7 ⁴⁴.

Quanto à morbidade hospitalar em decorrência de AT, em 2015 a quantidade de internações hospitalares computadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) nos residentes em Jequié cresceu 355%, quando comparado com a média dos cinco anos anteriores. Foram registrados naquele ano 51 internações. Com este número, Jequié ocupou a 31ª posição entre os municípios da Bahia com maiores quantidades de internações hospitalares por AT ⁴⁵.

4.3 Amostragem e Seleção de Participantes

Os participantes do estudo foram pessoas domiciliadas no município de Jequié, Bahia, que se envolveram em acidentes de trânsito, recrutadas a partir da coorte populacional em acompanhamento ⁴⁶. A etapa de linha de base recrutou 1.408 condutores que foram efetivamente entrevistados.

Para o recrutamento da linha de base, foram sorteados 35 setores censitários urbanos de um total de 169. Esta quantidade de setores foi definida com base no dimensionamento da capacidade operacional, levando em consideração uma dispersão mínima dos conglomerados de espaço geográfico.

Para a determinação da amostra da linha de base, inicialmente utilizou-se a proporção de envolvimento em AT no Brasil – 2,5% –, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio 2008 fixando o poder em 80%, o nível de confiança de 95%, Razão não exposto/exposto = 1. Foi calculado no EPI-INFO™ 6.0, de acordo com os cálculos para estudos longitudinais, que apontaram inicialmente para uma amostra de 6.400 condutores. Após análises preliminares da amostra inicial da linha de base,

observou-se prevalência de envolvimento em AT = 9%, nos 12 meses que antecederam a entrevista. Desta maneira a amostra foi recalculada com precisão = 2%; $\alpha = 5\%$; efeito de desenho = 2; o que resultou em um tamanho amostral de 1.572 condutores.

4.4 Variáveis e Indicadores

Os efeitos dos AT abordados neste estudo incluem alterações na qualidade de vida e incapacidades (efeitos sobre as condições de saúde). Esses efeitos serão estudados como variáveis dependentes, aplicando-se indicadores e índices, a saber: as alterações na qualidade de vida com o SF-36 (*Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey*). As incapacidades, por meio da Medida da Independência Funcional – MIF e com o auxílio do “*Community Integration Questionnaire – CIQ*”.

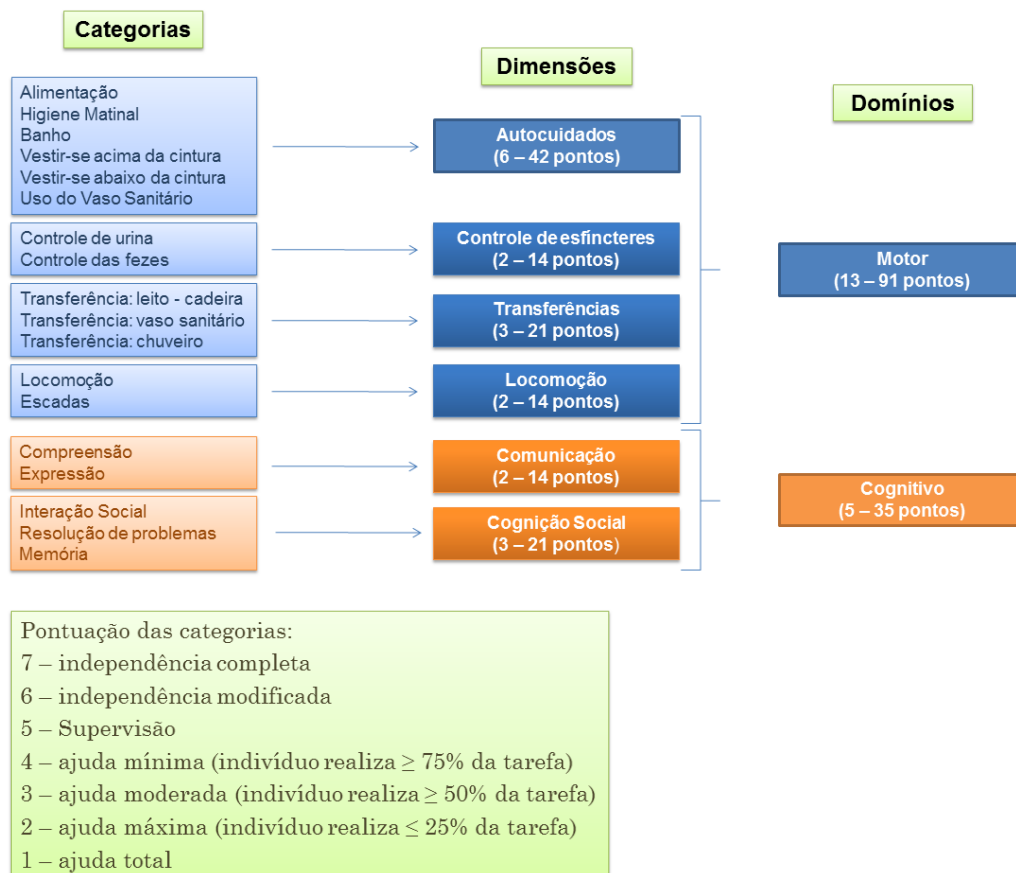
O *Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey – SF-36* – é um instrumento do tipo genérico criado por Ware e Sherbourne, originalmente na língua inglesa norte-americana. No Brasil, foi traduzido e validado culturalmente por Ciconelli *et al.*(1999) ⁴⁷. O SF-36 é constituído de 36 itens, cuja pontuação está dividida em oito dimensões da qualidade de vida: capacidade funcional, limitação por aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. A pontuação varia de 0 (pior resultado) a 100 (melhor resultado) ⁴⁸. Foram calculados os escores por dimensão de acordo com o Manual de interpretação do SF-36 ⁴⁹. Alternativamente, foi calculado um escore sumarizado a partir da soma das oito dimensões e posterior redução à escala de 0 a 100.

De acordo com as análises empregadas, a qualidade de vida é apresentada das seguintes maneiras: a) médias e desvios padrão dos escores de cada dimensão, estratificados segundo o sexo e a faixa etária; b) categorizados em “qualidade de vida baixa” (escores até 65), “Qualidade de vida Intermediária” (escores de 66 a 82), e “Qualidade de vida alta” (escores superiores a 82); c) categorizados em “reduziu” (quando houve redução do escore entre a linha de base e após o AT da etapa longitudinal), e “não reduziu” (quando não houve redução do escore entre a linha de base e após o AT da etapa longitudinal).

A MIF é uma medida que propõe determinar a carga de cuidados que uma pessoa necessita para realizar as atividades básicas de vida, de forma eficaz ⁵⁰. Do

ponto de vista prático, verifica o desempenho do indivíduo para a realização de um conjunto de 18 tarefas referentes às subescalas de autocuidados, controle esfinteriano, transferências, locomoção, comunicação e cognição social. Cada item pode ser classificado em uma escala de graus de dependência de sete níveis, sendo o valor um correspondente à dependência total e o valor sete correspondente à independência completa, a sua pontuação total varia de 18 a 126⁵¹. A avaliação pode ainda ser feita a partir das pontuações dos domínios Motor e Cognitivo que contam com 13 e cinco questões, respectivamente. A estrutura esquemática da MIF pode ser melhor compreendida por meio do Diagrama 3:

Diagrama 3 – Medida da Independência Funcional: Organização esquemática das suas categorias, dimensões e domínios



Fonte: Modificado de Riberto et al. (2001).

O desenvolvimento da MIF se deu na década de 1980, pela Academia Americana de Medicina Física e Reabilitação e pelo Congresso Americano de Medicina de Reabilitação. No Brasil, teve a sua primeira versão traduzida em 2000⁵⁰ e validada em 2004⁵¹. Tem sido descrito como um instrumento vantajoso para a avaliação de incapacidades, principalmente para fins de pesquisa científica, no entanto, ressalta-se a necessidade de avaliação crítica do seu uso em algumas populações e circunstâncias específicas, a exemplo de pacientes com lesões medulares traumáticas, nos quais o domínio cognitivo da MIF se mostra inapropriado, bem como para demonstrar diferenças na funcionalidade em pacientes com diferentes níveis de amputação⁵¹. Neste sentido, são apresentados os dados da MIF de duas maneiras: a) médias e desvios padrão de cada domínio, de acordo com o sexo e a faixa etária; b) categorizados de acordo com a mediana da distribuição de cada domínio. Obteve-se desta maneira as categorias “menor que a mediana” e “maior ou igual à mediana”. Para a MIF Cognitiva, as categorias “menor que a mediana” e “maior ou igual à mediana” assumiram “<35” e “≥35”, respectivamente. Para a MIF motora, as categorias “menor que a mediana” e “maior ou igual à mediana” assumiram “<91” e “≥91”, respectivamente. E para a MIF total, as categorias “menor que a mediana” e “maior ou igual à mediana” assumiram “<126” e “≥126”, respectivamente.

O *Community Integration Questionnaire* – CIQ – é um instrumento que foi concebido originalmente para avaliar a integração comunitária de pessoas com deficiências, especialmente aquelas que haviam sofrido traumatismo cranioencefálico⁵², mas já tem sido utilizado para avaliar a integração comunitária em pacientes com tumor cerebral⁵³, Acidente Vascular Encefálico⁵⁴, sobreviventes de parada cardíaca⁵⁵, pacientes com sequela de poliomielite⁵⁶ e pacientes que sofreram queimaduras⁵⁷.

No Brasil, a tradução e adaptação transcultural foram feitas por Fraga-Maia (2015)⁵⁸. Trata-se de um instrumento composto por um conjunto relativamente pequeno de indicadores relacionados com a integração no domicílio, com a integração social e com atividades produtivas. Apresenta um total de 15 questões, que, somadas, geram pontuação que pode variar de 0 a 29. Maiores escores indicam melhores níveis de integração, e escores baixos, em geral, refletem níveis menores de integração⁵⁹. Foram computados os escores dos domínios integração domiciliar (0 a 10), integração social (0 a 12), e atividade produtiva (0 a 7).

De acordo com as análises empregadas, os resultados da CIQ foram mostrados das seguintes maneiras: a) médias e desvio padrão de cada domínio de acordo com o sexo e a faixa etária; b) categorizados de acordo com a mediana de cada domínio, desta maneira, obtiveram-se as categorias “menor que a mediana” e “maior ou igual à mediana”. Para a integração domiciliar e a integração com a atividade produtiva, as categorias “menor que a mediana” e “maior ou igual à mediana” assumiram “<4” e “≥4”, respectivamente. Para a integração social, as categorias “menor que a mediana” e “maior ou igual à mediana” assumiram “<8” e “≥8”, respectivamente.

As variáveis de exposição principal foram o envolvimento em AT durante o seguimento – para uma das análises empregadas – e o uso dos serviços de saúde em decorrência do envolvimento em AT – para a outra análise.

As covariáveis também foram diferentes, de acordo com a abordagem analítica utilizada. São apresentados resultados referentes às lesões, sexo, idade, comorbidades, escolaridade, cor da pele, estado civil, uso do celular ao dirigir, consumo de bebidas alcoólicas, papel desempenhado no momento do AT, tipo de AT, e envolvimento prévio em AT.

4.5 Fontes de Dados

Os dados da pesquisa foram provenientes de fontes primárias, por meio de entrevistas realizadas diretamente com os participantes em seus domicílios. As variáveis apresentadas foram caracterizadas em momentos distintos, desta maneira, durante a linha de base foram obtidas as informações referentes ao sexo, à escolaridade, ao estado civil, à cor da pele, ao consumo de bebidas alcoólicas, ao uso do celular ao dirigir e ao envolvimento prévio em AT. As demais variáveis, por sua vez, tiveram a sua caracterização por ocasião das entrevistas de seguimento. Além disto, é empregada a análise comparativa dos escores de qualidade de vida antes (caracterizado na linha de base) e após (caracterizado na etapa de seguimento).

Os três instrumentos de coleta de dados (condutor linha de base, condutor etapa longitudinal, e controle) são apresentados no Apêndice 1, e são compostos por questões de interesse referentes aos objetivos mais amplos dos projetos que compõem esta pesquisa.

No que se refere às categorizações adotadas pelas variáveis, para a variável sexo levou-se em consideração o sexo referido pelos participantes. Para a idade foram utilizados os anos completos levando em consideração a data situada no meio do quadrimestre em que ocorreu o AT para os casos, e no meio do quadrimestre em que foi recrutado para a entrevista controle, para os indivíduos que participaram do controle. Alternativamente foram utilizadas as faixas etárias “15 a 29 anos”, “30 a 44 anos”, “45 a 59 anos”, e “60 anos ou mais”.

No tocante à caracterização das lesões, foi indagado ao participante se o AT gerou alguma lesão corporal, e, em caso afirmativo, perguntou-se qual parte do corpo foi lesionada (uma parte do corpo ou múltiplos órgãos/regiões). Em seguida perguntava-se que tipo de lesão ocorreu (corte, laceração ou contusão de alguma parte do corpo; entorse ou luxação de alguma articulação; fratura de algum osso; traumatismo crânioencefálico; lesão na medula/coluna; ou se fratura e ferimentos em várias partes do corpo e de órgãos).

Também foi investigado se o participante ficou com alguma sequela, limitação ou deficiência física. Em caso afirmativo, foi perguntado de que tipo (redução de movimentos de membros inferiores, redução de movimentos de membros superiores, redução de movimentos na coluna, perda total de movimentos em membros inferiores, perda total de movimentos em membros superiores, perda parcial de movimentos em membros superiores e inferiores, perda total de movimentos em membros superiores e inferiores, ou amputação de membros).

Com relação ao uso dos serviços de saúde, criou-se uma variável composta que sumarizou as respostas de sete questões. O participante foi inquerido se, em decorrência do AT, foi atendido pelo Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU) ou pelo Corpo de Bombeiros, se foi atendido em pronto socorro de hospital, se foi internado em hospital, se fez cirurgia, se necessitou ficar internado em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), se realizou ou está realizando tratamento de fisioterapia, e se realizou ou está realizando tratamento ou acompanhamento psicológico. A utilização de quaisquer destes serviços e / ou tratamentos foi considerada para indicar o uso dos serviços de saúde de acordo com o critério da variável composta.

A investigação das comorbidades foi caracterizada a partir da pergunta constante no índice de capacidade para o trabalho: “O (a) Sr(a). possui diagnóstico médico para alguma doença?”. Em caso afirmativo, o respondente era perguntado

sobre a quantidade. Foi utilizada a quantidade de doenças relatada pelo participante na ocasião.

Para a investigação da escolaridade, o participante foi perguntado sobre o seu grau de instrução. As informações foram categorizadas de maneira que quem respondeu até o Ensino Médio Completo foi considerado “até 11 anos de estudo”, e quem respondeu qualquer grau de instrução, a partir do ensino superior incompleto foi considerado como “12 ou mais anos de estudo”.

No que se refere ao consumo de bebidas alcoólicas, a investigação levou em consideração a questão “O(a) senhor(a) consome bebidas alcoólicas?”, e tinha como resposta “sim” ou “não”.

Para investigar o uso do celular ao dirigir, utilizou-se a seguinte pergunta: “O(a) senhor(a) costuma atender e/ou fazer ligações de celular usando a mão enquanto dirige?”. Além das respostas “não”, as respostas positivas em que o participante relatou fazer uso frequente ou “às vezes” foram consideradas “sim”.

Ao se investigar o estado civil, foi feita a pergunta: “qual o seu estado conjugal (estado civil)?”. Foram consideradas as respostas “casado(a)/união estável”, “divorciado(a)/separado(a)”, “viúvo(a)”, “solteiro(a)”. Para efeito de análise, os que responderam “casado(a)/união estável” foram considerados “vivendo com companheiro(a)”, e os demais foram agrupados em “vivendo sem companheiro(a)”.

Para a cor da pele utilizou-se a autodeclaração, a partir da pergunta: “Entre as seguintes alternativas, qual o(a) senhor(a) escolheria para definir a sua cor ou raça?”. Em seguida eram anunciadas as mesmas categorias utilizadas pelo IBGE em seus censos: “branca”, “amarela”, “indígena”, “parda” e “preta”. Para a análise, foram agrupadas da seguinte maneira: as respostas “branca” e “amarela” foram agrupadas em “brancos”, e as demais respostas foram agrupadas em “não brancos”.

Sobre o papel desempenhado no AT, o participante teve como alternativas de resposta: “condutor de automóvel/van”, “condutor de ônibus/caminhão”, “condutor de motocicleta/ciclomotor”, “pedestre”, “ciclista”, “passageiro de motocicleta”, “passageiro de moto-táxi”, “passageiro de automóvel/van”, ou “passageiro de veículo pesado (ônibus/caminhão)”. Para efeito de análise, foram agrupados se eram condutores no momento do AT ou não.

A respeito do tipo de AT, foram considerados originalmente: “atropelamento de pedestre por automóvel”, “atropelamento de pedestre por veículo pesado (ônibus/caminhão)”, “atropelamento por motocicleta”, “atropelamento de ciclista”, “colisão entre motocicletas”, “colisão entre motocicleta e automóvel”, “colisão entre motocicleta e veículo pesado”, “colisão entre automóveis”, “colisão entre automóvel e veículo pesado”, “queda de motocicleta”, “queda de ônibus”, “capotamento”, e “outros”. Para as análises, foram agrupados os tipos de AT entre os “com o envolvimento de motocicleta” e os “sem envolvimento de motocicleta”.

No que se refere ao envolvimento prévio em AT, foram utilizadas duas perguntas na Linha de Base: “Durante a sua vida, o(a) senhor(a) sofreu, ou se envolveu, em algum acidente de trânsito?”, e “Considerando os últimos 12 meses, o(a) senhor(a) sofreu, ou se envolveu, em algum acidente de trânsito nesse período?”. Neste momento o participante era esclarecido sobre o conceito de AT. Para ambas as perguntas as respostas eram do tipo “sim” ou “não”.

4.6 Procedimentos de Coleta de Dados

4.6.1 Linha de Base

Foram sorteados 35 setores censitários do total de 169 existentes em Jequié-BA, os quais foram percorridos em todas as suas quadras, e todos os domicílios foram abordados. Foram elegíveis para a entrevista da linha de base os condutores residentes nos domicílios. Foi feita uma triagem dos demais moradores dos domicílios, e solicitados os números de telefone para os contatos durante as etapas subsequentes.

Os entrevistadores percorreram os logradouros dos setores censitários, devidamente munidos dos mapas do setor – obtidos do sítio eletrônico do IBGE – (Anexo C), da planilha de arrolamento dos domicílios (Apêndice 4), e das fichas de triagem do domicílio (Apêndice 5). Os mapas foram preparados com as devidas marcações compostas por letras e números, que facilitaram a organização para percorrer o setor, triar os domicílios e fazer o devido registro na planilha de arrolamento.

Ao abordar o domicílio, os entrevistadores apresentavam a proposta da pesquisa, explicavam os objetivos e os procedimentos, preenchiam a ficha de triagem com os dados básicos de todos os moradores do domicílio, e, então convidavam os condutores a participarem.

Com o intuito de facilitar a adequada visualização das respostas nas questões de múltiplas escolhas, foram utilizadas escalas visuais (Apêndice 2). Ao final da(s) entrevista(s), foi entregue uma cartilha informativa (Apêndice 6) para cada família participante. A cartilha continha diversas informações referentes à segurança no trânsito, bem como os contatos com a equipe de pesquisa.

A coleta de dados da linha de base se deu com equipe de entrevistadores, formada por estudantes universitários da área de saúde, devidamente treinados e calibrados pelo Núcleo de Estudos em Saúde e Trânsito (NESTran) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.

Toda a etapa de Linha de Base ocorreu ao longo de 14 semanas corridas entre julho e outubro de 2013. As entrevistas obtidas foram agrupadas em planilha on-line, com as correspondentes semanas sequenciais, que foram devidamente observadas para o contato quadrimestral da etapa longitudinal.

O instrumento foi submetido a pré-teste, com a finalidade de avaliar a clareza das questões e respostas, bem como o tempo médio de realização da entrevista, ocasião na qual foram realizados ajustes nos enunciados das questões e das respostas.

As entrevistas foram realizadas com auxílio de dispositivos eletrônicos tipo “*tablet*”, por meio do aplicativo *Open Data Kit*[®] – ODK –, e os arquivos diários provenientes das entrevistas eram revisados quanto à sua consistência, ao que se seguia a realização de cópias de segurança. Semanalmente as entrevistas eram agregadas para a composição do banco de dados.

4.6.2 Estudo Piloto

Nos meses de maio e junho de 2013, a equipe de entrevistadores foi exaustivamente treinada, de modo a padronizar os termos utilizados, ter familiaridade com o instrumento e alcançar uniformidade em todo o processo de entrevista. O treinamento consistiu em etapa teórica e momentos práticos. Durante a etapa teórica,

foram realizados diversos momentos com leitura e aplicação do instrumento dentro da equipe. Foram discutidos, amiúde, todas as variáveis utilizadas, os termos e conceitos empregados e as categorias de respostas.

Nos momentos práticos, os entrevistadores foram apresentados ao dispositivo *tablet*, foram orientados quanto à sua adequada operação, conheceram o aplicativo utilizado para a coleta de dados, tiveram contato com o instrumento na sua versão eletrônica, testaram a sua utilização, marcação de respostas e demais operações. Procederam, diversas vezes à aplicação do instrumento com os colegas e com os supervisores. Nesta etapa também foi verificado o tempo médio de duração das entrevistas.

Em outro momento prático, foi realizado estudo piloto em um setor censitário destinado exclusivamente para este fim. Durante o estudo piloto foram avaliados a estrutura do instrumento, os procedimentos de percurso do setor censitário, bem como o desempenho dos entrevistadores, tanto no que diz respeito à abordagem do domicílio e dos participantes, como no que se refere ao domínio do instrumento e tempo dispendido durante as entrevistas.

A uniformidade na aplicação do formulário de estudo foi avaliada por meio da concordância intraobservador e interobservador. Para isso, cada um dos dez entrevistadores aplicou o instrumento de coleta a dois participantes voluntários. Para um destes, o mesmo entrevistador repetiu a aplicação do formulário em um intervalo de tempo médio de 30 horas. Para o outro participante, a segunda entrevista foi realizada por um dos supervisores da pesquisa, considerado “entrevistador-padrão” também com intervalo de tempo médio de 30 horas.

As entrevistas foram realizadas com participantes voluntários, residentes em setores censitários do município não incluídos na pesquisa. Ressalta-se que as pessoas entrevistadas foram comparáveis aos participantes do estudo, no que se refere ao perfil sociodemográfico, condução de veículos e local de residência. As entrevistas duraram, em média, entre 15 a 20 minutos.

O formulário de entrevista utilizado nessa etapa foi uma versão reduzida do questionário aplicado na pesquisa. Foram selecionadas questões que, de alguma maneira, demandavam interpretação do enunciado, ou das respostas, ou de conceitos. Nesse questionário, havia blocos com questões sociodemográficas,

questões relativas à condução de veículos motorizados, hábitos e comportamentos no trânsito, além do bloco de questões da qualidade de vida.

Os níveis de concordância foram verificados entre as entrevistas de um mesmo examinador – concordância intraobservador – e entre a entrevista de um examinador e a entrevista padrão – concordância interobservador. Desse modo, foi estimado, para ambos os casos, o coeficiente Kappa. A classificação adotada foi a proposta por Landis e Koch (1977) ⁵⁹, na qual são consideradas concordâncias “moderada”, “substancial” e “quase perfeita” para Coeficientes Kappa de 0,40 a 0,59, de 0,60 a 0,79, e de 0,80 a 1,00, respectivamente.

Para as oito dimensões do instrumento de Qualidade de Vida utilizado (*Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey – SF-36*), também foram calculados coeficientes de correlação de Pearson entre os escores obtidos nas avaliações intraobservador e interobservador.

Abaixo, estão apresentados os percentuais de questões que apresentaram concordância substancial e quase perfeita, além do coeficiente Kappa médio, e seu respectivo desvio-padrão para cada bloco de variáveis, e os coeficientes de correlação estimados.

4.6.2.1 Resultados da validação:

Bloco de variáveis sociodemográficas:

Do total de 15 variáveis, obteve-se concordância de substancial a quase perfeita (Coeficiente Kappa $\geq 0,60$) em 100% das variáveis na avaliação de concordância intraobservador, e 80% na avaliação de concordância entre o examinador e o entrevistador padrão. O coeficiente Kappa médio para este bloco de variáveis, foi de 1 (desvio padrão 0), na avaliação de concordância intraobservador, e 0,84 (desvio padrão 0,19), na avaliação interobservador.

Bloco de variáveis relativas à condução de veículos motorizados, hábitos e comportamentos:

Do total de 18 variáveis, obteve-se concordância de substancial a quase perfeita (Coeficiente Kappa $\geq 0,60$) em 83%, tanto na avaliação de concordância intraobservador quanto entre o examinador e o entrevistador padrão. O coeficiente Kappa médio para este bloco de variáveis foi de 0,85 (desvio padrão 0,19) na avaliação de concordância intraobservador, e 0,78 (desvio padrão 0,25), na avaliação interobservador.

Bloco de Qualidade de Vida:

Para esse bloco, a avaliação se deu a partir do cálculo do escore das oito dimensões de qualidade de vida do instrumento SF-36 (*Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey*). O coeficiente Kappa médio para os escores das oito dimensões foi de 0,58 (desvio padrão 0,22), na avaliação de concordância intraobservador, e 0,29 (desvio padrão 0,24), na avaliação de concordância entre o examinador e o entrevistador padrão. Além do coeficiente Kappa médio, e seu respectivo desvio padrão, nos dois tipos de avaliação são apresentados os coeficientes de correlação de Pearson (Tabela 1).

Tabela 1. Concordância intraobservador e interobservador das oito dimensões de qualidade de vida do instrumento SF-36, avaliado pelo coeficiente de correlação de Pearson. Jequié-BA, 2013.

Dimensões de Qualidade de Vida	Coeficientes de Correlação	
	Intraobservador	Interobservador
Capacidade funcional	0,9896**	0,8165 *
Aspectos físicos	0,9456**	-
Dor	0,8577*	0,6838*
Estado geral de saúde	0,8461*	0,6972*
Vitalidade	0,9729**	0,8371*
Aspectos sociais	0,7974*	0,6965*
Aspectos emocionais	1**	0,9174**
Saúde mental	0,9431**	0,9157**

* $p < 0,05$

** $p < 0,001$

- não atende a pressupostos da correlação.

Estes resultados são considerados satisfatórios para a qualidade dos dados do trabalho de campo. Para as variáveis em que houve níveis de concordância inferiores a 0,40 do coeficiente Kappa (ligeira concordância, concordância pobre ou sem concordância), houve treinamento adicional com a equipe de entrevistadores.

4.6.3 Etapa Longitudinal

O acompanhamento da coorte se deu por meio de contatos telefônicos quadrimestrais, com o intuito de averiguar se houve envolvimento das pessoas em AT no período compreendido entre os contatos. Foram feitos cinco contatos telefônicos, ao longo dos 20 meses compreendidos entre novembro de 2013 e junho de 2015. Em observância à regularidade do tempo entre os contatos, utilizou-se o parâmetro da semana correspondente, de acordo com a organização estabelecida na linha de base.

Durante os contatos telefônicos, os participantes eram lembrados da sua participação no estudo, e eram perguntados se nos quatro meses anteriores haviam se envolvido em algum AT. Na ocasião, o conceito de AT era reapresentado ao participante. Nos casos positivos (em que um participante relatou ter se envolvido em AT), um entrevistador se deslocou até o domicílio do participante para proceder à entrevista.

Também a partir dos contatos telefônicos ocorridos em cada quadrimestre, foram sorteados (em igual quantidade que os casos) participantes que relataram não ter se envolvido em AT naquele quadrimestre bem como nos anteriores, e procedeu-se à entrevista em domicílio, em um período equivalente ao que foi feito com os casos.

Em ambos os casos, as entrevistas foram realizadas por entrevistadores devidamente treinados e padronizados. Os entrevistadores foram estudantes de graduação de cursos da área de saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB. Além dos treinamentos da Linha de Base, os entrevistadores foram submetidos a treinamentos de atualização referentes às condutas de contato telefônico, abordagem, identificação, obtenção das informações, registro das informações nas planilhas, além do agendamento e execução das entrevistas específicas da etapa.

As entrevistas realizadas foram conferidas, quanto à sua consistência. Eventuais dados faltantes foram recuperados a partir de contato adicional com o participante. As entrevistas foram digitadas em regime de dupla entrada e conferidas quanto à concordância. Os dados divergentes foram corrigidos por meio da consulta ao formulário de entrevista. O banco de dados foi conformado de acordo com o pertencimento ao quadrimestre de ocorrência do AT.

4.7 Análise

A análise compreendeu um componente exploratório e uma parte confirmatória, e a parte confirmatória foi desenvolvida em duas etapas.

Ao empreender a parte exploratória da análise, para as variáveis numéricas, foram empregados o teste t de Student, para a comparação de médias entre duas amostras independentes, e a análise de variância (ANOVA), para a comparação de médias nos casos em que houve mais de duas amostras. Na análise de variância foi considerada a diferença entre os grupos. Para verificar a associação entre as variáveis categóricas, foram utilizados o teste de qui-quadrado de *Pearson* e o qui-quadrado de tendência – estatística Gamma de Goodman e Kruskal – nos casos em que a variável independente possuía mais de duas categorias. Como critério de significância foi adotado o valor de $p \leq 0,05$, referente à estatística de teste t e F, nos casos de teste de comparação de médias. O mesmo critério de significância foi adotado para os testes de associação qui-quadrado de *Pearson* e estatística Gamma de Goodman e Kruskal.

Ao empregar o componente confirmatório da análise, no caso das variáveis categóricas, primeiramente empregou-se o teste de associação qui-quadrado de *Pearson*, e nos casos em que a frequência esperada, em pelo menos uma das caselas, foi inferior a cinco, utilizou-se o Teste Exato de *Fisher*. Nesta etapa, adotou-se como critério de significância estatística o valor de $p \leq 0,200$, para eleger a variável independente que seria incluída na segunda etapa (modelagem). Para as variáveis numéricas, empregou-se a comparação pareada de médias por meio do teste t, e também foi utilizado o mesmo critério de significância estatística para eleger a variável independente que seria incluída na modelagem (valor de $p \leq 0,200$).

Na etapa da modelagem, foram empregados modelos distintos de regressão logística, de acordo com as características dos desfechos. Dessa maneira, para a qualidade de vida utilizou-se a regressão logística ordinal, assumindo o modelo de chances proporcionais ⁶¹. O pressuposto do paralelismo das regressões foi testado por meio do teste de Wald ⁶². Para a Medida da Independência funcional e para a Integração com a comunidade foi empregada a regressão logística múltipla. O método de modelagem empregado em todos os casos foi *backward*, iniciando-se com modelos saturados e efetuando retiradas, uma a uma, de variáveis que apresentavam valor de $p > 0,05$. As retiradas de variáveis aconteciam de maneira ordenada, primeiro saindo a variável com o maior valor de p , e depois a seguinte, com o sucessivo maior valor de p . A cada retirada, verificou-se a bondade do ajuste, por meio do teste da razão de verossimilhança.

Nas análises que incluíram casos e controles, foram realizadas modelagens para ambos os sexos. Nas modelagens exclusivas para os casos incidentes, o sexo foi incluído como variável de controle. Como medida de associação, foram calculados os *Odds Ratio* (OR) e os seus respectivos intervalos de confiança a 95% (IC – 95%). Adicionalmente foi calculada a incidência cumulativa, levando em consideração todos os expostos da coorte fixa e os casos incidentes do período. A análise estatística foi realizada com o programa estatístico Stata® versão 14.0.

4.8 Fontes de financiamento do estudo

A pesquisa contou com diversas fontes de financiamento, que viabilizaram a execução das suas etapas. Os recursos apresentados nesta seção abrangem o projeto de forma ampla (contemplando três teses), e, embora tenham sido destinados em momentos distintos, foram indissociáveis, do ponto de vista da sua aplicação, razão pela qual são apresentados integralmente.

Parte dos custos foi assumida pelos pesquisadores, e outra parte dos recursos foi captada por meio de agências de fomento à pesquisa, como a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal – CAPES –, o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq –, a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia – FAPESB. Os recursos da fonte CAPES foram destinados diretamente pela

Pós-Graduação do ISC, na modalidade de ajuda de custo a uma das teses. No que se refere ao recurso proveniente do CNPq, um subprojeto foi contemplado no edital de Chamada Pública Universal nº 14-2013. Por sua vez, os recursos oriundos da FAPESB foram obtidos por meio da aprovação de dois subprojetos no edital UESB nº 068/2012. No Quadro 1 é possível observar o detalhamento dos custos da pesquisa e suas respectivas fontes.

Quadro 1: Detalhamento dos custos da pesquisa. Jequié-BA, 2016.

Item / Serviço	Quantidade	Valor (R\$)	Fonte de financiamento
Dispositivos tipo <i>tablet</i>	15	4.035,00	Pesquisadores
Divulgação - rádio	01 serviço	300,00	Pesquisadores
Lanche para os entrevistadores	diversos	573,88	Pesquisadores
Camisas padronizadas – equipe de coleta de dados	70	742,00	CAPES (via ISC)
Material de escritório (pastas, canetas, lápis, borrachas, crachás, pranchetas, etc.)	diversos	357,94	CAPES (via ISC)
Prestação de serviços (entrevistas LB)	10 discentes	4.500,00	CAPES (via ISC)
Mochilas para equipe de coleta	30	1.496,70	Cedidas pelo ISC
Garrafas (tipo squeeze) para a equipe de coleta	50	194,00	Cedidas pelo ISC
Chapéus para a equipe de coleta	50	485,00	Cedidas pelo ISC

Serviços de reprografia para formulários de entrevista, cartilhas e TCLE	6.000 cópias	360,00	Disponibilizado pelo Departamento de Saúde da UESB
Protetor solar para a equipe de coleta	15	442,40	FAPESB (Edital nº 068/2012 – Convênio UESB-FAPESB)
Prestação de serviços (entrevistas LB)	37 discentes	11.799,00	FAPESB (Edital nº 068/2012 – Convênio UESB-FAPESB)
Transporte UESB Bairros UESB	269 km	403,50	FAPESB (Edital nº 068/2012 – Convênio UESB-FAPESB)
Prestação de serviços (entrevistadores etapa de acompanhamento)	10 discentes (12 meses)	21.600,00	CNPq (Chamada Universal MCTI/CNPq nº14/2013)
Serviços de telefonia móvel (contatos na etapa de acompanhamento)	03 planos (20 meses)	1.586,24	Pesquisadores
Total		48.875,66	

Os editais de Financiamento contemplaram outros itens e serviços que ainda não foram executados / disponibilizados para a pesquisa.

4.9 Aspectos Éticos

O Projeto de Pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, e, após apreciação, foi aprovado (Parecer nº 249.611 – Anexo A). Além disso, foi apresentada uma notificação ao Comitê de Ética, que tratava das alterações metodológicas implementadas a partir da primeira versão do Projeto. Esta notificação foi apreciada e

aprovada (Parecer nº 1.527.804 – Anexo B). Todos os aspectos da Resolução CNS 466/12 foram respeitados, e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 3).

5. RESULTADOS

Durante os 20 meses de acompanhamento, 196 indivíduos informaram ter se envolvido em pelo menos um AT, deste total, 58 não foram entrevistados após as tentativas de marcação, o que configura uma perda acumulada de 29,6% (contabilizados os indivíduos que não foram encontrados e os que se recusaram a participar). Desta maneira, participaram do estudo 138 indivíduos condutores que se envolveram em pelo menos um acidente de trânsito ao longo de um ano e oito meses de seguimento, e igual quantidade de pessoas que não se envolveram em AT no mesmo período – controles.

No que se refere às perdas, conforme pode ser visto na Tabela 2, foram majoritariamente do sexo masculino (63,8%) e jovens de 15 a 29 anos (43,5%). Quanto às características de cor da pele, estado civil e escolaridade, destacam-se as altas proporções de não obtenção de informação: 65,5% para as duas primeiras, e 72,4% para a última. No que concerne à idade, não houve diferença estatística (valor de p do teste t de Student: 0,442) na comparação entre as médias dos participantes (38,2 anos) e das perdas (36,3 anos). Com relação aos motivos das perdas, 42 (72,4%) não tinham informações completas para as variáveis do estudo (incompletude mantida mesmo após tentativa de resgate da informação faltante), 10 (17,2%) não foram encontrados através dos contatos fornecidos na ocasião da linha de base, e seis (10,4%) se recusaram a participar da segunda etapa do estudo.

O poder do estudo foi calculado tomando como referência a amostra e os resultados do 3º artigo. Neste sentido, foi adotado o intervalo de confiança de 90%, quantidade de expostos igual a 28 (exposição principal – uso dos serviços de saúde em decorrência do envolvimento em AT), chance do desfecho entre os expostos igual a 4,74% (levando em consideração a dimensão “aspectos sociais” de qualidade de vida – escore “baixo”), quantidade de não expostos igual a 101, chance do desfecho entre os não expostos 0,21%. O cálculo do poder foi realizado no *OpenEpi*, Versão 3, calculadora de código aberto *PowerCohort* (<http://www.openepi.com/Power/PowerCohort.htm>), e levou em consideração a aproximação normal. O poder do estudo, nestas condições, foi de 62,5%.

Tabela 2: Caracterização das perdas de acompanhamento. Jequié-BA, 2013 - 2015.

	perdas	
	n	%
Sexo		
Masculino	37	63,8
Feminino	21	36,2
Faixa etária		
15 a 29 anos	20	43,5
30 a 44 anos	9	19,6
45 a 59 anos	13	28,2
60 anos e mais	4	8,7
Cor da pele		
Branca	4	6,9
Amarela	1	1,7
Indígena	1	1,7
Parda	12	20,7
Preta	2	3,5
Sem informação	38	65,5
Estado civil		
Casado / União estável	8	13,8
Divorciado / Separado	-	-
Viúvo	1	1,7
Solteiro	11	19,0
Sem informação	38	65,5
Escolaridade		
Pós-Graduação	-	-
Superior completo	4	6,9
Superior incompleto	-	-
Médio completo	4	6,9
Médio incompleto	3	5,2
Fundamental completo	1	1,7
Fundamental incompleto	4	6,9
Sem informação	42	72,4

5.1 Caracterização da população

A população do estudo teve composição semelhante entre os casos e os controles, no que se refere às suas características sociodemográficas, conforme pode ser observado na Tabela 3. Foi formada majoritariamente por homens (70,3% entre os casos e 65,9% entre os controles), jovens, na faixa etária entre 30 e 44 anos (37,7% entre os casos e 43,5% entre os controles), pardos (55,9% entre os casos e 47,8% entre os controles), casados (60,9% entre os casos e 71,0% entre os controles), e com ensino médio completo (35,5% entre os casos e 34,8% entre os controles).

Com relação à idade, os condutores que se envolveram em AT apresentaram média de 38,3 ($\pm 14,6$) anos, ao passo que a média de idade entre os controles foi de 42,8 ($\pm 14,3$) anos. No que se refere às comorbidades, no grupo que se envolveu em AT durante o seguimento do estudo, o número médio de doenças diagnosticadas foi de 0,7 ($\pm 1,1$), e entre os controles 0,5 ($\pm 0,9$).

No que se refere ao uso de serviços de saúde e à caracterização das lesões provocadas pelo AT, a Tabela 4 mostra que 28 (20,3%) condutores usaram pelo menos um serviço de saúde em decorrência do envolvimento em AT. Dentre os serviços mais utilizados estão o pronto socorro e os serviços de emergência pré-hospitalar (SAMU e Bombeiros), que foram utilizados, respectivamente, por 27 (19,6%) e 14 (10,1%) condutores que se envolveram em AT. As lesões corporais decorrentes do AT foram referidas por 58 (42,0%) dos condutores, e as lesões mais frequentes foram os cortes, lacerações e contusões, que foram relatadas por 33 (23,9%) condutores que se envolveram em AT.

Tabela 3: Caracterização sociodemográfica dos condutores envolvidos em AT no seguimento do estudo e do grupo controle. Jequié-BA, 2013 - 2015.

	casos		controles	
	n	%	n	%
Sexo				
Feminino	41	29,7	47	34,1
Masculino	97	70,3	91	65,9
Faixa etária				
15 a 29 anos	41	29,7	17	12,3
30 a 44 anos	52	37,7	60	43,5
45 a 59 anos	31	22,5	32	23,2
60 anos e mais	14	10,1	29	21,0
Cor da pele				
Branca	36	26,1	48	34,8
Amarela	5	3,6	3	2,2
Indígena	2	1,4	2	1,4
Parda	77	55,9	66	47,8
Preta	18	13,0	19	13,8
Estado civil				
Casado / União estável	84	60,9	98	71,0
Divorciado / Separado	8	5,8	5	3,6
Viúvo	1	0,7	1	0,7
Solteiro	45	32,6	34	24,7
Escolaridade				
Pós-graduação	11	8,0	19	13,8
Superior completo	25	18,1	21	15,2
Superior incompleto	23	16,7	12	8,7

Médio completo	49	35,5	48	34,8
Médio incompleto	13	9,4	13	9,4
Fundamental completo	6	4,3	8	5,8
Fundamental incompleto	11	8,0	17	12,3
Consumo de bebidas alcoólicas				
Não	71	51,4	65	47,1
Sim	67	48,6	73	52,9
Uso do celular ao dirigir				
Não	88	63,8	100	72,5
Às vezes	42	30,4	32	23,2
Frequentemente	8	5,8	6	4,3

Tabela 4: Uso dos serviços de saúde e características das lesões associadas ao AT em condutores envolvidos em AT. Jequié-BA, 2013 - 2015.

	n	%
Uso dos serviços de saúde em decorrência do envolvimento em AT		
Sim	28	20,3
Tipo de serviço de saúde usado em decorrência do AT		
SAMU ou Bombeiros	14	10,1
Pronto socorro	27	19,6
Internação hospitalar	7	5,1
Cirurgia	5	3,6
Fisioterapia	11	8,0
AT gerou lesão corporal		
Sim	58	42,0
Tipo de Lesão		
Corte /laceração contusão	33	23,9
Entorse/luxação	13	9,4
Fratura	12	8,7
Região do corpo afetada		
Uma região	26	18,8
Múltiplas regiões	30	21,7
Ficou com alguma sequela física por consequência desse acidente		
Redução de movimentos nos MMSS	4	2,9
Redução de movimento de MMII	8	5,8
Perda total de movimento de MMII	1	0,7

Com relação à caracterização do AT, conforme pode ser visto na Tabela 5, foram relatadas 32 colisões entre motocicleta e automóvel, o que corresponde a 24,8% de todos os AT. O uso do equipamento de segurança no momento do AT, foi referido por 90 (69,8%) condutores. No que se refere ao tipo de usuário da via no momento do AT, 55 (42,6%) referiram ser pedestres, ao passo que 53 (41,1%) relataram ser condutores de motocicletas. Quanto ao envolvimento prévio em AT, 89 (76,0%) relataram já ter se envolvido em AT em algum momento da vida, ao passo

que 30 (23,3%) referiram ter se envolvido em AT nos 12 meses que antecederam a linha de base.

Tabela 5: Características dos acidentes de trânsito entre condutores envolvidos em AT. Jequié-BA, 2013 - 2015.

	n	%
Tipo de AT		
Atropelamento por automóvel	1	0,8
Atropelamento por motocicleta	4	3,1
Atropelamento por bicicleta	3	2,3
Colisão entre motocicletas	10	7,7
Colisão entre motocicleta e automóvel	32	24,8
Colisão entre motocicleta e veículo pesado	8	6,2
Colisão entre automóveis	30	23,3
Colisão entre automóvel e veículo pesado	8	6,2
Queda de motocicleta	18	14,0
Capotamento	5	3,9
Outro	10	7,7
Uso do equipamento de segurança no momento do AT		
Sim	90	69,8
Tipo de usuário da via no momento do AT		
Pedestre	55	42,6
Ciclista	8	6,2
Condutor de motocicleta	53	41,1
Condutor de automóvel	1	0,8
Condutor de veículo pesado	11	8,5
Passageiro de motocicleta	1	0,8
Envolvimento prévio em AT na vida		
Sim	98	76,0
Envolvimento prévio em AT 12 meses antes da LB		
Sim	30	23,3

5.2 Artigos

5.2.1 Artigo 1 - Qualidade de vida, independência funcional e integração com a comunidade após o acidente de trânsito em condutores de veículos motorizados terrestres.

Introdução

Há evidências de que existem outras dimensões dos efeitos dos acidentes de trânsito (AT), as quais não se reduzem aos resultados de lesões graves, que se revelam pelas hospitalizações e pela mortalidade, como comumente se demonstra nos estudos epidemiológicos sobre o tema ^{1, 2}. A propósito disto, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que para cada fatalidade relacionada a acidentes de trânsito, pelo menos 20 pessoas sofrem lesões não fatais ³, que podem variar desde lesões leves, que não requerem suporte de serviços de saúde, até lesões mais graves, que deixam algum tipo de sequela. Aplicando a proporção estimada pela OMS à quantidade de óbitos decorrentes de AT no mundo e no Brasil no ano de 2010, é possível estimar que, no mínimo, 24,8 milhões de pessoas no mundo sofreram lesões não fatais em decorrência de AT, das quais, estima-se que 0,8 milhão ocorreram no Brasil, no mesmo ano.

Embora os óbitos signifiquem o limite extremo em que os acidentes de trânsito podem afetar as pessoas, a magnitude e a extensão do problema de saúde que os AT representam não são suficientemente expressos pela sua mortalidade atribuída. Ainda assim, a mortalidade por AT revela sua importância como problema de saúde pública, inclusive porque óbitos podem ocorrer tardiamente em virtude de lesões inicialmente não fatais. No Brasil, a mortalidade por AT em 2013 foi de 21 mortes por 100.000 habitantes ⁴.

O Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes – VIVA ⁵ – tem produzido informações importantes, tanto sobre a caracterização do acidente e da vítima como no que diz respeito ao uso de serviços de saúde em decorrência do envolvimento em AT, no entanto, não avança sobre outros desdobramentos que o AT pode determinar nas condições de saúde das pessoas.

Neste sentido, despontam como alternativa para a avaliação em saúde de pessoas que se envolveram em AT questões relacionadas à qualidade de vida e à funcionalidade, bem como seus aspectos subjacentes, como capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Com efeito, os agravos nestas dimensões da saúde podem repercutir na maneira como as pessoas participam da vida social, na capacidade para o trabalho ou no modo como vivenciam a sua saúde. E isto, por sua vez, pode alterar a demanda por serviços de saúde, impactar os custos previdenciários e afetar a capacidade produtiva da população.

Este estudo faz parte da Pesquisa Saúde & Trânsito do Núcleo de Estudos em Saúde e Trânsito, que abrange outras investigações sobre diversos aspectos relativos ao trânsito no âmbito da saúde. Assim, o objetivo deste estudo foi caracterizar e descrever a qualidade de vida e a independência funcional de condutores após o envolvimento em acidente de trânsito.

Metodologia

Estudo de base populacional com desenho longitudinal, tipo coorte realizado com casos incidentes. A linha de base ocorreu entre os meses de julho e outubro de 2013, e recrutou 1.408 condutores maiores de 14 anos, residentes na zona urbana de Jequié, Estado da Bahia. Para o recrutamento da linha de base, foram sorteados 35 setores censitários urbanos de um total de 169.

Os participantes do estudo foram 138 condutores de veículos motorizados terrestres, domiciliados no Município de Jequié, no Estado da Bahia, que se envolveram em pelo menos um acidente de trânsito, no período de novembro de 2013 a junho de 2015, recrutados a partir da linha de base da coorte populacional em acompanhamento. Os condutores da coorte foram seguidos por um ano e oito meses, com contatos telefônicos quadrimestrais para averiguar o envolvimento em AT no período entre os contatos. Quando um participante informava ter se envolvido em um AT, era agendada uma entrevista. Neste estudo, estes participantes constituíram um grupo caso para uma parte da análise das informações.

Para a coleta de dados utilizou-se um formulário estruturado contendo diversas questões relacionadas à identificação do participante, características do AT, uso dos serviços de saúde, ocorrência e caracterização de lesões, comportamento no trânsito, trabalho, qualidade de vida, funcionalidade, integração com a comunidade, danos sobre a propriedade pública e privada, custos relacionados à saúde, produtividade e capacidade para o trabalho.

Para responder ao objetivo deste artigo, são apresentados resultados referentes à caracterização das lesões, ao uso dos serviços de saúde, à qualidade de vida, à funcionalidade e à integração comunitária. Ademais, as informações são estratificadas conforme o sexo e a faixa etária (15 a 29 anos, 30 a 44 anos, 45 a 59 anos, e 60 anos ou mais).

No que se refere à caracterização das lesões, foi indagado ao participante se o AT gerou alguma lesão corporal, e, em caso afirmativo, perguntou-se qual parte do corpo foi lesionada (uma parte do corpo ou múltiplos órgãos/regiões). Em seguida perguntava-se que tipo de lesão ocorreu (corte, laceração ou contusão de alguma parte do corpo; entorse ou luxação de alguma articulação; fratura de algum osso; traumatismo crânio-encefálico; lesão na medula/coluna; ou se fratura e ferimentos em várias partes do corpo e de órgãos).

Também foi investigado se o participante ficou com alguma sequela, limitação ou deficiência física. Em caso afirmativo, foi perguntado de que tipo (redução de movimentos de membros inferiores, redução de movimentos de membros superiores, redução de movimentos na coluna, perda total de movimentos em membros inferiores, perda total de movimentos em membros superiores, perda parcial de movimentos em membros superiores e inferiores, perda total de movimentos em membros superiores e inferiores, ou amputação de membros).

Com relação ao uso dos serviços de saúde, o participante foi inquerido se, em decorrência do AT, foi atendido pelo Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU) ou pelo Corpo de Bombeiros, se foi atendido em Pronto Socorro de Hospital, se foi internado em hospital, se fez cirurgia, se necessitou ficar internado em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), se realizou ou está realizando tratamento de fisioterapia, e se realizou ou está realizando tratamento ou acompanhamento psicológico. Em caso afirmativo para o uso de internação hospitalar, internação em UTI ou tratamento de fisioterapia, foi perguntado sobre a fonte de pagamento das despesas em saúde

(Sistema Único de Saúde, plano de saúde, recursos próprios, Sistema Único de Saúde e plano de saúde, Sistema Único de Saúde e recursos próprios, plano de saúde e recursos próprios, ou ainda pela composição das três fontes).

Para investigar a qualidade de vida utilizou-se o *Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey – SF-36* –, que é um instrumento do tipo genérico criado por Ware e Sherbourne, originalmente em inglês. No Brasil, foi traduzido e validado culturalmente por Ciconelli ⁶. O SF-36 é constituído de 36 itens cuja pontuação está dividida em oito dimensões da qualidade de vida: capacidade funcional, limitação por aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. A pontuação varia de 0 (pior resultado) a 100 (melhor resultado) ⁷. Foram calculados os escores por dimensão, de acordo com o Manual de interpretação do SF-36 ⁸. Em seguida, foram calculadas as médias e desvios padrão dos escores de cada dimensão, estratificados segundo o sexo e a faixa etária.

Alternativamente foi calculada a diferença entre o escore após a ocorrência do AT e o escore obtido na linha de base para cada indivíduo, em cada uma das oito dimensões de qualidade de vida. Os resultados foram categorizados em reduziu (<0) e não reduziu (≥0), e a frequência é mostrada segundo o sexo e a faixa etária.

No que se refere à funcionalidade, utilizou-se a Medida da Independência Funcional – MIF –, que é um instrumento que propõe determinar a carga de cuidados que uma pessoa necessita para realizar as atividades básicas de vida de forma eficaz ⁹. Do ponto de vista prático, verifica o desempenho do indivíduo para a realização de um conjunto de 18 tarefas referentes às subescalas de autocuidados, controle esfinteriano, transferências, locomoção, comunicação e cognição social. Cada item pode ser classificado em uma escala de graus de dependência de sete níveis, sendo o valor um correspondente à dependência total e o valor sete, correspondente à independência completa, a sua pontuação total varia de 18 a 126. A avaliação foi feita a partir das pontuações dos domínios Motor e Cognitivo, que contam com 13 e cinco questões, respectivamente.

Foram calculados a partir da Medida da Independência Funcional, os escores total (18 a 126), motor (13 a 91) e cognitivo (5 a 35). São apresentadas as médias e desvios padrão, de acordo com o sexo e a faixa etária.

Para a integração com a comunidade, utilizou-se O *Community Integration Questionnaire* – CIQ –, que é um instrumento concebido originalmente para avaliar a integração comunitária de pessoas com deficiências, especialmente aquelas que haviam sofrido traumatismo cranioencefálico ¹⁰, mas já tem sido utilizado para avaliar a integração comunitária em pacientes com tumor cerebral ¹¹, Acidente Vascular Encefálico ¹², sobreviventes de parada cardíaca ¹³, pacientes com sequela de poliomielite ¹⁴ e pacientes que sofreram queimaduras ¹⁵. No Brasil, a tradução e adaptação transcultural foram feitas por Fraga-Maia ¹⁶. Trata-se de um instrumento composto por um conjunto de domínios relacionados com a integração no domicílio, com a integração social e com atividades produtivas. Apresenta um total de 15 questões, que, somadas, geram pontuação que pode variar de 0 a 29. Maiores escores indicam melhores níveis de integração, e escores baixos em geral refletem níveis menores de integração (DIJKERS, 2000). Foram computados os escores dos domínios integração domiciliar (0 a 10), integração social (0 a 12) e atividade produtiva (0 a 7). São apresentadas as médias e desvios padrão de acordo com o sexo e a faixa etária.

Para a análise estatística, procedeu-se à aplicação do teste t de Student para a comparação de médias entre duas amostras independentes, e à análise de variância (ANOVA), para a comparação de médias nos casos em que havia mais de duas amostras. Na análise de variância foi considerada a diferença entre os grupos. Para verificar a associação entre variáveis, foi utilizado o teste de qui-quadrado de *Pearson*, e qui-quadrado de tendência – estatística Gamma de Goodman e Kruskal –, nos casos em que a variável independente possuía mais de duas categorias. Como critério de significância foi adotado o valor de $p \leq 0,05$, referente à estatística de teste t e F, nos casos de teste de comparação de médias. O mesmo critério de significância foi adotado para os testes de associação qui-quadrado de *Pearson* e estatística Gamma de Goodman e Kruskal. Adicionalmente foi calculada a incidência cumulativa, levando em consideração todos os expostos da coorte fixa, e os casos incidentes do período. A análise estatística foi realizada com o programa estatístico Stata® versão 14.0.

O Projeto de Pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, e, após apreciação, foi aprovado (Parecer nº 249.611).

Resultados

No estudo original de acompanhamento, no período de um ano e oito meses, 196 indivíduos informaram ter se envolvido em pelo menos um AT, deste total, 58 não foram entrevistados após as tentativas de marcação, o que configura uma perda acumulada de 29,6% (contabilizados os indivíduos que não foram encontrados e os que se recusaram a participar). Desta maneira, participaram do estudo 138 indivíduos condutores que se envolveram em pelo menos um acidente de trânsito ao longo de um ano e oito meses de seguimento.

No que se refere à ocorrência de lesões, a incidência cumulativa foi predominante entre os homens (44,9%), quando comparados às mulheres (35,0%) – valor de $p = 0,285$ –, e entre os mais jovens (58,5% nas pessoas com idade entre 15 a 29 anos), quando comparados a todas as outras faixas etárias – valor de $p = 0,022$. Com relação ao tipo de lesão, em ambos os sexos e em todas as faixas etárias, foram mais frequentes as lesões do tipo corte/laceração/contusão; e a ocorrência de lesões em múltiplas regiões foi mais frequente em ambos os sexos e na maioria das faixas etárias, com exceção da faixa etária dos 30 a 44 anos, na qual 21,2% tiveram apenas uma região do corpo afetada, enquanto 19,2% tiveram lesões em mais de uma parte do corpo.

Quanto à permanência de sequela residual, entre os homens houve casos de redução de movimentos em membros superiores e inferiores, além de perda total de movimentos em membros inferiores, embora esta última sequela só tenha ocorrido em 1,0% dos homens, ao passo que a redução de movimentos em membros superiores se deu em 7,1% deste grupo, e a redução de movimentos em membros inferiores correspondeu a 3,1%. Entre as mulheres houve igualdade na proporção de redução de movimentos em membros superiores e inferiores – 2,5% para cada grupo.

Na Tabela 1 constam as médias e desvios padrão dos escores das oito dimensões de qualidade de vida, de acordo com o sexo e a faixa etária dos condutores que se envolveram em acidente de trânsito no decorrer do seguimento do estudo. Nota-se que as três dimensões para as quais se observaram os menores escores em ambos os sexos e em todas as faixas etárias foram: dor, estado geral de saúde e vitalidade. Os escores médios observados na dimensão dor foram semelhantes entre

homens e mulheres, com $69,9 (\pm 25,8)$ e $69,8 (\pm 20,6)$, respectivamente (valor de $p = 0,979$). A faixa etária de 45 a 59 anos foi a que apresentou o menor escore médio ($65,7 \pm 25,0$).

Para a dimensão estado geral de saúde, observou-se que as mulheres tiveram menor escore médio – $68,1 (\pm 21,1)$ – quando comparadas com os homens, que tiveram média de $73,3 (\pm 17,1)$, embora a diferença não tenha sido estatisticamente significativa ($p = 0,139$). Para esta dimensão, o menor escore médio – $63,6 (\pm 22,2)$ – também ocorreu no grupo etário de 45 a 59 anos ($p = 0,009$). Por outro lado, na dimensão capacidade funcional, o grupo das pessoas com mais idade obteve os menores escores médios ($69,6 \pm 29,8$), comparados com os grupos etários de menor idade ($p = 0,001$). Apesar de não haver significância estatística ($p = 0,124$), nota-se que as mulheres tiveram menor escore médio para a dimensão vitalidade – $68,1 (\pm 17,3)$ – quando comparadas com os homens que tiveram escore médio de $73,1 (\pm 17,1)$.

As médias e os desvios padrão da Medida de Independência Funcional – MIF (domínios motor, cognitivo e total) –, de acordo com o sexo e a faixa etária, podem ser vistos na Tabela 2. Os homens tiveram escores médios menores nos três domínios da MIF, quando comparado com as mulheres, assim como o grupo de faixa etária de 60 anos ou mais também tiveram os menores escores médios, quando comparados com os demais grupos etários, exceto pela MIF motora, que no grupo mais jovem (15 a 29 anos) teve média de $89,6 (\pm 7,7)$, igual ao grupo de faixa etária mais avançada.

Na Tabela 3 apresentam-se as médias e desvios padrão dos escores de integração com a comunidade (domínios integração domiciliar, integração social e atividade produtiva), de acordo com o sexo e a faixa etária. Observa-se que os homens tiveram menor escore médio – $3,1 (\pm 2,0)$ – para o componente de integração domiciliar, quando comparados com as mulheres, cujo escore médio foi de $5,1 (\pm 2,3)$. Por outro lado, as mulheres apresentaram menores escores para os componentes integração social – $8,5 (\pm 1,4)$ – e atividade produtiva – $3,4 (\pm 1,4)$, quando comparadas aos homens. No que se refere à distribuição por faixas etárias, o grupo de 45 a 59 anos teve os menores escores para os componentes integração domiciliar – $3,4 (\pm 2,1)$ – e integração social – $8,1 (\pm 1,3)$ –, enquanto o grupo na faixa etária dos 60 anos ou mais teve o menor escore médio – $2,5 (\pm 1,9)$ – para o componente atividade produtiva.

Na Tabela 4 são mostradas as comparações dos escores das oito dimensões de qualidade de vida dos condutores antes (aferidos na linha de base) e depois do acidente de trânsito, de acordo com o sexo e a faixa etária. As maiores proporções de redução do escore de qualidade de vida se deram nas dimensões capacidade funcional (40,0% entre as mulheres e 28,6% entre os homens), dor (50,0% entre os homens e 35,0% entre as mulheres), estado geral de saúde (51,0% entre os homens e 60,0% entre as mulheres), vitalidade (56,1% entre os homens e 32,5 entre as mulheres) e saúde mental (42,9% entre os homens e 37,5% entre as mulheres). Com relação às faixas etárias, não foram observadas diferenças na comparação entre os escores de qualidade de vida antes e depois, para as mesmas dimensões.

Discussão

O presente estudo tratou a questão das repercussões dos acidentes de trânsito, por meio de uma abordagem metodológica pouco usual até o momento, principalmente no cenário nacional. Apesar de existirem algumas iniciativas internacionais de estudos de seguimento de grandes coortes de vítimas de acidentes de trânsito, na sua maioria são pessoas recrutadas a partir de unidades hospitalares. A abordagem que se apresenta neste estudocaracteriza-se por um acompanhamento de base populacional. Além disso, são usados desfechos em saúde pouco habituais para a avaliação epidemiológica das pessoas envolvidas em acidentes de trânsito. Neste sentido, a Medida da Independência Funcional e a Integração com a Comunidade despontam como potencial para a avaliação de dimensões não menos importantes para o seguimento da saúde de pessoas que se envolvem em acidentes de trânsito. Se por um lado estas peculiaridades contribuem para o melhor entendimento dos acidentes de trânsito e suas repercussões, mesmo em casos mais leves, por outro lado, o estudo carece de exemplos comparativos na literatura.

Estas escolhas coadunam-se com evidências que dão conta de que a análise da importância do trauma por meio medidas convencionais de avaliação da gravidade da lesão, a exemplo do *Injury Severity Score*, isoladamente não se apresenta como bom marcador prognóstico da qualidade de vida dos pacientes após o acidente de trânsito a médio e longo prazo ¹⁷.

No que se refere à qualidade de vida, a literatura internacional demonstra largamente que há decréscimo dos escores nas diversas dimensões avaliadas em pessoas que se envolveram em acidente de trânsito. Fitzharris e colaboradores conduziram um estudo prospectivo na Austrália com vítimas de acidente de trânsito que deram entrada em um hospital, os participantes foram entrevistados na alta hospitalar, 6 a 8 semanas após o acidente e 6 a 8 meses após o acidente ¹⁸. Verificaram que todas as dimensões de qualidade de vida apresentavam decréscimo acentuado dos escores logo após o acidente, que se agravava no primeiro momento e tendia a voltar à normalidade no médio prazo.

No presente estudo, o seguimento comparativo da qualidade de vida entre os que se envolveram em AT, tomando como ponto inicial a linha de base, revela a dimensão “estado geral de saúde” com as maiores proporções de redução do escore em ambos os sexos. Nas comparações das demais dimensões, verificou-se que, entre os homens, houve associação estatisticamente significativa entre o envolvimento em AT e a redução dos escores de qualidade de vida nas dimensões: aspectos físicos, dor e vitalidade. As maiores reduções proporcionais nos escores destas dimensões, nos homens, podem estar relacionadas às dificuldades e/ou limitações em executar tarefas diárias, à dor ou desconforto, que interferem nas atividades habituais, além da fadiga e exaustão, ocasionados pelo conjunto de agravos decorrentes do AT. Neste sentido, Bilgin e colaboradores também encontraram reduções nos escores das dimensões estado geral de saúde e limitações funcionais em pessoas que apresentavam alguma incapacidade devido ao envolvimento em AT ¹⁹.

Além disso, sabe-se que os níveis de saúde (medidos pela qualidade de vida) prévios ao acidente também podem estar associados à ocorrência do acidente. A este respeito, Pons-Villanueva e colaboradores avaliaram 3.361 pessoas, na Espanha, em um estudo longitudinal, e encontraram que, na linha de base, aqueles participantes que não viriam a ter envolvimento em acidente de trânsito subsequentemente tiveram melhor estado de saúde (avaliado pela qualidade de vida), do que aqueles que viriam a se envolver em acidente de trânsito durante o seguimento da pesquisa ²⁰. Ademais, encontraram que aqueles que se envolveram em acidente de trânsito tiveram maior deterioração da saúde do que os que não se envolveram, porém, estas diferenças só apareceram após as análises ajustadas.

Interessante destacar que, a despeito de poucas diferenças significativas terem sido encontradas, é possível que outros estudos, cujas amostras tenham sido recrutadas a partir de casos com maior gravidade, tenham suas estimativas superestimadas. Neste sentido, acredita-se que a validade seja um ponto favorável a este estudo. A este respeito, Ameratunga e colaboradores, em um estudo caso-controle conduzido na Nova Zelândia, avaliaram 218 condutores sobreviventes de acidentes de trânsito em que pelo menos um dos ocupantes deu entrada em hospital, e comparou com uma amostra de 254 condutores de veículo da região ²¹. Nas avaliações prospectivas foi encontrado que o estado geral de saúde (medido pela qualidade de vida) piorou em 7,0% da amostra controle, em 20,0% dos sobreviventes não admitidos em hospital e em 43,0% dos sobreviventes que deram entrada em hospital. No presente estudo, apenas 7,1% dos participantes foram internados em hospital em decorrência do acidente de trânsito, o que possivelmente influenciou os achados.

Ao avaliar a funcionalidade por meio da Medida da Independência Funcional, foram encontradas reduções expressivas nos seus componentes, provavelmente também por conta da alta sensibilidade do estudo aos casos mais leves que não demandaram uso de serviços de saúde de complexidade mais elevada (apenas 5,1% fizeram cirurgia em decorrência do acidente, e nenhum dos participantes ficou internado em Unidade de Terapia Intensiva). Neste sentido, Hours e colaboradores, em um estudo de coorte francês, que acompanhou 1168 vítimas de acidentes de trânsito, encontraram que, em 6 meses após o acidente, 63,8% dos previamente classificados com lesões moderadas e 89,2% dos que foram previamente classificados com lesões graves referiram ainda ter dor residual. 38,2% do grupo das lesões moderadas e 75,3% do grupo das lesões graves relataram sequela física persistente ²².

Este estudo teve como limitação o tamanho reduzido do número de participantes, o que compromete o poder dos achados e realça a heterogeneidade das medidas, conforme pode ser visto nos valores elevados de desvio padrão dos escores de qualidade de vida. Salienta-se que o tamanho da amostra, neste caso, é uma contingência resultante do acompanhamento da coorte de condutores ao longo do tempo. Também se destaca como limitação a insuficiente quantidade de publicações com metodologia semelhante para o confronto comparativo. Deve-se

considerar também o viés de sobrevivência, pois não participaram do estudo as pessoas que se envolveram em acidentes mais graves, em que houve óbito, ou nos quais os sobreviventes eventualmente tenham sido transferidos para unidades hospitalares de maior complexidade em outros municípios.

Destarte, conclui-se que esta caracterização contribui para descrever a qualidade de vida e a independência funcional de condutores que se envolveram em acidente de trânsito. Destaca-se que o acidente de trânsito está associado à deterioração da qualidade de vida em algumas das suas dimensões. Considera-se que este estudo desempenha algum avanço metodológico de estudo longitudinal de base populacional, e propõe o uso de desfechos alternativos para a avaliação da funcionalidade e integração com a comunidade após a ocorrência do acidente de trânsito. Ademais, outras abordagens analíticas podem ser empregadas para avançar na investigação de possíveis associações e identificar os seus determinantes.

Referências

1. Organização Mundial de Saúde. Relatório mundial sobre a deficiência. São Paulo: Banco Mundial; 2011.
2. World Health Organization. Injuries and violence: the facts 2014. Geneva: Department for the Management of Noncommunicable Diseases, Disability, Violence and Injury Prevention; 2014.
3. World Health Organization . Global Status Report on Road Safety 2013 - Supporting a Decade of Action. Geneva; 2013.
4. Brasil, Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS - DATASUS. 2016.
5. Brasil, Ministério da Saúde . VIVA - Sistema de Vigilância de Violência. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde; 2013.
6. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). Revista Brasileira de Reumatologia. 1999;39(3):5.
7. Pereira ÉF, Teixeira CS, Santos Ad. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. Revista Brasileira de Educação Física e Esporte. 2012;26:241-50.
8. Ware Jr. JE, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. SF-36 Health Survey Manual and Interpretation Guide. Boston: The Health Institute New England Medical Center; 1993.

9. Riberto M, Miyazaki MH, Jucá SSH, Sakamoto H, Pinto PPN, Battistella LR. Validação da Versão Brasileira da Medida de Independência Funcional. *Revista Acta Fisiátrica* [Internet]. 2004; 11(2):[72-6 pp.].
10. Wilier B, Ottenbacher KJ, Coad ML. THE COMMUNITY INTEGRATION QUESTIONNAIRE: A Comparative Examination. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*. 1994;73(2).
11. Kaplan CP. Community Integration Questionnaire for Patients with Brain Tumor: A Comparative Study. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*. 2000;79(3).
12. Dalemans RJP, De Witte LP, Beurskens AJHM, Van Den Heuvel WJA, Wade DT. An investigation into the social participation of stroke survivors with aphasia. *Disability and Rehabilitation*. 2010;32(20):1678-85.
13. Wachelder EM, Moolaert VRMP, van Heugten C, Verbunt JA, Bekkers SCAM, Wade DT. Life after survival: Long-term daily functioning and quality of life after an out-of-hospital cardiac arrest. *Resuscitation*.80(5):517-22.
14. McNaughton HK, Weatherall M, McPherson KM. Functional Measures Across Neurologic Disease States: Analysis of Factors in Common. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2005;86(11):2184-8.
15. Esselman PC, Ptacek JT, Kowalske K, Cromes GF, deLateur BJ, Engrav LH. Community Integration after Burn Injuries. *Journal of Burn Care & Research*. 2001;22(3).
16. Fraga-Maia HMS, Werneck G, Dourado I, Fernandes RdCP, Brito LL. Translation, adaptation and validation of "Community Integration Questionnaire". *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015;20:1341-52.
17. Brasel KJ, deRoon-Cassini T, Bradley CT. Injury Severity and Quality of Life: Whose Perspective Is Important? *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*. 2010;68(2).
18. Fitzharris M, Fildes B, Charlton J, Kossmann T. General Health Status and Functional Disability Following Injury in Traffic Crashes. *Traffic Injury Prevention*. 2007;8(3):309-20.
19. Bilgin NG, Mert E, Sezgin M. Evaluation of the effects of disabilities due to traffic accidents on the quality of life using SF-36 health survey. *Acta Orthopaedica et Traumatologica Turcica*; Vol 46, No 3 (2012). 2012.
20. Pons-Villanueva J, Rodríguez de Armenta MJ, Martínez-González MA, Seguí-Gómez M. Longitudinal Assessment of Quality of Life and Its Change in Relation to Motor Vehicle Crashes: The SUN (Seguimiento Universidad de Navarra) Cohort. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*. 2011;70(5).
21. Ameratunga SN, Norton RN, Connor JL, Robinson E, Civil I, Coverdale J, et al. A Population-Based Cohort Study of Longer-Term Changes in Health of Car Drivers Involved in Serious Crashes. *Annals of Emergency Medicine*. 2006;48(6):729-36.

22. Hours M, Bernard M, Charnay P, Chossegras L, Javouhey E, Fort E, et al. Functional outcome after road-crash injury: Description of the ESPARR victims cohort and 6-month follow-up results. *Accident Analysis & Prevention*. 2010;42(2):412-21.

Tabela 1: Média e desvio padrão dos escores das dimensões de Qualidade de Vida entre os condutores que se envolveram em AT, de acordo com o sexo e a faixa etária. Jequié-BA, 2013 - 2015.

	Sexo		Valor de p*	Faixa etária				Valor de p**
	Masculino (n = 98)	Feminino (n = 40)		15-29 (n = 41)	30-44 (n = 52)	45-59 (n = 31)	60 anos e mais (n = 14)	
Dimensões de Qualidade de Vida	Média (Desvio padrão)	Média (Desvio padrão)		Média (Desvio padrão)	Média (Desvio padrão)	Média (Desvio padrão)	Média (Desvio padrão)	
Capacidade Funcional	85,9 (23,4)	82,8 (24,5)	0,478	93,9 (15,1)	87,6 (22,7)	75,8 (25,9)	69,6 (29,8)	0,001
Aspectos Físicos	73,7 (38,1)	84,4 (29,8)	0,116	80,5 (34,7)	78,4 (36,4)	71,0 (37,1)	73,2 (38,6)	0,693
Dor	69,9 (25,8)	69,8 (20,6)	0,979	71,6 (23,6)	72,7 (22,8)	65,7 (25,0)	63,8 (30,5)	0,452
Estado geral de Saúde	73,3 (17,3)	68,1 (21,1)	0,139	76,8 (15,6)	74,3 (16,5)	63,6 (22,2)	65,5 (20,6)	0,009
Vitalidade	73,1 (17,1)	68,1 (17,3)	0,124	71,5 (19,1)	73,7 (13,7)	71,0 (18,4)	66,4 (21,1)	0,569
Aspectos sociais	90,5 (17,8)	90,8 (15,3)	0,938	94,0 (15,0)	90,0 (15,6)	87,2 (21,1)	90,2 (18,4)	0,418
Aspectos emocionais	88,8 (27,5)	87,5 (28,0)	0,804	94,3 (21,0)	87,8 (27,3)	85,0 (30,8)	81,0 (36,3)	0,338
Saúde Mental	81,3 (15,7)	79,3 (16,7)	0,514	82,0 (14,2)	80,2 (14,9)	79,6 (17,5)	81,4 (22,0)	0,924

* Teste t de Student.

** Estatística F - Análise de Variância (ANOVA) entre os grupos.

Tabela 2: Média e desvio padrão dos escores da Medida da Independência Funcional (domínios motor cognitivo e total) entre os condutores que se envolveram em AT de acordo com o sexo e a faixa etária. Jequié-BA, 2013 - 2015.

	Variação possível	Sexo		Valor de p*	Faixa etária				Valor de p**
		Masculino (n = 98)	Feminino (n = 40)		15-29 (n = 41)	30-44 (n = 52)	45-59 (n = 31)	60 anos e mais (n = 14)	
		Média (Desvio padrão)	Média (Desvio padrão)		Média (Desvio padrão)	Média (Desvio padrão)	Média (Desvio padrão)	Média (Desvio padrão)	
Domínios da MIF									
Motor	13-91	89,9 (5,8)	90,8 (1,1)	0,169	89,6 (7,7)	90,8 (1,1)	90,1 (4,7)	89,6 (3,6)	0,654
Cognitivo	5-35	34,7 (1,2)	34,8 (0,6)	0,308	35,0 (0,2)	34,8 (0,9)	34,4 (1,0)	34,1 (2,1)	0,006
Total	18-126	124,6 (6,2)	125,6 (1,2)	0,161	124,6 (7,7)	125,7 (1,5)	124,5 (5,4)	123,7 (5,4)	0,551

* Teste t de Student.

** Estatística F - Análise de Variância (ANOVA) entre os grupos.

Tabela 3: Média e desvio padrão dos escores da Integração com a Comunidade* (Integração Domiciliar, Integração Social e Atividade Produtiva) entre os condutores que se envolveram em AT, de acordo com o sexo e a faixa etária. Jequié-BA, 2013 - 2015.

	Variação possível	Sexo		Valor de p**	Faixa etária				Valor de p***
		Masculino (n = 88)	Feminino (n = 39)		15-29 (n = 40)	30-44 (n = 48)	45-59 (n = 29)	60 anos e mais (n = 10)	
		Média (Desvio Padrão)	Média (Desvio Padrão)		Média (Desvio Padrão)	Média (Desvio Padrão)	Média (Desvio Padrão)	Média (Desvio Padrão)	
Domínios da integração									
Domiciliar	0-10	3,1 (2,0)	5,1 (2,3)	<0,001	3,5 (2,4)	4,2 (2,3)	3,4 (2,1)	3,5 (2,2)	0,429
Social	0-12	8,6 (1,8)	8,5 (1,4)	0,477	9,0 (1,4)	8,4 (2,0)	8,1 (1,3)	8,9 (1,5)	0,133
Atividade Produtiva	0-7	3,8 (1,7)	3,4 (1,4)	0,095	4,1 (1,4)	4,0 (1,4)	3,0 (1,8)	2,5 (1,9)	0,001

* Caracterizada a partir do CommunityIntegrationQuestionnaire(10).

** Teste t de Student.

*** Estatística F - Análise de Variância (ANOVA) entre os grupos.

Tabela 4: Comparação dos escores de Qualidade de Vida de condutores antes X após o envolvimento em AT, segundo o sexo e a faixa etária. Jequié-BA, 2013 - 2015.

Dimensões de Qualidade de Vida	Sexo				Valor de p*	Faixa etária								Valor de p**
	Masculino (n = 98)		Feminino (n = 40)			15-29 anos (n = 41)		30-44 anos (n = 52)		45-59 anos (n = 31)		60 anos e mais (n = 14)		
	n	%	n	%		n	%	n	%	n	%	n	%	
Capacidade Funcional					0,191									0,391
Reduziu	28	28,6	16	40,0		9	21,9	18	34,6	11	35,5	6	42,9	
Aspectos Físicos					0,117									0,577
Reduziu	24	24,5	5	12,5		8	19,5	14	26,9	5	16,1	2	14,3	
Dor					0,108									0,996
Reduziu	49	50,0	14	35,0		19	46,3	24	46,1	14	45,2	6	42,9	
Estado geral de Saúde					0,337									0,154
Reduziu	50	51,0	24	60,0		19	46,3	29	55,8	21	67,7	5	35,7	
Vitalidade					0,012									0,235
Reduziu	55	56,1	13	32,5		22	53,7	23	44,2	13	41,9	10	71,4	
Aspectos sociais					0,055									0,670
Reduziu	24	24,5	4	10,0		6	14,6	13	25,0	6	19,3	3	21,4	
Aspectos emocionais					0,914									0,076
Reduziu	14	14,3	6	15,0		1	2,4	10	19,2	6	19,3	3	21,4	
Saúde Mental					0,562									0,261
Reduziu	42	42,9	15	37,5		12	29,3	23	44,2	16	51,6	6	42,9	

* Teste X² de Pearson. **Teste de X² de tendência (estatística Gamma de Goodman e Kruskal)

5.2.2 Artigo 2 - Determinantes da independência funcional, qualidade de vida e integração com a comunidade entre condutores envolvidos em acidentes de trânsito – estudo longitudinal de base populacional.

Introdução

O envolvimento em acidentes de trânsito (AT) é um evento que pode marcar algumas alterações nas condições de vida e saúde das pessoas, no entanto, existe pouco conhecimento disponível acerca destes desdobramentos, bem como dos seus determinantes.

A Organização Mundial de Saúde considera que, do total de pessoas que sofrem alguma lesão em decorrência de acidentes, dispõe-se de razoável conhecimento epidemiológico de apenas parcela destes: os que foram hospitalizados e as vítimas fatais. Estima-se estar alheio sobre a maior fração das pessoas que, apesar de terem sofrido algum acidente, tratou seus ferimentos fora do sistema de saúde, não se tratou, não fez nenhuma notificação oficial, procurou uma unidade de saúde da atenção primária, ou ainda a que foi atendida em serviços de emergência, mas não foi hospitalizada ¹.

Das consequências mais perceptíveis, destacam-se as incapacidades. Murray (2012) ² aponta que, no período entre 1990 e 2010, as lesões por acidente de trânsito subiram da décima segunda para a décima principal causa de anos perdidos ajustados por incapacidade. No entanto, existe uma gama de agravos à saúde que são de detecção e mensuração mais complexa, cujo entendimento é significativo para o planejamento de enfrentamentos e repostas ao problema das morbidades associadas aos AT.

O monitoramento das percepções individuais sobre a qualidade de vida ao longo do tempo após um AT, pode ser importante para informar adequadamente o setor saúde e o setor de transportes sobre as necessidades de saúde demandadas em decorrência deste problema ³.

Nesse sentido, a qualidade de vida e as suas dimensões subjacentes, bem como a independência funcional e a integração com a comunidade, despontam como

desfechos alternativos em saúde, capazes de captar agravos menos evidentes, porém não menos importantes para a produção do conhecimento epidemiológico.

O objetivo do estudo foi Identificar os determinantes da qualidade de vida e independência funcional de condutores em função do envolvimento em AT.

Metodologia

Estudo epidemiológico de base populacional, com componente longitudinal e caso-controle aninhado, a partir do seguimento de uma coorte de condutores de veículos motorizados terrestres, residentes em zona urbana. A amostra foi composta por casos incidentes e controles obtidos da mesma coorte, na proporção de 1:1.

Participaram do estudo 276 condutores oriundos da coorte, acompanhados durante um ano e oito meses, entre novembro de 2013 e junho de 2015, dos quais 138 relataram ter se envolvido em AT durante o acompanhamento, e 138 não se envolveram em AT no mesmo período.

O acompanhamento da coorte se deu por meio de contatos telefônicos quadrimestrais, com o intuito de averiguar se houve envolvimento das pessoas em AT no período compreendido entre os contatos. Nos casos positivos, um entrevistador se deslocou até o domicílio do participante para proceder à entrevista. Também, a partir dos contatos telefônicos ocorridos em cada quadrimestre, foi sorteada uma quantidade de participantes que relatou não ter se envolvido em AT naquele quadrimestre, bem como nos anteriores, e procedeu-se à entrevista em domicílio, em um período equivalente ao que foi feito com os casos.

As entrevistas foram realizadas por entrevistadores devidamente treinados e padronizados. Os entrevistadores eram estudantes de graduação de cursos da área de saúde. Os participantes que se envolveram em AT foram entrevistados com um formulário que continha questões relacionadas ao AT e o consequente uso dos serviços de saúde, ocorrência e caracterização das lesões decorrentes do AT, danos sobre a propriedade pública e privada, custos relacionados à saúde, produtividade e capacidade para o trabalho, comportamento no trânsito, trabalho, qualidade de vida, independência funcional, e integração com a comunidade. Para os participantes que não se envolveram em AT, foi utilizado um formulário que continha questões sobre

produtividade e capacidade para o trabalho, comportamento no trânsito, trabalho, qualidade de vida, independência funcional, e integração com a comunidade.

Para o atendimento ao objetivo específico deste artigo foram examinados os dados referentes à qualidade de vida, medida da independência funcional e integração com a comunidade, além do envolvimento em AT, sexo, comorbidades, escolaridade, cor da pele, idade, estado civil, uso do celular ao dirigir e consumo de bebidas alcoólicas.

Com relação à obtenção das informações, as variáveis referentes ao sexo, à escolaridade, à cor da pele, ao estado civil, ao consumo de bebidas alcoólicas e ao uso do celular ao dirigir foram caracterizadas por ocasião da linha de base, ao passo que as demais variáveis foram caracterizadas durante o seguimento do estudo.

Para a investigação da qualidade de vida, utilizou-se o *Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey – SF-36*. Originalmente em inglês, o questionário criado por Ware e Sherbourne foi traduzido e validado culturalmente para o português brasileiro⁴. O SF-36 é composto por 36 questões, das quais derivam oito dimensões da qualidade de vida: capacidade funcional, limitação por aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. A partir das respostas às questões, foram calculados os escores de cada dimensão⁵. A interpretação dos escores de cada dimensão se dá numa escala cuja amplitude varia entre 0 (pior resultado) e 100 (melhor resultado)⁶. Alternativamente, foi calculado um escore sumarizado a partir da soma das oito dimensões e posterior redução à escala de 0 a 100. Os escores foram categorizados da seguinte maneira: até 65 (qualidade de vida baixa), de 66 a 82 (qualidade de vida Intermediária) e maior que 82 (qualidade de vida alta).

A independência funcional foi investigada a partir da utilização da Medida da Independência Funcional – MIF^{7,8}. Este instrumento presta-se a verificar a carga de cuidados que uma pessoa necessita para realizar as atividades básicas de vida de forma eficaz⁹. A partir do relato do desempenho do indivíduo para um conjunto de 18 tarefas pertencentes às subescalas de autocuidados, controle esfinteriano, transferências, locomoção, comunicação e cognição social, os itens são classificados em uma escala de sete níveis, na qual o valor um correspondente à dependência total e o valor sete correspondente à independência completa; a sua pontuação total varia de 18 a 126. Também foram avaliados os componentes motor (variação de 13 a 91)

e cognitivo (variação de 5 a 35). Os escores dos componentes foram categorizados de acordo com a mediana da sua distribuição. Obteve-se, desta maneira, as categorias “menor que a mediana” e “maior ou igual à mediana”. Para a MIF Cognitiva, as categorias “menor que a mediana” e “maior ou igual à mediana” assumiram “<35” e “≥35”, respectivamente. Para a MIF motora, as categorias “menor que a mediana” e “maior ou igual à mediana” assumiram “<91” e “≥91”, respectivamente. E para a MIF total, as categorias “menor que a mediana” e “maior ou igual à mediana” assumiram “<126” e “≥126”, respectivamente.

No que se refere à integração com a comunidade, utilizou-se o *Community Integration Questionnaire* – CIQ –, cuja destinação original foi voltada para a avaliação da integração com a comunidade em pessoas com deficiências, sobretudo em decorrência de traumatismo cranioencefálico¹⁰, mas já tem sido utilizado para avaliar a integração comunitária de pacientes com diversos tipos de agravos à saúde, a saber: tumor cerebral¹¹, acidente vascular encefálico¹², sobreviventes de parada cardíaca¹³, seqüela de poliomielite¹⁴, queimaduras¹⁵. A sua tradução e adaptação transcultural foi feita por Fraga-Maia (2015)¹⁶. O instrumento CIQ é composto por um conjunto de domínios que se referem à integração no domicílio, à integração social e às atividades produtivas. São 15 questões, no total, que produzem pontuação de 0 a 29. Foram computados os escores dos domínios integração domiciliar (0 a 10), integração social (0 a 12) e atividade produtiva (0 a 7). Maiores escores indicam melhores níveis de integração, e escores baixos, em geral, refletem níveis menores de integração¹⁷. Os escores dos domínios foram categorizados de acordo com a mediana de cada domínio, desta maneira, obtiveram-se as categorias “menor que a mediana” e “maior ou igual à mediana”. Para a integração domiciliar e a integração com a atividade produtiva, as categorias “menor que a mediana” e “maior ou igual à mediana” assumiram “<4” e “≥4”, respectivamente. Para a integração social, as categorias “menor que a mediana” e “maior ou igual à mediana” assumiram “<8” e “≥8”, respectivamente.

Para avaliar o envolvimento em AT no seguimento da pesquisa foram levadas em consideração as respostas negativas obtidas em todos os contatos telefônicos quadrimestrais à pergunta: “O (a) Sr. (a) sofreu ou se envolveu em algum acidente de trânsito nos últimos quatro meses?”. Em todos os contatos os participantes foram lembrados sobre o conceito de acidente de trânsito adotado pela pesquisa.

A variável sexo levou em consideração o sexo referido pelos participantes. Para a idade, foram considerados os anos completos, levando em consideração a data situada no meio do quadrimestre em que ocorreu o AT, para os casos, e no meio do quadrimestre em que foi recrutado para a entrevista controle, para os indivíduos que participaram do controle.

A investigação de doenças foi caracterizada a partir da pergunta constante no índice de capacidade para o trabalho: “O (a) Sr. (a) possui diagnóstico médico para alguma doença?”. Em caso afirmativo, o respondente era perguntado sobre a quantidade. Foi utilizada a quantidade de doenças relatada pelo participante na ocasião.

Para a investigação da escolaridade, o participante foi perguntado sobre qual o seu grau de instrução. As informações foram categorizadas de maneira que quem respondeu até o Ensino Médio Completo, foi considerado “até 11 anos de estudo”, e quem respondeu qualquer grau de instrução a partir do ensino superior incompleto foi considerado como “12 ou mais anos de estudo”.

No que se refere ao consumo de bebidas alcoólicas, a investigação levou em consideração a questão “O(a) senhor(a) consome bebidas alcoólicas?”, e tinha como resposta “sim” ou “não”.

Para investigar o uso do celular ao dirigir, utilizou-se a seguinte pergunta: “O(a) senhor(a) costuma atender e/ou fazer ligações de celular usando a mão enquanto dirige?”. Além das respostas “não”, as respostas positivas em que o participante relatou fazer uso frequente ou “às vezes” foram consideradas “sim”.

Ao se investigar o estado civil, foi feita a pergunta: “qual o seu estado conjugal (estado civil)?”. Foram consideradas as respostas “casado(a)/união estável”, “divorciado(a)/separado(a)”, “viúvo(a)”, “solteiro(a)”. Para efeito de análise, os que responderam “casado(a)/união estável” foram considerados “vivendo com companheiro(a)”, e os demais foram agrupados em “vivendo sem companheiro(a)”.

Para a cor da pele, utilizou-se a auto declaração, a partir da pergunta: “Entre as seguintes alternativas, qual o(a) senhor(a) escolheria para definir a sua cor ou raça?” Em seguida eram anunciadas as mesmas categorias utilizadas pelo IBGE em seus censos: “branca” “amarela” “indígena” “parda” “preta”. Para a análise foram

agrupadas da seguinte maneira: as respostas “branca” e “amarela” foram agrupadas em “brancos”, e as demais respostas foram agrupadas em “não brancos”.

Para a análise, no caso das variáveis categóricas, primeiramente empregou-se o teste de associação qui-quadrado de *Pearson*, e nos casos em que a frequência esperada em pelo menos uma das caselas foi inferior a cinco, utilizou-se o Teste Exato de *Fisher*. Nesta etapa, adotou-se como critério de significância estatística o valor de $p \leq 0,200$ para eleger a variável independente que seria incluída na segunda etapa (modelagem). Para as variáveis numéricas empregou-se a comparação pareada de médias por meio do teste *t*, e também foi utilizado o mesmo critério de significância estatística para eleger a variável independente que seria incluída na modelagem (valor de $p \leq 0,200$).

Na segunda etapa da análise, empregaram-se, de acordo com as características dos desfechos, modelos de regressão com cada uma das suas dimensões ou domínios. Desta maneira, devido ao fato de que as dimensões qualidade de vida assumiram três categorias de respostas, e estas apresentam uma ordem hierárquica subjacente, optou-se pelo uso da regressão logística ordinal, assumindo o modelo de chances proporcionais¹⁸. O pressuposto do paralelismo das regressões foi testado por meio do teste de Wald¹⁹. Para a medida da independência funcional e para a Integração com a comunidade foi empregada a regressão logística múltipla.

Foram realizadas modelagens para ambos os sexos. O método de modelagem empregado em todos os casos foi *backward*, iniciando-se com modelos saturados e efetuando retiradas, uma a uma, de variáveis que apresentavam valor de $p > 0,05$. As retiradas de variáveis aconteciam de maneira ordenada, primeiro saindo a variável com o maior valor de *p*, e depois a seguinte com o sucessivo maior valor de *p*. A cada retirada, verificou-se a bondade do ajuste por meio do teste da razão de verossimilhança.

Como medida de associação, foram calculados os *Odds Ratio* OR e os seus respectivos intervalos de confiança a 95% (IC – 95%). As análises foram realizadas com o programa estatístico Stata® versão 14.0. O protocolo de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, e, após apreciação, foi aprovado (Parecer nº 249.611).

Resultados

Ao se analisar a distribuição das dimensões de qualidade de vida, de acordo com as demais variáveis, foi encontrada associação estatisticamente significativa entre diversas relações. Neste sentido, como pode ser visto na Tabela 1, destaca-se que 70,0% dos indivíduos que tiveram escore baixo para a dimensão aspectos físicos se envolveram em AT, ao passo que o envolvimento em AT se deu em 46,9% dos que apresentaram escore intermediário e em 45,4% dos que foram classificados como escore alto para esta dimensão (valor de $p = 0,007$). Ademais, com relação a este aspecto, houve distribuição semelhante para a dimensão dor e para o escore global de qualidade de vida.

No que concerne à variável sexo, só não foi possível identificar associação estatisticamente significativa com a dimensão capacidade funcional. Para as demais é possível notar predominância masculina entre os que tiveram escores classificados como baixos para as dimensões aspectos físicos (valor de $p = 0,173$), dor (valor de $p = 0,042$), estado geral de saúde (valor de $p = 0,003$), aspectos emocionais (valor de $p = 0,097$), saúde mental (valor de $p = 0,050$), além do escore geral (valor de $p < 0,001$). Nas dimensões vitalidade (valor de $p = 0,003$) e aspectos sociais (valor de $p = 0,001$) houve predominância feminina entre as pessoas que tiveram baixos escores para as respectivas dimensões de qualidade de vida.

Na Tabela 2 destaca-se que houve associação significativa entre cor da pele e as dimensões estado geral de saúde (valor de $p = 0,077$) e aspectos emocionais (valor de $p = 0,112$). No primeiro caso houve predominância de não brancos (74,0%) entre aqueles que tiveram baixos escores na dimensão, e, no segundo caso, 52,0% dos que apresentaram baixos escores de qualidade de vida para a dimensão eram brancos. No que se refere à escolaridade, nota-se que, embora tenha havido predominância de pessoas com até 11 anos de estudo entre os que tiveram baixos escores de qualidade de vida em todas as dimensões, houve associação estatisticamente significativa apenas nas dimensões capacidade funcional (valor de $p = 0,172$) e aspectos físicos (valor de $p = 0,120$).

Com relação à idade, conforme pode ser visto na Tabela 3, houve alguma diferença significativa entre as médias de idade de acordo com a classificação de qualidade de vida das dimensões capacidade funcional, vitalidade, aspectos emocionais e saúde mental. Além disso, não é possível identificar padrão algum que represente uniformidade de maiores ou menores médias de idade entre as categorias de resposta das dimensões de qualidade de vida. Por outro lado, no que se refere à quantidade de doenças, é possível identificar um padrão para todas as dimensões de qualidade de vida: a média de doenças é maior entre aqueles que foram classificados com baixos escores, comparados com os que apresentaram escores intermediários, e a média de doenças é menor entre os que exibiram altos escores. Neste sentido, houve significância estatística de pelo menos duas das três comparações feitas em todas as dimensões.

Na Tabela 4 são mostradas as associações entre os três componentes da MIF e as variáveis independentes. Destaca-se que, embora tenha havido significância estatística entre os três componentes e o envolvimento em AT, apenas no componente motor houve predominância de envolvimento em AT (87,5%) entre os que apresentaram escore menor que a mediana. No que se refere ao estado civil, percebe-se que 75,9% das pessoas que apresentaram escore da MIF total menor que a mediana viviam com companheiro (valor de $p = 0,034$), assim como 76,0% das pessoas que apresentaram escores menores que a mediana para o componente cognitivo da MIF (valor de $p = 0,039$).

Com relação à idade, houve significância estatística para o teste de diferença de médias, nos casos da MIF total e cognitiva. Em ambos os casos, as pessoas cujos escores foram classificados como abaixo da mediana apresentaram maiores médias de idade, quando comparadas com as pessoas que tiveram escores maiores ou iguais à mediana (valor de $p < 0,001$). Ao se analisar as diferenças das médias da quantidade de doenças, embora tenha havido uma tendência de maior número médio de doenças entre as pessoas com escore inferior à mediana nos três componentes da MIF, esta diferença só foi estatisticamente significativa para a MIF total (valor de $p = 0,007$) e cognitiva (valor de $p = 0,006$).

As associações entre a integração com a comunidade (domínios domiciliar, social e atividade produtiva) e as variáveis independentes podem ser vistas na Tabela 5. Cabe destacar que, para o domínio da integração domiciliar entre aqueles que

apresentaram escores menores que a mediana, 52,1% se envolveram em AT (valor de $p = 0,079$), e 84,2% é do sexo masculino (valor de $p < 0,001$). No caso do domínio integração social, entre os indivíduos que tiveram escores menores que a mediana, 70,4% tinha até 11 anos de estudo (valor de $p < 0,001$). No que se refere ao domínio atividade produtiva, entre as pessoas que tiveram escores abaixo da mediana, 50,6% é do sexo feminino (valor de $p = <0,001$) e 70,4% tinham até 11 anos de estudo (valor de $p = 0,014$).

Com relação à idade, ao se avaliar as diferenças de médias, houve diferenças estatisticamente significantes entre as categorias de integração comunitária nos seus três domínios. Em todos os casos a média da idade foi maior entre aqueles classificados no grupo de menores escores de integração com a comunidade. No que se refere à média da quantidade de doenças, só houve diferença (valor de $p = 0,016$) no domínio de atividade produtiva, no qual a quantidade média de doenças entre as pessoas com menores escores foi de 0,8 ($\pm 1,2$), ao passo que entre as que tiveram maiores escores a quantidade média de doenças foi de 0,5 ($\pm 0,8$).

Na Tabela 6 são apresentados os modelos finais de regressão logística ordinal para cada uma das dimensões de qualidade de vida de acordo com o sexo, bem como as razões de chance ajustadas pelas variáveis que permaneceram no modelo. Também são apresentados os intervalos de confiança a 95% – (IC –95%). É possível perceber que para a dimensão capacidade funcional entre as mulheres a coexistência de doenças apresentou OR = 0,48 (0,29 – 0,79), para que as pessoas tivessem escores de qualidade de vida classificados como intermediário ou alto, em comparação com os escores classificados como baixos. Para o sexo masculino, além da coexistência de doenças OR = 0,34 (0,23 – 0,49), ter 12 ou mais anos de estudo apresentou OR = 5,11 (1,59 – 16,43), ajustados pelas demais variáveis.

Para a dimensão aspectos físicos, entre os homens, ter se envolvido em AT – OR = 0,43 (0,22 – 0,83) –, ter 12 ou mais anos de estudo – OR = 2,76 (1,22 – 6,22) –, e a coexistência de doenças – OR = 0,62 (0,46 – 0,85) – influenciaram as chances dos indivíduos terem escores intermediários ou altos para esta dimensão, quando comparados com os que não se envolveram em AT, com os que têm até 11 anos de estudo e com os que não têm comorbidades. No caso do escore geral de qualidade de vida, o envolvimento em AT representou entre os homens um OR = 0,40 (0,21 –

0,76), e a coexistência de doenças representou $OR = 0,46$ ($0,33 - 0,64$), entre os homens, e $OR = 0,55$ ($0,35 - 0,86$), entre as mulheres.

De maneira semelhante, são mostrados na Tabela 7 os modelos finais de regressão logística para os componentes cognitivo, motor e total da MIF, de acordo com o sexo, bem como as razões de chance ajustadas pelas variáveis que permaneceram no modelo. Também são apresentados os intervalos de confiança a 95% - (IC -95%). Nota-se que, para o componente cognitivo, entre os homens, ter se envolvido em AT representou uma $OR = 3,90$ ($1,88 - 8,08$), para que as pessoas tivessem escores mais altos, quando comparadas com as que não se envolveram. Ainda para este componente, cada ano de idade adicional representou $OR = 0,96$ ($0,94 - 0,99$), entre os homens, e $OR = 0,94$ ($0,89 - 0,99$), entre as mulheres. Para a MIF total, entre os homens, o envolvimento em AT representou $OR = 3,42$ ($1,69 - 6,92$), e cada ano de idade adicional representou $OR = 0,96$ ($0,94 - 0,99$). Entre as mulheres, cada ano de idade adicional significou $OR = 0,95$ ($0,91 - 0,99$), e a coexistência de doenças revelou $OR = 0,58$ ($0,33 - 1,00$).

Na Tabela 8 são mostrados os modelos finais de regressão logística para a integração com a comunidade, nos seus domínios domiciliar, social e de atividade produtiva, de acordo com o sexo, bem como as razões de chance ajustadas pelas variáveis que permaneceram no modelo. Também são apresentados os intervalos de confiança a 95% - (IC - 95%). Para o domínio de integração domiciliar, não se observou razões de chance com significância estatística para quaisquer dos sexos. No que se refere ao domínio de integração social, somente entre as mulheres, ter 12 ou mais anos de escolaridade representou $OR = 8,62$ ($2,86 - 25,98$) de os indivíduos terem escores mais altos neste domínio. No que se refere ao domínio de integração com a atividade produtiva, observou-se que, entre os homens, ter 12 ou mais anos de escolaridade significou $OR = 3,07$ ($1,15 - 8,20$), e, entre as mulheres, representou $OR = 3,77$ ($1,41 - 10,07$). Para a coexistência de doenças, apenas entre os homens, cada doença adicional representou $OR = 0,56$ ($0,38 - 0,81$). Nota-se também que as razões de chance para o envolvimento em AT não apresentaram significância estatística com nenhum dos domínios da integração com a comunidade.

Discussão

As análises empreendidas abrangeram o entendimento das condições de saúde das pessoas, tendo em vista o envolvimento ou não em AT, sob três aspectos distintos: a qualidade de vida, a independência funcional e a integração com a comunidade. Do ponto de vista metodológico, destacam-se as vantagens da obtenção de informações populacionais em seguimento prospectivo. Do ponto de vista analítico, é interessante notar que a estratégia de modelagem de acordo com o sexo permitiu demonstrar diferenças nas medidas de associação, a ponto de algumas associações só se revelarem para um dos grupos.

No que se refere à qualidade de vida, interessante notar que, entre os homens, o envolvimento em AT foi um fator que indicou menores chances de estar classificado entre as categorias de qualidade de vida intermediária e alta para as dimensões aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade e qualidade de vida geral. Apesar de não ter havido significância estatística, entre os homens, nas demais dimensões, as medidas pontuais das razões de chance também apontaram para menores chances de classificações mais altas de qualidade de vida. Neste sentido, Bilgin, Mert e Sezgin (2012)²⁰, em estudo, também encontraram menores escores de qualidade de vida em diversas dimensões entre envolvidos em AT, quando comparados com indivíduos que não se envolveram.

A comparação com os controles permitiu demonstrar que o envolvimento em AT, mesmo em casos mais leves, contribuiu para a deterioração da qualidade de vida, sobretudo nos homens. É possível que esta diferença tenha sido detectada apenas nos homens devido à composição majoritariamente masculina da amostra de casos e controles, mas é presumível que exista também entre as mulheres. De fato, o envolvimento em AT implicou em menores patamares de qualidade de vida, embora os achados não tenham sido conclusivos para algumas dimensões.

Ao contrário, ter 12 ou mais anos de escolaridade, entre os homens, apresentou-se como um fator que indica maiores chances de ter maiores classificações dos escores de qualidade de vida, nas dimensões capacidade funcional e aspectos físicos. Estes dados não se coadunam com os achados de um estudo francês que seguiu 1168 vítimas de AT na França e não encontrou associação significativa entre a dor residual seis meses após o AT e o gênero e o nível educacional²¹. É plausível supor que a escolaridade tenha refletido as disparidades socioeconômicas e esteja ligada a questões como renda e acesso a bens de consumo,

que, em geral, determinam desfechos em saúde mais favoráveis quando comparados com grupos menos favorecidos economicamente.

No presente estudo, as comorbidades foram o determinante mais consistente para as menores chances de ter escores de qualidade de vida entre as maiores classificações, em todas as dimensões de qualidade de vida entre os homens, e nas dimensões capacidade funcional, aspectos físicos, estado geral de saúde, vitalidade e qualidade de vida geral entre as mulheres. Com efeito, o estado de saúde prévio tem sido reportado como importante preditor para vários desfechos relacionados à saúde^{22, 23}.

Especificamente no que se refere à qualidade de vida, em que pese tratar-se de um conceito multidimensional complexo, que leva em consideração “as percepções do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”²⁴, o que se revela como uma oportunidade de avaliar diversos aspectos relacionados às condições de vida e saúde, por outro lado, mostra-se pouco permeável à objetividade inferencial. A despeito disto, Gopinath e colaboradores (2015)²⁵, em estudo longitudinal com pessoas que se envolveram em AT, encontraram que os escores de qualidade de vida se mostraram importantes preditores do retorno às atividades produtivas em 24 meses.

As características do recrutamento e seguimento deste estudo, de base populacional, certamente levou à seleção de casos menos graves do que os desenhos que recrutaram e seguiram pessoas que foram hospitalizadas devido ao envolvimento em AT. Desta maneira, as comparações que foram realizadas no estudo se referem ao envolvimento ou não envolvimento de pessoas seguidas na mesma coorte. Ainda assim, foram encontrados resultados expressivos no que diz respeito ao papel desempenhado pelo envolvimento em AT como determinante de baixos escores de qualidade de vida nas diversas dimensões, sobretudo entre os homens.

Em um estudo Cubí-Mollá e Herrero (2012)²⁶ verificaram reduções na qualidade de vida em três grupos de pessoas lesionadas por AT (gravemente lesionados, levemente lesionados, e lesionados independente da gravidade), e encontraram que as maiores perdas em saúde, medida pela qualidade de vida, se deu no grupo de pessoas gravemente lesionadas, e que no grupo de lesionados leves não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes. De maneira semelhante,

Lugo e colaboradores ²⁷, em um estudo de coorte conduzido em nove hospitais de Medelin, também encontraram associação da incapacidade e da qualidade de vida com o envolvimento em acidentes de trânsito de maior gravidade. Neste caso as dimensões mais afetadas foram aspectos físicos, dor, e aspectos emocionais.

No que se refere à funcionalidade, para os três componentes avaliados da MIF, além da importância que se pode atribuir ao envolvimento em AT e à presença de comorbidades, destaca-se a idade como um fator que determinou menores chances de ser classificado com maiores escores de MIF total e cognitiva. Ao contrário do que aconteceu com a qualidade de vida, para a funcionalidade, o envolvimento em AT significou maiores chances de ser classificado com maiores escores da MIF total e cognitiva. Embora isto mereça mais estudos específicos, parece que o grau de independência funcional no grupo investigado estava mais ligado à idade e à presença de outras doenças. Ressalta-se, neste aspecto, que o instrumento utilizado é muito sensível à quantidade de ajuda necessária para o desempenho de atividades da vida diária, porém não consegue captar as adaptações que os indivíduos desenvolvem para desempenhar as atividades. Apesar disso, Malta e colaboradores (2016) ²⁸, utilizando dados da pesquisa nacional de saúde, estimaram que, entre as pessoas que se envolveram em AT, 15,1% tiveram alguma sequela ou incapacidade decorrente.

No que diz respeito à integração com a comunidade, o achado mais interessante, certamente, foi não ter encontrado diferenças entre as pessoas que se envolveram em AT e as que não se envolveram. Provavelmente, para os domínios de integração domiciliar e integração social, o envolvimento em AT e uma possível maior permanência no domicílio em decorrência do AT tenham contribuído para que os indivíduos tenham se integrado de maneira mais efetiva. Com relação ao domínio de integração com a atividade produtiva, é possível que o determinante mais importante seja o nível de escolaridade, que acaba motivando as relações de trabalho e emprego em ambientes marcados pela desigualdade social.

Os achados do estudo indicam uma contribuição no sentido de agregar outras dimensões às tradicionais avaliações das condições de saúde de pessoas que sofreram e se envolveram em AT. Algumas iniciativas internacionais têm chamado a atenção para a necessidade da criação e implementação de sistemas mais eficazes de monitoramento dos AT, com disponibilização e dados padronizados, e em curto

prazo de tempo, como estratégia de integração com os sistemas nacionais de dados em saúde, melhorando os esforços para a sua prevenção^{29, 30}.

Neste sentido, acredita-se que, apesar de a gravidade do AT ser um importante preditor do estado funcional e da saúde geral posterior, certamente é proveitoso incorporar o monitoramento de condições de saúde que ultrapassem as tradicionais medidas de morbidade hospitalar, levando em consideração a funcionalidade, a qualidade de vida, a integração com a comunidade ou outros que se mostrarem eficientes. É possível que algumas nuances importantes possam ser reveladas e distinguidas no que se refere ao estado de saúde, mesmo entre os casos de AT com menor gravidade. Este conhecimento é potencialmente útil para o entendimento e planejamento das respostas e ações de saúde na direção de mitigar os efeitos deletérios dos acidentes de trânsito.

Referências

1. World Health Organization. Injuries and violence: the facts 2014. Geneva: Department for the Management of Noncommunicable Diseases, Disability, Violence and Injury Prevention; 2014.
2. Murray CJL, cjlm@uw.edu, Institute for Health Metrics and Evaluation S, WA, USA, Vos T, School of Population Health B, QLD, Australia, Lozano R, et al. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*. 2012;380(9859):2197-223.
3. Berg HY, Ifver J, Hasselberg M. Public health consequences of road traffic injuries – Estimation of seriously injured persons based on risk for permanent medical impairment. *Transportation Research Part F: Traffic Psychology and Behaviour*. 2016;38:1-6.
4. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Revista Brasileira de Reumatologia*. 1999;39(3):5.
5. Ware Jr. JE, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. SF-36 Health Survey Manual and Interpretation Guide. Boston: The Health Institute New England Medical Center; 1993.
6. Laguardia J, Campos MR, Travassos C, Najar AL, Anjos LAd, Vasconcellos MM. Brazilian normative data for the Short Form 36 questionnaire, version 2. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2013;16:889-97.

7. Riberto M, Miyazaki MH, Jucá SSH, Sakamoto H, Pinto PPN, Battistella LR. Validação da Versão Brasileira da Medida de Independência Funcional. *Revista Acta Fisiátrica* [Internet]. 2004; 11(2):[72-6 pp.].
8. Riberto M, Miyazaki MH, Jorge Filho D, Sakamoto H, Battistella LR. Reprodutibilidade da versão brasileira da Medida de Independência Funcional. *Revista Acta Fisiátrica* [Internet]. 2001; 8(1).
9. Cohen ME, Marino RJ. The tools of disability outcomes research functional status measures. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2000;81:S21-S9.
10. Wilier B, Ottenbacher KJ, Coad ML. THE COMMUNITY INTEGRATION QUESTIONNAIRE: A Comparative Examination. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*. 1994;73(2).
11. Kaplan CP. Community Integration Questionnaire for Patients with Brain Tumor: A Comparative Study. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*. 2000;79(3).
12. Dalemans RJ, De Witte LP, Beurskens AJ, Van Den Heuvel WJ, Wade DT. An investigation into the social participation of stroke survivors with aphasia. *Disabil Rehabil*. 2010;32(20):1678-85.
13. Wachelder EM, Moulaert VRMP, van Heugten C, Verbunt JA, Bekkers SCAM, Wade DT. Life after survival: Long-term daily functioning and quality of life after an out-of-hospital cardiac arrest. *Resuscitation*. 2009;80(5):517-22.
14. McNaughton HK, Weatherall M, McPherson KM. Functional Measures Across Neurologic Disease States: Analysis of Factors in Common. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2005;86(11):2184-8.
15. Esselman PC, Ptacek JT, Kowalske K, Cromes GF, deLateur BJ, Engrav LH. Community Integration after Burn Injuries. *Journal of Burn Care & Research*. 2001;22(3).
16. Fraga-Maia HMS, Werneck G, Dourado I, Fernandes RdCP, Brito LL. Translation, adaptation and validation of "Community Integration Questionnaire". *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015;20:1341-52.
17. Dijkers M. The Community Integration Questionnaire: The Center for Outcome Measurement in Brain Injury; 2000.
18. Abreu MNS, Siqueira AL, Caiaffa WT. Regressão logística ordinal em estudos epidemiológicos. *Revista de Saúde Pública*. 2009;43:183-94.
19. Eluru N, Yasmin S. A note on generalized ordered outcome models. *Analytic Methods in Accident Research*. 2015;8:1-6.
20. Bilgin NG, Mert E, Sezgin M. Evaluation of the effects of disabilities due to traffic accidents on the quality of life using SF-36 health survey. *Acta Orthopaedica et Traumatologica Turcica*; Vol 46, No 3 (2012). 2012.

21. Hours M, Bernard M, Charnay P, Chossegros L, Javouhey E, Fort E, et al. Functional outcome after road-crash injury: Description of the ESPARR victims cohort and 6-month follow-up results. *Accident Analysis & Prevention*. 2010;42(2):412-21.
22. Langley J, Davie G, Wilson S, Lilley R, Ameratunga S, Wyeth E, et al. Difficulties in Functioning 1 Year After Injury: The Role of Preinjury Sociodemographic and Health Characteristics, Health Care and Injury-Related Factors. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2013;94(7):1277-86.
23. Wilson R, Derrett S, Hansen P, Langley J. Retrospective evaluation versus population norms for the measurement of baseline health status. *Health Qual Life Outcomes*. 2012;10(1):68.
24. Fleck MPdA. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2000;5:33-8.
25. Gopinath B, Jagnoor J, Harris IA, Nicholas M, Casey P, Blyth F, et al. Prognostic indicators of social outcomes in persons who sustained an injury in a road traffic crash. *Injury*. 2015;46(5):909-17.
26. Cubí-Mollá P, Herrero C. Quality of life lost due to non-fatal road traffic injuries. *Health Economics*. 2012;21(5):528-50.
27. Lugo LH, García HI, Cano BC, Arango JC, Alcaraz OL. Multicentric study of epidemiological and clinical characteristics of persons injured in motor vehicle accidents in Medellín, Colombia, 2009-2010. *Colombia Médica*. 2013;44:100-7.
28. Malta DC, Andrade SSCdA, Gomes N, Silva MMAd, Morais Neto OLd, Reis AACd, et al. Lesões no trânsito e uso de equipamento de proteção na população brasileira, segundo estudo de base populacional. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2016;21:399-410.
29. Mohammadi A, Ahmadi M, Gharagozlu A. Developing a minimum data set for an information management system to study traffic accidents in Iran. *Iranian Red Crescent medical journal*. 2016.
30. Mahmud AR, Zarrinbashar E. Intelligent GIS-Based Road Accident Analysis and Real-Time Monitoring Automated System using WiMAX/GPRS. *International Journal of Engineering*. 2008;2(1):1-7.

Tabela 1: Associação entre as dimensões de Qualidade de Vida e o envolvimento em AT, o sexo e o estado civil. Casos e controles em acompanhamento. Jequié-BA, 2013 - 2015.

	Envolvimento em AT		Valor de p*	Sexo		Valor de p*	Estado Civil		Valor de p*
	Não n = 138	Sim n = 138		Fem n = 88	Masc n = 188		Vivendo com companheiro n = 182	Vivendo sem companheiro n = 94	
Dimensões da QV									
Capacidade Funcional			0,110			0,551			0,801
Baixa n (%)	13 (34,2)	25 (65,8)		15 (39,5)	23 (60,5)		25 (65,8)	13 (34,2)	
Intermediária n (%)	14 (56,0)	11 (44,0)		8 (32,0)	17 (68,0)		15 (60,0)	10 (40,0)	
Alta n (%)	111 (52,1)	102 (47,9)		65 (30,5)	148 (69,5)		142 (66,7)	71 (33,3)	
Aspectos Físicos			0,007			0,173			0,232
Baixa n (%)	15 (30,0)	35 (70,0)		12 (24,0)	38 (76,0)		30 (60,0)	20 (40,0)	
Intermediária n (%)	17 (53,1)	15 (46,9)		14 (43,7)	18 (56,3)		25 (78,1)	7 (21,9)	
Alta n (%)	106 (54,6)	88 (45,4)		62 (32,0)	132 (68,0)		127 (64,5)	67 (34,5)	
Dor			0,042			0,042			0,534
Baixa n (%)	42 (40,8)	61 (59,2)		41 (39,8)	62 (60,2)		65 (63,1)	38 (36,9)	
Intermediária n (%)	36 (60,0)	24 (40,0)		20 (33,3)	40 (66,7)		43 (71,7)	17 (28,3)	
Alta n (%)	60 (53,1)	53 (46,9)		27 (23,9)	86 (76,1)		74 (65,5)	39 (34,5)	
Estado Geral de Saúde			0,116			0,003			0,866
Baixa n (%)	32 (43,2)	42 (56,8)		37 (45,7)	44 (54,3)		47 (63,5)	27 (36,5)	
Intermediária n (%)	49 (47,1)	55 (52,9)		29 (30,2)	67 (69,8)		69 (66,3)	35 (33,7)	
Alta n (%)	57 (58,2)	41 (41,8)		22 (22,2)	77 (77,8)		66 (67,3)	32 (32,7)	
Vitalidade			0,014			0,003			0,057
Baixa n (%)	34 (42,0)	47 (58,0)		18 (60,0)	12 (40,0)		60 (74,1)	21 (25,9)	
Intermediária n (%)	43 (44,8)	53 (55,2)		8 (21,6)	29 (78,4)		55 (57,3)	41 (42,7)	
Alta n (%)	61 (61,6)	38 (38,4)		62 (29,7)	147 (70,3)		67 (67,7)	32 (32,3)	
Aspectos Sociais			0,903			0,001			0,102
Baixa n (%)	16 (53,3)	14 (46,7)		18 (60,0)	12 (40,0)		18 (60,0)	12 (40,0)	
Intermediária n (%)	19 (51,3)	18 (48,7)		8 (21,6)	29 (78,4)		30 (81,1)	7 (18,9)	
Alta n (%)	103 (49,3)	106 (50,7)		62 (29,7)	147 (70,3)		134 (64,1)	75 (35,9)	
Aspectos Emocionais			0,434			0,097			0,614
Baixa n (%)	10 (40,0)	15 (60,0)		11 (44,0)	14 (56,0)		16 (64,0)	9 (36,0)	
Intermediária n (%)	14 (58,3)	10 (41,7)		11 (45,8)	13 (54,2)		18 (75,0)	6 (25,0)	
Alta n (%)	114 (50,2)	113 (49,8)		66 (29,1)	161 (70,9)		148 (65,2)	79 (34,8)	
Saúde Mental			0,161			0,050			0,909
Baixa n (%)	12 (35,3)	22 (64,7)		14 (41,2)	20 (58,8)		23 (67,6)	11 (32,4)	
Intermediária n (%)	41 (54,7)	34 (45,3)		30 (40,0)	45 (60,0)		48 (64,0)	27 (36,0)	
Alta n (%)	85 (50,9)	82 (49,1)		44 (26,3)	123 (73,7)		111 (66,5)	56 (33,5)	
QV Geral			0,028			<0,001			0,538
Baixa n (%)	9 (28,1)	23 (71,9)		9 (28,1)	23 (71,9)		20 (62,5)	12 (37,5)	
Intermediária n (%)	40 (50,6)	39 (49,4)		40 (50,6)	39 (49,4)		56 (70,9)	23 (29,1)	
Alta n (%)	89 (53,9)	76 (46,1)		39 (23,6)	126 (76,4)		106 (64,2)	59 (35,8)	

*Teste qui quadrado de Pearson.

Tabela 2: Associação entre as dimensões de Qualidade de Vida e a cor da pele, a escolaridade, o consumo de bebidas alcoólicas e o uso do celular ao dirigir. Casos e controles em acompanhamento. Jequié-BA, 2013 - 2015.

	Cor da pele		Valor de p*	Escolaridade		Valor de p*	Consumo de beb. alcoól.		Valor de p*	Uso do celular ao dirigir		Valor de p*
	Branca n = 92	Não branca n = 184		Até 11 anos de estudo n = 165	12 ou mais anos de estudo n = 111		Não	Sim		Não n = 188	Sim n = 88	
Dimensões da QV												
Capacidade Funcional			0,394			0,172			0,229			0,036
Baixa n (%)	9 (23,7)	29 (76,3)		26 (68,4)	12 (31,6)		22 (57,9)	16 (42,1)		32 (84,2)	6 (15,8)	
Intermediária n (%)	9 (36,0)	16 (64,0)		18 (72,0)	7 (28,0)		15 (60,0)	10 (40,0)		19 (76,0)	6 (24,0)	
Alta n (%)	74 (34,7)	139 (65,3)		121 (56,8)	92 (43,2)		99 (46,5)	114 (53,5)		137 (64,3)	76 (35,7)	
Aspectos Físicos			0,971			0,120			0,308			0,493
Baixa n (%)	16 (32,0)	34 (68,0)		36 (72,0)	14 (28,0)		29 (58,0)	21 (42,0)		37 (74,0)	13 (26,0)	
Intermediária n (%)	11 (34,4)	21 (65,6)		20 (62,5)	12 (37,5)		17 (53,1)	15 (46,9)		23 (71,9)	9 (28,1)	
Alta n (%)	65 (33,5)	129 (66,5)		109 (56,2)	85 (43,8)		90 (46,4)	104 (53,6)		128 (66,0)	66 (34,0)	
Dor			0,928			0,484			0,264			0,187
Baixa n (%)	33 (32,0)	70 (68,0)		66 (64,1)	37 (35,9)		9 (50,0)	9 (50,0)		15 (83,3)	3 (16,7)	
Intermediária n (%)	20 (33,3)	40 (66,7)		33 (55,0)	27 (45,0)		48 (56,5)	37 (43,5)		61 (71,8)	24 (28,2)	
Alta n (%)	39 (34,5)	74 (65,5)		66 (58,4)	47 (41,6)		79 (45,7)	94 (54,3)		112 (64,7)	61 (35,3)	
Estado Geral de Saúde			0,077			0,729			0,761			0,222
Baixa n (%)	17 (23,0)	57 (74,0)		47 (63,5)	27 (36,5)		39 (52,7)	35 (47,3)		56 (75,7)	18 (24,3)	
Intermediária n (%)	37 (35,6)	67 (64,4)		60 (47,7)	44 (42,3)		49 (47,1)	55 (52,9)		66 (63,5)	38 (36,5)	
Alta n (%)	38 (38,8)	60 (61,2)		58 (59,2)	40 (40,8)		48 (49,0)	50 (51,0)		66 (67,3)	32 (32,7)	
Vitalidade			0,271			0,899			0,354			0,097
Baixa n (%)	25 (30,9)	56 (69,1)		50 (61,7)	31 (38,3)		45 (55,6)	36 (44,4)		61 (75,3)	20 (24,7)	
Intermediária n (%)	28 (29,2)	68 (70,8)		56 (58,3)	40 (41,7)		43 (44,8)	53 (55,2)		58 (60,4)	38 (39,6)	
Alta n (%)	39 (39,4)	60 (60,6)		59 (59,6)	40 (40,4)		48 (48,5)	51 (51,5)		69 (69,7)	30 (30,3)	
Aspectos Sociais			0,654			0,225			0,146			0,566
Baixa n (%)	11 (36,7)	19 (63,3)		20 (66,7)	10 (33,3)		18 (60,0)	12 (40,0)		23 (76,7)	7 (23,3)	
Intermediária n (%)	10 (27,0)	27 (73,0)		26 (70,3)	11 (29,7)		22 (59,5)	15 (40,5)		25 (67,6)	12 (32,4)	
Alta n (%)	71 (34,0)	138 (66,0)		119 (56,9)	90 (43,1)		96 (45,9)	113 (54,1)		140 (67,0)	69 (33,0)	
Aspectos Emocionais			0,112			0,437			0,009			0,205
Baixa n (%)	13 (52,0)	12 (48,0)		16 (64,0)	9 (36,0)		11 (44,0)	14 (56,0)		18 (72,0)	7 (28,0)	
Intermediária n (%)	7 (29,2)	17 (70,8)		17 (70,8)	7 (29,2)		19 (79,2)	5 (20,8)		20 (83,3)	4 (16,7)	
Alta n (%)	72 (31,7)	155 (68,3)		132 (58,1)	95 (41,9)		106 (46,7)	121 (53,3)		150 (66,1)	77 (33,9)	
Saúde Mental			0,251			0,518			0,422			0,283
Baixa n (%)	9 (26,5)	25 (73,5)		23 (67,6)	11 (32,4)		18 (52,9)	16 (47,1)		25 (76,5)	8 (23,5)	
Intermediária n (%)	21 (28,0)	54 (71,0)		46 (61,3)	29 (38,7)		41 (54,7)	34 (45,3)		54 (72,0)	21 (28,0)	
Alta n (%)	62 (37,1)	105 (62,9)		96 (57,5)	71 (42,5)		77 (46,1)	90 (53,9)		108 (64,7)	59 (35,3)	
QV Geral			0,553			0,411			0,125			0,150
Baixa n (%)	8 (25,0)	24 (75,0)		22 (68,7)	10 (31,3)		18 (56,2)	14 (43,8)		24 (75,0)	8 (25,0)	
Intermediária n (%)	28 (35,4)	51 (64,6)		49 (62,0)	30 (38,0)		45 (57,0)	34 (43,0)		59 (74,7)	20 (25,3)	
Alta n (%)	56 (33,9)	109 (66,1)		94 (57,0)	71 (43,0)		73 (44,2)	92 (55,8)		105 (63,6)	60 (36,4)	

*Teste qui quadrado de Pearson.

Tabela 3: Média e desvio padrão da idade e da quantidade de doenças, de acordo com as dimensões de qualidade de vida. Casos e controles em acompanhamento. Jequié-BA, 2013 - 2015.

	Média	Desvio padrão	Idade			Média	Desvio padrão	Doenças		
			Comparações – valor de p*					Comparações – valor de p*		
			Intermediária X Baixa	Alta X Baixa	Alta X Intermediária			Intermediária X Baixa	Alta X Baixa	Alta X Intermediária
Dimensões da QV										
Capacidade Funcional			0,162	0,002	0,378			< 0,001	< 0,001	0,007
Baixa	47,1	2,3				1,7	0,1			
Intermediária	41,9	2,9				0,9	0,2			
Alta	39,2	1,0				0,4	0,6			
Aspectos Físicos			0,838	0,762	0,621			0,042	< 0,001	0,295
Baixa	41,0	2,1				1,1	0,1			
Intermediária	41,6	2,6				0,7	0,2			
Alta	40,3	1,0				0,5	0,1			
Dor			0,896	0,321	0,476			0,006	< 0,001	0,503
Baixa	39,7	1,4				0,9	0,1			
Intermediária	40,0	1,9				0,5	0,1			
Alta	41,7	1,4				0,4	0,1			
Estado Geral de Saúde			0,745	0,532	0,739			< 0,001	< 0,001	0,395
Baixa	41,3	1,7				1,1	0,1			
Intermediária	40,6	1,4				0,5	0,1			
Alta	39,9	1,5				0,4	0,1			
Vitalidade			0,820	0,069	0,033			0,014	< 0,001	0,255
Baixa	39,3	1,6				0,9	0,1			
Intermediária	38,8	1,5				0,6	0,1			
Alta	43,3	1,5				0,4	0,1			
Aspectos Sociais			0,474	0,562	0,725			0,994	0,068	0,047
Baixa	39,0	2,7				0,9	0,2			
Intermediária	41,5	2,4				0,9	0,2			
Alta	40,6	1,0				0,5	0,1			
Aspectos Emocionais			0,031	0,602	0,019			0,078	0,002	0,523
Baixa	38,5	2,9				1,2	0,2			
Intermediária	47,4	3,0				0,7	0,2			
Alta	40,1	1,0				0,5	0,1			
Saúde Mental			0,258	0,754	0,036			0,049	0,010	0,562
Baixa	41,0	2,5				1,0	0,2			
Intermediária	37,6	1,7				0,6	0,1			
Alta	41,8	1,1				0,5	0,1			
QV Geral			0,513	0,359	0,769			< 0,001	< 0,001	0,038
Baixa	42,7	2,6				1,5	0,2			
Intermediária	40,7	1,6				0,7	0,1			
Alta	40,1	1,1				0,4	0,1			

*Teste t Student.

Tabela 4: Associações entre os componentes da MIF e o envolvimento em AT, o sexo, o estado civil, a cor da pele, a escolaridade, o consumo de bebidas alcoólicas e o uso do celular enquanto dirige, idade e doenças. Casos e controles em acompanhamento. Jequié-BA, 2013 - 2015.

Variáveis	MIF total		Valor de p*	MIF motora		Valor de p*	MIF cognitiva		Valor de p*
	Menor que a mediana n (%)	Maior igual à mediana n (%)		Menor que a mediana n (%)	Maior igual à mediana n (%)		Menor que a mediana n (%)	Maior igual à mediana n (%)	
Envolvimento em AT			<0,001			0,066**			<0,000
Não n = 136	54 (68,3)	82 (42,0)		1 (12,5)	135 (50,8)		53 (70,7)	83 (41,8)	
Sim n = 138	25 (31,7)	113 (58,0)		7 (87,5)	131 (49,2)		22 (29,3)	116 (58,2)	
Sexo			0,275			0,442**			0,301
Feminino n = 86	21 (26,6)	65 (33,4)		1 (2,6)	85 (31,9)		20 (26,7)	66 (33,2)	
Masculino n = 188	58 (73,4)	130 (66,6)		7 (87,5)	181 (68,1)		55 (73,3)	133 (66,8)	
Estado civil			0,034			0,722**			0,039
Vivendo com companheiro n = 182	60 (75,9)	122 (62,6)		6 (75,0)	176 (66,1)		57 (76,0)	125 (66,8)	
Vivendo sem companheiro n = 92	19 (24,1)	73 (37,4)		2 (25,0)	90 (33,9)		18 (24,0)	74 (37,2)	
Cor da pele			0,485			0,722**			0,602
Branca n = 92	29 (36,8)	63 (32,4)		2 (25,0)	90 (33,8)		27 (36,0)	65 (32,6)	
Não branca n = 182	50 (63,2)	132 (67,6)		6 (75,0)	176 (66,2)		48 (64,0)	134 (67,4)	
Escolaridade			0,641			0,718**			0,560
Até 11 anos de estudo n = 164	49 (62,0)	115 (58,9)		4 (50,0)	160 (60,1)		47 (62,6)	117 (58,8)	
12 ou mais n = 110	30 (38,0)	80 (41,1)		4 (50,0)	106 (39,9)		28 (37,4)	82 (41,2)	
Consumo de bebida alcoólica			0,984			1**			0,777
Não n = 135	39 (49,3)	96 (49,2)		4 (50,0)	131 (49,3)		38 (50,6)	97 (48,7)	
Sim = 139	40 (50,7)	99 (50,8)		4 (50,0)	135 (50,7)		37 (49,4)	102 (51,3)	
Uso de celular enquanto dirige			0,275			1**			0,301
Não n = 188	58 (73,5)	130 (66,6)		6 (75,0)	182 (68,4)		55 (73,3)	133 (66,8)	
Sim n = 86	21 (26,5)	65 (33,4)		2 (25,0)	84 (31,6)		20 (26,7)	66 (33,2)	
Idade			<0,001***			0,721***			<0,001***
Média	47,8	37,8		42,5	46,6		48,2	37,8	
Desvio Padrão	14,5	13,5		14,6	14,5		14,2	13,6	
Doenças			0,007****			0,218****			0,006****
Média	0,9	0,5		1,5	0,6		0,9	0,5	
Desvio Padrão	1,2	0,9		1,9	0,9		1,2	0,9	

* Qui quadrado de Pearson

** Teste Exato de Fisher

*** Teste T para variâncias iguais

**** Teste T para variâncias desiguais

Tabela 5: Associações entre os domínios da CIQ e o envolvimento em AT, o sexo, o estado civil, a cor da pele, a escolaridade, o consumo de bebidas alcoólicas e o uso do celular enquanto dirige, idade e doenças. Casos e controles em acompanhamento. Jequié-BA, 2013 - 2015.

Variáveis	Integração domiciliar		Valor de p*	CIQ Integração social		Valor de p*	Atividade produtiva		Valor de p*
	Menor que a mediana n (%)	Maior igual à mediana n (%)		Menor que a mediana n (%)	Maior igual à mediana n (%)		Menor que a mediana n (%)	Maior igual à mediana n (%)	
Envolvimento em AT			0,079			0,941			0,560
Não n = 138	79 (47,9)	59 (59,0)		70 (51,8)	68 (52,3)		40 (49,4)	98 (53,3)	
Sim n = 127	86 (52,1)	41 (41,0)		65 (48,2)	62 (47,7)		41 (50,6)	86 (46,7)	
Sexo			< 0,001			0,385			< 0,001
Feminino n = 87	26 (15,8)	61 (61,0)		41 (30,4)	46 (35,4)		40 (49,4)	47 (25,5)	
Masculino n = 178	139 (84,2)	39 (39,0)		94 (69,6)	84 (64,6)		41 (50,6)	137 (74,5)	
Estado civil			0,860			0,259			0,540
Vivendo com companheiro n = 174	109 (66,1)	65 (65,0)		93 (68,9)	81 (62,3)		51 (63,0)	123 (66,8)	
Vivendo sem companheiro n = 91	56 (33,9)	35 (35,0)		42 (31,1)	49 (37,7)		30 (37,0)	61 (33,2)	
Cor da pele			0,247			0,671			0,145
Branca n = 91	61 (37,0)	30 (30,0)		48 (35,6)	43 (33,1)		33 (40,7)	58 (31,5)	
Não branca n = 174	104 (63,0)	70 (70,0)		87 (64,4)	87 (66,9)		48 (59,3)	126 (68,5)	
Escolaridade			0,403			< 0,001			0,014
Até 11 anos de estudo n = 157	101 (61,2)	56 (56,0)		95 (70,4)	62 (47,7)		57 (70,4)	100 (54,3)	
12 ou mais n = 108	64 (38,8)	44 (44,0)		40 (29,6)	68 (52,3)		24 (29,6)	84 (45,7)	
Consumo de bebida alcoólica			0,198			0,192			0,007
Não n = 127	74 (44,8)	53 (53,0)		70 (51,8)	57 (43,8)		49 (60,5)	78 (42,4)	
Sim n = 138	91 (55,2)	47 (47,0)		65 (48,2)	73 (56,2)		32 (39,5)	106 (57,6)	
Uso de celular enquanto dirige			0,984			0,097			0,002
Não n = 180	112 (67,9)	68 (68,0)		98 (72,6)	82 (63,1)		66 (81,5)	114 (62,0)	
Sim n = 85	53 (32,1)	32 (32,0)		37 (27,4)	48 (36,9)		15 (18,5)	70 (38,0)	
Idade			0,028***			0,055**			0,029***
Média	41,8	38,0		42,0	38,6		43,6	38,9	
Desvio Padrão	15,6	12,3		14,3	14,6		16,8	13,2	
Doenças			0,717**			0,365**			0,016**
Média	0,6	0,6		0,6	0,5		0,8	0,5	
Desvio Padrão	1,0	0,9		1,0	0,9		1,2	0,8	

* Qui quadrado de *Pearson*

** Teste T para variâncias iguais

*** Teste T para variâncias desiguais

Tabela 7: Modelos finais de regressão logística para os componentes da MIF de acordo com o sexo, OR ajustadas e intervalos de confiança a 95% - (IC -95%). Casos e controles em acompanhamento. Jequié-BA, 2013 - 2015.

	Medida da Independência Funcional			
	Componente Cognitivo		Componente Motor	
	Menor que a mediana	Feminino Maior ou igual à mediana OR (IC - 95%)	Menor que a mediana	Masculino Maior ou igual à mediana OR (IC - 95%)
Medida da Independência Funcional Total				
Envolvimento em AT no seguimento				
Sim	1	2,67 (0,82 – 8,76)	1	3,90 (1,88 – 8,08)
Idade (cada ano adicional)	1	0,94 (0,89 – 0,99)	1	0,96 (0,94 – 0,99)
Doenças (cada doença adicional)	1	0,60 (0,34 – 1,05)	1	0,82 (0,59 – 1,16)
Envolvimento em AT no seguimento				
Sim	-	-	1	0,17 (0,02 – 1,49)
Doenças (cada doença adicional)	1	0,84 (0,19 – 3,77)	1	0,55 (0,33 – 0,92)
Envolvimento em AT no seguimento				
Sim	1	2,18 (0,71 – 6,74)	1	3,42 (1,69 – 6,92)
Idade (cada ano adicional)	1	0,95 (0,91 – 0,99)	1	0,96 (0,94 – 0,99)
Doenças (cada doença adicional)	1	0,58 (0,33 – 1,00)	1	0,86 (0,62 – 1,21)

5.2.3 Artigo 3 - Uso dos serviços de saúde após acidente de trânsito e qualidade de vida em condutores – estudo longitudinal de base populacional.

Introdução

Os Acidentes de Trânsito (AT), além de estarem associados à mortalidade relativamente alta, contribuem para a ocorrência de lesões corporais e outros agravos à saúde, que afetam a qualidade de vida.

O envolvimento em AT, quando afeta a saúde, gera um grande espectro de necessidades de saúde, que variam desde o atendimento por serviços de urgência pré-hospitalar ou aquisição de medicamentos, até a utilização de unidades de terapia intensiva, realização de cirurgia ou reabilitação. Além disso, existem casos cujas lesões decorrentes do AT não demandam acesso aos serviços de saúde. Com efeito, estima-se que a carga de danos à saúde causados por incapacidade é maior do que a causada pelas mortes, e que os casos de lesões que não necessitam de hospitalização correspondem a dois terços do total de anos perdidos por incapacidade ¹.

No que se refere às internações hospitalares, no Brasil, entre os anos de 2008 e 2013, o número de hospitalizações em decorrência de lesões provocadas por AT aumentou 79,3%, tendo atingido a marca de 170.805 internações no ano de 2013 ². Quanto aos óbitos causados por AT, foram registrados 42.266, em 2013, o que representa crescimento de 10,4% no período desde 2008 ³. Apesar deste crescimento, existe uma relativa escassez de estudos brasileiros que investigam os problemas de saúde decorrentes dos AT e as suas relações com o uso dos serviços de saúde. É possível que esta carência decorra das exigências metodológicas impostas pela necessidade da abordagem populacional com desenho prospectivo.

Ademais, os agravos à saúde provocados pelos AT têm influência sobre a qualidade de vida das pessoas, revelando seus efeitos em diversas dimensões. Neste sentido, além do dano direto ocasionado por uma lesão corporal, as pessoas podem ser afetadas em sua capacidade funcional, ter dor residual, ou ainda sofrer impactos relativos às questões sociais, emocionais e mentais.

Este estudo teve como objetivo estimar a magnitude da associação entre a utilização dos serviços de saúde em decorrência do envolvimento em AT e a qualidade de vida dos indivíduos afetados.

Metodologia

Estudo de coorte de base populacional, que investigou condutores de veículos motorizados terrestres, domiciliados na zona urbana do município de Jequié–BA. A população foi composta pelos casos incidentes de envolvimento em AT do grupo de pessoas em acompanhamento ao longo de vinte meses.

Este estudo fez parte de uma pesquisa mais abrangente – Pesquisa Saúde & Trânsito – desenvolvida pelo Núcleo de Estudos em Saúde e trânsito – NESTran. Outros aspectos relativos ao trânsito e suas interfaces com a saúde foram investigados oportunamente em estudos distintos.

Os participantes desse estudo foram 129 condutores que se envolveram em AT, no período compreendido entre novembro de 2013 e junho de 2015. A detecção do envolvimento em AT se deu por meio do acompanhamento sistemático, que envolveu contatos telefônicos a cada quatro meses. Nos contatos telefônicos, quando o participante informava o envolvimento em AT, era agendada uma visita ao domicílio e procedia-se à entrevista referente ao AT. As entrevistas foram realizadas por estudantes de graduação da área de saúde, devidamente treinados e calibrados.

O instrumento utilizado para as entrevistas foi estruturado em blocos de questões que caracterizavam o AT, o uso dos serviços de saúde em sua decorrência, as lesões resultantes, os eventuais danos sobre a propriedade pública e privada, custos de saúde derivados do AT, produtividade e capacidade para o trabalho, comportamento no trânsito, trabalho, qualidade de vida, independência funcional e integração com a comunidade.

Em observância ao recorte do objetivo específico deste estudo, foram analisados os dados concernentes ao sexo, à escolaridade, ao estado civil, à cor da pele, ao consumo de bebidas alcoólicas, ao uso do celular ao dirigir, cujas informações foram obtidas durante a linha de base, e as informações referentes à qualidade de vida, ao uso dos serviços de saúde, à idade, às comorbidades, à ocorrência de lesão, ao papel desempenhado no momento do AT, ao tipo de AT, e ao envolvimento prévio

em AT – caracterizadas por ocasião das entrevistas de seguimento. Neste sentido, a qualidade de vida foi considerada como desfecho, e o uso dos serviços de saúde foi tratado como exposição principal.

A qualidade de vida foi pesquisada com a utilização do *Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey* – SF-36, questionário traduzido e validado culturalmente para o português brasileiro ⁴. O SF-36 é composto por 36 questões que dão origem a oito dimensões da qualidade de vida: capacidade funcional, limitação por aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental.

Os escores de cada uma das dimensões foram calculados de acordo com os valores atribuídos às respostas das questões pertencentes à dimensão específica ⁵. Também foi calculado um escore sumarizado, que, de maneira alternativa, pretende captar a qualidade de vida geral. Para isto, procedeu-se à soma das oito dimensões, e, em seguida, efetuou-se redução à escala de 0 a 100. Desta maneira, o escore sumarizado da qualidade de vida geral apresentou-se numa escala idêntica à das demais dimensões, cuja interpretação se dá ao longo de toda sua amplitude, variando entre 0 (pior resultado) e 100 (melhor resultado) ⁶. Em seguida foram criadas categorias ordinais de qualidade de vida, de acordo com os escores obtidos em cada dimensão.

Os pontos de corte das categorias de qualidade de vida foram estabelecidos a partir das distribuições de frequência dos escores das suas oito dimensões. Como a distribuição dos escores de qualidade de vida é naturalmente assimétrica, com concentração de escores mais altos, foram estabelecidos pontos de corte que assegurassem distribuições mais equilibradas entre as categorias. Assim, denominou-se “qualidade de vida baixa” a categoria cuja pontuação máxima foi 65, “qualidade de vida intermediária” para pontuações entre 66 e 82, e “qualidade de vida alta” para pontuações a partir de 83.

Para avaliar o uso dos serviços de saúde, criou-se uma variável composta que sumarizou as respostas de sete questões. As questões versavam sobre a utilização, em decorrência do AT, de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU ou bombeiros, de pronto socorro de hospital, de internação hospitalar, de cirurgia, de Unidade de Terapia Intensiva, de tratamento de fisioterapia, e de tratamento psicológico. A utilização de quaisquer destes serviços e/ou tratamentos foi

considerada para indicar o uso dos serviços de saúde, de acordo com o critério da variável composta.

No conjunto das variáveis demográficas, a informação sobre sexo levou em consideração o que foi referido pelos participantes. Para a variável idade, foram considerados os anos completos estimados pela data situada no meio do quadrimestre em que ocorreu o AT. A pergunta “Qual o seu estado conjugal (estado civil)?” foi utilizada para definir o estado civil. Foram consideradas as respostas “casado(a)/união estável”, “divorciado(a)/separado(a)”, “viúvo(a)”, “solteiro(a)”. Procedeu-se categorização da seguinte maneira: as respostas “casado(a)/união estável” foram consideradas “vivendo com companheiro(a)”, e as demais foram agrupadas na categoria “vivendo sem companheiro(a)”. Para a informação sobre a cor da pele, considerou-se a autodeclaração em resposta à seguinte pergunta: “Entre as seguintes alternativas, qual o(a) senhor(a) escolheria para definir a sua cor ou raça?”. Foram utilizadas como respostas as mesmas categorias consideradas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE: “branca”, “amarela”, “indígena”, “parda” e “preta”. O agrupamento utilizado considerou as respostas “branca” e “amarela” compuseram a categoria “brancos”, e as demais respostas foram agrupadas na categoria “não brancos”.

A respeito da escolaridade, o participante foi perguntado sobre qual o seu grau de instrução. As respostas originais que continham os diversos níveis de instrução foram categorizadas de modo que quem respondeu até o Ensino Médio completo foi considerado “até 11 anos de estudo”, e quem respondeu qualquer grau de instrução a partir do ensino superior incompleto foi considerado como “12 ou mais anos de estudo”.

No que concerne ao consumo de bebidas alcoólicas, foram levadas em consideração as respostas à questão “O(a) senhor(a) consome bebidas alcoólicas?”. As respostas tiveram o formato de “sim” ou “não”.

A investigação das comorbidades foi realizada a partir da pergunta contida no índice de capacidade para o trabalho: “O (a) Sr. (a) possui diagnóstico médico para alguma doença?”. Em caso afirmativo, o participante era perguntado sobre a quantidade. Foi utilizada a quantidade de doenças relatada pelo participante na ocasião da entrevista.

No que se refere à investigação do hábito de usar o celular ao dirigir, foi utilizada a pergunta “O(a) senhor(a) costuma atender e/ou fazer ligações de celular usando a mão enquanto dirige?”. As respostas “não” foram mantidas, e as positivas em que o participante relatou fazer uso frequente ou “às vezes”, foram consideradas “sim”.

Para verificar a ocorrência de lesão foi feita uma pergunta direta: “O acidente gerou alguma lesão corporal no(a) senhor(a)?”, ao que era possível responder “sim” ou “não”. Sobre o papel desempenhado no AT, o participante teve como alternativas de resposta: “condutor de automóvel/van”, “condutor de ônibus/caminhão”, “condutor de motocicleta/ciclomotor”, “pedestre”, “ciclista”, “passageiro de motocicleta”, “passageiro de moto-táxi”, “passageiro de automóvel/van”, ou “passageiro de veículo pesado (ônibus/caminhão)”. Para efeito de análise, foram agrupados se eram condutores no momento do AT ou não.

Sobre o tipo de AT, foram considerados originalmente: “atropelamento de pedestre por automóvel”, “atropelamento de pedestre por veículo pesado (ônibus/caminhão)”, “atropelamento por motocicleta”, “atropelamento de ciclista”, “colisão entre motocicletas”, “colisão entre motocicleta e automóvel”, “colisão entre motocicleta e veículo pesado”, “colisão entre automóveis”, “colisão entre automóvel e veículo pesado”, “queda de motocicleta”, “queda de ônibus”, “capotamento”, e “outros”. Para as análises, foram agrupados os tipos de AT entre os “com o envolvimento de motocicleta” e os “sem envolvimento de motocicleta”.

No que se refere ao envolvimento prévio em AT, foram utilizadas duas perguntas na Linha de Base: “Durante a sua vida, o(a) senhor(a) sofreu, ou se envolveu, em algum acidente de trânsito?”, e “Considerando os últimos 12 meses, o(a) senhor(a) sofreu, ou se envolveu, em algum acidente de trânsito nesse período?”. Neste momento o participante era esclarecido sobre o conceito de AT. Para ambas as perguntas, as respostas eram do tipo “sim” ou “não”.

A análise estatística empregada deu-se em duas etapas. Primeiro procedeu-se a uma investigação exploratória das associações entre os desfechos e as variáveis de exposição. Nesta etapa, adotou-se como critério de significância estatística o valor de $p \leq 0,200$ para eleger a variável independente, que seria incluída na segunda etapa (modelagem). Na segunda etapa foi empregado o modelo de regressão logística ordinal para cada uma das dimensões.

Por razões teóricas e metodológicas, as variáveis “uso dos serviços de saúde”, “sexo” e “doenças” foram incluídas nos modelos, independentemente do valor de p obtido na primeira etapa, bem como permaneceram no modelo diante de quaisquer valores de p assumidos na segunda etapa.

Na primeira etapa, as associações entre variáveis categóricas foram testadas por meio do teste de Qui-quadrado de *Pearson*, e do teste Exato de *Fisher* quando necessário. Para as variáveis numéricas, as médias foram comparadas utilizando a análise de variância (ANOVA) entre grupos.

O modelo utilizado assumiu o pressuposto das chances proporcionais parciais⁷. Quanto ao método de modelagem empregado, optou-se pelo procedimento *backward*, iniciando-se com modelos saturados e efetuando retiradas, uma a uma, de variáveis que apresentavam valor de $p > 0,05$. As retiradas de variáveis aconteceram de maneira ordenada, primeiro saindo a variável com o maior valor de p , e depois a seguinte com o sucessivo maior valor de p . A cada retirada, verificou-se o grau de bondade do ajuste por meio do teste da Razão de Verossimilhança.

Foram estimados os valores de *Odds Ratio* (OR) e os seus respectivos intervalos de confiança a 95% (IC – 95%). Todas as análises empregadas utilizaram o programa estatístico Stata® versão 14.0. O protocolo de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, e, após apreciação, foi aprovado (Parecer nº 249.611). Todos os aspectos da Resolução CNS 466/12 foram respeitados, e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

A população foi composta majoritariamente por condutores que não usaram os serviços de saúde (78,3%), do sexo masculino (68,2%), vivendo com companheiro(a) (59,7%), não brancos (71,3%), com até 11 anos de estudo (54,3%), que não consumiam bebidas alcoólicas (51,2%), que não usavam o celular ao dirigir (63,6%). Quanto às características do AT, 55,8% dos participantes se envolveram em um AT em que houve a participação de motocicleta, 69,8% usavam equipamento de segurança no momento do AT, 51,2% desempenharam o papel de condutor no AT, 57,4% tiveram lesões corporais provocadas pelo AT, 76,0% tiveram pelo menos um

envolvimento prévio em AT na vida, e 23,3% se envolveram em AT nos 12 meses anteriores à linha de base. A média de comorbidades dos participantes foi de 0,7 ($\pm 1,1$) doenças, e apresentaram média de idade de 38,4 ($\pm 14,6$) anos.

As análises de associação entre as dimensões de qualidade de vida e as demais variáveis revelaram algumas associações que merecem destaque. Na Tabela 1, nota-se que o uso dos serviços de saúde se associou com a qualidade de vida, em suas dimensões aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, aspectos sociais e qualidade de vida geral. Houve predominância do não uso dos serviços de saúde em todos os estratos de escore de qualidade de vida, no entanto, nas dimensões aspectos físicos e aspectos sociais ocorreram as menores diferenças proporcionais entre os que usaram e os que não usaram os serviços de saúde.

No primeiro caso, entre os que foram classificados como baixo escore para a dimensão aspectos físicos, 59,4% não usaram os serviços de saúde, enquanto que 40,6% usaram (valor de $p = 0,010$). E, no segundo caso, na dimensão aspectos sociais, entre os indivíduos com baixos escores, 58,3% não usaram os serviços de saúde, e 41,7% usaram, ao passo que entre os participantes com escores intermediários 55,6% não usou os serviços de saúde em decorrência do AT, e 44,4% usaram (valor de $p = 0,004$).

Na Tabela 2, destaca-se que a escolaridade teve associação estatística significativa com as dimensões aspectos físicos (valor de $p = 0,177$) e saúde mental (valor de $p = 0,127$). No caso da dimensão aspectos físicos, houve maior proporção de condutores com até 11 anos de estudo, entre os que tiveram escores baixos (65,6%) e intermediários (64,3%), ao passo que, para a dimensão saúde mental, esta predominância ocorreu entre os que tiveram escores baixos (68,4%) e altos (56,3%).

Entre as associações das características do AT com as dimensões de qualidade de vida, mostradas na Tabela 3, destaca-se que os AT nos quais houve envolvimento de motocicleta se associaram com as dimensões aspectos físicos (valor de $p = 0,034$), dor (valor de $p = 0,001$), vitalidade (valor de $p = 0,156$), aspectos sociais (valor de $p = 0,127$), saúde mental (valor de $p = 0,014$) e qualidade de vida geral (valor de $p = 0,120$). Para todos estes casos, os indivíduos cuja classificação do escore se deu nas categorias baixo e intermediário tiveram maior proporção de AT com envolvimento de motocicleta.

Com relação ao envolvimento anterior em AT, conforme pode ser visto na Tabela 4, o envolvimento prévio em qualquer época da vida, no que se refere às dimensões de qualidade de vida, se associou com dor (valor de $p = 0,128$). E, neste caso, 70,9% dos que tiveram escores baixos referiram algum envolvimento prévio em AT na vida, enquanto no grupo com escores intermediários, esta proporção foi de 91,7%, e entre os que tiveram altos escores para esta dimensão, a proporção foi de 74,0%. No que se refere ao envolvimento prévio recente, houve associação com a dimensão vitalidade (valor de $p = 0,111$). Entre os que tiveram escores baixos, 83,3% não haviam se envolvido em AT nos 12 meses que antecederam a linha de base, ao passo que, entre os que tiveram escores intermediários, a proporção foi de 66,7%, e entre os que os escores foram classificados como altos, a proporção foi de 81,6%.

As comparações exibidas na Tabela 5 revelam que as diferenças de médias de idade entre as categorias dos escores de qualidade de vida foram estatisticamente significantes para as dimensões capacidade funcional (valor de $p = 0,001$), estado geral de saúde (valor de $p = 0,199$), aspectos emocionais (valor de $p = 0,050$), saúde mental (valor de $p = 0,194$), e qualidade de vida geral (valor de $p = 0,066$). Exceto para saúde mental, foi possível notar uma tendência de maiores médias de idade na categoria de baixos escores, e menores médias de idade na categoria de escores mais altos. Com relação à quantidade de doenças, houve associação estatisticamente significativa com todas as dimensões de qualidade de vida, com nítida tendência de maior média de doenças na categoria de baixos escores, quando comparada com as médias de doenças na categoria de escores altos.

Na Tabela 6 são mostrados os modelos finais de regressão logística ordinal para as dimensões de qualidade de vida, os OR ajustados e os respectivos intervalos de confiança a 95%. Destaca-se que o uso dos serviços de saúde em decorrência do AT se associou com as dimensões aspectos físicos, dor e aspectos sociais. Para a dimensão aspectos físicos, ter usado os serviços de saúde correspondeu a $OR = 0,34$ (0,14 – 0,84) para que apresentassem escores classificados como intermediários ou altos em comparação com os escores classificados como baixos. No caso da dimensão dor, o uso dos serviços de saúde representou $OR = 0,41$ (0,17 – 0,99), e para aspectos sociais $OR = 0,21$ (0,08 – 0,53).

O fato de não ter sido condutor no momento do AT revelou $OR = 3,92$ (1,26 – 12,24) para que os escores da dimensão capacidade funcional fossem classificados

como intermediários ou altos ao invés de baixos. Para a qualidade de vida geral, esta associação gerou um OR = 3,19 (1,39 – 7,33). No caso dos AT com envolvimento de motocicleta, na dimensão aspectos físicos, isto representou OR = 0,40 (0,17 – 0,91) para que os escores estivessem classificados como intermediários ou altos, comparados com os escores baixos. Para a dimensão dor, os AT com envolvimento de motocicletas tiveram OR = 0,28 (0,13 – 0,60), enquanto para a dimensão vitalidade o OR foi 0,40 (0,20 – 0,82), e para a dimensão saúde mental OR = 0,27 (0,12 – 0,60).

Discussão

O presente estudo estimou a magnitude da associação entre o uso dos serviços de saúde em decorrência do AT e as dimensões de qualidade de vida entre condutores em acompanhamento de uma coorte. É importante salientar que, além da interpretação mais óbvia – de que o acesso aos serviços de saúde tende a se associar com desfechos em saúde mais favoráveis –, é fundamental entender que a gravidade das lesões primárias decorrentes do AT costumam determinar a necessidade do uso ou não dos serviços de saúde.

A respeito disto, Langley e colaboradores⁸ encontraram diferenças de proporções entre as pessoas que, um ano após terem sofrido lesões, ainda mantinham alguns agravos à sua saúde. Embora tenham verificado questões relativas ao acesso a serviços de saúde, entre os fatores associados destacados, estão o estado de saúde prévio, o sexo feminino, a faixa etária de 45 a 64 anos, baixa renda, incapacidade prévia, tabagismo, e a maior gravidade das lesões.

Nos resultados obtidos neste estudo, ter usado os serviços de saúde representou menores chances de ter escores de qualidade de vida classificados como intermediários ou altos, para as dimensões aspectos físicos, dor e aspectos sociais. Isto, possivelmente, indica que o uso dos serviços de saúde se deu principalmente nos casos com lesões mais graves e maiores acometimentos. Neste sentido, Hours e colaboradores⁹ também encontraram associação entre dor persistente seis meses após o AT, e ter feito uso de centros de reabilitação, além da associação com a gravidade das lesões.

Fato interessante é que, apesar de o sexo e escolaridade serem fatores tipicamente associados a vários desfechos em saúde, neste estudo não houve

associação com o sexo nem com escolaridade em nenhum dos modelos finais. Em um estudo com vítimas de AT hospitalizadas na França, sexo e escolaridade também não tiveram associação com dor residual após seis meses de seguimento ⁹.

A idade, por sua vez, só apresentou associação com a dimensão capacidade funcional. As análises indicaram que cada ano adicional reduziu as chances de ter escores intermediários e altos desta dimensão de qualidade de vida. Em estudo prospectivo na Nova Zelândia ⁸, foi encontrada associação da faixa etária com as cinco dimensões do Euro Quol cinco dimensões – EQ-5D. Em estudo caso-controle conduzido na Turquia ¹¹, foram encontrados menores escores de qualidade de vida nas dimensões físicas com o incremento da idade.

Com relação às comorbidades, em todas as dimensões a presença de uma doença adicional representou menor chance de estar classificado entre as categorias com escores intermediários e altos de qualidade de vida. Este achado é consistente com diversos estudos ^{8, 10, 11} que também relacionam a importância da coexistência de problemas de saúde como um condicionante prognóstico pós AT. Ademais, postula-se que o estado de saúde anterior ao AT é um importante preditor dos desfechos ulteriores relacionados ao AT ^{8, 12}.

No que se refere ao papel desempenhado no AT, não ter sido condutor no momento do AT se mostrou como fator associado à dimensão capacidade funcional e à qualidade de vida geral. Em ambos os casos, não ter sido condutor no momento do AT representou maiores chances de terem qualidade de vida classificada como intermediária ou alta, ao invés de qualidade de vida baixa. Este resultado é conflitante com a maioria da literatura que demonstra maior vulnerabilidade de pedestres e ciclistas nos AT ^{13, 14}.

No que concerne ao acidente com envolvimento de motocicleta, as análises apontaram que as pessoas que se envolveram neste tipo de AT tiveram menores chances de serem classificadas com escores intermediários e altos de qualidade de vida, embora Hours e colaboradores ⁹ tenham encontrado que usuários de veículos motorizados de duas rodas tiveram maior risco de dor residual seis meses após o AT do que os usuários de veículos de quatro rodas. Com efeito, o aumento recente da frota de motocicletas no Brasil tem gerado intenso debate sobre o seu papel no incremento no número de acidentes e na morbimortalidade associada ¹⁵⁻¹⁸.

Cabe salientar as limitações do estudo, relacionadas ao número reduzido de participantes, que pode comprometer o poder analítico. Além disso, destaca-se o viés de sobrevivência, que leva à seleção de casos mais leves e subestimação das medidas.

Por outro lado, acredita-se que o estudo contribui com a investigação de base populacional de aspectos relacionados aos AT não fatais, sobretudo utilizando desfechos relacionados à qualidade de vida. Mesmo em países em que o trânsito é considerado muito seguro, como na Suécia, existe um reconhecimento da importância do monitoramento da qualidade de vida em pessoas que se envolveram em AT, como uma maneira de produzir informações úteis ao planejamento e implementação de políticas eficazes de saúde e trânsito seguro ¹⁹. Neste sentido indica-se que a qualidade de vida seja incorporada nas avaliações clínicas e epidemiológicas de pessoas envolvidas em AT.

Foi estimado que o uso dos serviços de saúde é um potencial preditor da qualidade de vida em pessoas que se envolvem em AT, na medida em que parece ser um *proxy* de maior gravidade das lesões iniciais e produz maiores necessidades em saúde. No sentido de confrontar ou confirmar os achados, propõe-se utilizar acompanhamentos mais longos, a fim de observar mais casos, e realçar as diferenças existentes.

Referências

1. Lyons RA, Kendrick D, Towner EM, Christie N, Macey S, Coupland C, et al. Measuring the Population Burden of Injuries—Implications for Global and National Estimates: A Multi-centre Prospective UK Longitudinal Study. *PLoS Medicine*. 2011;8(12).
2. Ministério da Saúde B, Departamento de Informática do SUS D. Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH/SUS 2016 [Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/fiuf.def>].
3. Ministério da Saúde B, Departamento de informática do SUS D. Serviço de Informação sobre Mortalidade - SIM. 2016.
4. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Revista Brasileira de Reumatologia*. 1999;39(3):5.

5. Ware Jr. JE, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. SF-36 Health Survey Manual and Interpretation Guide. Boston: The Health Institute New England Medical Center; 1993.
6. Laguardia J, Campos MR, Travassos C, Najar AL, Anjos LAd, Vasconcellos MM. Brazilian normative data for the Short Form 36 questionnaire, version 2. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2013;16:889-97.
7. Abreu MNS, Siqueira AL, Caiaffa WT. Regressão logística ordinal em estudos epidemiológicos. *Revista de Saúde Pública*. 2009;43:183-94.
8. Langley J, Davie G, Wilson S, Lilley R, Ameratunga S, Wyeth E, et al. Difficulties in Functioning 1 Year After Injury: The Role of Preinjury Sociodemographic and Health Characteristics, Health Care and Injury-Related Factors. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2013;94(7):1277-86.
9. Hours M, Bernard M, Charnay P, Chossegras L, Javouhey E, Fort E, et al. Functional outcome after road-crash injury: Description of the ESPARR victims cohort and 6-month follow-up results. *Accident Analysis & Prevention*. 2010;42(2):412-21.
10. Gopinath B, Jagnoor J, Harris IA, Nicholas M, Casey P, Blyth F, et al. Prognostic indicators of social outcomes in persons who sustained an injury in a road traffic crash. *Injury*. 2015;46(5):909-17.
11. Bilgin NG, Mert E, Sezgin M. Evaluation of the effects of disabilities due to traffic accidents on the quality of life using SF-36 health survey. *Acta Orthopaedica et Traumatologica Turcica*; Vol 46, No 3 (2012). 2012.
12. Wilson R, Derrett S, Hansen P, Langley J. Retrospective evaluation versus population norms for the measurement of baseline health status. *Health Qual Life Outcomes*. 2012;10(1):68.
13. Organization WH. Global Status Report on Road Safety 2013 - Supporting a Decade of Action. Geneva; 2013.
14. Malta DC, Mascarenhas MDM, Bernal RTI, Silva MMA, Pereira CA, Minayo MCdS, et al. Análise das ocorrências das lesões no trânsito e fatores relacionados segundo resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) Brasil, 2008. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011;16:3679-87.
15. Vasconcellos EA. Risco no trânsito, omissão e calamidade: Impactos do incentivo à motocicleta no Brasil. São Paulo: Instituto Movimento; 2013.
16. Rios PAA, Mota ELA. Traffic deaths: recent evolution and regional differences in Bahia State, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2013;29:131-44.
17. Sant'Anna FL, Andrade SMd, Sant'Anna FHM, Liberatti CLB. Acidentes com motociclistas: comparação entre os anos 1998 e 2010. Londrina, PR, Brasil. *Revista de Saúde Pública*. 2013;47:607-15.

18. Martins ET, Boing AF, Peres MA. Mortalidade por acidentes de motocicleta no Brasil: análise de tendência temporal, 1996-2009. *Revista de Saúde Pública*. 2013;47:931-41.

19. Berg HY, Ifver J, Hasselberg M. Public health consequences of road traffic injuries – Estimation of seriously injured persons based on risk for permanent medical impairment. *Transportation Research Part F: Traffic Psychology and Behaviour*. 2016;38:1-6.

Tabela 1: Associação entre as dimensões de Qualidade de Vida e o uso dos serviços de saúde, o sexo e o estado civil. Condutores envolvidos em AT. Jequié-BA, 2013 - 2015.

	Uso dos serviços de saúde		Valor de p*	Sexo		Valor de p*	Estado Civil		Valor de p*
	Não n = 101	Sim n = 28		Fem n = 41	Masc n = 88		Vivendo com companheiro n = 77	Vivendo sem companheiro n = 52	
Dimensões da QV									
Capacidade Funcional			0,710**			0,262**			0,951**
Baixa n (%)	17 (77,3)	5 (22,7)		10 (45,5)	12 (54,5)		14 (63,6)	8 (36,4)	
Intermediária n (%)	7 (70,0)	3 (30,0)		2 (20,0)	8 (80,0)		6 (60,0)	4 (40,0)	
Alta n (%)	77 (79,4)	20 (20,6)		29 (29,9)	68 (70,1)		57 (58,8)	40 (41,2)	
Aspectos Físicos			0,010**			0,293**			0,500
Baixa n (%)	19 (59,4)	13 (40,6)		7 (21,9)	25 (78,1)		17 (53,1)	15 (46,9)	
Intermediária n (%)	11 (78,6)	3 (21,4)		6 (42,9)	8 (57,1)		10 (71,4)	4 (28,6)	
Alta n (%)	71 (85,5)	12 (14,5)		28 (33,7)	55 (66,3)		50 (60,2)	33 (39,8)	
Dor			0,010			0,514			0,720
Baixa n (%)	39 (70,9)	16 (29,1)		20 (36,4)	35 (63,6)		31 (56,4)	24 (43,6)	
Intermediária n (%)	16 (66,7)	8 (33,3)		8 (33,3)	16 (66,7)		14 (58,3)	10 (41,7)	
Alta n (%)	46 (92,0)	4 (8,0)		13 (26,0)	37 (74,0)		32 (64,0)	18 (36,0)	
Estado Geral de Saúde			0,142			0,725			0,994
Baixa n (%)	33 (87,2)	5 (12,8)		14 (35,9)	25 (64,1)		23 (59,0)	16 (41,0)	
Intermediária n (%)	35 (70,0)	15 (30,0)		16 (32,0)	34 (68,0)		30 (60,0)	20 (40,0)	
Alta n (%)	32 (80,0)	8 (20,0)		11 (27,5)	29 (72,5)		24 (60,0)	16 (10,0)	
Vitalidade			0,830			0,038			0,092
Baixa n (%)	35 (81,4)	8 (18,6)		20 (46,5)	23 (53,5)		30 (69,8)	13 (30,2)	
Intermediária n (%)	37 (77,1)	11 (22,9)		11 (22,9)	37 (77,1)		23 (47,9)	25 (52,1)	
Alta n (%)	29 (76,3)	9 (23,7)		10 (26,3)	28 (73,7)		24 (63,2)	14 (36,8)	
Aspectos Sociais			0,004**			0,293**			0,473**
Baixa n (%)	7 (58,3)	5 (41,7)		6 (50,0)	6 (50,0)		6 (50,0)	6 (50,0)	
Intermediária n (%)	10 (55,6)	8 (44,4)		4 (22,2)	14 (77,8)		13 (72,2)	5 (27,8)	
Alta n (%)	84 (84,8)	15 (15,2)		31 (31,3)	68 (68,7)		58 (58,6)	41 (41,4)	
Aspectos Emocionais			0,208**			0,935**			0,483**
Baixa n (%)	10 (71,4)	4 (28,6)		5 (35,7)	9 (64,3)		8 (57,1)	6 (42,9)	
Intermediária n (%)	6 (60,0)	4 (40,0)		3 (30,0)	7 (70,0)		8 (80,0)	2 (20,0)	
Alta n (%)	85 (80,9)	20 (19,1)		33 (31,4)	72 (68,6)		61 (58,1)	44 (41,9)	
Saúde Mental			0,907**			0,379			0,811
Baixa n (%)	16 (84,2)	3 (15,8)		8 (42,1)	11 (57,9)		12 (63,2)	7 (36,8)	
Intermediária n (%)	23 (76,7)	7 (23,3)		11 (36,7)	19 (63,3)		19 (63,3)	11 (36,7)	
Alta n (%)	62 (77,5)	18 (22,5)		22 (27,5)	58 (72,5)		46 (57,5)	34 (42,5)	
QV Geral			0,044**			0,063			0,957

Baixa n (%)	15 (71,4)	6 (28,6)	5 (23,8)	16 (76,2)	12 (57,1)	9 (42,9)
Intermediária n (%)	24 (66,7)	12 (33,3)	17 (47,2)	19 (52,8)	22 (61,1)	14 (38,9)
Alta n (%)	62 (96,1)	10 (13,9)	19 (26,4)	53 (73,6)	43 (59,7)	29 (40,3)

*Teste qui-quadrado de *Pearson*.

** Teste Exato de *Fisher*

Tabela 2: Associação entre as dimensões de Qualidade de Vida e a cor da pele, a escolaridade, o consumo de bebidas alcoólicas e o uso do celular ao dirigir. Condutores envolvidos em AT. Jequié-BA, 2013 - 2015.

	Cor da pele		Escolaridade		Consumo de beb. alcoól.		Uso do celular ao dirigir		Valor de p*			
	Branca n = 37	Não branca n = 92	Valor de p*	Até 11 anos de estudo n = 70	12 ou mais anos de estudo n = 59	Valor de p*	Não n = 66	Sim n = 63		Valor de p*	Não n = 82	Sim n = 47
Dimensões da QV												
Capacidade Funcional			0,792**			0,243**			0,588**			0,010
Baixa n (%)	5 (22,7)	17 (77,3)		12 (54,5)	10 (45,5)		13 (59,1)	9 (40,9)		20 (90,9)	2 (9,1)	
Intermediária n (%)	3 (30,0)	7 (70,0)		8 (80,0)	2 (20,0)		6 (60,0)	4 (40,0)		7 (70,0)	3 (30,0)	
Alta n (%)	29 (29,9)	68 (70,1)		50 (51,5)	47 (48,5)		47 (48,5)	50 (51,5)		55 (56,7)	42 (43,3)	
Aspectos Físicos			0,765**			0,177			0,799			0,293
Baixa n (%)	8 (25,0)	24 (75,0)		21 (65,6)	11 (34,4)		17 (53,1)	15 (46,9)		24 (75,0)	8 (25,0)	
Intermediária n (%)	5 (35,7)	9 (64,3)		9 (64,3)	5 (35,7)		6 (42,9)	8 (57,1)		8 (57,1)	6 (42,9)	
Alta n (%)	24 (28,9)	59 (71,1)		40 (48,2)	43 (51,8)		43 (51,8)	40 (48,2)		50 (60,2)	33 (39,8)	
Dor			0,480			0,734			0,314			0,291
Baixa n (%)	15 (27,3)	40 (72,7)		32 (58,2)	23 (41,8)		29 (52,7)	26 (47,3)		39 (70,9)	16 (20,1)	
Intermediária n (%)	5 (20,8)	19 (79,2)		12 (50,0)	12 (50,0)		15 (62,5)	9 (37,5)		13 (54,2)	11 (45,8)	
Alta n (%)	17 (34,0)	33 (66,0)		26 (52,0)	24 (48,0)		22 (44,0)	28 (56,0)		30 (60,0)	20 (40,0)	
Estado Geral de Saúde			0,337			0,856			0,043			0,014
Baixa n (%)	9 (23,1)	30 (76,9)		20 (51,3)	19 (48,7)		25 (64,1)	14 (35,9)		32 (82,0)	7 (18,0)	
Intermediária n (%)	18 (36,0)	32 (64,0)		27 (54,0)	23 (46,0)		19 (38,0)	31 (62,0)		29 (58,0)	21 (42,0)	
Alta n (%)	10 (25,0)	30 (75,0)		23 (57,5)	17 (42,5)		22 (55,0)	18 (45,0)		21 (52,5)	19 (47,5)	
Vitalidade			0,728			0,987			0,971			0,355
Baixa n (%)	14 (32,6)	29 (67,4)		23 (53,5)	20 (46,5)		22 (51,2)	21 (48,8)		31 (72,1)	12 (27,9)	
Intermediária n (%)	12 (25,0)	36 (75,0)		26 (54,2)	22 (45,8)		24 (50,0)	24 (50,0)		28 (58,3)	20 (41,7)	
Alta n (%)	11 (28,9)	27 (71,1)		21 (55,3)	17 (44,7)		20 (52,6)	18 (47,4)		23 (60,5)	15 (39,5)	
Aspectos Sociais			0,385**			0,898			0,537			0,773**
Baixa n (%)	2 (16,7)	10 (83,3)		7 (58,4)	5 (41,6)		7 (58,3)	5 (41,7)		9 (75,0)	3 (25,0)	
Intermediária n (%)	7 (38,9)	11 (61,1)		9 (50,0)	9 (50,0)		11 (61,1)	7 (38,9)		11 (61,1)	7 (38,9)	
Alta n (%)	28 (28,3)	71 (71,7)		54 (54,6)	45 (45,4)		48 (48,5)	51 (51,5)		62 (62,6)	37 (37,4)	
Aspectos Emocionais			0,188**			0,439**			0,422**			0,733**
Baixa n (%)	7 (50,0)	7 (50,0)		9 (64,3)	5 (35,7)		6 (42,8)	8 (57,2)		10 (71,4)	4 (28,6)	
Intermediária n (%)	2 (20,0)	8 (80,0)		7 (70,0)	3 (30,0)		7 (70,0)	3 (30,0)		7 (70,0)	3 (30,0)	
Alta n (%)	28 (26,7)	77 (73,3)		54 (51,4)	51 (48,6)		66 (51,2)	63 (48,8)		65 (61,9)	40 (38,1)	
Saúde Mental			0,694			0,127			0,817			0,304
Baixa n (%)	5 (26,3)	14 (73,7)		13 (68,4)	6 (31,6)		11 (57,9)	8 (42,1)		15 (78,9)	4 (21,1)	
Intermediária n (%)	7 (23,3)	23 (76,7)		12 (40,0)	18 (60,0)		15 (50,0)	15 (50,0)		19 (63,3)	11 (36,7)	
Alta n (%)	25 (31,2)	55 (68,8)		45 (56,3)	35 (43,7)		40 (50,0)	40 (50,0)		48 (60,0)	32 (40,0)	
QV Geral			0,377			0,253			0,769			0,100
Baixa n (%)	4 (19,1)	17 (80,9)		14 (66,7)	7 (33,3)		12 (57,2)	9 (42,8)		16 (76,2)	5 (23,8)	
Intermediária n (%)	13 (36,1)	23 (63,9)		16 (44,4)	20 (55,6)		19 (52,8)	17 (47,8)		26 (72,2)	10 (27,8)	
Alta n (%)	20 (27,8)	52 (72,2)		40 (55,6)	32 (44,4)		35 (48,6)	37 (51,4)		40 (55,6)	32 (44,4)	

*Teste qui-quadrado de Pearson.

** Teste Exato de Fisher

Tabela 3: Associações entre as dimensões de qualidade de vida e AT em que houve envolvimento de motocicleta, uso do equipamento de segurança no momento do AT, ter sido condutor no momento do AT, e se o AT gerou lesão. Condutores envolvidos em AT. Jequié-BA, 2013 - 2015.

	AT com envolvimento de motocicleta		Valor de p*	Uso do Equip de segurança durante AT		Valor de p*	Condutor no momento do AT		Valor de p*	AT gerou lesão		Valor de p*
	Sem envolvimento n = 57	Com envolvimento n = 72		Sim n = 90	Não n = 39		Sim = 66	Não n = 63		Não n = 74	Sim n = 55	
Dimensões da QV												
Capacidade Funcional			0,712*			0,361*			0,198			0,289*
Baixa n (%)	8 (36,4)	14 (63,6)		18 (81,8)	7 (18,2)		14 (63,6)	8 (36,4)		11 (50,0)	11 (50,0)	
Intermediária n (%)	4 (40,0)	6 (60,0)		6 (60,0)	4 (40,0)		3 (30,0)	7 (70,0)		8 (80,0)	20 (20,0)	
Alta n (%)	45 (46,4)	52 (53,6)		66 (68,0)	31 (32,0)	0,957*	48 (49,5)	49 (50,5)	0,198	55 (56,7)	42 (43,3)	
Aspectos Físicos			0,034									0,028
Baixa n (%)	8 (25,0)	24 (75,0)		23 (71,9)	9 (28,1)		19 (59,4)	13 (40,6)		12 (37,5)	20 (62,5)	
Intermediária n (%)	6 (42,9)	8 (57,1)		10 (71,4)	4 (28,6)		9 (64,3)	5 (35,7)		8 (57,1)	6 (42,9)	
Alta n (%)	43 (51,8)	40 (48,2)		57 (68,7)	26 (31,3)		37 (44,6)	46 (55,4)		54 (65,0)	29 (35,0)	
Dor			0,001			0,789			0,012			0,003
Baixa n (%)	18 (32,8)	37 (67,2)		37 (67,3)	18 (32,7)		34 (61,8)	21 (38,2)		24 (43,6)	31 (56,4)	
Intermediária n (%)	7 (29,2)	17 (70,8)		18 (75,0)	6 (25,0)		14 (58,3)	10 (41,7)		12 (50,0)	12 (50,0)	
Alta n (%)	32 (64,0)	18 (36,0)		35 (70,0)	15 (30,0)		17 (34,0)	33 (66,0)		38 (76,0)	12 (24,0)	
Estado Geral de Saúde			0,317			0,573			0,508			0,316
Baixa n (%)	21 (53,8)	18 (46,2)		25 (64,1)	14 (35,9)		17 (43,6)	22 (56,4)		26 (66,7)	13 (33,3)	
Intermediária n (%)	19 (38,0)	31 (62,0)		35 (70,0)	15 (30,0)		28 (56,0)	22 (44,0)		28 (56,0)	22 (44,0)	
Alta n (%)	17 (42,5)	23 (57,5)		30 (75,0)	10 (25,0)		20 (50,0)	20 (50,0)		20 (50,0)	20 (50,0)	
Vitalidade			0,156			0,329			0,087			0,246
Baixa n (%)	14 (32,6)	29 (67,4)		33 (76,7)	10 (23,3)		27 (69,8)	16 (37,2)		23 (53,5)	20 (46,5)	
Intermediária n (%)	23 (47,9)	25 (52,1)		30 (62,5)	18 (37,5)		19 (39,6)	29 (60,4)		32 (66,7)	16 (33,3)	
Alta n (%)	20 (52,6)	18 (47,4)		27 (71,1)	11 (28,9)		19 (50,0)	19 (50,0)		19 (50,0)	19 (50,0)	
Aspectos Sociais			0,127			1,000*			0,845			0,031
Baixa n (%)	2 (16,7)	10 (83,3)		8 (66,7)	4 (33,3)		7 (58,3)	5 (41,7)		4 (33,3)	8 (66,7)	
Intermediária n (%)	8 (44,4)	10 (55,6)		13 (72,2)	5 (27,8)		9 (50,0)	9 (50,0)		7 (38,9)	11 (61,1)	
Alta n (%)	47 (47,5)	52 (53,3)		69 (69,7)	30 (30,3)		49 (49,5)	50 (50,0)		63 (63,6)	36 (36,4)	
Aspectos Emocionais			0,441*			0,337*			0,246			0,436*
Baixa n (%)	4 (28,6)	10 (71,4)		12 (85,7)	2 (14,3)		10 (71,4)	4 (28,6)		6 (42,9)	8 (57,1)	
Intermediária n (%)	5 (50,0)	5 (50,0)		6 (60,0)	4 (40,0)		5 (50,0)	5 (50,0)		5 (50,0)	5 (50,0)	
Alta n (%)	48 (45,7)	57 (54,3)		72 (68,6)	33 (31,4)		50 (47,6)	55 (52,4)		63 (60,0)	42 (40,0)	
Saúde Mental			0,014			0,773			0,113			0,316
Baixa n (%)	4 (21,0)	15 (79,0)		14 (73,7)	5 (26,3)		13 (68,4)	6 (31,6)		9 (47,4)	10 (52,6)	
Intermediária n (%)	10 (33,3)	20 (66,7)		22 (73,3)	8 (26,7)		17 (56,7)	13 (43,3)		15 (50,0)	15 (50,0)	
Alta n (%)	43 (53,8)	37 (46,2)		54 (67,5)	26 (32,5)		35 (43,7)	45 (56,3)		50 (62,5)	30 (37,5)	
QV Geral			0,120			0,656			0,074			0,185
Baixa n (%)	5 (23,8)	16 (76,2)		16 (76,2)	5 (23,8)		12 (57,1)	9 (42,9)		9 (42,9)	12 (57,1)	
Intermediária n (%)	17 (47,2)	19 (52,8)		26 (72,2)	10 (27,8)		23 (63,9)	13 (36,1)		19 (52,8)	17 (47,2)	
Alta n (%)	35 (48,6)	37 (51,4)		48 (66,7)	24 (33,3)		30 (41,7)	42 (58,3)		46 (63,9)	26 (36,1)	

*Teste qui-quadrado de Pearson.

** Teste Exato de Fisher

Tabela 4: Associação entre as dimensões de Qualidade de Vida e o envolvimento prévio em AT na vida e nos 12 meses que precederam a linha de base. Condutores envolvidos em AT. Jequié-BA, 2013 - 2015.

	Envolvimento prévio em AT na vida		Valor de p*	Envolvimento prévio em AT 12 meses antes da LB		Valor de p*
	Não n = 31	Sim n = 98		Não n = 99	Sim n = 30	
Dimensões da QV						
Capacidade Funcional			0,722**			0,819**
Baixa n (%)	4 (18,2)	18 (81,8)		17 (77,3)	5 (22,7)	
Intermediária n (%)	3 (30,0)	7 (70,0)		7 (70,0)	3 (30,0)	
Alta n (%)	24 (24,7)	73 (75,3)		75 (77,3)	22 (22,7)	
Aspectos Físicos			0,951**			0,274**
Baixa n (%)	7 (21,9)	25 (28,1)		23(71,9)	9 (28,1)	
Intermediária n (%)	3 (21,4)	11 (78,6)		9 (64,3)	5 (35,7)	
Alta n (%)	21 (25,3)	62 (24,7)		67 (80,7)	16 (19,3)	
Dor			0,128			0,206
Baixa n (%)	16 (29,1)	39 (70,9)		38 (69,1)	17(30,9)	
Intermediária n (%)	2 (8,3)	22 (91,7)		20 (83,3)	4 (16,7)	
Alta n (%)	13 (26,0)	37 (74,0)		41 (82,0)	9 (18,0)	
Estado Geral de Saúde			0,822			0,913
Baixa n (%)	8 (20,5)	31 (79,5)		29 (74,4)	10 (25,6)	
Intermediária n (%)	13 (26,0)	37 (74,0)		39 (78,0)	11 (22,0)	
Alta n (%)	10 (25,0)	30 (75,0)		31 (77,5)	9 (22,5)	
Vitalidade			0,596			0,111
Baixa n (%)	12 (27,9)	31 (72,1)		36 (83,7)	7 (16,3)	
Intermediária n (%)	12 (25,0)	36 (75,0)		32 (66,7)	16 (33,3)	
Alta n (%)	7 (18,4)	31 (81,6)		31 (81,6)	7 (18,4)	
Aspectos Sociais			0,769**			0,202**
Baixa n (%)	3 (25,0)	9 (75,0)		7 (58,3)	5 (41,7)	
Intermediária n (%)	3 (16,7)	15(83,3)		13 (72,2)	5 (27,8)	
Alta n (%)	25 (25,3)	74 (74,7)		79 (79,8)	20 (20,2)	
Aspectos Emocionais			0,529**			0,265**
Baixa n (%)	5 (35,7)	9 (64,3)		13 (92,8)	1 (7,2)	
Intermediária n (%)	2 (20,0)	8 (80,0)		7 (70,0)	3 (30,0)	
Alta n (%)	24 (22,9)	81 (77,1)		79 (75,2)	26 (24,8)	
Saúde Mental			0,835**			0,344**
Baixa n (%)	5 (26,3)	14 (73,7)		12 (63,2)	7 (36,8)	
Intermediária n (%)	8 (26,7)	22 (73,3)		24 (80,0)	6 (20,0)	
Alta n (%)	18 (22,5)	62 (77,5)		63 (78,7)	17 (21,3)	
QV Geral			0,302			0,684**
Baixa n (%)	4 (19,1)	17 (80,9)		15 (71,4)	6 (28,6)	
Intermediária n (%)	12 (33,3)	24 (66,7)		27 (75,0)	9 (25,0)	
Alta n (%)	15 (20,8)	57 (79,2)		57 (79,2)	15 (20,8)	

*Teste qui-quadrado de Pearson.

** Teste Exato de Fisher

Tabela 5: Média e desvio padrão da idade e da quantidade de doenças, de acordo com as dimensões de qualidade de vida. Condutores envolvidos em AT. Jequié-BA, 2013 - 2015.

Dimensões da QV	Idade			Doenças		
	Média	Desvio padrão	Valor de p*	Média	Desvio padrão	Valor de p*
Capacidade Funcional			0,001			<0,001
Baixa	47,6	12,5		1,9	1,8	
Intermediária	45,8	21,7		1,2	1,0	
Alta	35,5	13,0		0,4	0,6	
Aspectos Físicos			0,588			0,002
Baixa	40,5	13,2		1,2	1,7	
Intermediária	39,2	17,5		0,9	0,9	
Alta	37,4	14,6		0,4	0,7	
Dor			0,812			0,005
Baixa	39,3	14,7		1,0	1,4	
Intermediária	37,1	15,7		0,5	1,0	
Alta	38,0	14,1		0,4	0,6	
Estado Geral de Saúde			0,199			<0,001
Baixa	41,6	13,7		1,5	1,5	
Intermediária	37,8	15,5		0,4	0,6	
Alta	35,9	13,9		0,3	0,6	
Vitalidade			0,814			0,001
Baixa	37,8	13,5		1,2	1,5	
Intermediária	39,4	15,7		0,5	0,8	
Alta	37,7	14,6		0,3	0,7	
Aspectos Sociais			0,977			0,005
Baixa n	38,6	11,8		1,4	2,1	
Intermediária	39,0	15,0		1,1	1,3	
Alta	38,2	14,9		0,5	0,8	
Aspectos Emocionais			0,050			0,001
Baixa	40,6	12,1		1,8	1,8	
Intermediária	48,5	11,1		0,5	1,0	
Alta	37,1	14,8		0,6	0,9	
Saúde Mental			0,194			0,023
Baixa	38,3	13,8		1,3	1,8	
Intermediária	34,3	11,2		0,6	0,9	
Alta	39,9	15,6		0,6	0,9	
QV Geral			0,066			<0,001
Baixa	44,8	12,9		1,9	1,8	
Intermediária	38,6	15,1		0,6	0,8	
Alta	36,4	14,3		0,4	0,6	

* Estatística F - Análise de Variância (ANOVA) entre os grupos.

Tabela 6: Modelos finais de regressão logística ordinal para as dimensões de qualidade de vida, OR ajustadas e intervalos de confiança a 95% - (IC -95%). Condutores envolvidos em AT. Jequié-BA, 2013 - 2015.

	Baixa	Dimensão Capacidade Funcional	
		Intermediária	Alta
		OR (IC - 95%)	
Dimensão Capacidade Funcional			
Uso dos serviços de saúde			
Sim	1	0,90 (0,30 – 2,71)	
Sexo			
Masculino	1	1,70 (0,62 – 4,69)	
Doenças			
(cada doença adicional)	1	0,36 (0,22 – 0,58)	
Condutor no momento do AT			
Não	1	3,92 (1,26 – 12,24)	
Idade			
(cada ano adicional)	1	0,96 (0,93 – 0,99)	
		Dimensão Aspectos Físicos	
	Baixa	Intermediária	Alta
Uso dos serviços de saúde			
Sim	1	0,34 (0,14 – 0,84)	
Sexo			
Masculino	1	0,71 (0,31 – 1,64)	
Doenças			
(cada doença adicional)	1	0,51 (0,35 – 0,74)	
AT com envolvimento de motocicleta			
Sim	1	0,40 (0,17 – 0,91)	
		Dimensão Dor	
	Baixa	Intermediária	Alta
Uso dos serviços de saúde			
Sim	1	0,41 (0,17 – 0,99)	
Sexo			
Masculino	1	1,70 (0,79 – 3,63)	
Doenças			
(cada doença adicional)	1	0,49 (0,33 – 0,74)	
AT com envolvimento de motocicleta			
Sim	1	0,28 (0,13 – 0,60)	
		Dimensão Estado Geral de Saúde	
	Baixa	Intermediária	Alta
Uso dos serviços de saúde			
Sim	1	1,28 (0,59 – 2,79)	
Sexo			
Masculino	1	1,26 (0,61 – 2,59)	
Doenças			
(cada doença adicional)	1	0,39 (0,26 – 0,60)	
		Dimensão Vitalidade	
	Baixa	Intermediária	Alta
Uso dos serviços de saúde			
Sim	1	1,54 (0,67 – 3,56)	
Sexo			
Masculino	1	2,0 (0,95 – 4,18)	
Doenças			
(cada doença adicional)	1	0,51 (0,35 – 0,75)	
AT com envolvimento de motocicleta			
Sim	1	0,40 (0,20 – 0,82)	
		Dimensão Aspectos Sociais	
	Baixa	Intermediária	Alta
Uso dos serviços de saúde			
Sim	1	0,21 (0,08 – 0,53)	
Sexo			
Masculino	1	1,42 (0,56 – 3,60)	
Doenças			
(cada doença adicional)	1	0,55 (0,39 – 0,78)	
		Dimensão Aspectos Emocionais	
	Baixa	Intermediária	Alta
Uso dos serviços de saúde			
Sim	1	0,43 (0,16 – 1,20)	
Sexo			
Masculino	1	1,19 (0,44 – 3,20)	
Doenças			
(cada doença adicional)	1	0,56 (0,39 – 0,81)	
		Dimensão Saúde Mental	
	Baixa	Intermediária	Alta
Uso dos serviços de saúde			

Sim	1	1,61 (0,65 – 3,97)	
Sexo			
Masculino	1	1,64 (0,77 – 3,51)	
Doenças			
(cada doença adicional)	1	0,68 (0,49 – 0,94)	
AT com envolvimento de motocicleta			
Sim	1	0,27 (0,12 – 0,60)	
		Qualidade de Vida Geral	
	Baixa	Intermediária	Alta
Uso dos serviços de saúde			
Sim	1	0,43 (0,18 – 1,04)	
Sexo			
Masculino	1	1,85 (0,79 – 4,37)	0,41 (0,11 – 1,48)
Doenças			
(cada doença adicional)	1	0,33 (0,22 – 0,50)	
Condutor no momento do AT			
Não	1	3,19 (1,39 – 7,33)	

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados desta pesquisa podem contribuir para o avanço no entendimento das condições de saúde das pessoas que se envolveram em acidente de trânsito. Do ponto de vista metodológico, o acompanhamento prospectivo de uma coorte de base populacional, aliado à investigação de um grupo controle oriundo da mesma população, permitiu examinar as questões de interesse em um grupo de referência mais ampla do que as abordagens habituais com casos selecionados a partir da captação direta de serviços de saúde.

Com relação à validade do estudo, considerando que a motorização predominante por meio de motocicletas é um fenômeno que se deu com maior intensidade no interior do Brasil recentemente, somado ao fato de que Jequié-BA é um município de porte médio, com aproximadamente 162.000 habitantes, e que os grandes centros já estão relativamente contemplados com quantidade razoável de inquéritos que revelam distintos aspectos generalizáveis para todo o país, acredita-se que a pesquisa produz conhecimento de onde existe uma relativa escassez, a partir de uma região na qual o fenômeno tem ocorrido com frequência e, possivelmente, sofre menores influências de regulação de órgãos de trânsito.

A investigação dos efeitos do AT nas condições de saúde das pessoas, a partir de desfechos relacionados à qualidade de vida e funcionalidade, põe a questão em uma perspectiva diferente da que se pode inferir a partir da morbidade hospitalar. Neste sentido, o conhecimento da qualidade de vida, bem como das suas dimensões subjacentes, revela maior detalhamento a respeito do resultado do AT sobre a saúde das pessoas. De maneira análoga, o conhecimento sobre as condições da funcionalidade ultrapassam a noção de lesões diretas às estruturas corporais, permitindo inferir sobre aspectos mais amplos, que levam em consideração as atividades desempenhadas ou não pelos indivíduos, bem como a magnitude da integração domiciliar, e da participação social e produtiva.

A despeito de a gravidade do AT ser um importante preditor para maiores agravos decorrentes, foi possível inferir que o estado de saúde prévio à ocorrência do AT pode ser um promissor indicador prognóstico da qualidade de vida e funcionalidade após a sua ocorrência. Neste sentido, para a funcionalidade, as comorbidades se mostraram como um determinante mais robusto do que o próprio

envolvimento em AT, sobretudo nos componentes motor e total da medida da independência funcional.

Também para o uso dos serviços de saúde pode-se aplicar raciocínio análogo: tê-los usado em decorrência do envolvimento em AT representou menores chances de ter escores de qualidade de vida classificados como intermediários ou altos para algumas dimensões de qualidade de vida. Provavelmente isto indica que o uso dos serviços de saúde se deu principalmente nos casos com lesões mais graves e maiores acometimentos.

Com relação à qualidade de vida, o envolvimento em AT entre os homens se mostrou como um importante determinante de menores razões de chance para classificações de escores mais altos nas dimensões relativas a aspectos físicos, dor, estado geral de saúde e vitalidade, além da qualidade de vida como um todo.

No tocante à integração com a comunidade, o fato de o envolvimento em AT não ter se mostrado como um determinante pode ser atribuído à possível maior permanência no domicílio, desencadeada pela ocorrência do AT, e isto pode ter contribuído para que os indivíduos efetivamente se integrem mais no domicílio e com a sociedade. Com relação ao domínio de integração com a atividade produtiva, é possível que o determinante mais importante seja o nível de escolaridade, que acaba motivando as relações de trabalho e emprego em ambientes marcados pela desigualdade social.

No geral, todos os achados apontam para um conjunto de efeitos na saúde das pessoas que se envolveram em acidentes de trânsito. Tanto na comparação do acompanhamento com a linha de base, como na comparação com os controles, os desfechos estudados são promissores em detalhar as suas dimensões, domínios e componentes. Foi possível detectar perturbações do estado de saúde em decorrência do AT, mesmo avaliando casos de menor gravidade.

Deste modo, espera-se que os achados deste estudo possam influenciar a elaboração, o planejamento e a execução de políticas públicas com o intuito de mitigar os efeitos prejudiciais nas condições de saúde das pessoas que se envolvem em acidentes de trânsito. Além disso, supõe-se que os avanços metodológicos apontados possam servir como experiência acumulada para o desenvolvimento de outros estudos que possam avançar nestas questões.

REFERÊNCIAS

1. NYMAN, J. A.; BARLEEN, N. A.; KIRDROANG, P. Quality-Adjusted Life Years Lost from Nonfatal Motor Vehicle Accident Injuries. **Medical Decision Making**, v. 28, n. 6, p. 819-828, 2008. Disponível em: < <http://mdm.sagepub.com/content/28/6/819.abstract> >.
2. MATSUOKA, Y. et al. Impact of psychiatric morbidity on quality of life after motor vehicle accident at 1-month follow up. **Psychiatry and Clinical Neurosciences**, v. 63, n. 2, p. 235-237, 2009. ISSN 1440-1819. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1111/j.1440-1819.2009.01928.x> >.
3. SOUZA, E. R. D.; LIMA, M. L. C. D. Panorama da violência urbana no Brasil e suas capitais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, p. 1211-1222, 2006. ISSN 1413-8123. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000500011&nrm=iso >.
4. RIOS, P. A. A.; MOTA, E. L. A. Traffic deaths: recent evolution and regional differences in Bahia State, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, p. 131-144, 2013. ISSN 0102-311X.
5. WASELFISZ, J. J. **Mapa da Violência 2012. Os novos padrões da violência homicida no Brasil. Complementar 2: Acidentes de Trânsito.** Instituto Sangari. São Paulo 2012.
6. MALTA, D. C. et al. Análise das ocorrências das lesões no trânsito e fatores relacionados segundo resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) Brasil, 2008. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 3679-3687, 2011. ISSN 1413-8123. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001000005&nrm=iso >.
7. SOUZA, M. D. F. M. D. et al. Análise descritiva e de tendência de acidentes de transporte terrestre para políticas sociais no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 16, p. 33-44, 2007. ISSN 1679-4974.
8. BRASIL, M. D. S. **VIVA - Sistema de Vigilância de Violência.** Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília, p.164. 2013
9. VASCONCELLOS, E. A. **Risco no trânsito, omissão e calamidade: Impactos do incentivo à motocicleta no Brasil.** São Paulo: Instituto Movimento 2013.
10. WASELFISZ, J. J. **MAPA DA VIOLÊNCIA 2013: Acidentes de Trânsito e Motocicletas.** Centro Brasileiro de Estudos Latino-Americanos. Rio de Janeiro 2013.
11. ORGANIZATION, W. H. **Global Status Report on Road Safety 2013 - Supporting a Decade of Action.** Geneva, p.306. 2013

12. FRAGA-MAIA, H. M. S. "**Vida após o trauma**": do evento à funcionalidade dos sobreviventes de traumatismo cranioencefálico. 2010. (Doutorado). Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador.
13. MALTA, D. C. et al. Análise da mortalidade por acidentes de transporte terrestre antes e após a Lei Seca - Brasil, 2007-2009. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 19, p. 317-328, 2010. ISSN 1679-4974.
14. BELON, A. P. et al. Atendimentos de emergência a vítimas de violências e acidentes: diferenças no perfil epidemiológico entre o setor público e o privado. VIVA - Campinas/SP, 2009. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 2279-2290, 2012.
15. GASPAR, V. L. V. et al. Fatores relacionados a hospitalizações por injúrias em crianças e adolescentes. **Jornal de Pediatria**, v. 80, p. 447-452, 2004. ISSN 0021-7557.
16. CAIXETA, C. R. et al. Morbidade por acidentes de transporte entre jovens de Goiânia, Goiás. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 2075-2084, 2010. ISSN 1413-8123. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000400021&nrm=iso >.
17. IPEA, I. D. P. E. A. **Impactos sociais e econômicos dos acidentes de trânsito nas aglomerações urbanas brasileiras - Pesquisa de acidentes de trânsito nas aglomerações urbanas de Belém, Recife, São Paulo e Porto Alegre - Renavam**. Brasília, p.78. 2004
18. _____. **Impactos sociais e econômicos dos acidentes de trânsito nas rodovias brasileiras**. Brasília. 2006
19. MINAYO, M. C. D. S.; HARTZ, Z. M. D. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, p. 7-18, 2000. ISSN 1413-8123.
20. ALVES, E. F. Qualidade de vida: considerações sobre os indicadores e instrumentos de medida. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**, v. 3, n. 1, 2011-02-17 2011. Disponível em: < <https://periodicos.utfpr.edu.br/rbqv/article/view/690> >.
21. DINIZ, D.; MEDEIROS, M.; SQUINCA, F. Reflexões sobre a versão em Português da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, p. 2507-2510, 2007. ISSN 0102-311X. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001000025&nrm=iso >.
22. ALGHNAM, S. et al. The association between motor vehicle injuries and health-related quality of life: a longitudinal study of a population-based sample in the United States. **Quality of Life Research**, p. 1-9, 2013/06/06 2013. ISSN 0962-9343. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1007/s11136-013-0444-3> >.

23. BILGIN, N. G.; MERT, E.; SEZGIN, M. Evaluation of the effects of disabilities due to traffic accidents on the quality of life using SF-36 health survey. **Acta Orthopaedica et Traumatologica Turcica; Vol 46, No 3 (2012)**, 06/01/ 2012. Disponível em: < <http://www.aott.org.tr/article/view/5000010989/5000011104> >.
24. LUGO, L. H. et al. Multicentric study of epidemiological and clinical characteristics of persons injured in motor vehicle accidents in Medellín, Colombia, 2009-2010. **Colombia Médica**, v. 44, p. 100-107, 2013. ISSN 1657-9534. Disponível em: < http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-95342013000200006&nrm=iso >.
25. KHATI, I. et al. Quality of life one year after a road accident: results from the adult ESPARR cohort. **J Trauma Acute Care Surg**, v. 74, n. 1, p. 301-11, 2013. ISSN 2163-0763 (Electronic) 2163-0755 (Linking).
26. ORGANIZATION, W. H. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID-10**. WHO. Geneva: Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português - CBCD. 10 1993.
27. MELLO JORGE, M. H. P. D. **Acidentes de trânsito no Brasil: um atlas de sua distribuição**. São Paulo: Associação Brasileira de Medicina de Tráfego - ABRAMET: 215 p. 2013.
28. MACÍAS, G. R. **A complexidade da situação epidemiológica dos acidentes de trânsito**. 2009. 178 (Doutorado). Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador.
29. ABNT, A. B. D. N. T. **NBR 6061/80 – GRAVIDADE DAS LESÕES SOFRIDAS POR VÍTIMAS DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - CLASSIFICAÇÃO**: 14 p. 1980.
30. AMIRALIAN, M. L. T. et al. Conceituando deficiência. **Revista de Saúde Pública**, v. 34, p. 97-103, 2000. ISSN 0034-8910.
31. OMS, O. M. D. S. **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. SAÚDE, O.-O. M. D. Lisboa 2004.
32. FARIAS, N.; BUCHALLA, C. M. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 8, p. 187-193, 2005. ISSN 1415-790X.
33. MAIA, H. F.; SOUSA, C. S. D.; OLIVEIRA, K. G. F. D. **OS DEBATES ANCESTRAIS E ATUAIS ACERCA DO QUE É SAÚDE E A CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE: CONTRIBUIÇÕES PARA COMPREENSÃO DAS POSSIBILIDADES DE UMA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE FUNCIONAL**. REVISTA BRASILEIRA DE SAÚDE FUNCIONAL. 01 2011.

34. COHEN, M. E.; MARINO, R. J. The tools of disability outcomes research functional status measures. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, v. 81, p. S21-S29, 2000. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1053/apmr.2000.20620> >. Acesso em: 2015/08/03.
35. OMS, O. M. D. S. **Relatório mundial sobre a deficiência**. Banco Mundial. São Paulo, p.334. 2011
36. LIMA, A. F. B. D. S. **Qualidade de Vida em pacientes do sexo masculino dependentes de álcool**. 2002. 90 (Mestrado). Curso de Pós-Graduação em Medicina: Clínica Médica, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
37. SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. D. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. 580-588, 2004. ISSN 0102-311X. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000200027&nrm=iso >.
38. NERI, M.; SOARES, W. Desigualdade social e saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, p. S77-S87, 2002. ISSN 0102-311X. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000700009&nrm=iso >.
39. TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. D. Determinantes e Desigualdades Sociais no Acesso e na Utilização de Serviços de Saúde. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S., *et al* (Ed.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. 1. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz CEBES, 2008.
40. CARVALHO, A. I.; BUSS, P. M. Determinantes Sociais na Saúde, na Doença e na Intervenção. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S., *et al* (Ed.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. 1. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz CEBES 2008.
41. BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, p. 77-93, 2007. ISSN 0103-7331.
42. IBGE, | Cidades | Infográficos | Bahia | Jequié | Histórico. 2016. Disponível em: < <http://cidades.ibge.gov.br/painel/historico.php?lang=&codmun=291800&search=bahia> >.
43. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, Conselho Estadual de Saúde. Plano Estadual de Saúde 2012 – 2015. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 36, supl. 1, dez. 2012 - Salvador, 2012.
44. MINISTÉRIO DA SAÚDE, B.; DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS, D. **Serviço de Informação sobre Mortalidade - SIM 2016**.
45. _____. Sistema de Informações Hospitalares do SUS -

- SIH/SUS. 2016. Disponível em: <
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/fiuf.def> >.
46. RIOS, P. A. A. **Epidemiologia dos acidentes de trânsito: incidência de envolvimento e fatores comportamentais em um estudo de base populacional**. 2015. 187 (Doutorado). Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador.
47. CICONELLI, R. M. et al. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 39, n. 3, p. 5, 1999.
48. PEREIRA, É. F.; TEIXEIRA, C. S.; SANTOS, A. D. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, v. 26, p. 241-250, 2012. ISSN 1807-5509.
49. WARE JR., J. E. et al. **SF-36 Health Survey Manual and Interpretation Guide**. The Health Institute New England Medical Center. Boston. 1993
50. RIBERTO, M. et al. **Reprodutibilidade da versão brasileira da Medida de Independência Funcional**. Revista Acta Fisiátrica. 8 2001.
51. _____. **Validação da Versão Brasileira da Medida de Independência Funcional**. Revista Acta Fisiátrica. 11: 72-76 p. 2004.
52. WILLER, B.; OTTENBACHER, K. J.; COAD, M. L. The community integration questionnaire. A comparative examination. **Am J Phys Med Rehabil**, v. 73, n. 2, p. 103-11, 1994. ISSN 0894-9115 (Print) 0894-9115 (Linking).
53. KAPLAN, C. P. Community Integration Questionnaire for Patients with Brain Tumor: A Comparative Study. **American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation**, v. 79, n. 3, 2000. ISSN 0894-9115. Disponível em: <
http://journals.lww.com/ajpmr/Fulltext/2000/05000/Community_Integration_Questionnaire_for_Patients.5.aspx >.
54. DALEMANS, R. J. et al. An investigation into the social participation of stroke survivors with aphasia. **Disabil Rehabil**, v. 32, n. 20, p. 1678-85, 2010. ISSN 1464-5165 (Electronic) 0963-8288 (Linking).
55. WACHELDER, E. M. et al. Life after survival: Long-term daily functioning and quality of life after an out-of-hospital cardiac arrest. **Resuscitation**, v. 80, n. 5, p. 517-522, 5// 2009. ISSN 0300-9572. Disponível em: <
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0300957209000653> >.
56. MCNAUGHTON, H. K.; WEATHERALL, M.; MCPHERSON, K. M. Functional Measures Across Neurologic Disease States: Analysis of Factors in Common. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, v. 86, n. 11, p. 2184-2188, 11// 2005. ISSN 0003-9993. Disponível em: <
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003999305005630> >.

57. ESSELMAN, P. C. et al. Community integration after burn injuries. **J Burn Care Rehabil**, v. 22, n. 3, p. 221-7, 2001. ISSN 0273-8481 (Print) 0273-8481 (Linking).
58. FRAGA-MAIA, H. M. S. et al. Translation, adaptation and validation of "Community Integration Questionnaire". **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 1341-1352, 2015. ISSN 1413-8123.
59. DIJKERS, M. The Community Integration Questionnaire. 2000. Disponível em: < <http://www.tbims.org/combi/ciq/> >.
60. LANDIS, J. R.; KOCH, G. G. The measurement of observer agreement for categorical data. **Biometrics**, v. 33, n. 1, p. 159-74, 1977. ISSN 0006-341X (Print) 0006-341X (Linking).
61. ABREU, M. N. S.; SIQUEIRA, A. L.; CAIAFFA, W. T. Regressão logística ordinal em estudos epidemiológicos. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, p. 183-194, 2009. ISSN 0034-8910. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000100025&nrm=iso >.
62. ELURU, N.; YASMIN, S. A note on generalized ordered outcome models. **Analytic Methods in Accident Research**, v. 8, p. 1-6, 2015. ISSN 2213-6657. Disponível em: < <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2213665715000263> >.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

FORMULÁRIO CONDUTOR – LINHA DE BASE

Vou lhe fazer algumas perguntas sobre suas características pessoais e condições de vida.

BLOCO I - Informações sociodemográficas individuais e do domicílio.

1. Nome completo: _____

2. Sexo? 0[]Feminino 1[]Masculino 66[]Não quis responder

3. Qual é a sua idade, em anos completos? _____ anos completos 666[]Não sabe / Não quis responder

4. Qual a sua data de nascimento? ____/____/____ 66[] Não sabe / Não quis responder

5. Há quanto tempo o(a) senhor(a) mora no município? ____anos____meses____dias . 666[]Não sabe / Não quis responder

6. Entre as seguintes alternativas, qual o(a) senhor(a) escolheria para definir a sua cor ou raça? (LER ALTERNATIVAS)
0[]Branca 1[]Amarela 2[]Indígena 3[]Parda 4[]Preta 66[]Não sabe / Não quis responder

7. Qual é o seu estado civil?
0[]Casado(a) /união estável 1[]Divorciado(a)/Separado(a) 2[]Viúvo(a) 3[]Solteiro(a) 66[]Não quis responder

8. O(a) senhor(a) tem filhos? 0[]Sim 1[]Não (passar para Q.9) 66[]Não quis responder (passar para Q.9)

8.1 Quantos filhos o(a) senhor(a) tem? _____filho(s). 666[]Não quis responder

9. Qual o seu grau de instrução (Até que série estudou)?

0[] Pós-graduação	1[] Universitário/superior completo
2[] Universitário/superior incompleto	3[] 2º grau completo (ensino médio/técnico completo)
4[] 2º grau incompleto (ensino médio/ ensino técnico incompleto)	5[] 1º grau completo (ensino fundamental completo)
6[] 1º grau incompleto (ensino fundamental incompleto)	7[] Analfabeto 66[] Não sabe / Não quis responder

10. Qual é, aproximadamente, a sua renda mensal bruta, ou seja, sem descontos?

0[] Menos que 1 Salário Mínimo – SM (< 680,00 reais)	1[] Entre 1 a 3 SM (de 680,00 até 2.000,00 reais)
2[] Mais de 3 SM até 6 SM (mais 2.000,00 até 4.000,00 reais)	3[] Mais que 6 SM (mais que 4.000,00 reais)

66[] Não sabe / Não quis responder

10.1 É o único condutor do domicílio?
[] Sim [] Não - 1º condutor
[] Não - 2º condutor [] Não - 3º condutor [] Não - 4º condutor ou mais (passar para Q.15)

11. No MÊS PASSADO, qual foi, aproximadamente, a RENDA FAMILIAR BRUTA do domicílio? (LER: É a soma dos rendimentos, SEM DESCONTOS, de todas as pessoas que contribuem regularmente para as despesas da casa)

0[] Menos que 1 Salário Mínimo – SM (< 680,00 reais)	1[] Entre 1 a 3 SM (de 680,00 até 2.000,00 reais)
2[] Mais de 3 SM até 6 SM (mais 2.000,00 até 4.000,00 reais)	3[] Mais que 6 SM (mais que 4.000,00 reais)

66[] Não sabe / Não quis responder

12. Neste domicílio há acesso à internet? 0[] Sim 1[] Não 66[] Não sabe / Não quis responder

13. Quantas pessoas no domicílio têm plano de saúde? [] [] pessoas 66[] Não sabe / Não quis responder

14. A família possui quantos veículos motorizados? [] [] 666[] Não sabe / Não quis responder

Ainda sobre informações pessoais, vou lhe perguntar sobre trabalho.

15. O(a) senhor(a) trabalha no momento?
0[] Não 1[] Sim (passar para Q.15.2) 66[] Não quis responder

15.1 Se **NÃO** está trabalhando no momento, o(a) senhor(a) está na condição de? (LER ALTERNATIVAS)

0[] Aposentado	1[] Pensionista	6[] Afastado do trabalho/motivo pessoal
2[] Vivendo de renda	3[] Estudante (passar para Q.17)	7[] Afastado do trabalho/motivo de doença

4[] Do lar 5[] Desempregado
8[] Outra situação. 66[] Não quis responder

15.2 Qual é a sua ocupação PRINCIPAL no momento? _____ 66[] Não quis responder

15.3 Há quanto tempo trabalha nesta ocupação? ____anos ____meses 666[] Não sabe / Não quis responder

15.4 Qual é o tipo de vínculo dessa ocupação atual? (LER ALTERNATIVAS)
0[] Público 1[] Privado (passar para Q.15.4.2) 2[] Sem vínculo (passar para Q.15.4.3) 66[] Não quis responder

15.4.1 Qual a esfera desse vínculo?
1[] Municipal 2[] Estadual 3[] Federal

15.4.2 COM VÍNCULO em setor público ou privado, o(a) senhor(a) é: (LER ALTERNATIVAS)
(DEPOIS, PASSAR PARA Q.15.4.4)
0[] Efetivo 1[] Contratado pela CLT 2[] Prestador de serviços 3[] Cooperativado 4[] Cargo de confiança
5[] Terceirizado 6[] Estagiário 7[] Empregador 66[] Não sabe / Não quis responder

15.4.3 SEM VÍNCULO em setor público ou privado, o(a) senhor(a) é: (LER ALTERNATIVAS)
0[] Autônomo/conta própria 1[] Profissional liberal 2[] Trabalhador doméstico 3[] Trabalhador informal
4[] Trabalhador rural sem vínculo 5[] Trabalhador da produção para o próprio consumo
6[] Trabalhador na construção para o próprio uso 7[] Trabalhador não remunerado 8[] Empregador
9[] Outro 66[] Não sabe / Não quis responder

15.4.4 O(a) senhor(a) contribui com algum tipo de previdência (INSS e/ou privada)?
0[] Não contribuo com nenhum tipo de previdência 1[] INSS 2[] Previdência privada 3[] Regime próprio de previdência 4[] Mista (INSS +Previdência privada + regime próprio) 66[] Não sabe / Não quis responder

15.4.5 Nesta ocupação PRINCIPAL você tem direito a: (LER ALTERNATIVAS – PODE MARCAR MAIS DE UMA RESPOSTA)
0[] Férias remuneradas 1[] 1/3 de adicional de férias 2[] 13º salário 3[] Folga 4[] Auxílio transporte
5[] Auxílio alimentação 6[] Auxílio moradia 7[] Auxílio educação 8[] Nenhum desses direitos
66[] Não sabe / Não quis responder

15.5 Em que turno o(a) senhor(a) trabalha nesta ocupação?
0[] Manhã 1[] Tarde 2[] Noite 3[] Dois turnos 66[] Não quis responder

15.6 Qual é a sua carga horária semanal de trabalho nesta ocupação? _____ horas/semana. 666[] Não quis responder

15.7 O(a) senhor(a) possui OUTRA OCUPAÇÃO REMUNERADA?
0[] Não (passar para Q.15.9) 1[] Sim 66[] Não quis responder

15.8 Qual a sua carga horária semanal de trabalho NESTA OUTRA OCUPAÇÃO? _____ horas 666[] Não quis responder

15.9 O(a) senhor(a) possui alguma OCUPAÇÃO NÃO REMUNERADA?
0[] Não (passar para Q.16) 1[] Sim 66[] Não quis responder

15.10 Qual a sua carga horária semanal de trabalho nesta ocupação NÃO REMUNERADA? ____ horas
666[] Não quis responder

16. O(a) senhor(a) utiliza algum veículo motorizado para ir/voltar do trabalho? (LER ALTERNATIVAS)
0[] Sim 1[] Não, só caminho 2[] Não, só uso bicicleta 66[] Não quis responder

Agora vou lhe fazer perguntas relacionadas ao trânsito.

BLOCO II - Informações sobre Mobilidade Urbana

17. Durante os seus deslocamentos na rua, o(a) senhor(a), mais frequentemente, anda como: (LER ALTERNATIVAS)
0[] Pedestre 1[] Ciclista 2[] Passageiro de automóvel/van 3[] Passageiro de transporte coletivo
4[] Passageiro de motocicleta 5[] Motorista de automóvel/van 6[] Motociclista 66[] Não quis responder

<p>18. O(a) senhor(a) usa o transporte alternativo do município (moto-táxi)? 0[] Sim 1[] Não (passar para Q. 20)</p>	<p>19. Quantas vezes por semana o(a) senhor(a) usa o transporte alternativo do município (moto-táxi)? (LER ALTERNATIVAS)</p>
---	---

66[]Não quis responder	0[]Menos de uma vez por semana 1[]Pelo menos uma vez por semana 2[]2 a 5 vezes por semana 3[]Quase todos, ou todos os dias da semana 66[]Não quis responder																					
BLOCO III - Informações sobre condução de veículos motorizados																						
20. Com que frequência o(a) senhor(a) DIRIGE veículo motorizado?(LER ALTERNATIVAS) 0[]Menos de uma vez por semana 1[]Pelo menos uma vez por semana 2[]2 a 5 vezes por semana 3[]Quase todos, ou todos os dias da semana 66[]Não quis responder	21. Por quanto tempo, aproximadamente, o(a) senhor(a) costuma dirigir por dia? (LER ALTERNATIVAS) 0[]Menos de 1 hora por dia 1[]Entre 1 a 3 horas por dia 2[]Entre 4 a 7 horas por dia 3[]8 horas ou mais por dia 66[]Não quis responder																					
22. Quantos quilômetros por semana o(a) senhor(a) percorre dirigindo no trânsito? _____km 66[]Não sabe / Não quis responder 23. O veículo que o(a) senhor(a) dirige é adaptado para alguma limitação ou deficiência física/auditiva? 0[]Sim – deficiência física 1[]Sim – deficiência auditiva 2[]Não 66[]Não quis responder	24. Quando o(a) senhor(a) conduz, qual tipo de veículo dirige mais frequentemente? (LER ALTERNATIVAS) 0[]Automóvel/van 1[]Motocicleta 2[]Veículo Pesado - ônibus/caminhão 66[]Não quis responder																					
Sobre esse veículo que o(a) senhor(a) mais dirige:																						
25. Qual é o ano de fabricação?	_____ 66[]Não sabe / Não quis responder																					
25.1 Qual a cilindrada?	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="697 1010 995 1059">() SE AUTOMÓVEL / VAN</th> <th data-bbox="1000 1010 1299 1059">() SE MOTOCICLETA</th> <th data-bbox="1303 1010 1498 1059">() VEÍCULO PESADO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="697 1066 995 1099">0[]1.000 (1.0)</td> <td data-bbox="1000 1066 1299 1099">0[]Até 50</td> <td data-bbox="1303 1066 1498 1099"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="697 1106 995 1140">1[]1.4</td> <td data-bbox="1000 1106 1299 1140">1[]51 até 150</td> <td data-bbox="1303 1106 1498 1140"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="697 1146 995 1180">2[]1.6</td> <td data-bbox="1000 1146 1299 1180">2[]151 até 300</td> <td data-bbox="1303 1146 1498 1180"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="697 1187 995 1220">3[]2.0 ou mais</td> <td data-bbox="1000 1187 1299 1220">3[]301 até 750</td> <td data-bbox="1303 1187 1498 1220"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="697 1227 995 1261">66[]Não sabe / Não quis responder</td> <td data-bbox="1000 1227 1299 1261">4[]mais de 750</td> <td data-bbox="1303 1227 1498 1261"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="697 1267 995 1301">66[]Não sabe / Não quis responder</td> <td data-bbox="1000 1267 1299 1301">66[]Não sabe / Não quis responder</td> <td data-bbox="1303 1267 1498 1301"></td> </tr> </tbody> </table>	() SE AUTOMÓVEL / VAN	() SE MOTOCICLETA	() VEÍCULO PESADO	0[]1.000 (1.0)	0[]Até 50		1[]1.4	1[]51 até 150		2[]1.6	2[]151 até 300		3[]2.0 ou mais	3[]301 até 750		66[]Não sabe / Não quis responder	4[]mais de 750		66[]Não sabe / Não quis responder	66[]Não sabe / Não quis responder	
() SE AUTOMÓVEL / VAN	() SE MOTOCICLETA	() VEÍCULO PESADO																				
0[]1.000 (1.0)	0[]Até 50																					
1[]1.4	1[]51 até 150																					
2[]1.6	2[]151 até 300																					
3[]2.0 ou mais	3[]301 até 750																					
66[]Não sabe / Não quis responder	4[]mais de 750																					
66[]Não sabe / Não quis responder	66[]Não sabe / Não quis responder																					
25.2 Esse veículo é usado como instrumento de trabalho? (LER: Ou seja, o uso desse veículo gera renda para o(a) senhor(a)?) Não considerar o uso para transporte até o local de trabalho.	0[]Não 1[]Sim 66[]Não sabe / Não quis responder																					
26. O(a) senhor(a) possui carteira de habilitação (CNH) (incluindo Autorização para Conduzir Ciclomotor – ACC)? (LER ALTERNATIVAS)																						
0[]Não (passar para Q.28) 1[]Não tenho a idade para tirar a CNH (passar para Q.28) 2[]B – para carros 3[]A – para motocicletas 4[]ACC – Somente para Ciclomotores 5[]AB – para carros e motocicletas 6[]C / D / E – para carros, e outros veículos de maior porte (caminhão, tratores, van, ônibus) 66[]Não quis responder																						
27. Há quanto tempo o(a) senhor(a) adquiriu a sua 1º carteira de habilitação? _____anos_____meses 66[]Não quis responder																						
28. Nos últimos 12 meses, o(a) senhor(a) foi multado no trânsito? 0[]Não 1[]Sim 66[]Não quis responder																						
BLOCO IV - Informações individuais sobre estilo de direção e velocidade																						
- MOSTRAR A ESCALA DE FREQUÊNCIA 1 - 29. Enquanto o(a) senhor(a) está dirigindo, com que frequência o(a) senhor(a) adota os procedimentos de direção defensiva? (LER: Direção defensiva é conceituada como a forma de dirigir, que permite a você reconhecer antecipadamente as situações de perigo e prever o que pode acontecer com você, com seus acompanhantes, com o seu veículo e com os outros usuários da via)	30. O(a) senhor(a) gosta de correr enquanto está dirigindo? 0[]Não 1[]Sim 66[]Não quis responder																					

0[] Sempre 1[] Quase sempre 2[] Às vezes 3[] Raramente 4[] Nunca 66[] Não quis responder	
31. Correr, quando o(a) senhor(a) está dirigindo ou quando outra pessoa dirige, diverte-o(a)? 0[] Não 1[] Sim 66[] Não quis responder	32. Com que frequência o(a) senhor(a) dirige correndo apenas por diversão? 0[] Nunca 1[] Raramente 2[] Às vezes 3[] Quase sempre 4[] Sempre 66[] Não quis responder
33. O(a) senhor(a) dirige em estradas ou rodovias? 0[] Não (passar para Q.35) 1[] Sim 66[] Não quis responder	34. Qual é a velocidade máxima que o(a) senhor(a) costuma atingir quando está dirigindo em UMA ESTRADA / RODOVIA? _____ km/h 666[] Não quis responder
35. Qual é a velocidade máxima que o(a) senhor(a) costuma atingir quando está dirigindo em uma via urbana? _____ km/h 0[] Não se aplica 666[] Não quis responder	36. Com que frequência o(a) senhor(a) percebe que está dirigindo com velocidade acima do limite legal estabelecido para a via? 0[] Nunca 1[] Raramente 2[] Às vezes 3[] Quase sempre 4[] Sempre 66[] Não quis responder
BLOCO V - Informações sobre Comportamentos no Trânsito	
37. Quando o(a) senhor é pedestre, com que frequência usa a faixa de pedestre ao atravessar as ruas? (LER ALTERNATIVAS) 0[] Sempre 1[] Quase sempre 2[] Às vezes 3[] Raramente 4[] Nunca 5[] Não tem faixa onde eu ando 66[] Não quis responder	38. Com que frequência o(a) senhor(a) usa capacete quando anda de motocicleta? (LER ALTERNATIVAS) 0[] Sempre 1[] Quase sempre 2[] Às vezes 3[] Raramente 4[] Nunca 5[] Não ando de motocicleta 66[] Não quis responder
39. Com que frequência o(a) senhor(a) usa cinto de segurança quando anda no BANCO DA FRENTE de automóvel DENTRO DA CIDADE? (LER ALTERNATIVAS) 0[] Sempre 1[] Quase sempre 2[] Às vezes 3[] Raramente 4[] Nunca 5[] Não anda no banco da frente/não anda na cidade 66[] Não quis responder	40. Com que frequência o(a) senhor(a) usa cinto de segurança quando anda no BANCO DA FRENTE de automóvel NA ESTRADA/RODOVIA? (LER ALTERNATIVAS) 0[] Sempre 1[] Quase sempre 2[] Às vezes 3[] Raramente 4[] Nunca 5[] Não anda no banco da frente/não anda em rodovia 66[] Não quis responder
41. Com que frequência o(a) senhor(a) usa cinto de segurança quando anda no BANCO DE TRÁS de automóvel DENTRO DA CIDADE? (LER ALTERNATIVAS) 0[] Sempre 1[] Quase sempre 2[] Às vezes 3[] Raramente 4[] Nunca 5[] Não anda no banco de trás/não anda na cidade 66[] Não quis responder	42. Com que frequência o(a) senhor(a) usa cinto de segurança quando anda no BANCO DE TRÁS de automóvel NA ESTRADA/RODOVIA? (LER ALTERNATIVAS) 0[] Sempre 1[] Quase sempre 2[] Às vezes 3[] Raramente 4[] Nunca 5[] Não anda no banco de trás/não anda na rodovia 66[] Não quis responder
43. Nos últimos 30 dias, o(a) senhor(a) andou de motocicleta com mais de duas pessoas, ou com crianças com menos de 7 anos de idade na garupa? (LER ALTERNATIVAS) 0[] Não 1[] Sim 2[] Não anda de motocicleta 66[] Não quis responder	44. No caso de ter crianças na residência, o(a) senhor(a) costuma usar as cadeirinhas e/ou assentos infantis quando as carrega? (LER ALTERNATIVAS) 0[] Sempre 1[] Quase sempre 2[] Às vezes 3[] Raramente 4[] Nunca 5[] Não se aplica (não tem crianças na residência/não dirige automóvel) 66[] Não quis responder
45. O(a) senhor(a) costuma usar o celular enquanto dirige? (LER ALTERNATIVAS) 0[] Não 1[] Às vezes 2[] Frequentemente 66[] Não quis responder	46. Nos últimos 30 dias, o(a) senhor(a) andou em algum veículo conduzido por alguém que ingeriu bebida alcoólica antes, ou estivesse ingerindo? 0[] Não 1[] Sim 66[] Não quis responder

Agora vou lhe fazer perguntas sobre consumo de bebidas alcoólicas.

BLOCO VI - Informações sobre Consumo de bebidas alcoólicas

47. O(a) senhor(a) consome bebidas alcoólicas? 0[] Não (passar para Q.53) 1[] Sim 66[] Não quis responder

Material pertencente à Pesquisa Saúde & Trânsito

48. Com que frequência o(a) senhor(a) consome bebidas alcoólicas? (LER ALTERNATIVAS)

0[]Uma vez por mês ou menos 1[]2-4 vezes por mês 2[]2-3 vezes por semana 3[]4 ou mais vezes por semana
66[]Não quis responder

BLOCO VII - Informações sobre consumo de bebidas alcoólicas e direção

QUESTÃO 49.

(MOSTRAR A ESCALA DO TEMPO 1)

Nos últimos 12 meses, o(a) senhor(a) chegou a consumir 3 ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião? (3 doses de bebida seriam 3 latas normais de cerveja, ou 3 taças de vinho, ou 3 doses de cachaça ou outra bebida destilada)

0[]Não (passar para Q.51) 1[]Sim

66[]Não quis responder

50. Na(s) ocasião(ões) que o(a) senhor(a) consumiu essa quantidade de bebida, o(a) senhor(a) dirigiu logo após beber (até seis horas depois)?

0[]Não

1[]Sim

66[]Não quis responder

51. Nesse mesmo período, o(a) senhor(a) dirigiu após ingerir MENOS DE 3 DOSES, OU SEJA, dirigiu depois de beber QUALQUER QUANTIDADE de bebida alcoólica?

0[]Não (passar para Q.53)

1[]Sim

66[]Não quis responder

52. Nos ÚLTIMOS 30 DIAS, quantas vezes, aproximadamente, o(a) senhor(a) dirigiu após beber QUALQUER QUANTIDADE de bebida alcoólica?

_____ vezes 66[]Não quis responder

53. Seus amigos, colegas e/ou familiares costumam dirigir após beber?

0[]Não 1[]Sim 66[]Não quis responder

Gostaria de saber sua opinião a respeito de normas de trânsito e algumas percepções relacionadas a esse ambiente.

BLOCO VIII - Informações sobre opinião a respeito de normas de trânsito e sobre percepções

54. O(a) senhor(a) conhece a Lei Seca que foi implantada em 2008? 0[]Sim 1[]Não 66[]Não quis responder

55. O(a) senhor(a) concorda com **A NOVA LEI SECA** que proíbe **qualquer consumo de álcool** antes de dirigir?

0[]Sim 1[]Não 66[]Não quis responder

56. O(a) senhor(a) modificou seu comportamento no trânsito após a implementação da **Nova Lei Seca ESSE ANO?**

0[]Sim

1[]Não

66[]Não quis responder

– MOSTRAR A ESCALA DE PERCEÇÃO

57. Na sua opinião, se alguém **beber e dirigir**, qual é a chance dessa pessoa ser pega pela polícia e ser punida por isso?

0[]100% de chance 1[]75% de chance

2[]50% de chance 3[]25% de chance

4[]Nenhuma chance 66[]Não quis responder

58. O(a) senhor(a) acredita que é perigoso dirigir após beber **QUALQUER QUANTIDADE DE BEBIDA ALCOÓLICA?**

(LER ALTERNATIVAS)

0[]Sim 1[]Não, depende da quantidade

2[]Não, independentemente da quantidade

66[]Não quis responder

59. O(a) senhor(a) acredita que dirigir sem ter bebido tem relação com a saúde?

0[]Sim

1[]Não

66[]Não quis responder

– RESPONDER COM A ESCALA DE PERCEÇÃO

60. Na sua opinião, se alguém **dirigir acima do limite de velocidade**, qual é a chance dessa pessoa ser pega pela polícia ou radar e ser punida por isso?

0[]100% de chance 1[]75% de chance

2[]50% de chance 3[]25% de chance

4[]Nenhuma chance 66[]Não quis responder

61. O(a) senhor(a) acredita que é **perigoso dirigir acima do limite de velocidade?**

0[]Sim

1[]Não

66[]Não quis responder

62. O(a) senhor(a) acredita que dirigir dentro do limite de velocidade tem relação com a saúde?

0[]Sim 1[]Não 66[]Não quis responder

63. O(a) senhor(a) acredita que usar equipamento de segurança no trânsito tem relação com a saúde?

0[]Sim 1[]Não 66[]Não quis responder

Agora vou lhe fazer perguntas sobre acidentes de trânsito.

BLOCO IX - Informações sobre Envolvimento em Acidentes de Trânsito

64. Durante a sua vida, o(a) senhor(a) sofreu, ou se envolveu, em algum acidente de trânsito?

(REFORÇAR O QUE É ACIDENTE DE TRÂNSITO: Acidente de trânsito é “todo acidente com veículo ocorrido na via pública, o que inclui qualquer atropelamento, batida entre veículos, acidentes com bicicleta, moto e quedas dentro de ônibus (ou para fora dele), quedas de caminhão e motos que ocorrem em ruas ou estradas, podendo ou não causar ferimentos nas pessoas”).

0[] Não (passar para a Q.95) 1[] Sim 66[] Não quis responder

– MOSTRAR A ESCALA DO TEMPO 2.

65. Nos últimos 12 meses, o(a) senhor(a) sofreu, ou se envolveu, em algum acidente de trânsito?

0[] Não (passar para a Q.95) 1[] Sim 66[] Não quis responder

66. Em quantos acidentes de trânsito o(a) senhor(a) se envolveu nos últimos 12 meses? 66[] Não quis responder

67. Em que mês(es) ocorreu(ram) o(s) acidente(s) que o(a) senhor(a) se envolveu nos últimos 12 meses?

(MARCAR O MÊS) 66[] Não quis responder

Ano	2012					2013										
Mês	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Maio	Jun	Jul	Ago	Set	Out

67.1 Caso tenha sofrido mais de um acidente, em que mês ocorreu o acidente mais grave? 0[] Não se aplica

Ano	2012					2013										
Mês	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Maio	Jun	Jul	Ago	Set	Out

66[] Não quis responder

68. O(a) senhor(a) deixou de realizar atividades habituais (ir ao trabalho, à escola/universidade, lazer, afazeres domésticos, etc.) por ter se envolvido em acidente de trânsito nesse período?

0[] Não 1[] Sim 66[] Não quis responder

AS PRÓXIMAS QUESTÕES SE REFEREM ÀS CARACTERÍSTICAS DO ACIDENTE DE TRÂNSITO

ATENÇÃO! Se o respondente sofreu mais de um AT nos últimos 12 meses, ele deve responder sobre o AT mais grave.

69. No acidente em que o(a) senhor(a) sofreu (se envolveu), o(a) senhor(a) era:

(LER ALTERNATIVAS)

0[] Pedestre (passar p/ Q.71)

1[] Ciclista (condutor/carona)

2[] Condutor de moto

3[] Condutor de automóvel/van

4[] Condutor de veículo pesado (ônibus/caminhão)

5[] Passageiro de moto

6[] Passageiro de automóvel/van

7[] Passageiro de veículo pesado 66[] Não quis responder

70. Durante o acidente, o(a) senhor(a) usava equipamento de segurança?

0[] Sim

1[] Não

66[] Não quis responder

71. O(a) senhor(a) havia ingerido bebida alcoólica logo antes de se envolver no acidente de trânsito (até seis horas antes da ocorrência do acidente)?

0[] Não 1[] Sim 2[] Não consumiu bebida alcoólica

66[] Não quis responder

SAÚDE & Trânsito
PESQUISA

72. O(a) senhor(a) estava trabalhando ou se deslocando do trabalho para casa, ou da casa para o trabalho, no momento que aconteceu o acidente?

0[] Não 1[] Sim 66[] Não quis responder

73. Em que tipo de acidente o(a) senhor(a) se envolveu?

(LER ALTERNATIVAS)

0[] Atropelamento por automóvel

1[] Atropelamento por veículo pesado (ônibus/caminhão)

2[] Atropelamento por motocicleta

3[] Atropelamento por bicicleta

4[] Colisão entre motocicletas

5[] Colisão entre motocicleta e automóvel

6[] Colisão entre motocicleta e veículo pesado

7[] Colisão entre automóveis

8[] Colisão entre automóvel e veículo pesado

9[] Queda de motocicleta

10[] Queda de ônibus

11[] Capotamento

Sobre as circunstâncias do acidente, o(a) senhor(a) considera que:

74. Houve excesso de velocidade?

0[] Não 1[] Sim

2[] Não se aplica 66[] Não sabe / Não quis responder

74.1 Houve ultrapassagem de veículo em local proibido?

0[] Não 1[] Sim

2[] Não se aplica 66[] Não sabe / Não quis responder

74.2 O pedestre atravessou a rua fora da faixa de pedestres?

0[] Não 1[] Sim

2[] Não se aplica 66[] Não sabe / Não quis responder

74.3 Houve desrespeito do semáforo?

0[] Não 1[] Sim

2[] Não se aplica 66[] Não sabe / Não quis responder

66[] Não sabe / Não quis responder	74.4 Outra pessoa envolvida no acidente havia ingerido bebida alcoólica? 0[] Não 1[] Sim 2[] Não se aplica 66[] Não sabe / Não quis responder		
75. Em que turno do dia o acidente ocorreu? (LER ALTERNATIVAS) 0[] Manhã 1[] Tarde 2[] Noite 3[] Madrugada 66[] Não sabe / Não quis responder	76. Qual o dia da semana em que o acidente ocorreu? (LER ALTERNATIVAS) 0[] Dia útil (Segunda a sexta-feira) 1[] Fim de semana / feriado 66[] Não sabe / Não quis responder		
77. Onde o acidente ocorreu? (LER ALTERNATIVAS) 0[] Na área urbana (dentro da cidade) 1[] Na estrada / rodovia 66[] Não sabe / Não quis responder	78. Quantos veículos se envolveram nesse acidente? _____veículos 66[] Não sabe / Não quis responder		
79. O acidente gerou alguma lesão corporal no(a) senhor(a)? 0[] Não (passar para Q.82) 1[] Sim 66[] Não sabe / Não quis responder (passar para Q.82)	80. Qual foi a parte do corpo lesionada? (PODE MARCAR MAIS DE UMA RESPOSTA) 0[] Cabeça 1[] Face 2[] Pescoço 3[] Coluna/medula 4[] Ombro 5[] Braço 6[] Antebraço 7[] Punho/mão 8[] Dorso/costas superior 9[] Dorso/costas inferior 10[] Tórax 11[] Abdômen 12[] Genitália/ânus 13[] Quadril 14[] Coxa 15[] Perna 16[] Tornozelo/pé 17[] Múltiplos órgãos/regiões 18[] Dentes 66[] Não sabe / Não quis responder		
QUE TIPO DE LESÃO CORPORAL OCORREU?			
TIPOS	Não	Sim	Não sabe / Não quis responder
81. Corte, laceração ou contusão de alguma parte do corpo?	[0]	[1]	66[]
81.1 Entorse ou luxação de alguma articulação?	[0]	[1]	66[]
81.2 Fratura de algum osso?	[0]	[1]	66[]
81.3 Teve Traumatismo crânio-encefálico?	[0]	[1]	66[]
81.4 Teve Lesão na Medula (na coluna)?	[0]	[1]	66[]
81.5 Teve fratura e ferimentos em várias partes do corpo e de órgãos?	[0]	[1]	66[]
82. O(a) senhor(a) foi atendido pelo SAMU ou Bombeiros? 0[] Sim 1[] Não 66[] Não sabe / Não quis responder	83. O(a) senhor(a) foi atendido em Pronto Socorro de Hospital? 0[] Sim 1[] Não (passe para Q.89) 66[] Não sabe / Não quis responder		
84. O(a) senhor(a) foi internado em hospital por causa do acidente? 0[] Não (passe para Q. 89) 1[] Sim 66[] Não sabe / Não quis responder (passe para Q. 89) 84.1 Quanto tempo o(a) senhor(a) ficou internado? _____meses_____dias 66[] Não sabe / Não quis responder	85. A sua internação foi paga por quem? (LER ALTERNATIVAS) 0[] Pelo Sistema Único de Saúde (SUS) 1[] Por Plano de saúde 2[] Por recursos próprios 3[] Pelo SUS e por plano de saúde 4[] Pelo SUS e por recursos próprios 5[] Por Plano de saúde e por recursos próprios 6[] Pelas três fontes (SUS, plano e por recursos próprios) 66[] Não sabe / Não quis responder		
86. O(a) senhor foi operado por causa desse acidente (fez cirurgia)? 0[] Não 1[] Sim 66[] Não sabe / Não quis responder	87. O(a) senhor(a) precisou ficar em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) por causa do acidente? 0[] Não (passe para Q. 89) 1[] Sim 66[] Não sabe / Não quis responder (passe para Q. 89)		
88. A sua internação na UTI foi paga por quem? (LER ALTERNATIVAS) 0[] Pelo Sistema Único de Saúde (SUS) 1[] Por Plano de saúde 2[] Por recursos próprios 3[] Pelo SUS e por plano de saúde	89. O(a) senhor(a) realizou tratamento de fisioterapia por consequência desse acidente? 0[] Não (passe para Q.91) 1[] Sim		

<p>4[] Pelo SUS e por recursos próprios 5[] Por Plano de saúde e por recursos próprios 6[] Pelas três fontes (SUS, plano e por recursos próprios) 66[] Não sabe / Não quis responder</p>	<p>66[] Não sabe / Não quis responder (passe para Q.91)</p>
<p>90. Seu tratamento de fisioterapia foi pago por quem? (LER ALTERNATIVAS) 0[] Pelo Sistema Único de Saúde (SUS) 1[] Por Plano de saúde 2[] Por recursos próprios 3[] Pelo SUS e por plano de saúde 4[] Pelo SUS e por recursos próprios 5[] Por Plano de saúde e por recursos próprios 6[] Pelas três fontes (SUS, plano e por recursos próprios) 66[] Não sabe / Não quis responder</p>	<p>91. O(a) senhor(a) ficou com alguma sequela física, ou seja, alguma limitação ou deficiência física devido ao acidente? 0[] Não (passe para Q.93) 1[] Sim 66[] Não sabe / Não quis responder (passe para Q.93)</p> <p style="text-align: right;">Saúde & Trânsito PESQUISA</p>
<p>92. Que tipo de sequela o(a) senhor(a) ficou? (LER ALTERNATIVAS) (PODE MARCAR MAIS DE UMA RESPOSTA)</p> <p>0[] Redução de movimentos nos membros inferiores 1[] Redução de movimentos nos membros superiores 2[] Redução de movimentos na coluna 3[] Perda total de movimentos nos membros inferiores 4[] Perda total de movimentos nos membros superiores 5[] Perda parcial de movimentos - membros sup. e inf. 6[] Perda total de movimentos - membros sup. e inf. 7[] Amputação de membro(s) 66[] Não sabe / Não quis responder</p>	<p>93. O(a) senhor(a) realizou tratamento ou acompanhamento psicológico devido ao acidente? 0[] Não 1[] Sim 66[] Não sabe / Não quis responder</p> <p>94. Nesse acidente que o(a) senhor(a) se envolveu, a que o(a) senhor(a) atribui como causa do acidente? (LER ALTERNATIVAS) 0[] Causa humana 1[] Condição da pista, rua, rodovia, sinalização 2[] Condição do clima 3[] Condição do veículo 4[] Combinação de causas 66[] Não sabe / Não quis responder</p>

Agora lhe farei perguntas para avaliar a sua qualidade de vida.

BLOCO X- Informações sobre Qualidade de Vida – SF-36								
<p>Questão 95. Em geral você diria que sua saúde é: 1[] Excelente 2[] Muito boa 3[] Boa 4[] Ruim 5[] Muito Ruim</p> <p>96. Comparada há um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral, agora? 1[] Muito melhor 2[] Um pouco melhor 3[] Quase a mesma 4[] Um pouco pior 5[] Muito Pior</p> <p>MOSTRAR A ESCALA DE DIFICULDADE.</p> <table style="width: 100%; text-align: center; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">1</td> <td style="width: 33%;">2</td> <td style="width: 33%;">3</td> </tr> <tr> <td>Sim, dificulta muito</td> <td>Sim, dificulta um pouco</td> <td>Não, não dificulta de modo algum</td> </tr> </table>			1	2	3	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
1	2	3						
Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum						
97. Durante um dia comum, a sua saúde dificulta realizar :								
97. Atividades Vigorosas, que exigem muito esforço, como correr, levantar objetos pesados?								
97.1 Atividades Moderadas, como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa?								
97.2 E levantar ou carregar mantimentos?								
97.3 E subir vários lances de escada?								
97.4 E subir um lance de escada?								
97.5 E curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se?								
97.6 E andar mais de 1 quilômetro?								
97.7 E andar vários quarteirões?								
97.8 E andar um quarteirão?								
97.9 E tomar banho ou vestir-se?								
Questão 98. Considerando as últimas 4 semanas, devido à sua SAÚDE FÍSICA:								
98. Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	Sim	Não						
	[0]	[1]						
98.1 Realizou menos tarefas do que você gostaria?	[0]	[1]						

98.2 Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	[0]	[1]
98.3 Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades? Por exemplo, necessitou de um esforço extra.	[0]	[1]

Questão 99. Nas últimas 4 semanas, devido a algum **PROBLEMA EMOCIONAL**:

99. Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	Sim	Não
	[0]	[1]
99.1 Realizou menos tarefas do que você gostaria?	[0]	[1]
99.2 Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	[0]	[1]

100. Ainda sobre as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

1[] De forma nenhuma 2[] Ligeiramente 3[] Moderadamente 4[] Bastante 5[] Extremamente

101. Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

1[] Nenhuma 2[] Muito leve 3[] Leve 4[] Moderada 5[] Grave 6[] Muito Grave

102. Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

1[] De maneira alguma 2[] Um pouco 3[] Moderadamente 4[] Bastante 5[] Extremamente

MOSTRAR A ESCALA DO TEMPO 3.

1	2	3	4	5	6
Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca

Questão 103. Durante as últimas 4 semanas:

103. Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	
103.1 Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	
103.2 Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	
103.3 Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	
103.4 Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	
103.5 Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	
103.6 Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	
103.7 Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	
103.8 Quanto tempo você tem se sentido cansado?	

104. Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

1[] Todo tempo 2[] A maior parte do tempo 3[] Alguma parte do tempo 4[] Uma pequena parte do tempo
5[] Nenhuma parte do tempo

MOSTRAR A ESCALA DE AFIRMAÇÕES.

1	2	3	4	5
Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso

Questão 105. Se alguém dissesse para você:

105. Você costuma adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas.	
105.1 Você é tão saudável quanto qualquer pessoa que você conhece.	
105.2 Você acha que a sua saúde vai piorar.	
105.3 Sua saúde é excelente.	

PENAS PARA QUEM TRABALHA! – Quem não trabalha → Passar para Q.114.

As próximas perguntas se referem à sua capacidade para o trabalho.

BLOCO XI- Índice de Capacidade para o Trabalho (ICQ)

106. Suponha que a sua melhor capacidade para o trabalho tem um valor igual a 10 pontos. Quantos pontos você daria para sua capacidade de trabalho atual, numa escala de 0 a 10? 66[] Não quis responder

() () () () () () () () () () ()
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Estou incapaz para o trabalho ← → Estou em minha melhor capacidade para o trabalho

107. Como você classificaria sua capacidade atual para o trabalho em relação às exigências físicas do seu trabalho? (Por exemplo, fazer esforço físico com partes do corpo) (LER ALTERNATIVAS)

5() Muito boa 4() Boa 3() Moderada 2() Baixa 1() Muito baixa 66[] Não quis responder

108. Como você classificaria sua capacidade atual para o trabalho em relação às exigências mentais do seu trabalho? (Por exemplo, interpretar fatos, resolver problemas, decidir a melhor forma de fazer)

5() Muito boa 4() Boa 3() Moderada 2() Baixa 1() Muito baixa 66[] Não quis responder

109. Quantos dias inteiros você esteve fora do trabalho devido a problema de saúde, consulta médica ou para fazer exame durante os últimos 12 meses?

5() Nenhum 4() até 9 dias 3() de 10 a 24 dias 2() de 25 a 99 dias 1() de 100 a 365 dias 66[] Não quis responder

110. Considerando sua saúde, você acha que será capaz de daqui a 2 anos fazer seu trabalho atual?

1() É improvável 4() Não estou muito certo 7() Bastante provável 66[] Não quis responder

111. Recentemente você tem conseguido apreciar suas atividades diárias?

4() Sempre 3() Quase sempre 2() Às vezes 1() Raramente 0() Nunca 66[] Não quis responder

112. Recentemente você tem se sentido ativo e alerta?

4() Sempre 3() Quase sempre 2() Às vezes 1() Raramente 0() Nunca 66[] Não quis responder

113. Recentemente você tem se sentido cheio de esperança para o futuro?

4() Sempre 3() Quase sempre 2() Às vezes 1() Raramente 0() Nunca 66[] Não quis responder

114. Você possui diagnóstico médico para alguma doença? 0[] Não 1[] Sim, uma doença 2[] Sim, 2 doenças

3[] Sim, 3 doenças 4[] Sim, 4 doenças 5[] Sim, 5 ou mais doenças 66[] Não quis responder

AGRADEÇA PELA PARTICIPAÇÃO

SOLICITAR O CONTATO (TELEFONE) PARA A ETAPA DE ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA
(Contatos trimestrais para saber sobre a ocorrência de acidentes de trânsito)

Contatos:

Telefone Fixo:_____. Telefone Celular: (____) _____. Operadora:_____.

ENTREGAR A CARTILHA – CONVIDAR PARA A ETAPA VIRTUAL DA PESQUISA**PREECHIMENTO DOS ENTREVISTADORES**

115 – Número Administrativo do Setor Censitário (SC): [][][][] 116 – Número de Ordem do SC: [][]

117 – Número de ordem da Rua dentro do SC: [][][] 118 – Número de porta do domicílio: [][][][]

Nome do Entrevistador: _____

PREECHIMENTO DOS PESQUISADORES

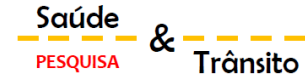
119 – Número de ordem da Rua no Estudo: [][][][] 120- Ordem do Dom. dentro do SC: [][][]

121 - Ordem do Indivíduo dentro da Rua: [][][][]

122 - Ordem do Indivíduo dentro do SC: [][][][] 123- Ordem do Indivíduo no Estudo: [][][][]

Material pertencente à Pesquisa Saúde & Trânsito

FORMULÁRIO CONDUTOR – ETAPA LONGITUDINAL



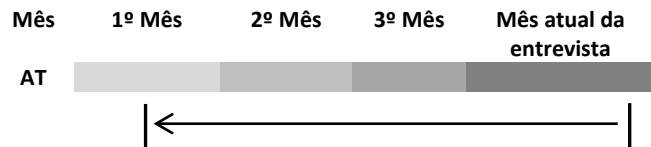
ENVOLVIMENTO EM ACIDENTE DE TRÂNSITO – CONDUTOR

Identificadores do condutor:

1. Nome completo: _____
2. Iniciais: _____
3. Sexo: 0[] Feminino 1[] Masculino
4. Número Administrativo do Setor Censitário (SC):
5. Número de Ordem do SC:
6. Número de ordem da Rua dentro do SC:
7. Número de porta do domicílio:
8. Nome do Entrevistador: _____

BLOCO I – Informações sobre Envolvimento em Acidentes de Trânsito

9. Data da entrevista:
 Considerando os últimos 4 meses, de acordo com o gráfico abaixo:



10. Em quantos acidentes de trânsito o(a) senhor(a) se envolveu nos nesse período?

(REFORÇAR O QUE É ACIDENTE DE TRÂNSITO: Acidente de trânsito é “todo acidente com veículo ocorrido na via pública, o que inclui qualquer atropelamento, batida entre veículos, acidentes com bicicleta, moto e quedas dentro de ônibus (ou para fora dele), quedas de caminhão e motos que ocorrem em ruas ou estradas, podendo ou não causar ferimentos nas pessoas”).

Acidentes.

11. Em que mês(es) ocorreu(ram) os acidentes que o(a) senhor(a) se envolveu nesse período? (MARCAR O(S) MÊS(ES))

66[] Não quis responder

Ano	2013				2014											
Mês	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Feb	Mar	Abr	Maio	Jun	Jul	Ago	Set	Out

12. No(s) acidente(s) em que o(a) senhor(a) se envolveu nesse período, o(a) senhor(a) estava dirigindo algum veículo motorizado, como carro, motocicleta, van, caminhão, outro? (LER ALTERNATIVAS)

0[] Não (passar para Q.47)

1[] Sim, em alguns eu estava dirigindo

2[] Sim, em TODOS eu estava dirigindo (NA PROGRAMAÇÃO, QUEM RESPONDER “2”, NÃO ATIVAR QUESTÕES 47 E DERIVADAS)

66[] Não quis responder

13. Em quantos acidentes de trânsito que se envolveu nesse período o(a) senhor estava dirigindo veículo motorizado?

Acidentes.

SOBRE O ACIDENTE QUE SE ENVOLVEU ENQUANTO ESTAVA DIRIGINDO, GOSTARIA DE SABER ALGUNS DETALHES. ATENÇÃO! Se o respondente se envolveu em mais de um AT como condutor de veículo, ele deve responder sobre o AT MAIS GRAVE.

14. Caso tenha sofrido mais de um acidente, marque o mês do AT mais GRAVE:

0[] Não se aplica (1 Acidente apenas)

66[] Não quis responder

Ano	2013				2014											
Mês	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Feb	Mar	Abr	Maio	Jun	Jul	Ago	Set	Out

Mês	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Maio	Jun	Jul	Ago	Set	Out
15. O(a) senhor(a) deixou de realizar quaisquer de suas atividades habituais (trabalhar, ir à escola, brincar, afazeres domésticos etc) por ter se envolvido nesse acidente de trânsito?																
0[] Não 1[] Sim 66[] Não quis responder																
16. Nesse acidente, o(a) senhor(a) era:																
0[] Condutor de automóvel/van 1[] Condutor de ônibus/caminhão 2[] Condutor de motocicleta/ciclomotor 66[] Não quis responder																
17. Durante esse acidente, o(a) senhor(a) usava equipamento de segurança (cinto de segurança para motoristas; capacete para motociclistas)?																
0[] Sim 1[] Não 66[] Não quis responder																
18. O(a) senhor(a) havia ingerido bebida alcoólica logo antes de se envolver nesse acidente de trânsito (até seis horas antes da ocorrência do acidente)?																
0[] Não, porque não bebo 1[] Não 2[] Sim 66[] Não quis responder																
19. O(a) senhor(a) estava trabalhando ou se deslocando do trabalho para casa, ou da casa para o trabalho, no momento que aconteceu o acidente?																
0[] Não 1[] Sim 66[] Não quis responder																
20. Em que tipo de acidente o(a) senhor(a) se envolveu? (LER ALTERNATIVAS)																
0[] Atropelamento de pedestre por automóvel 1[] Atropelamento de pedestre por veículo pesado (ônibus/caminhão)																
2[] Atropelamento por motocicleta 3[] Atropelamento de ciclista																
4[] Colisão entre motocicletas 5[] Colisão entre motocicleta e automóvel																
6[] Colisão entre motocicleta e veículo pesado 7[] Colisão entre automóveis																
8[] Colisão entre automóvel e veículo pesado 9[] Queda de motocicleta																
10[] Queda de ônibus 11[] Capotamento																
12[] Outro 66[] Não sabe / Não quis responder																
21. Em que turno do dia o acidente ocorreu? (LER ALTERNATIVAS)																
0[] Manhã 1[] Tarde 2[] Noite 3[] Madrugada 66[] Não sabe / Não quis responder																
22. Qual o dia da semana em que o acidente ocorreu? (LER ALTERNATIVAS)																
0[] Dia útil (Segunda a sexta-feira) 1[] Fim de semana / feriado 66[] Não sabe / Não quis responder																
23. Onde o acidente ocorreu? (LER ALTERNATIVAS)																
0[] Na área urbana (Município de Jequié) 1[] Na área urbana (Outro Município) (passe para Q.25)																
2[] Na estrada / rodovia (passe para Q.25) 66[] Não sabe / Não quis responder																
24. Como o AT ocorreu em Jequié, qual foi o local de ocorrência?																
Rua _____ Bairro: _____																
Ponto de referência (em que trecho da rua): _____																
25. Quantos veículos se envolveram nesse acidente? <input type="text"/> <input type="text"/> Veículos.																
25.1 O veículo que o(a) senhor(a) estava dirigindo no momento deste acidente, era o mesmo veículo que o(a) senhor relatou dirigir com mais frequência na primeira entrevista?																
0[] Sim (passe para Q. 25.3) 1[] Não 66[] Não sabe / Não quis responder																
25.2 Qual o ano de fabricação do veículo que o(a) senhor(a) estava dirigindo no momento do acidente? Ano _____.																
25.3 De acordo com a sua percepção, esse veículo estava em quais condições? (LER ALTERNATIVAS).																
0[] Bom estado – sem defeitos mecânicos e nenhuma peça ou item necessita de reparo ou troca																
1[] Estado intermediário – sem defeitos mecânicos, mas necessita de checagem ou revisão de partes do veículo																
2[] Estado precário – apresenta defeitos mecânicos e peças com necessidade de troca ou conserto																
66[] Não sabe / Não quis responder																
<u>SOBRE AS CIRCUNSTÂNCIAS DESSE ACIDENTE, O(A) SENHOR(A) CONSIDERA QUE:</u>																
26. Houve excesso de velocidade? (LER ALTERNATIVAS)																
0[] Não 1[] Sim, da minha parte 2[] Sim, da parte de outros envolvidos 3[] Sim, de ambas as partes																
66[] Não sabe / Não quis responder																
26.1. A que velocidade, aproximadamente, o(a) senhor(a) estava quando ocorreu o acidente? _____ Km/h																

27. Houve ultrapassagem de veículo em local proibido? (LER ALTERNATIVAS)

0[] Não 1[] Sim, da minha parte 2[] Sim, da parte de outros envolvidos 3[] Sim, de ambas as partes
4[] Não se aplica 66[] Não sabe / Não quis responder

27.1 Houve uso do celular no momento do acidente? (LER ALTERNATIVAS)

0[] Não 1[] Sim, da minha parte 2[] Sim, da parte de outros envolvidos 3[] Sim, de ambas as partes
66[] Não sabe / Não quis responder

28. O pedestre atravessou a rua fora da faixa de pedestres?

0[] Não 1[] Sim 2[] Não se aplica 66[] Não sabe / Não quis responder

29. Houve desrespeito do semáforo? (LER ALTERNATIVAS)

0[] Não 1[] Sim, da minha parte 2[] Sim, da parte de outros envolvidos 3[] Sim, de ambas as partes
4[] Não se aplica 66[] Não sabe / Não quis responder

30. Outro condutor ou pedestre envolvido no acidente havia ingerido bebida alcoólica?

0[] Não 1[] Sim 2[] Não se aplica 66[] Não sabe / Não quis responder

31. O acidente gerou alguma lesão corporal no(a) senhor(a)? 0[] Não (passar para Q.34 / DEPOIS Q. 41, 45 e 46) 1[] Sim
(NA PROGRAMAÇÃO = QUEM RESPONDER "NÃO", ATIVAR SOMENTE AS QUESTÕES DO SAMU, DA FISIO, DA PSICO E DA CAUSA)

32. Qual foi a parte do corpo lesionada? (PODE MARCAR MAIS DE UMA RESPOSTA)

0[] Cabeça 1[] Face 2[] Pescoço 3[] Coluna/medula 4[] Ombro
5[] Braço 6[] Antebraço 7[] Punho/mão 8[] Dorso/costas superior 9[] Dorso/costas inferior
10[] Tórax 11[] Abdômen 12[] Genitália/ânus 13[] Quadril 14[] Coxa
15[] Perna 16[] Tornozelo/pé 17[] Múltiplos órgãos/regiões 18[] Dentes 66[] Não sabe / Não quis responder

QUE TIPO DE LESÃO CORPORAL OCORREU?

TIPOS	Não	Sim	Não sabe / Não quis responder
33. Corte, laceração ou contusão de alguma parte do corpo?	[0]	[1]	66[]
33.1 Entorse ou luxação de alguma articulação?	[0]	[1]	66[]
33.2 Fratura de algum osso?	[0]	[1]	66[]
33.3 Teve Traumatismo crânio-encefálico?	[0]	[1]	66[]
33.4 Teve Lesão na Medula (na coluna)?	[0]	[1]	66[]
33.5 Teve fratura e ferimentos em várias partes do corpo e de órgãos?	[0]	[1]	66[]

34. O(a) senhor(a) foi atendido pelo SAMU ou Bombeiros? 0[] Sim 1[] Não 66[] Não sabe / Não quis responder

35. O(a) senhor(a) foi atendido em Pronto Socorro de Hospital?

0[] Sim 1[] Não (passe para Q.41) 66[] Não sabe / Não quis responder

36. O(a) senhor(a) foi internado em hospital por causa desse acidente?

0[] Não (passe para Q. 41) 1[] Sim 66[] Não sabe / Não quis responder (passe para Q. 41)

36.1 Quanto tempo o(a) senhor(a) ficou internado? _____ meses _____ dias 66[] Não sabe / Não quis responder

37. A sua internação foi paga por quem? (LER ALTERNATIVAS)

0[] Pelo Sistema Único de Saúde (SUS) 1[] Por Plano de saúde 2[] Por recursos próprios
3[] Pelo SUS e por plano de saúde 4[] Pelo SUS e por recursos próprios 5[] Por Plano de saúde e por recursos próprios
6[] Pelas três fontes (SUS, plano e por recursos próprios) 66[] Não sabe / Não quis responder

38. O(a) senhor(a) foi operado por causa desse acidente (fez cirurgia)?

0[] Não 1[] Sim 66[] Não sabe / Não quis responder

39. O(a) senhor(a) precisou ficar em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) por causa do acidente?

0[] Não (passe para Q. 41) 1[] Sim 66[] Não sabe / Não quis responder (passe para Q. 41)

40. A sua internação na UTI foi paga por quem? (LER ALTERNATIVAS)

- 0[] Pelo Sistema Único de Saúde (SUS) 1[] Por Plano de saúde 2[] Por recursos próprios
 3[] Pelo SUS e por plano de saúde 4[] Pelo SUS e por recursos próprios 5[] Por Plano de saúde e por recursos próprios
 6[] Pelas três fontes (SUS, plano e por recursos próprios) 66[] Não sabe / Não quis responder

41. O(a) senhor(a) realizou (ou está realizando) tratamento de fisioterapia por consequência desse acidente?

- 0[] Não (passe para Q.43) 1[] Sim 66[] Não sabe / Não quis responder (passe para Q.43)

42. Seu tratamento de fisioterapia foi (ou está sendo) pago por quem? (LER ALTERNATIVAS)

- 0[] Pelo Sistema Único de Saúde (SUS) 1[] Por Plano de saúde 2[] Por recursos próprios
 3[] Pelo SUS e por plano de saúde 4[] Pelo SUS e por recursos próprios 5[] Por Plano de saúde e por recursos próprios
 6[] Pelas três fontes (SUS, plano e por recursos próprios) 66[] Não sabe / Não quis responder

43. O(a) senhor(a) ficou com alguma seqüela física, ou seja, alguma limitação ou deficiência física devido ao acidente?

- 0[] Não (passe para Q.45) 1[] Sim 66[] Não sabe / Não quis responder (passe para Q.45)

44. Que tipo de seqüela o(a) senhor(a) ficou? (LER ALTERNATIVAS) (PODE MARCAR MAIS DE UMA RESPOSTA)

- 0[] Redução de movimentos nos membros inferiores 1[] Redução de movimentos nos membros superiores
 2[] Redução de movimentos na coluna 3[] Perda total de movimentos nos membros inferiores
 4[] Perda total de movimentos nos membros superiores 5[] Perda parcial de movimentos - membros sup. e inf.
 6[] Perda total de movimentos - membros sup. e inf. 7[] Amputação de membro(s)
 66[] Não sabe / Não quis responder

45. O(a) senhor(a) realizou (ou está realizando) tratamento ou acompanhamento psicológico devido ao acidente?

- 0[] Não 1[] Sim 66[] Não sabe / Não quis responder

46. Nesse acidente que o(a) senhor(a) se envolveu, a que o(a) senhor(a) atribui como causa do acidente? (LER ALTERNATIVAS)

- 0[] Causa humana 1[] Condição da pista, rua, rodovia, sinalização 2[] Condição do clima
 3[] Condição do veículo 4[] Combinação de causas 66[] Não sabe / Não quis responder

QUESTÃO 47 E DERIVADAS – APENAS PARA O CONDUTOR QUE SE ENVOLVEU EM AT, SEM ESTAR DIRIGINDO NO MOMENTO

(CASO CONTRÁRIO, PULE PARA A QUESTÃO 48)

ATENÇÃO! Se o respondente se envolveu em mais de um AT enquanto não dirigia veículo, ele deve responder sobre o **AT MAIS GRAVE**.

47. Caso tenha sofrido mais de um acidente enquanto não dirigia, marque o mês do AT mais GRAVE:

- 0[] Não se aplica (1 Acidente apenas) 66[] Não quis responder

Ano	2013					2014										
Mês	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Maio	Jun	Jul	Ago	Set	Out

47.1 O(a) senhor(a) deixou de realizar quaisquer de suas atividades habituais (trabalhar, ir à escola, brincar, afazeres domésticos etc) por ter se envolvido nesse acidente de trânsito?

- 0[] Não 1[] Sim 66[] Não quis responder

47.2 Nesse acidente, o(a) senhor(a) era: (LER ALTERNATIVAS)

- 0[] Pedestre (passe para Q.47.4) 1[] Ciclista (condutor/carona) 2[] Passageiro de motocicleta
 3[] Passageiro de moto-táxi 4[] Passageiro de automóvel/van 5[] Passageiro de veículo pesado (ônibus/caminhão)

66[] Não quis responder

47.3 Durante esse acidente, o(a) senhor(a) usava equipamento de segurança (cinto de segurança para passageiros de carro, ônibus e caminhão; capacete para passageiros de moto e ciclista)?

- 0[] Sim 1[] Não 66[] Não quis responder

47.4 O(a) senhor(a) havia ingerido bebida alcoólica logo antes de se envolver nesse acidente de trânsito (até seis horas antes da ocorrência do acidente)?

- 0[] Não, porque não bebo 1[] Não 2[] Sim 66[] Não quis responder

47.5 O(a) senhor(a) estava trabalhando ou se deslocando do trabalho para casa, ou da casa para o trabalho, no momento que aconteceu o acidente?

- 0[] Não 1[] Sim 66[] Não quis responder

47.6 Em que tipo de acidente o(a) senhor(a) se envolveu? (LER ALTERNATIVAS)

- 0[] Atropelamento de pedestre por automóvel
(ônibus/caminhão) 1[] Atropelamento de pedestre por veículo pesado
- 2[] Atropelamento por motocicleta 3[] Atropelamento de ciclista
- 4[] Colisão entre motocicletas 5[] Colisão entre motocicleta e automóvel
- 6[] Colisão entre motocicleta e veículo pesado 7[] Colisão entre automóveis
- 8[] Colisão entre automóvel e veículo pesado 9[] Queda de motocicleta
- 10[] Queda de ônibus 11[] Capotamento
- 12[] Outro 66[] Não sabe / Não quis responder

47.7 Em que turno do dia o acidente ocorreu? (LER ALTERNATIVAS)

- 0[] Manhã 1[] Tarde 2[] Noite 3[] Madrugada 66[] Não sabe / Não quis responder

47.8 Qual o dia da semana em que o acidente ocorreu? (LER ALTERNATIVAS)

- 0[] Dia útil (Segunda a sexta-feira) 1[] Fim de semana / feriado 66[] Não sabe / Não quis responder

47.9 Onde o acidente ocorreu? (LER ALTERNATIVAS)

- 0[] Na área urbana (Município de Jequié) 1[] Na área urbana (Outro Município) (passe para Q.47.11)
- 2[] Na estrada / rodovia (passe para Q.47.11) 66[] Não sabe / Não quis responder

47.10 Como o AT ocorreu em Jequié, qual foi o local de ocorrência?

Rua _____ Bairro: _____

Ponto de referência (em que trecho da rua): _____

47.11 Quantos veículos se envolveram nesse acidente? Veículos.

SOBRE AS CIRCUNSTÂNCIAS DESSE ACIDENTE, O(A) SENHOR(A) CONSIDERA QUE:**47.12 Houve excesso de velocidade?**

- 0[] Não 1[] Sim 66[] Não sabe / Não quis responder

47.13 Houve ultrapassagem de veículo em local proibido?

- 0[] Não 1[] Sim 2[] Não se aplica 66[] Não sabe / Não quis responder

47.13.1 Houve uso do celular no momento do acidente? (LER ALTERNATIVAS)

- 0[] Não 1[] Sim, da minha parte – SE PEDESTRE 2[] Sim, da parte DO(S) CONDUTOR(S)
- 3[] Sim, tanto pedestre quanto condutor(es) 66[] Não sabe / Não quis responder

47.14 O pedestre atravessou a rua fora da faixa de pedestres?

- 0[] Não 1[] Sim 2[] Não se aplica 66[] Não sabe / Não quis responder

47.15 Houve desrespeito do semáforo?

- 0[] Não 1[] Sim 2[] Não se aplica 66[] Não sabe / Não quis responder

47.16 Outra pessoa envolvida no acidente (condutor/pedestre) havia ingerido bebida alcoólica?

- 0[] Não 1[] Sim 2[] Não se aplica 66[] Não sabe / Não quis responder

47.17 O acidente gerou alguma lesão corporal no(a) senhor(a)? 0[] Não (passar para Q.47.20, DEPOIS 47.27, 47.31 e 47.32)

1[] Sim (NA PROGRAMAÇÃO: SE RESPONDER “NÃO”, ATIVAR SOMENTE AS QUESTÕES DO SAMU, DA FÍSIO, DA PSICO E DA CAUSA)

47.18 Qual foi a parte do corpo lesionada? (PODE MARCAR MAIS DE UMA RESPOSTA)

- 0[] Cabeça 1[] Face 2[] Pescoço 3[] Coluna/medula 4[] Ombro
- 5[] Braço 6[] Antebraço 7[] Punho/mão 8[] Dorso/costas superior 9[] Dorso/costas inferior
- 10[] Tórax 11[] Abdômen 12[] Genitália/ânus 13[] Quadril 14[] Coxa
- 15[] Perna 16[] Tornozelo/pé 17[] Múltiplos órgãos/regiões 18[] Dentes 66[] Não sabe / Não quis responder

QUE TIPO DE LESÃO CORPORAL OCORREU?

TIPOS	Não	Sim	Não sabe / Não quis responder
47.19. Corte, laceração ou contusão de alguma parte do corpo?	[0]	[1]	66[]
47.19.1 Entorse ou luxação de alguma articulação?	[0]	[1]	66[]
47.19.2 Fratura de algum osso?	[0]	[1]	66[]
47.19.3 Teve Traumatismo crânio-encefálico?	[0]	[1]	66[]
47.19.4 Teve Lesão na Medula (na coluna)?	[0]	[1]	66[]
47.19.5 Teve fratura e ferimentos em várias partes do corpo e de órgãos?	[0]	[1]	66[]
47.20 O(a) senhor(a) foi atendido pelo SAMU ou Bombeiros?	0[] Sim	1[] Não	66[] Não sabe / Não quis responder
47.21 O(a) senhor(a) foi atendido em Pronto Socorro de Hospital?	0[] Sim	1[] Não	(passe para Q.47.27) 66[] Não sabe / Não quis responder
47.22 O(a) senhor(a) foi internado em hospital por causa desse acidente?	0[] Não	(passe para Q. 47.27)	1[] Sim 66[] Não sabe / Não quis responder (passe para Q. 47.27)
47.22.1 Quanto tempo o(a) senhor(a) ficou internado?	_____ meses	_____ dias	666[] Não sabe / Não quis responder
47.23 A sua internação foi paga por quem? (LER ALTERNATIVAS)	0[] Pelo Sistema Único de Saúde (SUS) 1[] Por Plano de saúde 2[] Por recursos próprios 3[] Pelo SUS e por plano de saúde 4[] Pelo SUS e por recursos próprios 5[] Por Plano de saúde e por recursos próprios 6[] Pelas três fontes (SUS, plano e por recursos próprios) 66[] Não sabe / Não quis responder		
47.24 O(a) senhor(a) foi operado por causa desse acidente (fez cirurgia)?	0[] Não	1[] Sim	66[] Não quis responder
47.25 O(a) senhor(a) precisou ficar em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) por causa do acidente?	0[] Não	(passe para Q. 47.27)	1[] Sim 66[] Não sabe / Não quis responder (passe para Q. 47.27)
47.26 A sua internação na UTI foi paga por quem? (LER ALTERNATIVAS)	0[] Pelo Sistema Único de Saúde (SUS) 1[] Por Plano de saúde 2[] Por recursos próprios 3[] Pelo SUS e por plano de saúde 4[] Pelo SUS e por recursos próprios 5[] Por Plano de saúde e por recursos próprios 6[] Pelas três fontes (SUS, plano e por recursos próprios) 66[] Não sabe / Não quis responder		
47.27 O(a) senhor(a) realizou (ou está realizando) tratamento de fisioterapia por consequência desse acidente?	0[] Não	(passe para Q.47.29)	1[] Sim 66[] Não sabe / Não quis responder (passe para Q.47.29)
47.28 Seu tratamento de fisioterapia foi (ou está sendo) pago por quem? (LER ALTERNATIVAS)	0[] Pelo Sistema Único de Saúde (SUS) 1[] Por Plano de saúde 2[] Por recursos próprios 3[] Pelo SUS e por plano de saúde 4[] Pelo SUS e por recursos próprios 5[] Por Plano de saúde e por recursos próprios 6[] Pelas três fontes (SUS, plano e por recursos próprios) 66[] Não sabe / Não quis responder		
47.29 O(a) senhor(a) ficou com alguma seqüela física, ou seja, alguma limitação ou deficiência física devido ao acidente?	0[] Não	(passe para Q.47.31)	1[] Sim 66[] Não sabe / Não quis responder (passe para Q.47.31)
47.30 Que tipo de seqüela o(a) senhor(a) ficou? (LER ALTERNATIVAS) (PODE MARCAR MAIS DE UMA RESPOSTA)	0[] Redução de movimentos nos membros inferiores 1[] Redução de movimentos nos membros superiores 2[] Redução de movimentos na coluna 3[] Perda total de movimentos nos membros inferiores 4[] Perda total de movimentos nos membros superiores 5[] Perda parcial de movimentos - membros sup. e inf. 6[] Perda total de movimentos - membros sup. e inf. 7[] Amputação de membro(s) 66[] Não sabe / Não quis responder		
47.31 O(a) senhor(a) realizou (ou está realizando) tratamento ou acompanhamento psicológico devido ao acidente?	0[] Não	1[] Sim	66[] Não sabe / Não quis responder
47.32 Nesse acidente que o(a) senhor(a) se envolveu, a que o(a) senhor(a) atribui como causa do acidente? (LER ALTERNATIVAS)			

- 0[] Causa humana 1[] Condição da pista, rua, rodovia, sinalização 2[] Condição do clima
3[] Condição do veículo 4[] Combinação de causas 66[] Não sabe / Não quis responder

BLOCO II – Informações sobre comportamentos no trânsito

48. O(a) senhor(a) modificou seu comportamento no trânsito com relação à velocidade de condução, após a ocorrência deste(s) acidente(s)? (LER ALTERNATIVAS)

- 0[] Não, costumo andar na mesma velocidade de antes do acidente.
1[] Sim, depois deste(s) acidente(s) ando mais devagar. 66[] Não quis responder

49. O(a) senhor(a) modificou seu comportamento no trânsito com relação ao uso de equipamento de segurança, após a ocorrência deste(s) acidente(s)? (LER ALTERNATIVAS)

- 0[] Não, costumo usar o equipamento de segurança com a mesma frequência de antes do(s) acidente(s).
1[] Sim, depois deste(s) acidente(s) passei a usar o equipamento com mais frequência. 66[] Não quis responder

50. O(a) senhor(a) modificou seu comportamento no trânsito com relação a beber e dirigir, após a ocorrência deste(s) acidente(s)? (LER ALTERNATIVAS)

- 0[] Não, pois não bebo. (passar para Q.52)
1[] Não, pois já não fazia isso antes deste(s) acidente(s). (passar para Q.52)
2[] Não, este(s) acidente(s) não me fez mudar esse comportamento.
3[] Sim, depois deste(s) acidente(s) diminuí a frequência (ou parei) de beber antes de dirigir.
66[] Não quis responder

51. Nos últimos 4 meses, quantas vezes, aproximadamente, o(a) senhor(a) dirigiu após beber QUALQUER QUANTIDADE DE BEBIDA ALCOÓLICA? _____ VEZES.

BLOCO III – TRABALHO

52. O(a) senhor(a) está trabalhando momento?

- 0[] Não 1[] Sim/Normalmente (passar para Q.53) 2[] Sim/Reduzi a atividade (passar para Q.53) 66[] NQR

Se NÃO está trabalhando no momento, o(a) senhor(a) está na condição de? (LER ALTERNATIVAS)

- 0[] Aposentado 1[] Pensionista 6[] Afastado do trabalho/motivo pessoal
2[] Vivendo de renda 3[] Estudante 7[] Afastado do trabalho/motivo de doença
4[] Do lar 5[] Desempregado 9[] Afastado do trabalho/motivo AT
8[] Outra situação. **TODOS DAQUI (passar para Q.63)** 66[] Não quis responder

53. A sua ocupação PRINCIPAL no momento: 0[] É a mesma de 4 meses atrás.

- Qual? _____ (passar para Q.63)
1[] Não é mais a mesma. Qual? _____ 66[] NQR

54. Há quanto tempo trabalha nesta ocupação? _____ anos _____ meses 666[] Não sabe / Não quis responder

55. Qual é o tipo de vínculo dessa ocupação atual? (LER ALTERNATIVAS)

- 0[] Público 1[] Privado (passar para Q.57) 2[] Sem vínculo (passar para Q.58) 66[] Não quis responder

56. Qual a esfera desse vínculo? 1[] Municipal 2[] Estadual 3[] Federal

57. COM VÍNCULO em setor público ou privado, o(a) senhor(a) é: (LER ALTERNATIVAS) (DEPOIS, PASSAR PARA Q.59)

- 0[] Efetivo 3[] Cooperativado 6[] Estagiário
1[] Contratado pela CLT 4[] Cargo de confiança 7[] Empregador
2[] Prestador de serviços 5[] Terceirizado 66[] Não sabe / Não quis responder

58. SEM VÍNCULO em setor público ou privado, o(a) senhor(a) é: (LER ALTERNATIVAS)

- 0[] Autônomo/conta própria 5[] Trabalhador da produção para o próprio consumo
1[] Profissional liberal 6[] Trabalhador na construção para o próprio uso
2[] Trabalhador doméstico 7[] Trabalhador não remunerado
3[] Trabalhador informal 8[] Empregador
4[] Trabalhador rural sem vínculo 9[] Outro 66[] Não sabe / Não quis responder

72.7. E andar vários quarteirões?		
72.8. E andar um quarteirão?		
72.9. E tomar banho ou vestir-se?		

Considerando as últimas 4 semanas, devido à sua **SAÚDE FÍSICA**:

73. Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	Sim [0]	Não [1]
73.1. Realizou menos tarefas do que você gostaria?	[0]	[1]
73.2. Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades	[0]	[1]
73.3. Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades? Por exemplo, necessitou de um esforço extra.	[0]	[1]

Nas últimas 4 semanas, devido a algum **PROBLEMA EMOCIONAL**:

74. Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	Sim [0]	Não [1]
74.1. Realizou menos tarefas do que você gostaria?	[0]	[1]
74.2. Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	[0]	[1]

75. Ainda sobre as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?
1[] De forma nenhuma 2[] Ligeiramente 3[] Moderadamente 4[] Bastante 5[] Extremamente

76. Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?
1[] Nenhuma 2[] Muito leve 3[] Leve 4[] Moderada 5[] Grave 6[] Muito Grave

77. Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?
1[] De maneira alguma 2[] Um pouco 3[] Moderadamente 4[] Bastante 5[] Extremamente

MOstrar A ESCALA DO TEMPO 3.

1	2	3	4	5	6
Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca

Durante as últimas 4 semanas:

78. Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?
78.1. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?
78.2. Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?
78.3. Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?
78.4. Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?
78.5. Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?
78.6. Quanto tempo você tem se sentido esgotado?
78.7. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?
78.8. Quanto tempo você tem se sentido cansado?

79. Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?
1[] Todo tempo 2[] A maior parte do tempo 3[] Alguma parte do tempo 4[] Uma pequena parte do tempo
5[] Nenhuma parte do tempo

MOstrar A ESCALA DE AFIRMAÇÕES.

1	2	3	4	5
Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso

Se alguém dissesse para você:

80. Você costuma adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas.	
--	--

80.1. Você é tão saudável quanto qualquer pessoa que você conhece.	
80.2. Você acha que a sua saúde vai piorar.	
80.3. Sua saúde é excelente.	

81. O(a) Sr(a) considera que o acidente de trânsito teve efeito sobre a sua qualidade de vida, ou seja, tudo que foi perguntado anteriormente, relacionado ao seu estado geral de saúde, capacidade funcional e ou aspectos emocionais?
 1[] Sim 0[] Não [] 66[] Não sabe / Não quis responder

Agora vou lhe fazer perguntas para avaliar sua funcionalidade e sua integração na comunidade.

BLOCO V - Medida da Independência Funcional											
Para este bloco de perguntas, escolha uma das opções de resposta da escala que indica quanta ajuda o(a) senhor(a) precisa para realizar cada uma das seguintes tarefas que vou dizer: ATENÇÃO! FAZER AS QUESTÕES “DE RESPOSTA SIM E NÃO” SOMENTE SE A PESSOA RESPONDER ENTRE 1 E 6, OU SEJA, SE ELA PRECISA DE ALGUMA AJUDA OU DISPOSITIVO AUXILIAR.											
Quanto de ajuda o(a) senhor(a) precisa: 1 - Preciso de ajuda completa 2 - Preciso de muita ajuda (51% a 75% da tarefa) 3 - Preciso de ajuda moderada (26% a 50% da tarefa) 4 - Preciso de ajuda mínima (até 25% da tarefa) 5 - Preciso apenas que alguém me supervisione 6 - Sou independente para esta tarefa desde que use dispositivos auxiliares ou adaptadores 7 - Sou completamente independente								82. A quantidade de ajuda para essa função é devido a esse acidente de trânsito que o(a) Sr(a) se envolveu, ou antes dele já tinha necessidade?			
83. Para se alimentar	1	2	3	4	5	6	7	Sim	Não	NS/NQR	
83.1. Para cuidar da aparência - higiene elementar (pentear os cabelos, escovar os dentes)	1	2	3	4	5	6	7	Sim	Não	NS/NQR	
83.2. Para tomar Banho	1	2	3	4	5	6	7	Sim	Não	NS/NQR	
83.3. Para vestir a parte superior do corpo	1	2	3	4	5	6	7	Sim	Não	NS/NQR	
83.4. Para vestir a parte inferior do corpo	1	2	3	4	5	6	7	Sim	Não	NS/NQR	
83.5. Para o Asseio (limpar-se após defecar ou urinar)	1	2	3	4	5	6	7	Sim	Não	NS/NQR	
83.6. Sobre o controle para urinar	1	2	3	4	5	6	7	Sim	Não	NS/NQR	
83.7. Sobre o controle para defecar	1	2	3	4	5	6	7	Sim	Não	NS/NQR	
83.8. Para mover-se ou transferir-se da cama, cadeira ou cadeira de rodas para quaisquer destes.	1	2	3	4	5	6	7	Sim	Não	NS/NQR	
83.9. Para usar o vaso sanitário – acessar, sentar e levantar.	1	2	3	4	5	6	7	Sim	Não	NS/NQR	
83.10. Para tomar banho no banheiro – chuveiro ou banheira	1	2	3	4	5	6	7	Sim	Não	NS/NQR	
83.11. Para [] Caminhar, ou [] Locomover-se com cadeira de rodas	1	2	3	4	5	6	7	Sim	Não	NS/NQR	
83.12. Para subir e descer escadas	1	2	3	4	5	6	7	Sim	Não	NS/NQR	
83.13. Sobre Compreensão Auditiva (Quanto de ajuda precisa para ouvir)	1	2	3	4	5	6	7	Sim	Não	NS/NQR	
83.14. Sobre Compreensão Visual (Quanto de ajuda precisa para ver)	1	2	3	4	5	6	7	Sim	Não	NS/NQR	
83.15. Sobre Expressão Verbal (Quanto de ajuda precisa para falar)	1	2	3	4	5	6	7	Sim	Não	NS/NQR	
83.16. Sobre Interação social (quanto de ajuda precisa para ir à igreja, praça, clube, restaurantes)	1	2	3	4	5	6	7	Sim	Não	NS/NQR	
83.17. Sobre Solução de problemas	1	2	3	4	5	6	7	Sim	Não	NS/NQR	
83.18. (Quanto de ajuda precisa para fazer cálculos)	1	2	3	4	5	6	7	Sim	Não	NS/NQR	

83.19. Sobre a Memória (quanto de ajuda precisa para se lembrar das coisas ou fatos)	1	2	3	4	5	6	7	Sim	Não	NS/NQR
---	---	---	---	---	---	---	---	-----	-----	--------

Para este bloco de perguntas sobre sua integração na comunidade, considere a resposta que melhor expressa como cada uma das seguintes tarefas são realizadas, ou quem as realiza, ou ainda com que frequência.

BLOCO VI - Community Integration Questionnaire - CIQ	
84. Comprar comida e outras necessidades básicas na casa. (considerar suprimentos)	0 [] Outra pessoa 1 [] Você e outra pessoa 2 [] Você sozinho
84.1. Preparar (cozinha) ou aquece ou serve a comida na casa	0 [] Outra pessoa 1 [] Você e outra pessoa 2 [] Você sozinho
84.2. Fazer o trabalho doméstico diário na casa	0 [] Outra pessoa 1 [] Você e outra pessoa 2 [] Você sozinho
84.3. Se responsabilizar (cuidar) das crianças / filhos na casa	0 [] Outra pessoa / Não há menores de 17 anos em casa 1 [] Você e outra pessoa 2 [] Você sozinho
84.4. Ter a iniciativa ou organizar atividades sociais como encontros com a família e amigos	0 [] Outra pessoa 1 [] Você e outra pessoa 2 [] Você sozinho
84.5. Cuidar das questões de dinheiro como contas bancárias ou pagamento de contas	0 [] Outra pessoa 1 [] Você e outra pessoa 2 [] Você sozinho
84.6. Quantas vezes por mês sai de casa para fazer compras	0 [] Nunca 1 [] 1 - 4 vezes 2 [] 2 - 5 ou mais vezes
84.7. Quantas vezes por mês participa de atividades para se divertir fora de casa	0 [] Nunca 1 [] 1 - 4 vezes 2 [] 2 - 5 ou mais vezes
84.8. Quantas vezes por mês você visita os seus amigos ou parentes	0 [] Nunca 1 [] 1 - 4 vezes 2 [] 2 - 5 ou mais vezes
84.9. Atividades de lazer sozinho ou com outros	0 [] Na maioria das vezes sozinho 1 [] Na maioria das vezes com familiares 2 [] Na maioria das vezes com familiares junto com amigos
84.10. Tem um grande amigo em que pode confiar	0 [] Não 1 [] Sim
84.11. Frequência com que viaja	0 [] Raramente / Nunca, Menos de uma vez por semana 1 [] Quase toda semana 2 [] Quase todos os dias
84.12. Trabalha (considerar os últimos 30 dias)	0 [] Não se aplica (aposentado por idade) 1 [] Não está trabalhando nem procurando por emprego 2 [] Não está trabalhando mas procura por emprego 3 [] Trabalhando meio período (até 20 horas por semana) 4 [] Trabalhando em tempo integral (mais que 20 horas por semana)
84.13. Estuda (incluir estágio)	0 [] Não se aplica (aposentado por idade) 1 [] Não está estudando 2 [] Estuda um turno (até 20 horas por semana) 3 [] Estuda dois turnos (mais que 20 horas por semana)
84.14. No último mês, com que frequência o senhor participou de atividades voluntárias?	0 [] Nunca 1 [] 1 - 4 vezes 2 [] 5 ou mais

84.15. O(a) Sr(a) considera que o acidente de trânsito teve efeito sobre a maneira como o(a) Sr(a) se relaciona com a comunidade?

1[] Sim 0[] Não [] 66[] Não sabe / Não quis responder

BLOCO VII – SOBRE DANOS A PROPRIEDADE PÚBLICA E PRIVADA

85. Houve danos aos veículos envolvidos no Acidente de Trânsito?

0[] Não 1[] Sim 66[] Não quis responder

86. O VEÍCULO que o(a)Sr(a) estava era:

0[] Próprio 4[] Outra situação
1[] Alugado 66[] Não sabe / Não quis responder
2[] Emprestado.
3[] Da empresa em que trabalha.

87. O veículo que o(a)Sr(a) estava, possuía algum tipo de seguro privado na época do acidente de trânsito?

0[] Não 1[] Sim 66[] Não quis responder

88. Quanto o(a) Sr(a) gastou para reparar este veículo depois do acidente de trânsito? (Se não houve gasto ir para Q.89)

R\$ _____ - próprio 66[] NS/NQR
R\$ _____ - terceiros 66[] NS/NQR

88.1. Este valor foi pagamento de franquia do seguro?

0[] Não 1[] Sim 66[] Não sabe / Não quis responder

89. Houve danos a outros veículos ou propriedades de terceiros (pública ou privada)?

0[] Não (ir para Q.91) 1[] Sim 66[] NS/NQR

90. Que tipo de danos?

0[] Outros veículos (de terceiros).
1[] Via pública (sinalização de trânsito, postes, pontes).
2[] Outro.
66[] Não sabe / Não quis responder

91. Quanto o(a) Sr(a) gastou para consertar o(s) outro(s) veículo(s) e/ou propriedades de terceiros danificados no acidente de trânsito? (Se não houve gasto ir para Q.92)

R\$ _____ 66[] Não sabe / Não quis responder

91.1. Este valor foi pagamento de franquia do seguro?

0[] Não 1[] Sim 66[] Não sabe / Não quis responder

92. Recebeu algum tipo de benefício do seguro obrigatório do veículo – DPVAT?

0[] Não (ir para Q.93) 1[] Sim 66[] NS/NQR

92.1. Qual o valor que o Sr(a) recebeu?

R\$ _____ 66[] Não sabe / Não quis responder

BLOCO VIII - SOBRE CUSTOS MÉDICO-HOSPITALARES

93. Quantas consultas foram realizadas devido ao acidente:

CONSULTA COM	Quantidade de CONSULTAS	Quantidade de SEÇÕES	66[] Não sabe / Não quis responder
Médico			
Psicólogo			
Fisioterapeuta			
Nutricionista			
Terapeuta ocupacional			
Outro profissional			

94. O(A) Sr(a) utilizou alguma medicação no último mês, relacionada ao AT?

0[] Não (Passe para Q.96)
1[] Sim 66[] Não sabe / Não quis responder

94.1. Quanto o(a) Sr(a) gastou com medicação no último mês em decorrência do acidente de trânsito?

R\$ _____ 66[] Não sabe / Não quis responder

95. O(A) Sr(a) teve algum tipo de custo de transporte (combustível, mototáxi, táxi, ônibus, etc.) para ir a hospitais, clínicas, laboratórios ou outros lugares em decorrência do acidente de trânsito?

0[] Não (Passe para Q.97)
1[] Sim 66[] Não sabe / Não quis responder

96. Em que foi este custo de transporte e quanto?

Combustível	R\$ _____
Moto-táxi	R\$ _____
Táxi	R\$ _____
Ônibus	R\$ _____
Outro. Qual? _____	R\$ _____

97. O(A) Sr(a) teve algum gasto extra em função de compra de cadeira de rodas, muleta, bengala, adaptação na casa, contratação de enfermeiro ou outra coisa, em decorrência do Acidente de Trânsito?

0[] Não (Passe para Q.98)
1[] Sim 66[] Não sabe / Não quis responder

97.1. Quais foram os gastos?

Nome/Tipo de gasto	Valor (R\$)

BLOCO IX – PERDA DE PRODUTIVIDADE

98. Vou apresentar algumas atividades abaixo e gostaria de verificar com o(a) Sr(a) qual destas, e quantos dias, ficou sem realizá-las em decorrência do acidente:

ATIVIDADE	QUANTOS DIAS SEM REALIZÁ-LA
Atividades domésticas	
Atividades de lazer	
Atividades educacionais	
Atividades de trabalho remunerado	
Outras	

99. Quantos dias foram perdidos, por mês, relacionado a algum tratamento (médico, fisioterapêutico, psicoterapêutico) devido ao acidente de trânsito (incluir tempo de deslocamento)?
_____ DIAS.

100. O(A) Sr(a) tem alguma consulta, exame ou algum outro desdobramento decorrente do acidente de trânsito marcado para os próximos meses?

0[] Não 1[] Sim 66[] Não quis responder

BLOCO X - PERDA DE PRODUTIVIDADE FAMILIAR

101. Algum familiar e/ou amigo deixou de trabalhar para prestar assistência ao(a) Sr(a)?

0[] Não (Passe para Q.103)

1[] Sim 66[] NQR

101.1. Se sim, quantos? _____ pessoas.

102. Quantas horas por semana os seus familiares e /ou amigos deixaram de realizar atividades habituais para ajudá-lo após o acidente de trânsito?

Pessoa 1 _____ hs/semana

Pessoa 3 _____ hs/semana

Pessoa 2 _____ hs/semana

Pessoa 4 _____ hs/semana

BLOCO XI - ÍNDICE DE CAPACIDADE PARA O TRABALHO (Somente para quem continua trabalhando após AT caso contrário, encerre a entrevista. Agradeça pela participação).

103. Suponha que a sua melhor capacidade para o trabalho tem um valor igual a 10 pontos. Quantos pontos você daria para sua capacidade de trabalho atual, numa escala de 0 a 10? 66[] Não quis responder

() () () () () () () () () () ()
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Estou incapaz para o trabalho ← → Estou em minha melhor capacidade para o trabalho

104. Como você classificaria sua capacidade atual para o trabalho em relação às exigências físicas do seu trabalho? (Por exemplo, fazer esforço físico com partes do corpo) (LER ALTERNATIVAS)

5() Muito boa 4() Boa 3() Moderada 2() Baixa 1() Muito baixa 66[] Não quis responder

105. Como você classificaria sua capacidade atual para o trabalho em relação às exigências mentais do seu trabalho? (Por exemplo, interpretar fatos, resolver problemas, decidir a melhor forma de fazer)

5() Muito boa 4() Boa 3() Moderada 2() Baixa 1() Muito baixa 66[] Não quis responder

106. Quantos dias inteiros você esteve fora do trabalho devido a problema de saúde, consulta médica ou para fazer exame durante os últimos 12 meses?

5() Nenhum 4() até 9 dias 3() de 10 a 24 dias 2() de 25 a 99 dias 1() de 100 a 365 dias 66[] Não quis responder

107. Considerando sua saúde, você acha que será capaz de daqui a 2 anos fazer seu trabalho atual?

1() É improvável 4() Não estou muito certo 7() Bastante provável 66[] Não quis responder

108. Recentemente você tem conseguido apreciar suas atividades diárias?

4() Sempre 3() Quase sempre 2() Às vezes 1() Raramente 0() Nunca 66[] Não quis responder

109. Recentemente você tem se sentido ativo e alerta?

4() Sempre 3() Quase sempre 2() Às vezes 1() Raramente 0() Nunca 66[] Não quis responder

110. Recentemente você tem se sentido cheio de esperança para o futuro?

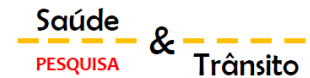
4() Sempre 3() Quase sempre 2() Às vezes 1() Raramente 0() Nunca 66[] Não quis responder

111. Você possui diagnóstico médico para alguma doença? 0[] Não 1[] Sim, uma doença 2[] Sim, 2 doenças

3[] Sim, 3 doenças 4[] Sim, 4 doenças 5[] Sim, 5 ou mais doenças 66[] Não quis responder

**AGRADEÇA PELA PARTICIPAÇÃO EM MAIS UMA ETAPA DA PESQUISA
ENCERRE A ENTREVISTA
(AVISE SOBRE O PRÓXIMO CONTATO TELEFÔNICO DAQUI A 4 MESES)**

FORMULÁRIO – ETAPA LONGITUDINAL – CASO-CONTROLE



1. Nome completo: _____ 2. Iniciais: _____

3. Sexo: 0[] Feminino 1[] Masculino

4. Número Administrativo do Setor Censitário (SC):

5. Número de Ordem do SC:

6. Número de ordem da Rua dentro do SC:

7. Número de porta do domicílio:

8. Nome do Entrevistador: _____ 9. Data da entrevista:

BLOCO I – Informações sobre outras situações/condições de saúde

Nos últimos 12 meses, você se envolveu em algumas das situações que listamos abaixo:

- 1[] Violência e vitimização (agressão física, agressão verbal)
 2[] Queda
 3[] Cirurgia
 4[] Gravida/Gravidez/Parto/Puerpério/Licença maternidade
 5[] Não, não me envolvi em nenhuma dessas situações
 6[] Outra situação traumática como um luto.
 7[] Outra situação. Qual? _____
 66[] Não quis responder

15a. O(a) senhor(a) deixou de realizar quaisquer de suas atividades habituais (trabalhar, ir à escola, brincar, afazeres domésticos etc) por causa de alguma dessas situações?

0[] Não 1[] Sim 66[] Não quis responder

Você possui algum dos problemas de saúde listados abaixo: 0 [] Não possui nenhum problema de saúde.

	MÚSCULOESQUELÉTICO		CARDIOVASCULAR		NEUROLOGIA
1	LESÃO Nas costas	18	Hipertensão arterial	35	Problema ou diminuição da audição
2	LESÃO nos braços/mãos	19	Doença coronariana, dor no peito durante o exercício (angina pectoris)	36	Doenças ou lesão da visão (assinale se apenas usa óculos e lentes de contato de grau)
3	LESÃO nas pernas/pés	20	Infarto do miocárdio, Trombose coronariana	37	Doença neurológica (AVE/Derrame, neuralgia, enxaqueca, epilepsia)
4	LESÃO em outras partes do corpo	21	Insuficiência cardíaca	38	Outra doença neurológica ou órgãos dos sentidos
5	DOENÇA parte superior das costas ou região do pescoço, com dores frequentes	22	Outra doenças cardiovascular		GASTROINTESTINAL
6	DOENÇA Parte inferior das costas com dores frequentes		RESPIRATÓRIO	39	Pedras ou doença da vesícula biliar
7	DOENÇA Dor que irradia para a perna (ciática)	23	Infecções repetidas do trato respiratório (inclusive amigdalite, sinusite aguda, bronquite aguda)	40	Doença do pâncreas ou do fígado
8	DOENÇA Doenças musculoesqueléticas que afeta membros (braços e pernas) com dores frequentes	24	Bronquite crônica	41	Úlcera gástrica ou duodenal
9	DOENÇA Artrite reumatoide	25	Sinusite crônica	42	Gastrite ou irritação duodenal
10	Outra doença musculoesquelética	26	Asma	43	Colite ou irritação do cólon
	SAÚDE MENTAL	27	Enfisema	44	Outra doenças digestiva
11	Distúrbio emocional severo (depressão severa)	28	Tuberculose pulmonar		UROGENITAL
12	Distúrbio emocional leve, tensão, ansiedade, insônia)	29	Outra doenças respiratória	45	Infecção das vias urinárias
	ONCOLOGIA		METABÓLICA	46	Doença dos rins

13	Tumor benigno	30	Obesidade	47	Doença nos genitais e aparelho reprodutor (problemas nas trompas ou na próstata)
14	Turno maligno (câncer)	31	Diabetes	48	Outra doenças geniturinária
	DERMATOLOGIA	32	Bócio ou outra doença da tireoide		HEMATOLOGIA
15	Alergia, eczema e outras erupções	33	Outra doença endócrina ou metabólica	49	Anemia
16	Queimadura		OUTROS	50	Outra doença do sangue
17	Outra doenças de pele	34	Defeito do nascimento	51	OUTRA DOENÇA

15b. O(a) senhor(a) deixou de realizar quaisquer de suas atividades habituais (trabalhar, ir à escola, brincar, afazeres domésticos etc) por alguma dessas condições de saúde?

0[] Não 1[] Sim 66[] Não quis responder

BLOCO III – TRABALHO

112. O(a) senhor(a) está trabalhando momento?

0[] Não 1[] Sim/Normalmente (passar para Q.53) 2[] Sim/Reduzi a atividade (passar para Q.53) 66[] NQR

Se **NÃO** está trabalhando no momento, o(a) senhor(a) está na condição de?(LER ALTERNATIVAS)

0[] Aposentado 1[] Pensionista 6[] Afastado do trabalho/motivo pessoal
 2[] Vivendo de renda 3[] Estudante 7[] Afastado do trabalho/motivo de doença
 4[] Do lar 5[] Desempregado 9[] Afastado do trabalho por outro motivo
 8[] Outra situação. **TODOS DAQUI (passar para Q.63)** 66[] Não quis responder

113. A sua ocupação PRINCIPAL no momento: 0[] É a mesma de 4 meses atrás. Qual? _____

1[] Não é mais a mesma. Qual? _____ 66[] NQR

114. Há quanto tempo trabalha nesta ocupação? _____ anos _____ meses 666[] Não sabe / Não quis responder

115. Qual é o tipo de vínculo dessa ocupação atual?(LER ALTERNATIVAS)

0[] Público 1[] Privado (passar para Q.57) 2[] Sem vínculo (passar para Q.58) 66[] Não quis responder

116. Qual a esfera desse vínculo? 1[] Municipal 2[] Estadual 3[] Federal

117. COM VÍNCULO em setor público ou privado, o(a) senhor(a) é:(LER ALTERNATIVAS) (DEPOIS, PASSAR PARA Q.59)

0[] Efetivo 3[] Cooperativado 6[] Estagiário
 1[] Contratado pela CLT 4[] Cargo de confiança 7[] Empregador
 2[] Prestador de serviços 5[] Terceirizado 66[] Não sabe / Não quis responder

118. SEM VÍNCULO em setor público ou privado, o(a) senhor(a) é: (LER ALTERNATIVAS)

0[] Autônomo/conta própria 5[] Trabalhador da produção para o próprio consumo
 1[] Profissional liberal 6[] Trabalhador na construção para o próprio uso
 2[] Trabalhador doméstico 7[] Trabalhador não remunerado
 3[] Trabalhador informal 8[] Empregador
 4[] Trabalhador rural sem vínculo 9[] Outro 66[] Não sabe / Não quis responder

119. Nesta ocupação PRINCIPAL você tem direito a: (LER ALTERNATIVAS – PODE MARCAR MAIS DE UMA RESPOSTA)

0[] Férias remuneradas 3[] Folga 6[] Auxílio moradia
 1[] 1/3 de adicional de férias 4[] Auxílio transporte 7[] Auxílio educação
 2[] 13º salário 5[] Auxílio alimentação 8[] Nenhum desses direitos
 66[] Não sabe / Não quis responder

120. Em que turno o(a) senhor(a) trabalha nesta ocupação?

0[] Manhã 1[] Tarde 2[] Noite 3[] Dois turnos 66[] Não quis responder

121. Qual é a sua carga horária semanal de trabalho nesta ocupação? _____ horas/semana 666[] Não quis responder

122. O(a) senhor(a) utiliza algum veículo motorizado para ir/voltar do trabalho? (LER ALTERNATIVAS)

0[] Sim 1[] Não, só caminho 2[] Não, só uso bicicleta 66[] Não quis responder

123. Em relação a renda, o(a) Sr. deixou de receber essa renda mensal, integral ou parcialmente, após esse evento/problema?

0[] Não (ir para Q.65) 1[] Sim, passei a receber menos 2[] Sim, perdi o emprego

124. A redução na renda foi de quanto: Antes: R\$ _____ / Agora (pós-evento): R\$ _____

125. O(a) senhor(a) contribui com algum tipo de previdência (INSS e/ou privada)?

0[] Não contribuo com nenhum tipo de previdência (ir para Q.68) 3[] Regime próprio de previdência (ir para Q.68)
 1[] INSS 4[] Mista (INSS +Previdência privada + regime próprio)
 2[] Previdência privada (ir para Q.68) 66[] Não sabe / Não quis responder

126. Caso esteja afastado das atividades de trabalho após o **evento/problema**, recebe ou recebeu benefícios do INSS?

0[] Não 1[] Sim 2[] Fiz a solicitação/agendamento para entrada do benefício 66[] Não sabe / Não quis responder

127. Qual o tempo previsto inicialmente para ficar afastado do trabalho e recebendo os benefícios do INSS?

_____ DIAS _____ MESES

128. Gostaria de confirmar, o(a) Sr(a) possui plano de saúde?

0[] Não 1[] Sim 66[] Não sabe / Não quis responder

129. Qual tipo de plano de Saúde o(a) Sr(a) possui?

0[] Cobertura Total (incluindo hospital)
1[] Cobertura Ambulatorial (apenas consultas, exames e atendimento ambulatorial).

Agora lhe farei perguntas para avaliar a sua qualidade de vida novamente.

BLOCO IV- Informações sobre Qualidade de Vida – SF-36

130. Em geral você diria que sua saúde é:

1[] Excelente 2[] Muito boa 3[] Boa 4[] Ruim 5[] Muito Ruim

131. Comparada há um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral, agora?

1[] Muito melhor 2[] Um pouco melhor 3[] Quase a mesma 4[] Um pouco pior 5[] Muito Pior

MOSTRAR A ESCALA DE DIFICULDADE.

1 2 3
Sim, dificulta muito Sim, dificulta um pouco Não, não dificulta de modo algum

Durante um dia comum, a sua saúde dificulta realizar:

132. Atividades Vigorosas, que exigem muito esforço, como correr, levantar objetos pesados?	
132.1. Atividades Moderadas, como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa?	
132.2. E levantar ou carregar mantimentos?	
132.3. E subir vários lances de escada?	
132.4. E subir um lance de escada?	
132.5. E curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se?	
132.6. E andar mais de 1 quilômetro?	
132.7. E andar vários quarteirões?	
132.8. E andar um quarteirão?	
132.9. E tomar banho ou vestir-se?	

Considerando as últimas 4 semanas, devido à sua **SAÚDE FÍSICA**:

	Sim	Não
133. Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	[0]	[1]
133.1. Realizou menos tarefas do que você gostaria?	[0]	[1]
133.2. Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades	[0]	[1]
133.3. Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades? Por exemplo, necessitou de um esforço extra.	[0]	[1]

Nas últimas 4 semanas, devido a algum **PROBLEMA EMOCIONAL**:

	Sim	Não
134. Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	[0]	[1]
134.1. Realizou menos tarefas do que você gostaria?	[0]	[1]
134.2. Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	[0]	[1]

135. Ainda sobre as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

1[] De forma nenhuma 2[] Ligeiramente 3[] Moderadamente 4[] Bastante 5[] Extremamente

136. Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

1[] Nenhuma 2[] Muito leve 3[] Leve 4[] Moderada 5[] Grave 6[] Muito Grave

137. Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

1[] De maneira alguma 2[] Um pouco 3[] Moderadamente 4[] Bastante 5[] Extremamente

MOSTRAR A ESCALA DO TEMPO 3.

1	2	3	4	5	6
Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca

Durante as últimas 4 semanas:

138. Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	
138.1. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	
138.2. Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	
138.3. Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	
138.4. Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	
138.5. Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	
138.6. Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	
138.7. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	
138.8. Quanto tempo você tem se sentido cansado?	

139. Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

1[] Todo tempo 2[] A maior parte do tempo 3[] Alguma parte do tempo 4[] Uma pequena parte do tempo
5[] Nenhuma parte do tempo

MOSTRAR A ESCALA DE AFIRMAÇÕES.

1	2	3	4	5
Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso

Se alguém dissesse para você:

140. Você costuma adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas.	
140.1. Você é tão saudável quanto qualquer pessoa que você conhece.	
140.2. Você acha que a sua saúde vai piorar.	
140.3. Sua saúde é excelente.	

141. O(a) Sr(a) considera que esse(s) evento(s)/problema(s) teve/tiveram efeito sobre a sua qualidade de vida, ou seja, tudo que foi perguntado anteriormente, relacionado ao seu estado geral de saúde, capacidade funcional e ou aspectos emocionais?

1[] Sim 0[] Não [] 66[] Não sabe / Não quis responder

Agora vou lhe fazer perguntas para avaliar sua funcionalidade e sua integração na comunidade.

BLOCO V - Medida da Independência Funcional

Para este bloco de perguntas, escolha uma das opções de resposta da escala que indica quanta ajuda o(a) senhor(a) precisa para realizar cada uma das seguintes tarefas que vou dizer: ATENÇÃO! FAZER AS QUESTÕES “DE RESPOSTA SIM E NÃO” SOMENTE SE A PESSOA RESPONDER ENTRE 1 E 6, OU SEJA, SE ELA PRECISA DE ALGUMA AJUDA OU DISPOSITIVO AUXILIAR.

Quanto de ajuda o(a) senhor(a) precisa:

1 - Preciso de ajuda completa (tarefa)	4 - Preciso de ajuda mínima (até 25% da tarefa)
2 - Preciso de muita ajuda (51% a 75% da tarefa)	5 - Preciso apenas que alguém me supervisione
3 - Preciso de ajuda moderada (26% a 50% da tarefa)	
6 - Sou independente para esta tarefa desde que use dispositivos auxiliares ou adaptadores	

142. A quantidade de ajuda para essa função é devido a esse(s) eventos/problema que o(a) Sr(a) se envolveu, ou antes dele já tinha necessidade?

Material pertencente à Pesquisa Saúde & Trânsito

7 - Sou completamente independente										
143. Para se alimentar	1	2	3	4	5	6	7	Sim	Não	NS/NQR
143.1. Para cuidar da aparência - higiene elementar (pentear os cabelos, escovar os dentes)	1	2	3	4	5	6	7	Sim	Não	NS/NQR
143.2. Para tomar Banho	1	2	3	4	5	6	7	Sim	Não	NS/NQR
143.3. Para vestir a parte superior do corpo	1	2	3	4	5	6	7	Sim	Não	NS/NQR
143.4. Para vestir a parte inferior do corpo	1	2	3	4	5	6	7	Sim	Não	NS/NQR
143.5. Para o Asseio (limpar-se após defecar ou urinar)	1	2	3	4	5	6	7	Sim	Não	NS/NQR
143.6. Sobre o controle para urinar	1	2	3	4	5	6	7	Sim	Não	NS/NQR
143.7. Sobre o controle para defecar	1	2	3	4	5	6	7	Sim	Não	NS/NQR
143.8. Para mover-se ou transferir-se da cama, cadeira ou cadeira de rodas para quaisquer destes.	1	2	3	4	5	6	7	Sim	Não	NS/NQR
143.9. Para usar o vaso sanitário – acessar, sentar e levantar.	1	2	3	4	5	6	7	Sim	Não	NS/NQR
143.10. Para tomar banho no banheiro – chuveiro ou banheira	1	2	3	4	5	6	7	Sim	Não	NS/NQR
143.11. Para [] Caminhar, ou [] Locomover-se com cadeira de rodas	1	2	3	4	5	6	7	Sim	Não	NS/NQR
143.12. Para subir e descer escadas	1	2	3	4	5	6	7	Sim	Não	NS/NQR
143.13. Sobre Compreensão Auditiva (Quanto de ajuda precisa para ouvir)	1	2	3	4	5	6	7	Sim	Não	NS/NQR
143.14. Sobre Compreensão Visual (Quanto de ajuda precisa para ver)	1	2	3	4	5	6	7	Sim	Não	NS/NQR
143.15. Sobre Expressão Verbal (Quanto de ajuda precisa para falar)	1	2	3	4	5	6	7	Sim	Não	NS/NQR
143.16. Sobre Interação social (quanto de ajuda precisa para ir à igreja, praça, clube, restaurantes)	1	2	3	4	5	6	7	Sim	Não	NS/NQR
143.17. Sobre Solução de problemas (Quanto de ajuda precisa para fazer cálculos)	1	2	3	4	5	6	7	Sim	Não	NS/NQR
143.18. Sobre a Memória (quanto de ajuda precisa para se lembrar das coisas ou fatos)	1	2	3	4	5	6	7	Sim	Não	NS/NQR

Para este bloco de perguntas sobre sua integração na comunidade, considere a resposta que melhor expressa como cada uma das seguintes tarefas são realizadas, ou quem as realiza, ou ainda com que frequência.

BLOCO VI - Community Integration Questionnaire - CIQ	
144. Comprar comida e outras necessidades básicas na casa. (considerar suprimentos)	0 [] Outra pessoa 1 [] Você e outra pessoa 2 [] Você sozinho
144.1. Preparar (cozinha) ou aquece ou serve a comida na casa	0 [] Outra pessoa 1 [] Você e outra pessoa 2 [] Você sozinho
144.2. Fazer o trabalho doméstico diário na casa	0 [] Outra pessoa 1 [] Você e outra pessoa 2 [] Você sozinho
144.3. Se responsabilizar (cuidar) das crianças / filhos na casa	0 [] Outra pessoa / Não há menores de 17 anos em casa 1 [] Você e outra pessoa 2 [] Você sozinho
144.4. Ter a iniciativa ou organizar atividades sociais como encontros com a família e amigos	0 [] Outra pessoa 1 [] Você e outra pessoa 2 [] Você sozinho

144.5. Cuidar das questões de dinheiro como contas bancárias ou pagamento de contas	0 [] Outra pessoa 2 [] Você sozinho	1 [] Você e outra pessoa
144.6. Quantas vezes por mês sai de casa para fazer compras	0 [] Nunca 2 [] 5 ou mais vezes	1 [] 1 - 4 vezes
144.7. Quantas vezes por mês participa de atividades para se divertir fora de casa	0 [] Nunca 2 [] 5 ou mais vezes	1 [] 1 - 4 vezes
144.8. Quantas vezes por mês você visita os seus amigos ou parentes	0 [] Nunca 2 [] 5 ou mais vezes	1 [] 1 - 4 vezes
144.9. Atividades de lazer sozinho ou com outros	0 [] Na maioria das vezes sozinho 1 [] Na maioria das vezes com familiares 2 [] Na maioria das vezes com familiares junto com amigos	
144.10. Tem um grande amigo em que pode confiar	0 [] Não 1 [] Sim	
144.11. Frequência com que viaja	0 [] Raramente / Nunca, Menos de uma vez por semana 1 [] Quase toda semana 2 [] Quase todos os dias	
144.12. Trabalha (considerar os últimos 30 dias)	0 [] Não se aplica (aposentado por idade) 1 [] Não está trabalhando nem procurando por emprego 2 [] Não está trabalhando mas procura por emprego 3 [] Trabalhando meio período (até 20 horas por semana) 4 [] Trabalhando em tempo integral (mais que 20 horas por semana)	
144.13. Estuda (incluir estágio)	0 [] Não se aplica (aposentado por idade) 1 [] Não está estudando 2 [] Estuda um turno (até 20 horas por semana) 3 [] Estuda dois turnos (mais que 20 horas por semana)	
144.14. No último mês, com que frequência o senhor participou de atividades voluntárias?	0 [] Nunca 2 [] 5 ou mais	1 [] 1 - 4 vezes
144.15. O(a) Sr(a) considera que esse(s) evento(s)/problema(s) teve/tiveram efeito sobre a maneira como o(a) Sr(a) se relaciona com a comunidade?	1 [] Sim 0 [] Não [] 66 [] Não sabe / Não quis responder	

ATENÇÃO:

BLOCOS VII A X – AS PERGUNTAS DESSES BLOCOS SE REFEREM AOS GASTOS NOS ÚLTIMOS 12 MESES

BLOCO VIII - SOBRE CUSTOS MÉDICO-HOSPITALARES				
93. Quantas consultas foram realizadas devido ao evento/problema de saúde mencionado no início do questionário:				
	CONSULTA COM	Quantidade de CONSULTAS	Quantidade de SEÇÕES	66 [] Não sabe / Não quis responder
	Médico			
	Psicólogo			
	Fisioterapeuta			
	Nutricionista			
	Terapeuta ocupacional			
	Outro profissional			
94. O(A) Sr(a) utilizou alguma medicação relacionada ao(s) evento(s)/problema(s)?	95. O(A) Sr(a) teve algum tipo de custo de transporte (combustível, mototáxi, táxi, ônibus, etc.) para ir a hospitais, clínicas, laboratórios ou outros lugares em decorrência desse evento/problema?			
0 [] Não (Passe para Q.95) 1 [] Sim 66 [] Não sabe / Não quis responder				

<p>94.1. Quanto o(a) Sr(a) gastou com medicação em decorrência desse evento/problema? R\$ _____ 66[] Não sabe / Não quis responder</p>	<p>0[] Não (Passe para Q.97) 1[] Sim 66[] Não sabe / Não quis responder</p>																						
<p>96. Em que foi este custo de transporte e quanto?</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-bottom: 1px dashed black; width: 70%;">Combustível</td> <td style="border-bottom: 1px dashed black; width: 30%;">R\$ _____</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px dashed black;">Moto-táxi</td> <td style="border-bottom: 1px dashed black;">R\$ _____</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px dashed black;">Táxi</td> <td style="border-bottom: 1px dashed black;">R\$ _____</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px dashed black;">Ônibus</td> <td style="border-bottom: 1px dashed black;">R\$ _____</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px dashed black;">Outro. Qual? _____</td> <td style="border-bottom: 1px dashed black;">R\$ _____</td> </tr> </table>	Combustível	R\$ _____	Moto-táxi	R\$ _____	Táxi	R\$ _____	Ônibus	R\$ _____	Outro. Qual? _____	R\$ _____	<p>97. O(A) Sr(a) teve algum gasto extra em função de compra de cadeira de rodas, muleta, bengala, adaptação na casa, contratação de enfermeiro ou outra coisa, em decorrência desse evento/problema? 0[] Não (Passe para Q.98) 1[] Sim 66[] Não sabe / Não quis responder</p> <p>97.1. Quais foram os gastos?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%;">Nome/Tipo de gasto</th> <th style="width: 30%;">Valor (R\$)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Nome/Tipo de gasto	Valor (R\$)										
Combustível	R\$ _____																						
Moto-táxi	R\$ _____																						
Táxi	R\$ _____																						
Ônibus	R\$ _____																						
Outro. Qual? _____	R\$ _____																						
Nome/Tipo de gasto	Valor (R\$)																						

BLOCO IX – PERDA DE PRODUTIVIDADE

<p>98. Vou apresentar algumas atividades abaixo e gostaria de verificar com o(a) Sr(a) qual destas, e quantos dias, ficou sem realizá-las em decorrência desse evento/problema:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%;">ATIVIDADE</th> <th style="width: 30%;">QUANTOS DIAS SEM REALIZÁ-LA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Atividades domésticas</td><td> </td></tr> <tr><td>Atividades de lazer</td><td> </td></tr> <tr><td>Atividades educacionais</td><td> </td></tr> <tr><td>Atividades de trabalho remunerado</td><td> </td></tr> <tr><td>Outras</td><td> </td></tr> </tbody> </table>	ATIVIDADE	QUANTOS DIAS SEM REALIZÁ-LA	Atividades domésticas		Atividades de lazer		Atividades educacionais		Atividades de trabalho remunerado		Outras		<p>99. Quantos dias foram perdidos, por mês, relacionado a algum tratamento (médico, fisioterapêutico, psicoterapêutico) devido ao evento/problema (incluir tempo de deslocamento)? _____ DIAS.</p> <p>100. O(A) Sr(a) tem alguma consulta, exame ou algum outro desdobramento decorrente desse evento/problema marcado para os próximos meses? 0[] Não 1[] Sim 66[] Não quis responder</p>
ATIVIDADE	QUANTOS DIAS SEM REALIZÁ-LA												
Atividades domésticas													
Atividades de lazer													
Atividades educacionais													
Atividades de trabalho remunerado													
Outras													

BLOCO X - PERDA DE PRODUTIVIDADE FAMILIAR

<p>101. Algum familiar e/ou amigo deixou de trabalhar para prestar assistência ao(a) Sr(a)? 0[] Não (Passe para Q.103) 1[] Sim 66[] NQR</p> <p>101.1. Se sim, quantos? _____ pessoas.</p>	<p>102. Quantas horas por semana os seus familiares e /ou amigos deixaram de realizar atividades habituais para ajudá-lo após o evento/problema?</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td>Pessoa 1 _____ hs/semana</td> <td>Pessoa 3 _____ hs/semana</td> </tr> <tr> <td>Pessoa 2 _____ hs/semana</td> <td>Pessoa 4 _____ hs/semana</td> </tr> </table>	Pessoa 1 _____ hs/semana	Pessoa 3 _____ hs/semana	Pessoa 2 _____ hs/semana	Pessoa 4 _____ hs/semana
Pessoa 1 _____ hs/semana	Pessoa 3 _____ hs/semana				
Pessoa 2 _____ hs/semana	Pessoa 4 _____ hs/semana				

BLOCO XI - ÍNDICE DE CAPACIDADE PARA O TRABALHO (Somente para quem continua trabalhando após o evento/problema caso contrário, encerre a entrevista. Agradeça pela participação).

103. Suponha que a sua melhor capacidade para o trabalho tem um valor igual a 10 pontos. Quantos pontos você daria para sua capacidade de trabalho atual, numa escala de 0 a 10? 66[] Não quis responder

() () () () () () () () () () ()
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Estou incapaz para o trabalho ← → Estou em minha melhor capacidade para o trabalho

104. Como você classificaria sua capacidade atual para o trabalho em relação às exigências físicas do seu trabalho? (Por exemplo, fazer esforço físico com partes do corpo) (LER ALTERNATIVAS)
5() Muito boa 4() Boa 3() Moderada 2() Baixa 1() Muito baixa 66[] Não quis responder

105. Como você classificaria sua capacidade atual para o trabalho em relação às exigências mentais do seu trabalho? (Por exemplo, interpretar fatos, resolver problemas, decidir a melhor forma de fazer)
5() Muito boa 4() Boa 3() Moderada 2() Baixa 1() Muito baixa 66[] Não quis responder

106. Quantos dias inteiros você esteve fora do trabalho devido a problema de saúde, consulta médica ou para fazer exame durante os últimos 12 meses?
5() Nenhum 4() até 9 dias 3() de 10 a 24 dias 2() de 25 a 99 dias 1() de 100 a 365 dias 66[] Não quis responder

107. Considerando sua saúde, você acha que será capaz de daqui a 2 anos fazer seu trabalho atual?
1() É improvável 4() Não estou muito certo 7() Bastante provável 66[] Não quis responder

108. Recentemente você tem conseguido apreciar suas atividades diárias?
4() Sempre 3() Quase sempre 2() Às vezes 1() Raramente 0() Nunca 66[] Não quis responder

109. Recentemente você tem se sentido ativo e alerta?

4() Sempre 3() Quase sempre 2() Às vezes 1() Raramente 0() Nunca 66[] Não quis responder

110. Recentemente você tem se sentido cheio de esperança para o futuro?

4() Sempre 3() Quase sempre 2() Às vezes 1() Raramente 0() Nunca 66[] Não quis responder

111. Você possui diagnóstico médico para alguma doença? 0[] Não 1[] Sim, uma doença 2[] Sim, 2 doenças

3[] Sim, 3 doenças 4[] Sim, 4 doenças 5[] Sim, 5 ou mais doenças 66[] Não quis responder

112. Em caso, de algum problema de saúde, sua lesão ou doença é um impedimento para seu trabalho atual?

(Você pode marcar mais de uma resposta nesta pergunta)

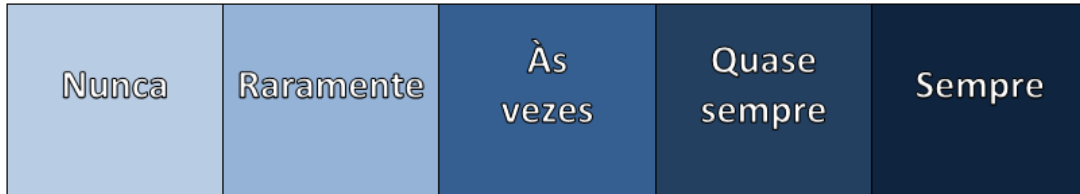
- 6[] Não há impedimento / eu não tenho doença
5[] Eu sou capaz de fazer meu trabalho, mas a lesão/doença me causa alguns sintomas
4[] Algumas vezes preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho
3[] Frequentemente preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho
2[] Por causa de minha doença sinto-me capaz de trabalhar apenas em tempo parcial
1[] Na minha opinião estou totalmente incapacitado para trabalhar

**AGRADEÇA PELA PARTICIPAÇÃO EM MAIS UMA ETAPA DA PESQUISA
ENCERRE A ENTREVISTA**

APÊNDICE 2 – ESCALAS VISUAIS

ESCALA DE FREQUÊNCIA 1

Observe a Escala abaixo para responder com que frequência o(a) senhor(a) realiza alguns comportamentos no trânsito.



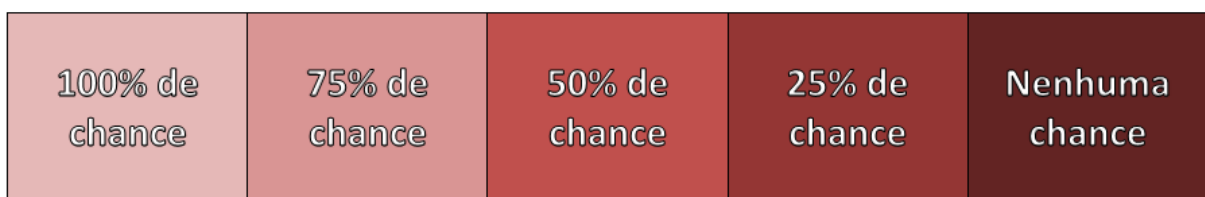
ESCALA DO TEMPO 1

Observe a Escala abaixo e visualize os últimos 12 meses a partir da data de hoje.



ESCALA DE PERCEPÇÃO

Observe a Escala abaixo e escolha, de acordo com a sua opinião, a probabilidade de alguém ser pego pela polícia e ser punido.



ESCALA DO TEMPO 2

Observe a Escala abaixo e visualize os últimos 12 meses a partir da data de hoje.



ESCALA DE DIFICULDADE

Observe a Escala abaixo e escolha uma das opções de resposta que indica o quanto sua saúde dificulta a realização das seguintes atividades que vou dizer.

1	2	3
Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum

ESCALA DO TEMPO 3

Observe a Escala abaixo e escolha uma das opções de resposta que indica por quanto tempo o(a) senhor(a) se sente:

1	2	3	4	5	6
Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca

ESCALA DE AFIRMAÇÕES

Observe a Escala abaixo e escolha uma das opções de resposta que indica o quanto verdadeiro ou falso as afirmações são.

1	2	3	4	5
Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso

ESCALA DE MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL

Observe a Escala abaixo e escolha uma das opções de resposta que indica quanta ajuda o(a) senhor(a) precisa para realizar cada uma das seguintes tarefas que vou dizer.

1	2	3	4	5	6	7
Preciso de ajuda completa	Preciso de muita ajuda (51% a 75% da tarefa)	Preciso de ajuda moderada (26% a 50% da tarefa)	Preciso de ajuda mínima (até 25% da tarefa)	Preciso apenas que alguém me supervisione	Sou independente para esta tarefa desde que use dispositivos auxiliares ou adaptadores	Sou completamente independente

APÊNDICE 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Apêndice 6 – Termo de consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

DOUTORADO EM SAÚDE PÚBLICA – ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Resolução nº 196, de 10 de Outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde

Prezado(a) Senhor(a)

Eu, **Polianna Alves Andrade Rios**, Doutoranda da Universidade Federal da Bahia (UFBA), e **Eduardo Luiz Andrade Mota**, Professor Orientador da UFBA, estamos desenvolvendo a pesquisa intitulada **“Epidemiologia dos acidentes de trânsito: incidência e determinantes comportamentais em um estudo longitudinal”** como parte de um trabalho de Tese. Este estudo tem como objetivo geral examinar os determinantes do envolvimento de pessoas em acidentes de trânsito, com ênfase no papel dos fatores comportamentais. Para isso, a pesquisa realizará entrevistas com habitantes do Município de Jequié, nos seus domicílios, em diferentes momentos do seguimento da população de estudo, pois a coleta de dados apresenta mais de uma etapa, sendo esta a Primeira Etapa.

Por este Termo de Consentimento, estamos convidando o(a) Senhor(a) a participar dessa pesquisa, pois é através de estudos como esse que ocorrem os avanços científicos, inclusive na área da saúde.

Caso o(a) Senhor(a) aceite participar desta pesquisa, será necessário responder a questionários com perguntas sobre características demográficas e sociais do(a) Senhor(a) e de sua Família, as formas de deslocamento no dia-a-dia, os comportamentos adotados no trânsito e o envolvimento em acidentes e suas consequências sociais e para a saúde.

Sua participação é inteiramente voluntária, sendo fundamental que ocorra em todas as etapas do estudo. Entretanto, se o(a) Senhor(a) se sentir desconfortável em responder alguma questão durante a entrevista, estará livre para não respondê-la, ou pode solicitar a substituição do(a) entrevistador(a), ou deixar de participar da pesquisa a qualquer momento. Além disso, o(a) Senhor(a) terá todas as informações que desejar sobre esse estudo, antes, durante e depois da pesquisa. Garantimos também que seus dados pessoais não serão divulgados, permanecendo em anonimato, e que todas as informações obtidas do(a) Senhor(a) e de sua Família serão confidenciais e utilizadas exclusivamente para fins de análises científicas e serão guardadas com segurança; somente terão acesso a elas os pesquisadores envolvidos no projeto. Apenas os resultados não nominais deste estudo serão publicados em revistas especializadas e em eventos científicos.

Sua participação não lhe tratará nenhum custo e também não acarretará em recebimento de nenhum valor em dinheiro. Caso ocorra algum dano decorrente da pesquisa, os pesquisadores serão responsáveis pelo ressarcimento ou indenização.

O questionário do(a) Senhor(a) ficará armazenado no Núcleo de Estudos em Saúde e Trânsito da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – Campus Jequié, Núcleo de pesquisa colaborador do presente estudo, sob a responsabilidade dos investigadores e poderá ser utilizado em pesquisas futuras para as quais também será garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados, de forma que nenhum dado de pessoas e instituições será identificado ou divulgado nominalmente.

Após três meses da Primeira Etapa da pesquisa, o(a) Senhor(a) será contatado por telefone, ou visita, para verificar se ocorreu envolvimento em acidentes de trânsito e para obtenção de informações adicionais na Segunda Etapa e nas Etapas subsequentes do estudo. Estão previstos contatos a cada três meses para obter essas informações, por isso, é muito importante informar

seu novo endereço e telefone em caso de mudança. Uma cópia deste Termo de Consentimento lhe será entregue. Se houver perguntas ou necessidade de mais informações sobre o estudo, ou qualquer intercorrência, o(a) Senhor(a) pode procurar a pesquisadora responsável, Polianna Alves Andrade Rios, no endereço: **Departamento de Saúde (DS), Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Av. José Moreira Sobrinho, S/N, Jequié, Bahia ou pelo telefone 3528-9623 (Departamento de Saúde)**, ou através do e-mail: **polianauesb@yahoo.com.br**. O Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva pode ser contatado pelo telefone: (71) 3283-7441. O projeto foi aprovado por este Comitê de Ética, recebendo o parecer nº 249.611 em 02 de abril de 2013.

Se o Senhor(a) aceita, voluntariamente, participar desta pesquisa, por favor, assine este Termo em duas vias.

Eu, _____, declaro ter sido informado(a) e concordo em participar, como voluntário(a), da pesquisa acima descrita.

Assinatura _____ do(a)
Participante _____

Assinatura _____ da _____ pessoa _____ ou _____ responsável
legal _____
(Para menores de 18 anos de idade)

Polegar Direito (se necessário)



COMPROMISSO DO PESQUISADOR

Eu declaro que apresentei as informações acima descritas a cada participante do estudo. É minha opinião que cada indivíduo entendeu os possíveis desconfortos, benefícios e obrigações relacionadas a esta pesquisa.

Jequié, 24/09/2014

Polianna Alves Andrade Rios
Pesquisadora Responsável

Eduardo Luiz Andrade Mota
Orientador

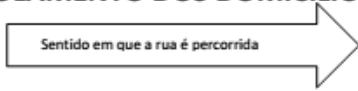
Nome do(a) entrevistador(a) _____
Assinatura _____

APÊNDICE 4 – PLANILHA DE ARROLAMENTO DOS DOMICÍLIOS

Exemplo: 115 = Número de porta do domicílio
 OK = Entrevistas realizadas, domicílio finalizado
 V = Voltar a Visitar – Domicílio Fechado marcar um “traço para cada tentativa”
 A = Pelo menos uma entrevista agendada
 RE = Recusa - No caso de domicílio ilegível, marcar um “X grande” em todo o quadro.

115
OK V
A RE


ARROLAMENTO DOS DOMICÍLIOS



Setor: _____ **ordem:** _____

Identif. Rua: Num. e letra	Número do domicílio		Metade da rua					Data: _____ Turno: _____ Entrevistador: _____						
<input type="text"/>	OK V A RE	OK V A RE	OK V A RE	OK V A RE	OK V A RE	OK V A RE	OK V A RE	OK V A RE	OK V A RE	OK V A RE	OK V A RE	OK V A RE	OK V A RE	OK V A RE
<input type="text"/>	OK V A RE	OK V A RE	OK V A RE	OK V A RE	OK V A RE	OK V A RE	OK V A RE	OK V A RE	OK V A RE	OK V A RE	OK V A RE	OK V A RE	OK V A RE	OK V A RE
<input type="text"/>	OK V A RE	OK V A RE	OK V A RE	OK V A RE	OK V A RE	OK V A RE	OK V A RE	OK V A RE	OK V A RE	OK V A RE	OK V A RE	OK V A RE	OK V A RE	OK V A RE
<input type="text"/>	OK V A RE	OK V A RE	OK V A RE	OK V A RE	OK V A RE	OK V A RE	OK V A RE	OK V A RE	OK V A RE	OK V A RE	OK V A RE	OK V A RE	OK V A RE	OK V A RE
<input type="text"/>	OK V A RE	OK V A RE	OK V A RE	OK V A RE	OK V A RE	OK V A RE	OK V A RE	OK V A RE	OK V A RE	OK V A RE	OK V A RE	OK V A RE	OK V A RE	OK V A RE

APÊNDICE 5 – FICHA DE TRIAGEM DO DOMICÍLIO

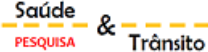


UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA – UFBA / INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA

PROJETO DE PESQUISA

Epidemiologia dos acidentes de trânsito: incidência e determinantes comportamentais em um estudo longitudinal

INSTRUMENTO DE COLETA - ETAPA 1



FICHA DE TRIAGEM

PREENCHIMENTO DOS ENTREVISTADORES:

1 – Número Administrativo do Setor Censitário: 2 – Número de Ordem do Setor Censitário:

3 – Número de ordem da Rua dentro do Setor Censitário:

4 - Endereço do domicílio: _____ nº _____

Bairro: _____ Ponto de referência: _____

PREENCHIMENTO DOS PESQUISADORES:

5 – Número de ordem da Rua no Estudo:


6 – Número de ordem do Domicílio dentro do Setor Censitário:

Data da entrevista: ____/____/____ Hora de início da entrevista: ____:____

Inicialmente, farei algumas sobre toda a família. (SE FOR PENSIONATO OU PENSÃO, NÃO INCLUIR OS PENSIONISTAS)						
TRIAGEM: 1) Quantas pessoas moram no domicílio? <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>						
Nome	Sexo	Idade	Dirige carro ou moto?	Nos últimos 12 meses, o(a) senhor(a) (ele/ela) sofreu / se envolveu em algum Acidente de Trânsito?	SE CONDUTOR: Podemos fazer a entrevista?	Entrevista agendada para:
1.	<input type="checkbox"/> Mas <input type="checkbox"/> Fem		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (Agendar) <input type="checkbox"/> Não (Recusa)	Agendamentos 1) ____/____/____ às ____:____ h. 2) ____/____/____ às ____:____ h.
2.	<input type="checkbox"/> Mas <input type="checkbox"/> Fem		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (Agendar) <input type="checkbox"/> Não (Recusa)	Agendamentos 1) ____/____/____ às ____:____ h. 2) ____/____/____ às ____:____ h.
3.	<input type="checkbox"/> Mas <input type="checkbox"/> Fem		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (Agendar) <input type="checkbox"/> Não (Recusa)	Agendamentos 1) ____/____/____ às ____:____ h. 2) ____/____/____ às ____:____ h.
4.	<input type="checkbox"/> Mas <input type="checkbox"/> Fem		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (Agendar) <input type="checkbox"/> Não (Recusa)	Agendamentos 1) ____/____/____ às ____:____ h. 2) ____/____/____ às ____:____ h.
5.	<input type="checkbox"/> Mas <input type="checkbox"/> Fem		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (Agendar) <input type="checkbox"/> Não (Recusa)	Agendamentos 1) ____/____/____ às ____:____ h. 2) ____/____/____ às ____:____ h.
6.	<input type="checkbox"/> Mas <input type="checkbox"/> Fem		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (Agendar) <input type="checkbox"/> Não (Recusa)	Agendamentos 1) ____/____/____ às ____:____ h. 2) ____/____/____ às ____:____ h.
7.	<input type="checkbox"/> Mas <input type="checkbox"/> Fem		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (Agendar) <input type="checkbox"/> Não (Recusa)	Agendamentos 1) ____/____/____ às ____:____ h. 2) ____/____/____ às ____:____ h.
8.	<input type="checkbox"/> Mas <input type="checkbox"/> Fem		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (Agendar) <input type="checkbox"/> Não (Recusa)	Agendamentos 1) ____/____/____ às ____:____ h. 2) ____/____/____ às ____:____ h.
9.	<input type="checkbox"/> Mas <input type="checkbox"/> Fem		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (Agendar) <input type="checkbox"/> Não (Recusa)	Agendamentos 1) ____/____/____ às ____:____ h. 2) ____/____/____ às ____:____ h.
10.	<input type="checkbox"/> Mas <input type="checkbox"/> Fem		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (Agendar) <input type="checkbox"/> Não (Recusa)	Agendamentos 1) ____/____/____ às ____:____ h. 2) ____/____/____ às ____:____ h.

Número de condutores no domicílio para entrevista:

APÊNDICE 6 – CARTILHA INFORMATIVA



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA

Saúde
PESQUISA & **Trânsito**

EU PARTICIPO!

Trânsito seguro é um direito de todos!

Esta cartilha pertence à família de:

Esta CARTILHA foi elaborada para vocês com muito apreço, sobre um assunto importante do nosso cotidiano: O TRÂNSITO.

Todos nós utilizamos esse ambiente para os nossos deslocamentos no dia a dia e por isso, acabamos fazendo parte dele de diferentes maneiras: algumas vezes somos pedestres, outras passageiros de veículos e ainda, podemos ser motoristas e motociclistas.

De todas essas maneiras temos direitos e deveres. Aqui vocês vão encontrar informações importantes sobre eles, que podem contribuir para a segurança de todos no trânsito e também evitar os acidentes, que causam transtornos e sofrimento a muitas famílias.

BOA LEITURA!

EU CICLISTA

Todo ciclista também é um condutor e deve respeitar as regras e sinalizações do trânsito.



Ao descer da bicicleta, o ciclista passa a ter os mesmos direitos e deveres dos pedestres.

- Quando você for um ciclista, seus **DIREITOS** são:

- ⇒ Trafegar em vias seguras e sinalizadas, com infraestrutura adequada.
- ⇒ Ter à disposição equipamentos de segurança acessíveis, com preços baixos e de qualidade.

- São equipamentos de uso obrigatório para todas as bicicletas:

- Campanha
- Espelho retrovisor no lado esquerdo
- Refletores dianteiros, traseiros e nos pedais. (Art. 105 do CTB)

1

- Alguns **DEVERES** do **CICLISTA** são:


- ⇒ Trafegar nas ciclovias e ciclofaixas. Onde elas não existirem, deve-se andar próximo ao meio-fio.
- ⇒ Sinalizar suas manobras: virar à esquerda, à direita ou parar.
- ⇒ Utilizar adesivos reflexivos na roupa e na bicicleta.
- ⇒ Afastar-se ao máximo do fluxo de veículos, quando trafegar no acostamento das vias.
- ⇒ Trafegar sempre no mesmo sentido dos veículos.

- Siga essas **DICAS DE SEGURANÇA**:

- ⇒ Ter cuidado ao passar por carros estacionados: as portas podem se abrir e causar acidentes.
- ⇒ Nunca pegar carona na traseira de veículos.
- ⇒ Usar roupas claras à noite para ficar mais visível para os motoristas.
- ⇒ Quando andar em grupo, seguir sempre em fila única.
- ⇒ Evitar andar de bicicleta quando ingerir bebida alcoólica.
- ⇒ Lembre-se sempre que capacete, joelheiras, cotoveleiras e luvas reduzem o impacto e o risco de ferimentos graves.

EU MOTOCICLISTA

Como motociclista, você também pode contribuir para um trânsito mais seguro, cuidando da sua segurança e da dos outros também.



- Quando você for um motociclista, seus **DIREITOS** são:

- ⇒ Trafegar em vias seguras e sinalizadas, com infraestrutura adequada.
- ⇒ Ter à disposição equipamentos de segurança acessíveis, com preços baixos e de qualidade.
- ⇒ Ter acesso às informações sobre direção defensiva.

2

- Seus **DEVERES** são:

- ⇒ Sempre usar o capacete e exigir que o seu carona também use. Esse equipamento reduz em 70% as lesões por acidentes.
- ⇒ O capacete usado deve ser fechado e ter o selo do INMETRO. O capacete chamado "coquinho" é proibido!
- ⇒ Não pilotar depois de ingerir bebida alcoólica.

Siga essas **DICAS DE SEGURANÇA**:

⇒ Sobre roupas adequadas:

- Botas, jaquetas e calças confeccionadas em material adequado protegem em caso de queda e chuva.

- O uso de luvas também protege as mãos em caso de queda.

⇒ Sobre comportamentos, atitudes e práticas seguras:

- Manter o farol aceso dia e noite para ser visto a qualquer distância.

- Manter a moto em boas condições para transitar com segurança.

- Levar na garupa somente pessoas acima de 7 anos de idade com capacete adequado (menor).


- Trafegar apenas com uma carona na moto.

⇒ Para quem trabalha com a motocicleta:

Atualmente, para exercer as atividades de mototaxistas e motofretistas, os condutores deverão obedecer, além do Código de Trânsito, às novas Resoluções do Conselho Nacional de Trânsito de número 350 e 356, que regulamentam os cursos especializados obrigatórios a essas ocupações e os requisitos mínimos de segurança para transporte de passageiros e de cargas em motocicletas. Consulte-as na internet!

3

EU MOTORISTA




Como motorista, você deve estar ciente das regras de segurança que devem ser tomadas para realizar uma viagem ou andar no dia a dia na cidade de maneira segura e tranquila.

Além disso, você deve lembrar aos demais ocupantes dos veículos o cumprimento de tais regras.

- Quando você for um motorista, seus **DIREITOS** são:
 - ⇒ Dirigir em vias seguras e bem sinalizadas.
 - ⇒ Receber informações sobre a legislação de trânsito e direção defensiva.
 - ⇒ Receber toda a ajuda necessária dos órgãos de trânsito e dos agentes fiscalizadores que, antes de punir, deverão orientar.
 - ⇒ Ser bem atendido nas repartições públicas que administram o trânsito no Brasil.
- E quais são seus **DEVERES**?
 - ⇒ Cuidar da segurança do pedestre, do ciclista e do motociclista.
 - ⇒ Em todos os casos, dar preferência ao pedestre.
 - ⇒ Respeitar a faixa de pedestre.
 - ⇒ Ser prudente e transitar em velocidade moderada, obedecendo à velocidade permitida.
 - ⇒ Manter distância segura de, pelo menos, 10 metros de distância do veículo da frente, principalmente em caso de chuva.
 - ⇒ Sempre usar o cinto de segurança.
 - ⇒ Não dirigir quando ingerir bebida alcoólica.
- Lembre-se que ao dirigir **VOCÊ NÃO DEVE**:
 - ⇒ Realizar manobras bruscas com o veículo.
 - ⇒ Beber, comer ou falar ao telefone.
 - ⇒ Parar em cima da faixa de pedestre.

4

EU PEDESTRE



Como pedestre, você também pode contribuir para um trânsito mais seguro. Basta ficar atento às regras de circulação e seguir algumas **RECOMENDAÇÕES DE SEGURANÇA**, como:

- Não ler enquanto anda na rua.
- Não atravessar a via correndo sem olhar para os lados.
- Não discutir ou conversar distraidamente enquanto anda.
- Não andar olhando para trás.
- Não brincar ou fazer ziguezague por entre os carros.
- Evitar andar pela rua alcoolizado.
- Sempre atravessar a rua pela faixa de pedestre e prestar muita atenção aos semáforos.

Seus **DIREITOS** são:

- ⇒ Usar faixas, calçadas e passarelas com segurança.
- ⇒ Atravessar a via sobre as faixas de segurança, após sinalizar pedindo passagem.
- ⇒ Ter a preferência de atravessar a rua mesmo em caso de mudança do semáforo, liberando em seguida a passagem dos veículos.

Pedestres também têm **DEVERES**! Alguns deles são:


- Para atravessar a rua, você deve parar no meio-fio, na beira da calçada. Além disso, aguardar a passagem do veículo ou aguardar que ele pare para você cruzar a via.
- Olhar para os dois lados antes de atravessar.
- Atravessar sempre em linha reta, pisando firme, sem correr e olhando para os dois lados.
- Olhar atentamente para os dois lados ao descer de um carro ou ônibus e esperar sempre que o veículo saia para então atravessar a via.
- Atravessar sempre andando sobre a faixa de segurança.

É expressamente **PROIBIDO AO PEDESTRE**:

- ⇒ Permanecer ou cruzar pistas nos viadutos, pontes ou túneis, a não ser que haja permissão e sinalização para isso nesses locais.

5

EU PASSAGEIRO



Como passageiro, a sua função mais importante é lembrar ao motorista e aos demais ocupantes os cuidados que devem ser tomados para se ter uma viagem tranquila e segura.

- Quando você for um passageiro, seus **DEVERES** são:
 - ⇒ Usar obrigatoriamente o cinto de segurança em qualquer situação e distância a ser percorrida.
 - ⇒ Lembrar ao motorista que o veículo não pode transportar mais passageiros do que a quantidade disponível de cintos de segurança.


Você sabe como as crianças de diferentes idades devem ser transportadas nos veículos?

O Código de Trânsito Brasileiro determina o uso de certos aparelhos para as crianças andarem nos veículos particulares. São os chamados "dispositivos de retenção para transporte de crianças", que foram desenvolvidos com o objetivo de limitar o deslocamento do corpo da criança em casos de colisão do veículo ou freada brusca.

Fique atento às informações a seguir:

DISPOSITIVOS PARA TRANSPORTE DE CRIANÇAS NOS VEÍCULOS PARTICULARES:

- ⇒ **Crianças de 0 a 1 ano:** Usar o "bebê conforto ou conversível" (Figura abaixo). Nessa idade, sempre devem ser transportadas no banco de trás com esse dispositivo voltado para trás, ou para a frente do veículo, e **NUNCA** no banco da frente, no colo de outro passageiro.



6

DISPOSITIVOS PARA TRANSPORTE DE CRIANÇAS NOS VEÍCULOS PARTICULARES:

- ⇒ **Crianças com mais de 1 ano até 4 anos de idade:** Usar a "cadeirinha" (Figura ao lado). Ela deve ficar de frente para o painel do carro, no meio do banco traseiro e presa ao cinto de segurança.



- ⇒ **Crianças com mais de 4 anos e até 7 anos e meio:** Usar o "assento de elevação" (Figura ao lado). Sempre andar presa ao cinto de segurança de três pontos. O assento não pode ser improvisado.



- ⇒ **Crianças com mais de 7 anos e meio de idade e até 10 anos:** Sempre andar no banco de trás e usar o cinto de segurança (Figura abaixo).



O USO DESSES APARELHOS DEVE SER VISTO PELOS PAIS COMO UMA OBRIGAÇÃO PARA A PROTEÇÃO DA CRIANÇA!

7

⇒ **TÓPICOS ESPECIAIS:**

1 - Cinto de segurança

Este é um equipamento essencial para garantir a segurança do motorista e dos demais ocupantes do veículo. Seja qual for a distância a ser percorrida, ele deve ser utilizado.

Seu uso é obrigatório para todos os integrantes do veículo, ou seja, os que andam no banco da frente e aqueles que andam no banco de trás. Mesmo quando andamos dentro da cidade, é fundamental que os passageiros do banco traseiro utilizem esse equipamento, pois, em casos de colisões, protegem a si mesmos, assim como às pessoas que estão na frente do veículo. Entenda por que:

- A maioria das colisões entre veículos é frontal. Nesse caso os ocupantes são arremessados na mesma direção e na mesma velocidade em que o carro trafega;

- O passageiro do banco traseiro, sem o cinto de segurança, poderá sofrer uma fratura na coluna cervical e perder os movimentos do corpo;

- Além disso, quando arremessado, o passageiro do banco de trás será jogado violentamente sobre os ocupantes da frente (motorista e passageiro), e esse choque pode ser fatal.

CINTOS DE SEGURANÇA SALVAM MAIS VIDAS DO QUE QUALQUER OUTRO TIPO DE INTERVENÇÃO DE SEGURANÇA NAS VIAS, NO CASO DE UM ACIDENTE!

8

⇒ **TÓPICOS ESPECIAIS:**

2 - Celular e Trânsito:

O celular é, hoje, um dos fatores de distração mais importantes no trânsito, seja distração de motoristas e motociclistas, seja de pedestres.

Quando usamos o celular enquanto dirigimos ou estamos andando pelas ruas, desviamos parte da atenção das tarefas primárias da condução (ou da caminhada) para essa tarefa secundária (falar ao telefone). Isso gera prejuízos nas nossas reações e na tomada de decisões, reduzindo, assim, o desempenho da condução.

Na prática, o efeito do celular durante a condução é:

- a) Retirada do olhar do motorista da rua ou estrada;
- b) Retirada de uma das mãos do volante;
- c) Retirada da atenção do motorista da via e da situação ao redor.

A Organização Mundial da Saúde afirma que o número de condutores que utilizam celular enquanto dirigem aumentou muito nos últimos 10 anos. Esse comportamento é considerado uma causa crescente de acidentes.

NO BRASIL, É PROIBIDO USAR O CELULAR DURANTE A CONDUÇÃO.

TRATA-SE DE UMA INFRAÇÃO MÉDIA, SUJEITA À MULTA!

9

⇒ **TÓPICOS ESPECIAIS:**

3 - Excesso de Velocidade:

O excesso de velocidade é outro importante fator de risco para ocorrência de acidentes de trânsito, pois diminui a capacidade de reação do condutor e aumenta a força de um choque (batida), causando danos mais graves aos envolvidos, principalmente naqueles usuários da via que são mais vulneráveis: os pedestres, ciclistas e motociclistas.

Você sabia?

A Organização Mundial da Saúde afirma que os pedestres têm 90% de chances de sobrevivência em um acidente com um automóvel a 30 km/h. Essa chance cai para menos de 50% nos atropelamentos com veículos a partir de 45 km/h.

Cada tipo de via apresenta seus próprios limites de velocidade, seja na rua ou nas estradas e rodovias. É muito importante que o condutor esteja atento a eles.

**RESPEITE OS LIMITES DE VELOCIDADE!
ESSA É UMA ATITUDE DE RESPEITO À VIDA!**

10

⇒ **TÓPICOS ESPECIAIS:**

4 - Álcool e Direção:

O consumo de álcool pelos condutores de automóveis, motocicletas e bicicletas aumenta a probabilidade da ocorrência de acidentes que levem às lesões mais graves e à morte. O mesmo acontece com os pedestres, pois o consumo de bebidas alcoólicas também os torna mais vulneráveis.

As pesquisas e os dados de hospitais mostram que mais da metade das vítimas de acidentes de trânsito estava alcoolizada e a maioria dessas pessoas era jovem.

O álcool reduz a capacidade de dirigir, porque o condutor alcoolizado tem reações mais lentas e menos precisas, avalia mal as distâncias e a velocidade. Entre os pedestres, as reações também são mais lentas e a atenção diminui.

- Nunca, em nenhum caso, dirija sob o efeito do álcool.

LEMBRE-SE:

- O consumo de álcool aumenta a probabilidade e a gravidade das lesões sofridas em um acidente.

- O álcool reduz a capacidade de dirigir.

- Muito antes de o condutor se perceber embriagado, o álcool já produziu seu efeito.

- Não é necessário estar embriagado para o álcool produzir efeitos negativos! Os primeiros efeitos da bebida, mesmo em pequenas quantidades, como 0,1 grama, são suficientes para diminuir certas inibições, aumentar a autoconfiança e superestimar a capacidade de dirigir.

11

⇒ O Código de Trânsito Brasileiro considera crime que motoristas e motociclistas apresentem mais de 0,6 grama de álcool por litro de sangue. A concentração alcoólica pode ser verificada através de testes do bafômetro ou de sangue (alcoolemia).

Mas, você sabe quanto de bebida equivale a 0,6 grama de álcool por litro de sangue?

Veja a relação abaixo:

**0,6 grama de
álcool =>**

Chope = 3 chopos.
Cerveja = 600 ml de cerveja.
Vinho = 200 ml de vinho.
Destilados = 80 ml.

ATENÇÃO! Com a nova "Lei Seca", não há mais tolerância a nenhuma quantidade de concentração alcoólica. Além disso, são aceitas outras formas de comprovação de embriaguez quando o condutor se recusar a fazer o teste do bafômetro!

⇒ **TÓPICOS ESPECIAIS:**

5 - Acidentes de Trânsito

Esses eventos, apesar de serem denominados de "acidentes" não são obras do acaso. Muitas das suas causas são bastante conhecidas, outras ainda precisam ser melhor estudadas. Portanto, os acidentes de trânsito são previsíveis e passíveis de prevenção. Mesmo assim, eles continuam a ocorrer e atingem, principalmente, a população de adolescentes e jovens adultos que perdem a vida ou ficam com sequelas físicas e/ou psicológicas.

12

⇒ **TÓPICOS ESPECIAIS:**

5 - Acidentes de Trânsito

Além de prejudicar a qualidade de vida, diminuir a expectativa de vida entre jovens e causar dor e sofrimento a muitas famílias, os acidentes geram custos que chegam à soma de bilhões de reais todos os anos no Brasil e no mundo.

Todo esse dinheiro poderia ser utilizado para melhorar áreas importantes, como saúde, educação, trabalho, e na própria melhoria de estradas e rodovias.

⇒ **E como você pode contribuir para evitar acidentes?**

**RESPEITANDO AS NORMAS DO TRÂNSITO!
ADOTANDO PRÁTICAS QUE TRAGAM MAIS SEGURANÇA A TODOS!**

6 - Assistência à Saúde em casos de acidentes de trânsito

Todas as vítimas de acidentes de trânsito têm direito ao atendimento pré-hospitalar, que pode ser prestado pelo SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) do Sistema Único de Saúde (SUS), e pelo Corpo de Bombeiros.

Ambos os serviços vão prestar os primeiros socorros às vítimas e, a depender de cada situação, alguns atendimentos mais avançados no local do acidente. Quando necessário, encaminharão as vítimas às emergências dos hospitais de referência para acidentes de trânsito. Usualmente, estes hospitais são os públicos. Aqui na cidade, trata-se do Hospital Geral Prado Valadares.

As vítimas que apresentarem alguma consequência física do acidente, como imobilidade de partes do corpo, dificuldade de realizar os movimentos ou mesmo outras sequelas mais graves, devem ser encaminhadas aos serviços de fisioterapia para assistência adequada. Além disso, à vítima deve ser assegurado o acesso aos serviços de psicologia, assistência social, terapia ocupacional e outros que se fizerem necessários.

13

⇒ **TÓPICOS ESPECIAIS:**

7 - DPVAT

- O que é o DPVAT?

É o seguro obrigatório de danos pessoais causados por veículos automotores de vias terrestres para amparar vítimas de acidentes de trânsito em todo o território nacional, não importando de quem seja a culpa do acidente. Não se enquadram os acidentes de trens, barcos, bicicletas e aeronaves. Oferece cobertura para os casos de: Despesas médicas e suplementares (para a vítima); Invalidez permanente (para a vítima); e Morte (para os dependentes legais).

Destina-se a qualquer vítima de acidente de trânsito envolvendo veículo, inclusive motoristas e passageiros ou seus beneficiários.

- **COMO TER ACESSO?**

Para requerer o seguro não é preciso intermediários. Você deve procurar uma seguradora conveniada que informará sobre a documentação.

Informações: 0800 022 1204
www.dpvatsegurodotransito.com.br

8 - Telefones úteis para a população:

- SAMU = 192

- BOMBEIRO = 193

- POLÍCIA MILITAR = 190

- CLÍNICA DE FISIOTERAPIA (UESB) = 3258-9631

14

Sua participação no estudo é muito importante para a construção do conhecimento sobre o tema desta cartilha. Por isso, contamos com sua colaboração nas outras etapas da pesquisa.

- A equipe do projeto Saúde & Trânsito entrará em contato com a sua família, por meio de telefone, a cada três meses até completar um ano de acompanhamento da população do estudo.

- Para que vocês entendam melhor, os períodos dos contatos são:

- ❖ Etapa 1 = foi o momento inicial que vocês já participaram.
- ❖ Etapa 2 = 2º contato após 3 meses (por telefone).
- ❖ Etapa 3 = 3º contato após 6 meses (por telefone).
- ❖ Etapa 4 = 4º contato após 9 meses (por telefone).
- ❖ Etapa 5 = 5º contato após 12 meses (por telefone).

A equipe da

Pesquisa Saúde & Trânsito agradece

a todos vocês pela participação

neste projeto.

15

Fontes de referência dessa cartilha:

- 1 - Folder do Projeto "Vida no Trânsito: sua atitude faz a diferença", do Ministério da Saúde. (Ministério da Saúde / Ministério da Educação / Ministério dos Transportes / Ministério das Cidades / Ministério da Justiça / Secretaria Nacional de Juventude / Secretaria Especial dos Direitos Humanos).
- 2 - Código de Trânsito Brasileiro.
- 3 - Resolução nº 350, de 14 de junho de 2010. Institui curso especializado obrigatório destinado a profissionais em transporte de passageiros (mototaxista) e em entrega de mercadorias (motofretista) que exerçam atividades remuneradas na condução de motocicletas e motonetas.
- 4 - Resolução nº 356, de 02 de agosto de 2010. Estabelece requisitos mínimos de segurança para o transporte remunerado de passageiros (mototáxi) e de cargas (motofrete) em motocicleta e motoneta, e dá outras providências.
- 5 - Resolução nº 277 de 28 de maio de 2008. Dispõe sobre o transporte de menores de 10 anos e a utilização do dispositivo de retenção para o transporte de crianças em veículos.

16

Mais informações sobre a Pesquisa Saúde & Trânsito podem ser obtidas através de:

- 1 - Página da Internet no Facebook:
<http://www.facebook.com/saudetransito/>
- 2 - Enviando um e-mail para: nestran@uesb.edu.br

Realização



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Apoio



Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Departamento de Saúde - Campus Jequié



Núcleo de Estudos em Saúde e Trânsito



Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia

17

ANEXOS

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

INSTITUTO DE SAÚDE
COLETIVA / UFBA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Epidemiologia dos acidentes de trânsito: incidência e determinantes comportamentais em um estudo longitudinal

Pesquisador: Polianna Alves Andrade Rios

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 13691013.5.0000.5030

Instituição Proponente: Instituto de Saúde Coletiva / UFBA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 249.611

Data da Relatoria: 02/04/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo sobre a evolução em anos recentes e os fatores de risco comportamentais para acidentes de trânsito (AT) que se constituirá no produto final do Doutorado em Saúde Pública da pesquisadora, a qual será orientada pelo professor Eduardo Mota. A Introdução encontra-se fundamentada por literatura oportuna e atual que informa sobre a grande magnitude do problema e suas consequências econômicas, físicas e psicológicas, atingindo predominantemente jovens do sexo masculino. Trata-se de um agravo à saúde que atinge tanto países desenvolvidos como em desenvolvimento. Atualmente, os acidentes de Trânsito ocupam a 5ª posição no ranking mundial em número de óbitos por esta causa e, no Brasil, ocupa a segunda posição entre as causas externas de óbitos. No Projeto a pesquisadora discorre sobre aspectos conceituais e históricos, magnitude e determinantes desses acidentes, além da evolução das principais propostas e ações para a sua prevenção. Também é feita uma ampla revisão da literatura sobre o tema.

Será realizado um estudo longitudinal bidirecional (duração de 12 meses anteriores à linha de base do estudo e 12 meses posteriores). Para a abordagem exploratória dos comportamentos de pedestres, motoristas e motociclistas, será incluída uma coorte fixa constituída por todos os residentes em domicílios particulares da zona urbana de Jequié.

que tenham idade igual e superior a 14 anos. Na abordagem confirmatória, a população de estudo será composta de condutores de veículos motorizados residentes em Jequié com idade a partir dos

Endereço: Rua Basílio da Gama s/n

Bairro: Canela

CEP: 40.110-040

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-7441

Fax: (71)3283-7460

E-mail: cepisc@ufba.br

**INSTITUTO DE SAÚDE
COLETIVA / UFBA**

18 anos nos 12 meses anteriores ao primeiro dia de contato no estudo de linha de base e que conduzam pelo menos uma vez por semana algum veículo motorizado. Para esta abordagem foi definida amostra de 7040 condutores que serão selecionados em dois estágios de conglomerados, Setores Censitários e domicílios, cujos critérios estão descritos no Projeto. São apresentadas as definições de vários termos utilizados no Projeto e descritas as variáveis a serem empregadas. Os dados serão obtidos mediante entrevistas realizadas nos domicílios por universitários da área de saúde devidamente treinados, mediante aplicação de questionário estruturado e quando serão usadas escalas já validadas para avaliar uso problemático de bebida alcoólica, comportamentos no trânsito, capacidade para o trabalho e qualidade de vida. Os Boletins de Ocorrência de AT (fonte de dados secundários) também serão utilizados. Os dados coletados serão analisados mediante métodos adequados.

Objetivo da Pesquisa:**Objetivo Geral:**

Examinar os processos determinantes do envolvimento em acidentes de trânsito na população de Jequié, Bahia, com ênfase no papel dos fatores comportamentais.

Objetivos Específicos:

- Estimar a incidência de envolvimento em AT na população geral e segundo grupos de usuários da via pública;
- Descrever a população do estudo de acordo com características demográficas, socioeconômicas, comportamentais, formas de deslocamento urbano, experiências de trânsito, opinião sobre normas de trânsito e percepções a respeito de saúde, punição e segurança no trânsito;
- Caracterizar os AT segundo atributos de pessoas, de veículos, do ambiente viário e dos aspectos temporais de ocorrência desses eventos;
- Identificar as violações e erros no trânsito associados ao envolvimento em acidentes no grupo de pedestres, motoristas e motociclistas;
- Estimar a magnitude da associação entre os comportamentos de risco (condução após consumo de álcool e velocidade na condução) e o envolvimento em acidentes de trânsito no grupo de condutores de veículo a motor;
- após a linha de base e 12 meses de acompanhamento prosseguir até o envolvimento em

Endereço: Rua Basílio da Gama s/n

Bairro: Canela

CEP: 40.110-040

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-7441

Fax: (71)3283-7460

E-mail: cepisc@ufba.br

**INSTITUTO DE SAÚDE
COLETIVA / UFBA**

AT segundo categorias dos comportamentos de risco e verificar fatores associados ao envolvimento em menor tempo;

- Identificar preditores, individuais e contextuais, dos comportamentos de risco no trânsito.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora informa que toda a equipe da pesquisa, inclusive os entrevistadores, atenderão as recomendações da Resolução 196/96 do CNS de forma que que garantam os direitos e proteção dos participantes. Serão enfatizados o direito à desistência da participação da pesquisa em qualquer momento, o direito de não responder a alguma pergunta que gere desconforto e a garantia de privacidade das informações coletadas. Aqueles que concordarem em participar da investigação serão orientados a assinar o TCLE e só após o questionário será aplicado. Como serão abordadas questões que têm implicações legais, ao final da entrevista serão dadas informações sobre a prevenção de AT. Para isso, será elaborada ma cartilha contendo tais orientações além de procedimentos necessários quando da ocorrência desse evento, serviços disponíveis no município para atendimento à vítimas, direitos envolvidos em AT como seguro DPVAT e outros encaminhamentos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa aborda tema de grande relevância e, portanto, é atual e oportuna. Está muito bem fundamentada em extensa literatura atual e pertinente sobre o tema. Os objetivos estão claramente definidos e a metodologia é pertinente para a obtenção dos mesmos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A Folha de Rosto está adequadamente preenchida. No Cronograma, as atividades previstas estão coerentes com o tempo necessário para a conclusão do estudo e a coleta de dados só se dará após aprovação do Projeto pelo CEP/ISC. O TCLE está escrito, sob a forma de convite feito pela pesquisadora e o seu orientador, é simples e claro e contém as informações necessárias sobre o estudo. Apresenta endereço em Jequié onde a pesquisadora poderá ser encontrada, contempla local para assinatura do participante, de seu responsável legal, se menor de 18 anos e para o polegar direito, se analfabeto. Também apresenta o compromisso do pesquisador que declara que de fato apresentou as informações a cada participante e que este entendeu satisfatoriamente.

A pesquisadora declara que o estudo será realizado com recursos próprios

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Endereço: Rua Basílio da Gama s/n

Bairro: Canela

CEP: 40.110-040

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-7441

Fax: (71)3283-7460

E-mail: cepisc@ufba.br

INSTITUTO DE SAÚDE
COLETIVA / UFBA



Não há pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SALVADOR, 18 de Abril de 2013

Assinador por:
Alcione Brasileiro Oliveira Cunha
(Coordenador)

Endereço: Rua Basílio da Gama s/n

Bairro: Canela

CEP: 40.110-040

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-7441

Fax: (71)3283-7460

E-mail: cepisc@ufba.br

ANEXO B – PARECER DA NOTIFICAÇÃO AO CEP

INSTITUTO DE SAÚDE
COLETIVA / UFBA



PARECER DO COLEGIADO

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Epidemiologia dos acidentes de trânsito: incidência e determinantes comportamentais em um estudo longitudinal

Pesquisador: Polianna Alves Andrade Rios

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 13691013.5.0000.5030

Instituição Proponente: Instituto de Saúde Coletiva / UFBA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DA NOTIFICAÇÃO

Tipo de Notificação: Outros

Detalhe: Informação de inclusão de subprojetos

Justificativa: Encaminhamos a inclusão de dois subprojetos, pois estes viabilizam a realização de

Data do Envio: 27/02/2015

Situação da Notificação: Aguardando revisão do parecer do colegiado

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.527.804

Apresentação da Notificação:

Trata-se de uma notificação apresentada visando a inclusão de dois subprojetos, referentes a duas teses de doutoramento vinculadas a este projeto de pesquisa. O delineamento da pesquisa e a quantidade de informações produzidas permitem que se avaliem outros aspectos que extrapolam os objetivos iniciais do projeto.

- a) O período de acompanhamento da população do estudo se estenderá até o mês de Outubro de 2015.
- b) No que se refere ao objetivo 3, serão procedidas entrevistas com indivíduos pertencentes à mesma amostra, que não se envolveram em acidentes de trânsito nos últimos 12 meses. Serão entrevistados dois controles para cada um caso de envolvimento em AT. Para realização das entrevistas dos controles será utilizado o mesmo instrumento, com acréscimo dos blocos

Endereço: Rua Basílio da Gama s/n

Bairro: Canela

CEP: 40.110-040

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-7441

Fax: (71)3283-7460

E-mail: cepisc@ufba.br

**INSTITUTO DE SAÚDE
COLETIVA / UFBA**

Continuação do Parecer: 1.527.804

intitulados “Medida da Independência Funcional”, “Community Integration Questionnaire - CIQ”, “Danos a propriedade pública e privada”, “Custos médico-hospitalares”, “Perda de produtividade” e “Perda de produtividade familiar”.

c) Serão feitas comparações dos escores médios para as repercussões estudadas (qualidade de vida, Medida da Independência funcional, integração com a comunidade, índice de capacidade para o trabalho, custos médico hospitalares e por produtividade).

Objetivo da Notificação:

Os novos objetivos incorporados estão descritos a seguir:

Investigar os efeitos dos acidentes de trânsito (AT) sobre a independência funcional e a qualidade de vida dos indivíduos acidentados em Jequié, Bahia, no período de 2013 a 2015.

2) Estudar as repercussões dos acidentes de trânsito sobre as atividades produtivas de pessoas envolvidas nesses eventos.

3) Comparar as repercussões dos acidentes de trânsito entre indivíduos que se envolveram em AT e os que não se envolveram (grupo controle).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

As alterações apresentadas enquadram-se na categoria de risco mínimo; os benefícios são os mesmos referentes ao projeto original, sendo a incorporação de conhecimentos sobre o tema.

Comentários e Considerações sobre a Notificação:

Considero que a notificação apresentada não modifica os objetivos gerais da proposta inicial, não havendo nenhum impedimento ético à sua execução.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos são os mesmos apresentados no projeto original

Recomendações:

Recomendo a aprovação do projeto, pelo exposto acima

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva – UFBA analisou, na sessão do dia 28 de abril de 2016, o processo referente ao projeto de pesquisa em tela.

Não tendo apresentado pendências na época da sua primeira avaliação, atendeu de forma adequada e satisfatoriamente às exigências da Resolução nº 466 de 12/12/2012 do Conselho

Endereço: Rua Basílio da Gama s/n**Bairro:** Canela**CEP:** 40.110-040**UF:** BA**Município:** SALVADOR**Telefone:** (71)3283-7441**Fax:** (71)3283-7460**E-mail:** cepisc@ufba.br

INSTITUTO DE SAÚDE
COLETIVA / UFBA



Continuação do Parecer: 1.527.804

Nacional de Saúde (CNS). Assim, mediante a importância social e científica que o projeto apresenta e a sua aplicabilidade e conformidade com os requisitos éticos, somos de parecer favorável à realização do projeto, classificando-o como APROVADO.

Solicita-se a/o pesquisador/a o envio a este CEP de relatórios parciais sempre quando houver alguma alteração no projeto, bem como o relatório final gravado em CD ROM.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	Notificacao_Cep_inclusao_subprojetos.pdf	27/02/2015 11:29:06		Aceite

Situação do

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 03 de Maio de 2016

Assinado por:
Mônica de Oliveira Nunes
(Coordenador)

Endereço: Rua Basílio da Gama s/n

Bairro: Canela

CEP: 40.110-040

UF: BA

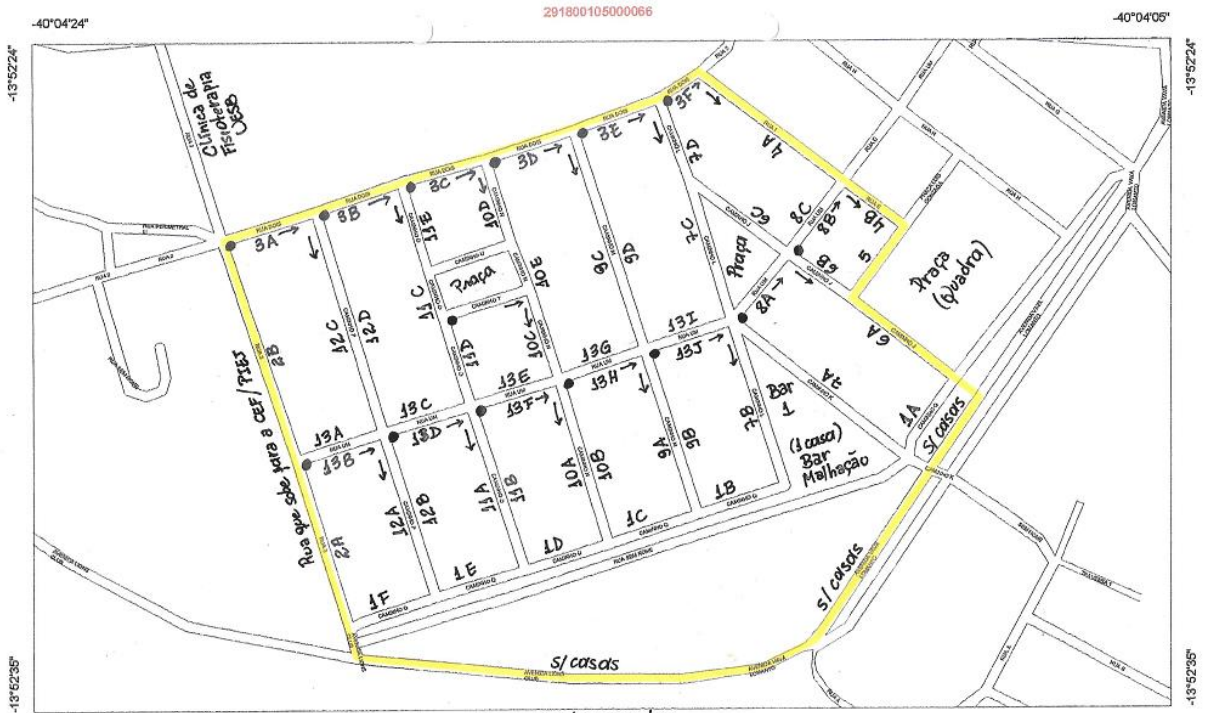
Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-7441

Fax: (71)3283-7460

E-mail: cepisc@ufba.br

ANEXO C – MAPAS DOS SETORES CENSITÁRIOS URBANOS UTILIZADOS NA PESQUISA



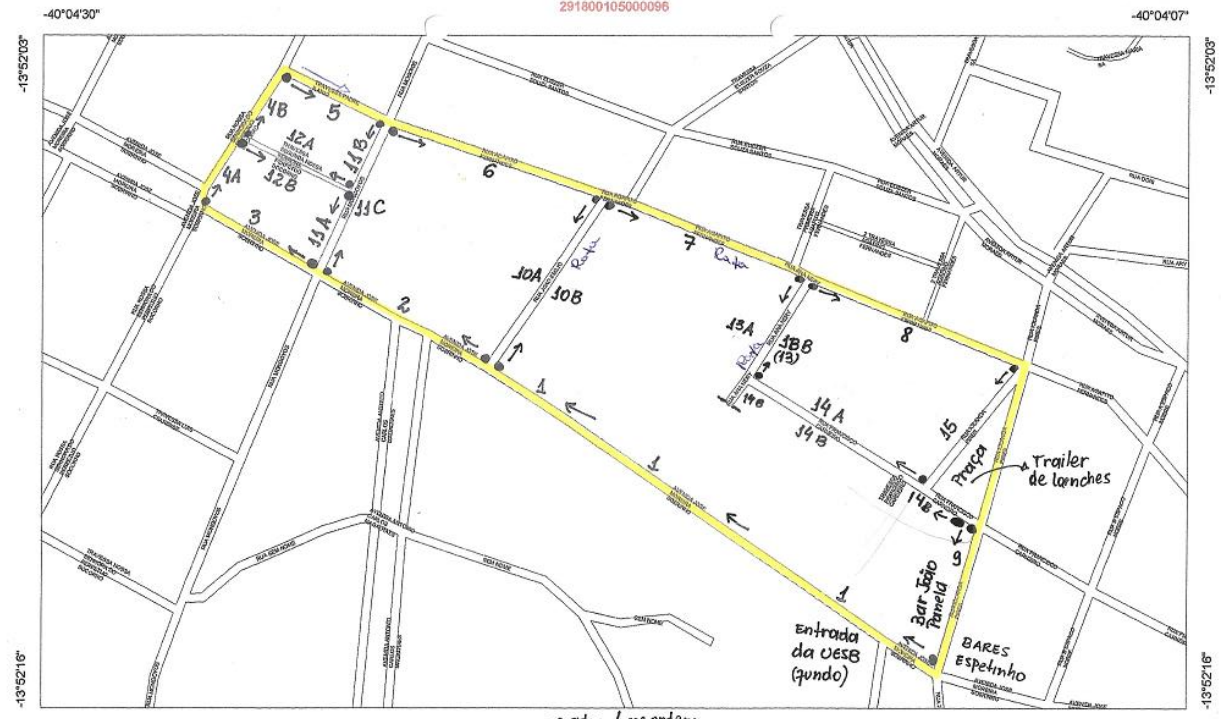
Estado: 29 - BAHIA
 Município: 18001 - JEQUIÉ
 Distrito: 05 - JEQUIÉ
 SubDistrito: 00
 Situação: 1
 Tipo: 0

⇒ 13 Ruas no SC066/O1
 no adm, no ordem

= LEGENDA:

- Ponto de início do percurso da Quadra.
- Sentido do percurso da Quadra. (sentido horário)
- último (3 p. ex = n.º da rua) Letras (identifica o lado da rua)

Mapa de Setor
 Escala : 1 : 2,178



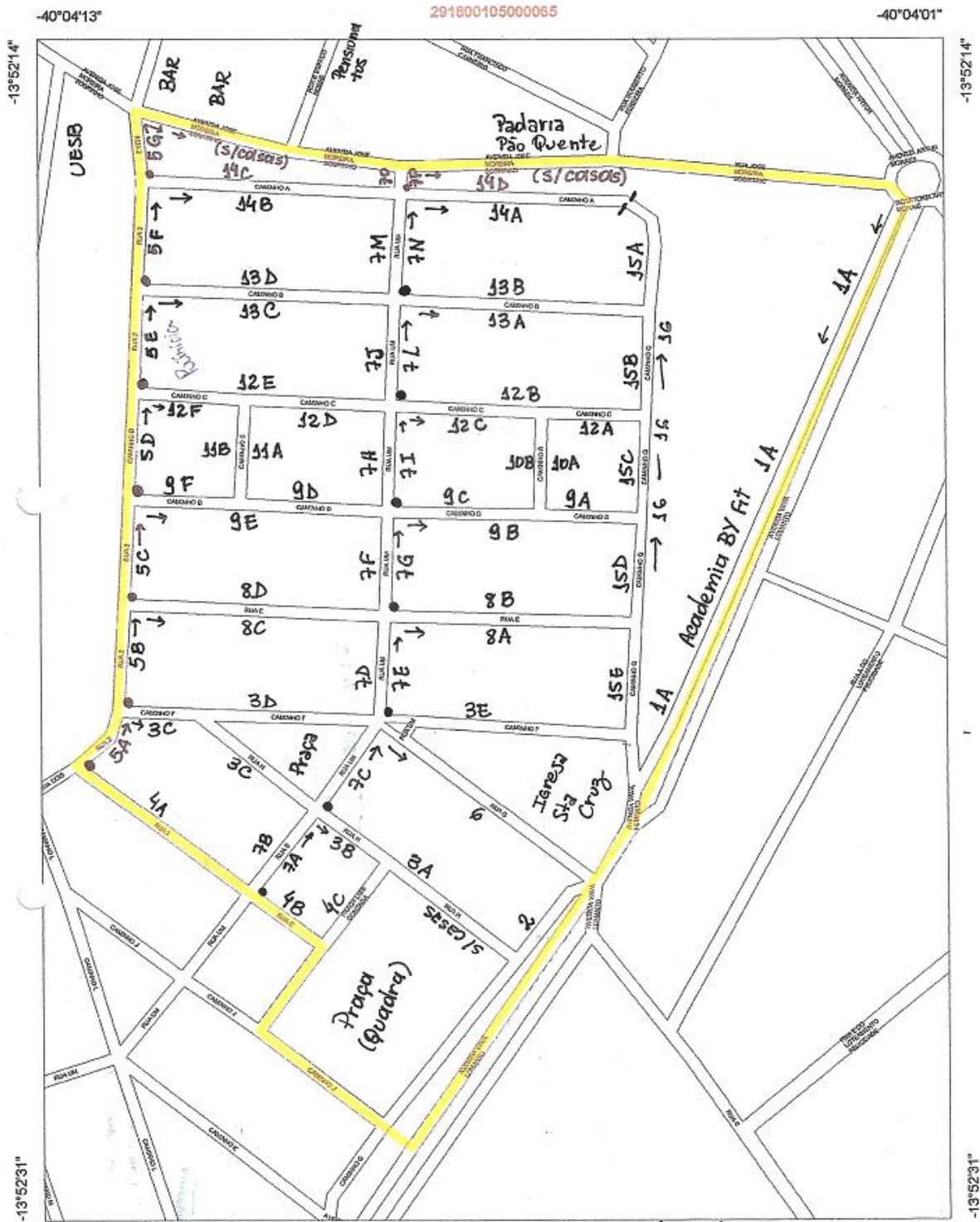
Estado: 29 - BAHIA
 Município: 18001 - JEQUIÉ
 Distrito: 05 - JEQUIÉ
 SubDistrito: 00
 Situação: 1
 Tipo: 0

⇒ 15 Ruas no SC096/O3
 no adm / no ordem

- Ponto de início do percurso de cada rua.
- Sentido do percurso

Mapa de Setor
 Escala : 1 : 2,574





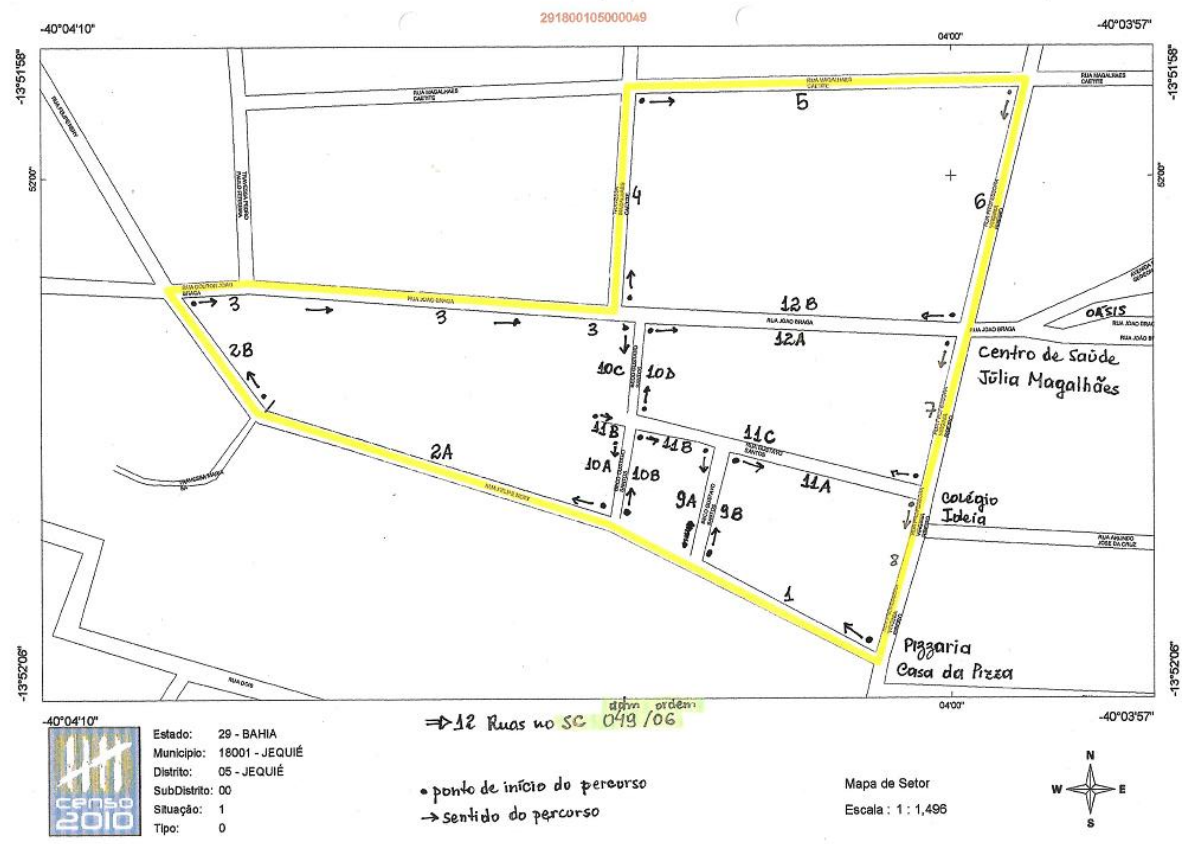
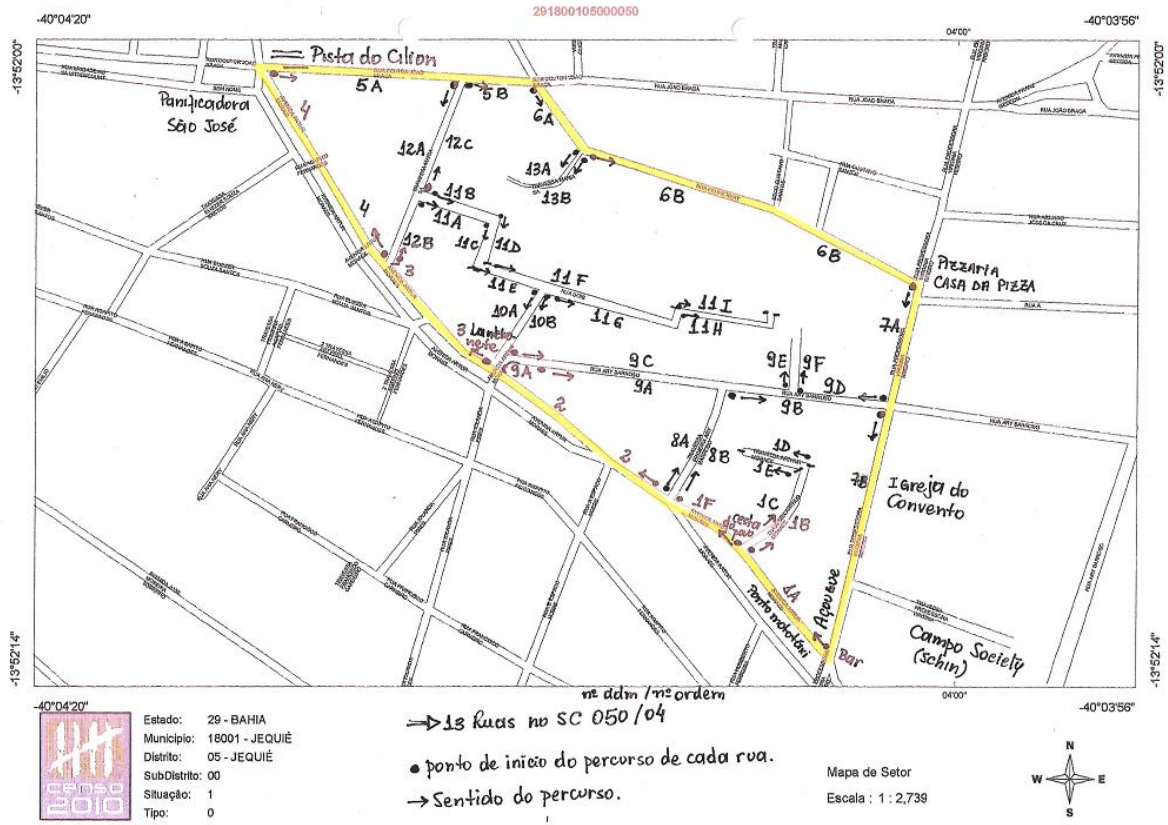
Estado: 29 - BAHIA
 Município: 18001 - JEQUIÉ
 Distrito: 05 - JEQUIÉ
 SubDistrito: 00
 Situação: 1
 Tipo: 0

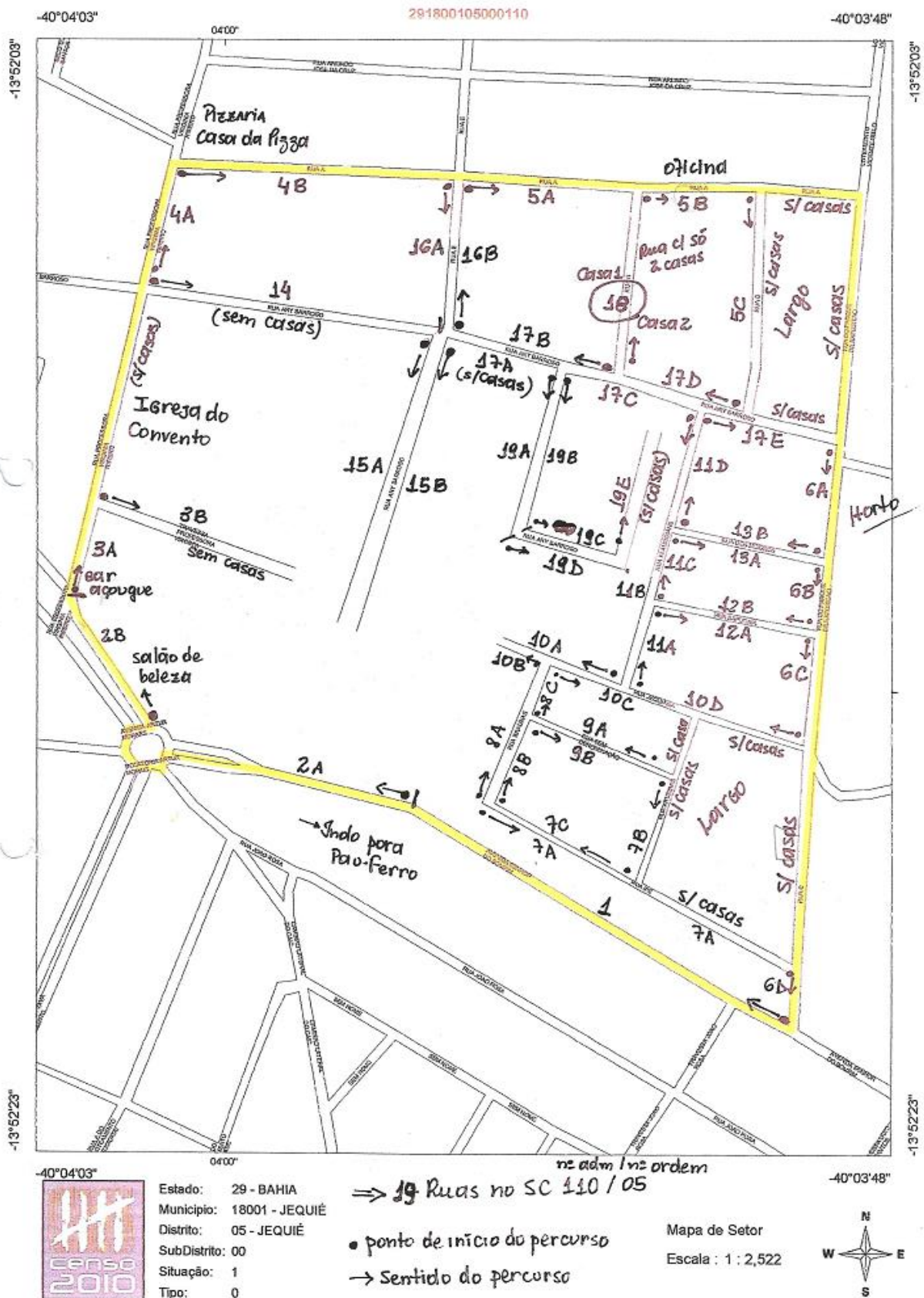
nº adm / nº ordem
 ⇒ 16 Ruas no SC 065 / 02

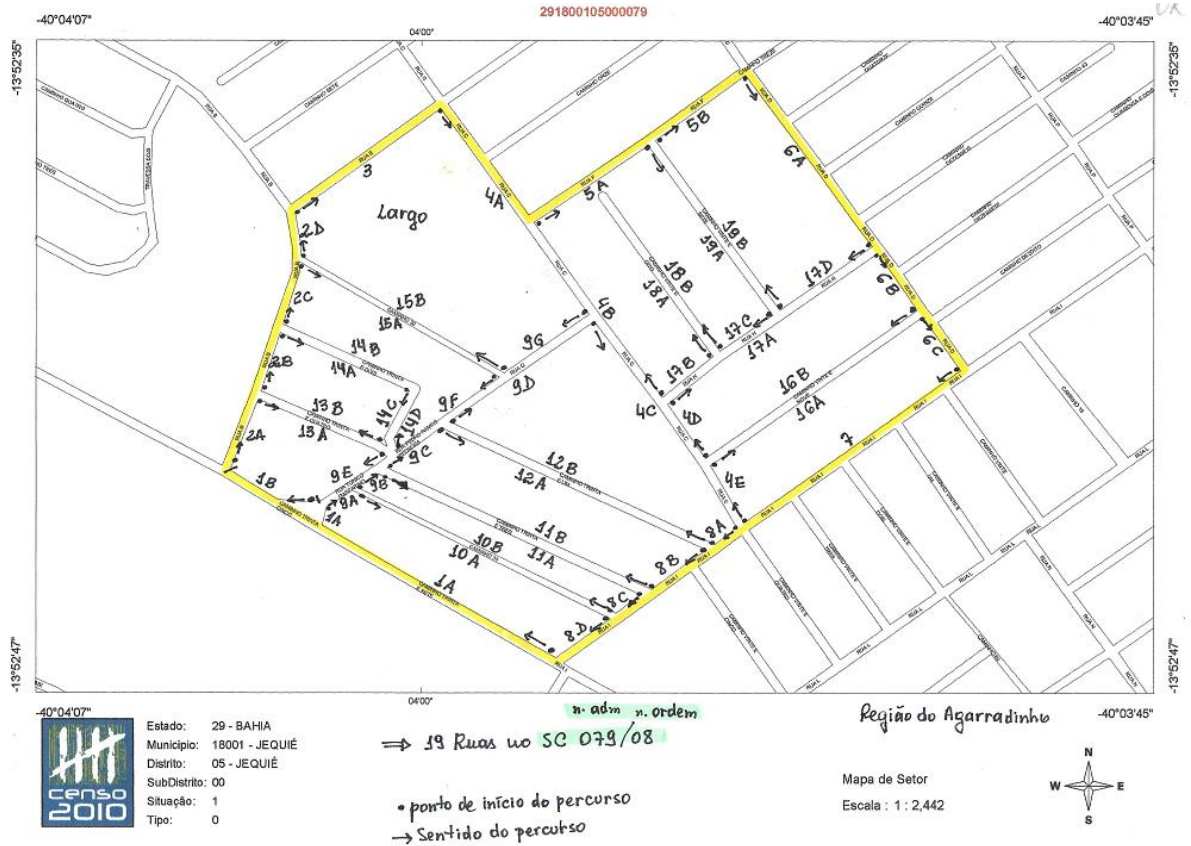
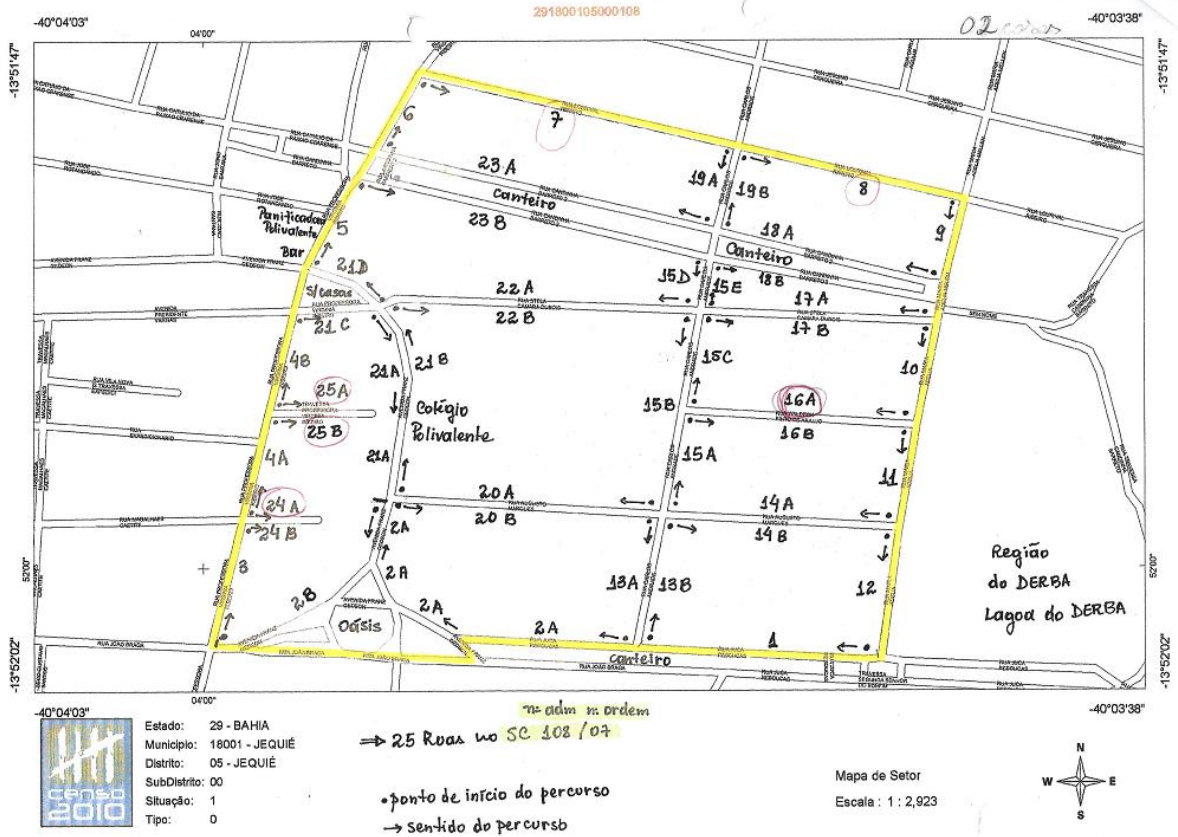
- = LEGENDA:
- Ponto de início do percurso da Quadra.
 - Sentido do percurso da Quadra.

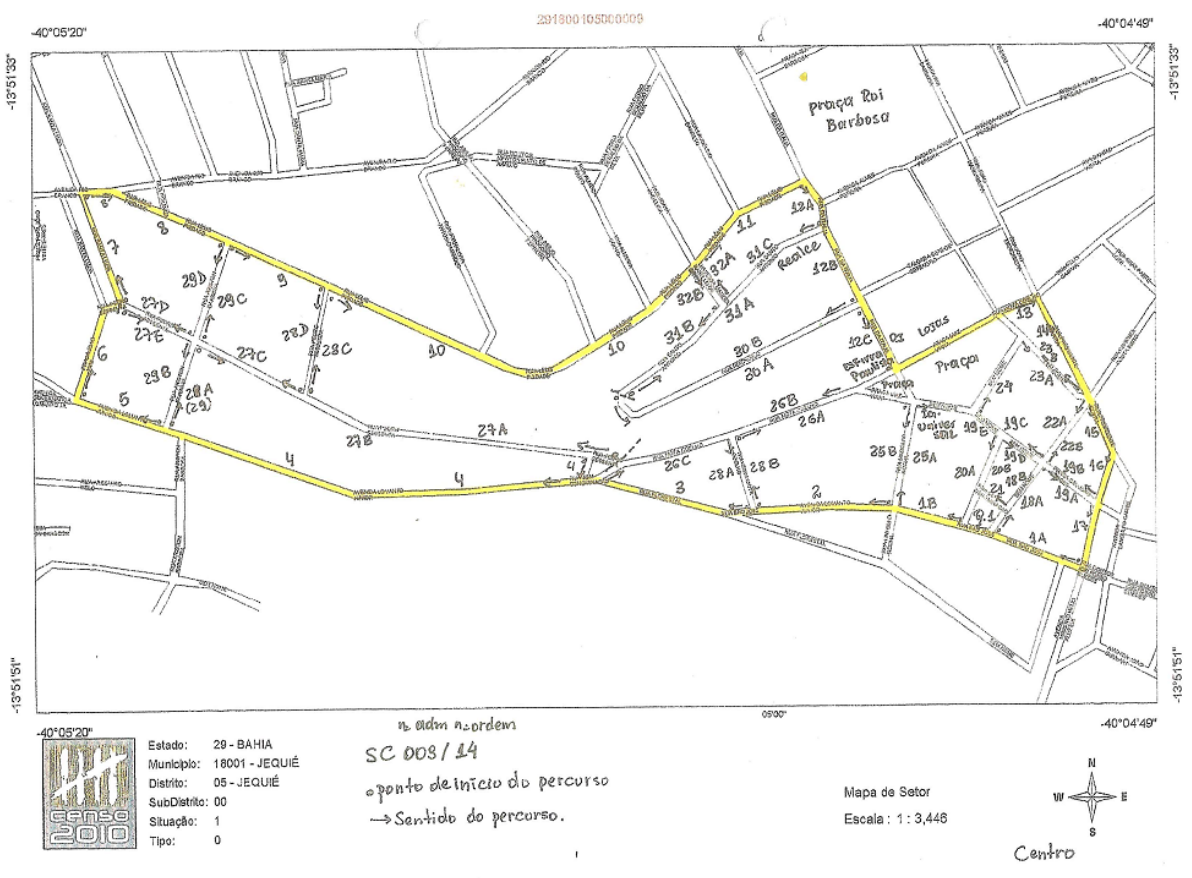
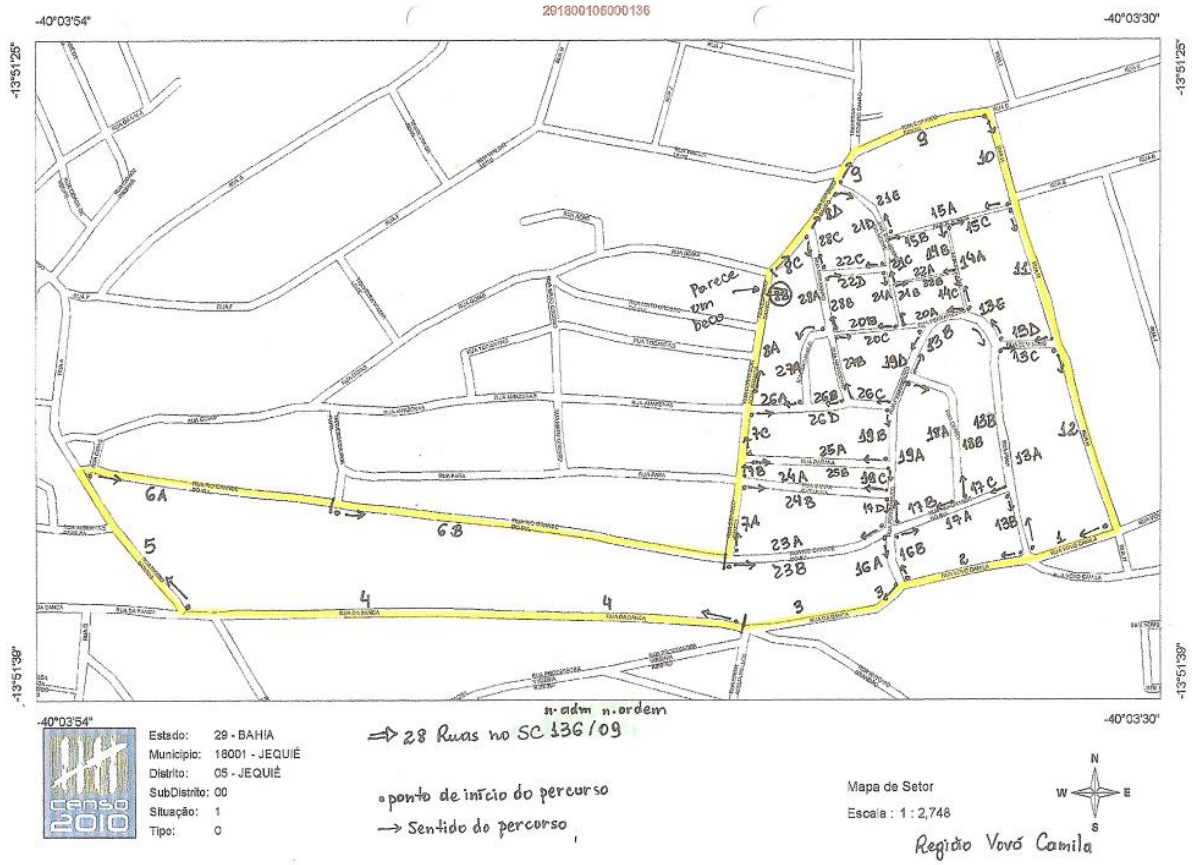
Mapa de Setor
 Escala: 1 : 2,111

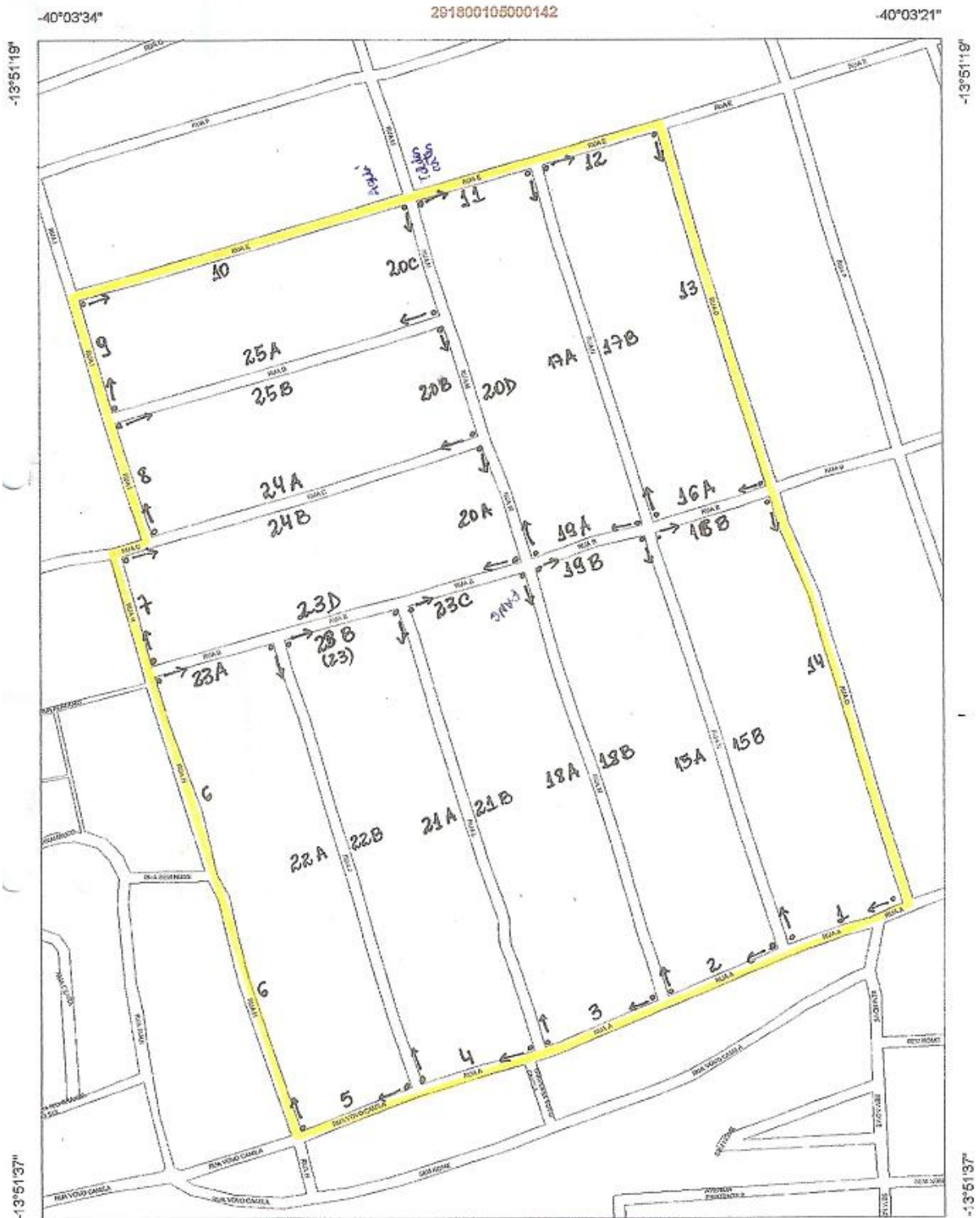












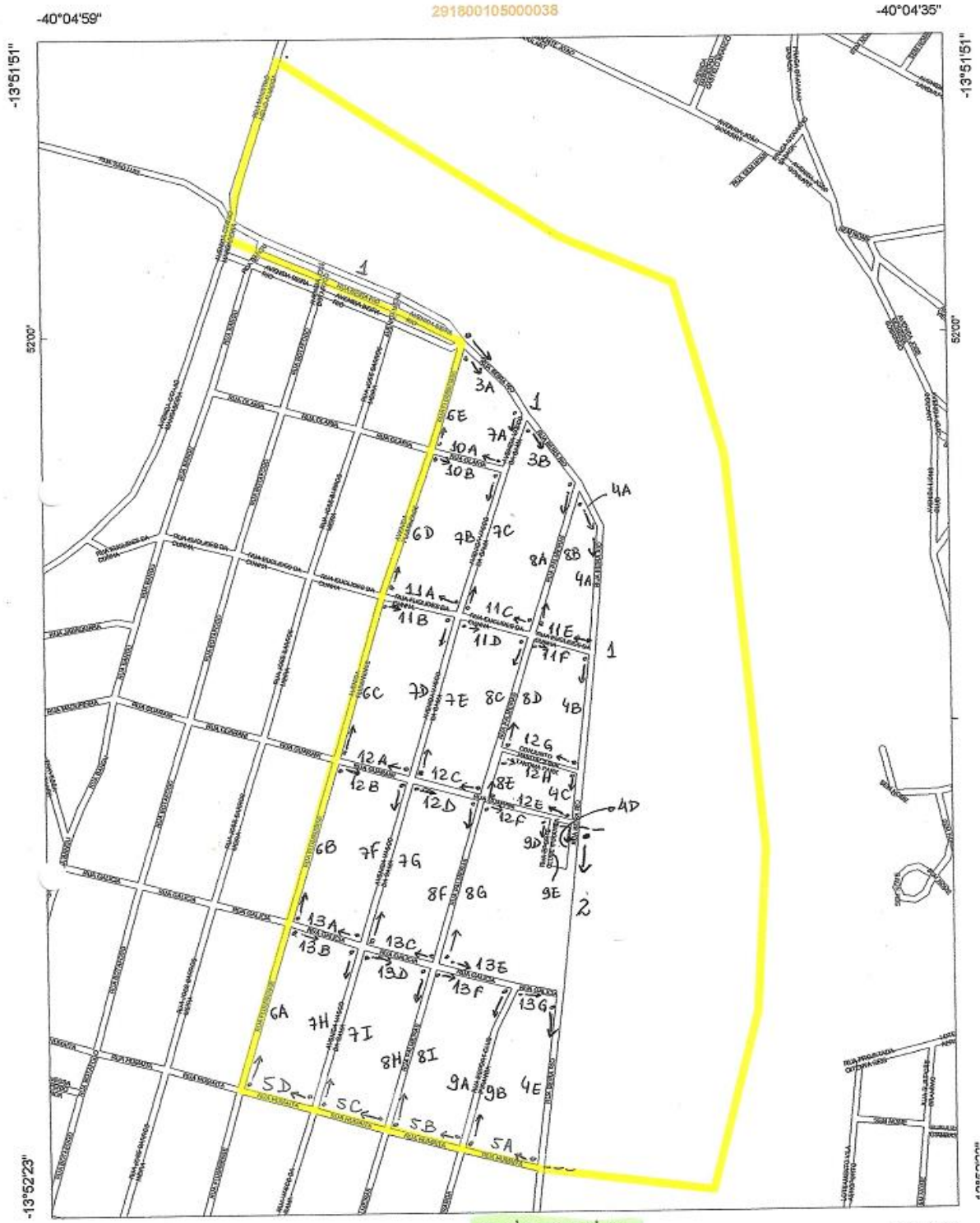
Estado: 29 - BAHIA
 Município: 18001 - JEQUIÉ
 Distrito: 05 - JEQUIÉ
 SubDistrito: 00
 Situação: 1
 Tipo: 0

n adm n. ordem
 → 25 Ruas no SE 142/10
 o ponto de início do percurso
 → Sentido do percurso

Mapa de Setor
 Escala : 1 : 2,264



Região Vovó Camila

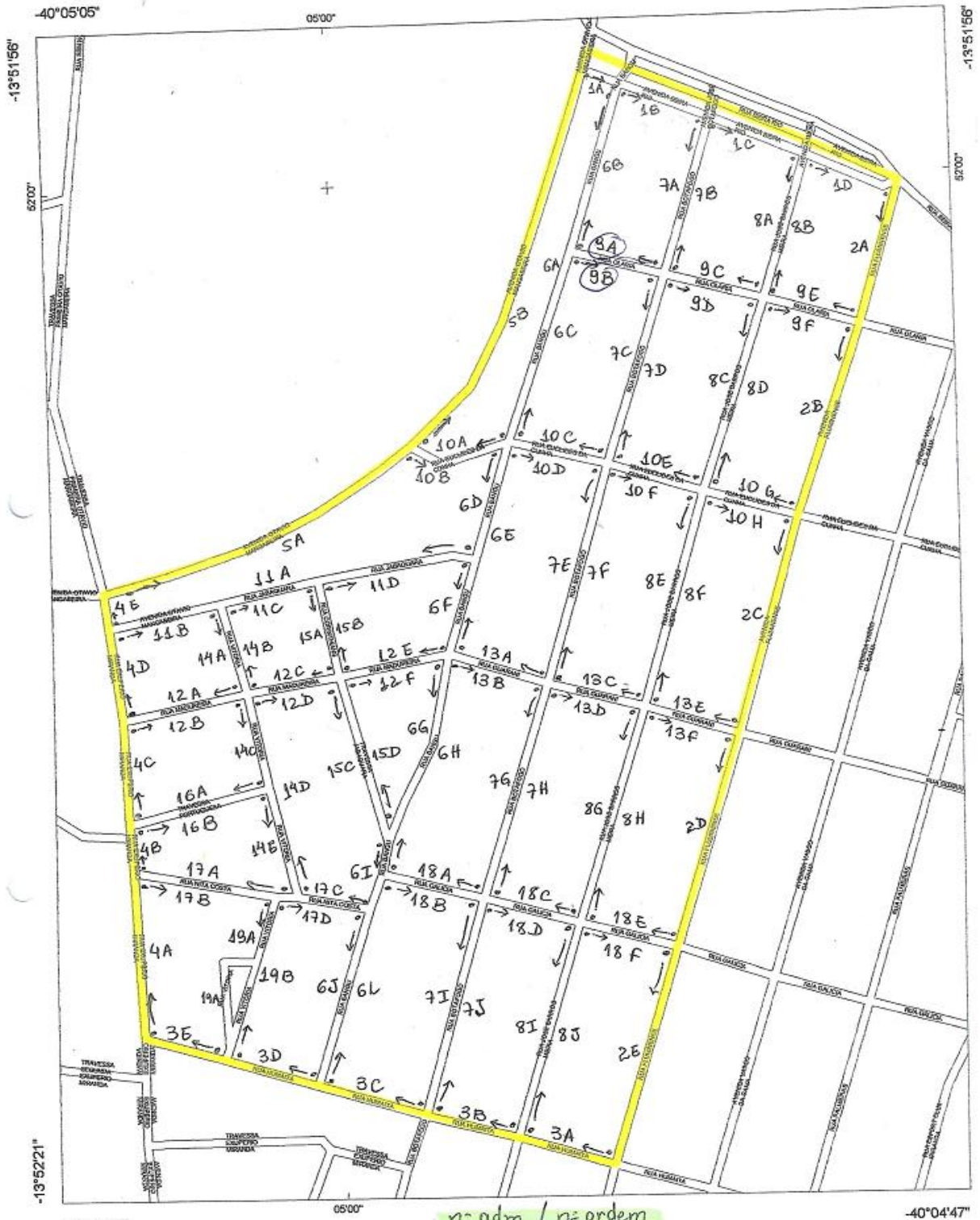


Estado: 29 - BAHIA
 Município: 18001 - JEQUIÉ
 Distrito: 05 - JEQUIÉ
 SubDistrito: 00
 Situação: 1
 Tipo: 0

n. adm n: ordem
 => SC 038/11
 • ponto de início do percurso.
 → Sentido do percurso.

Mapa de Setor
 Escala : 1 : 3,976





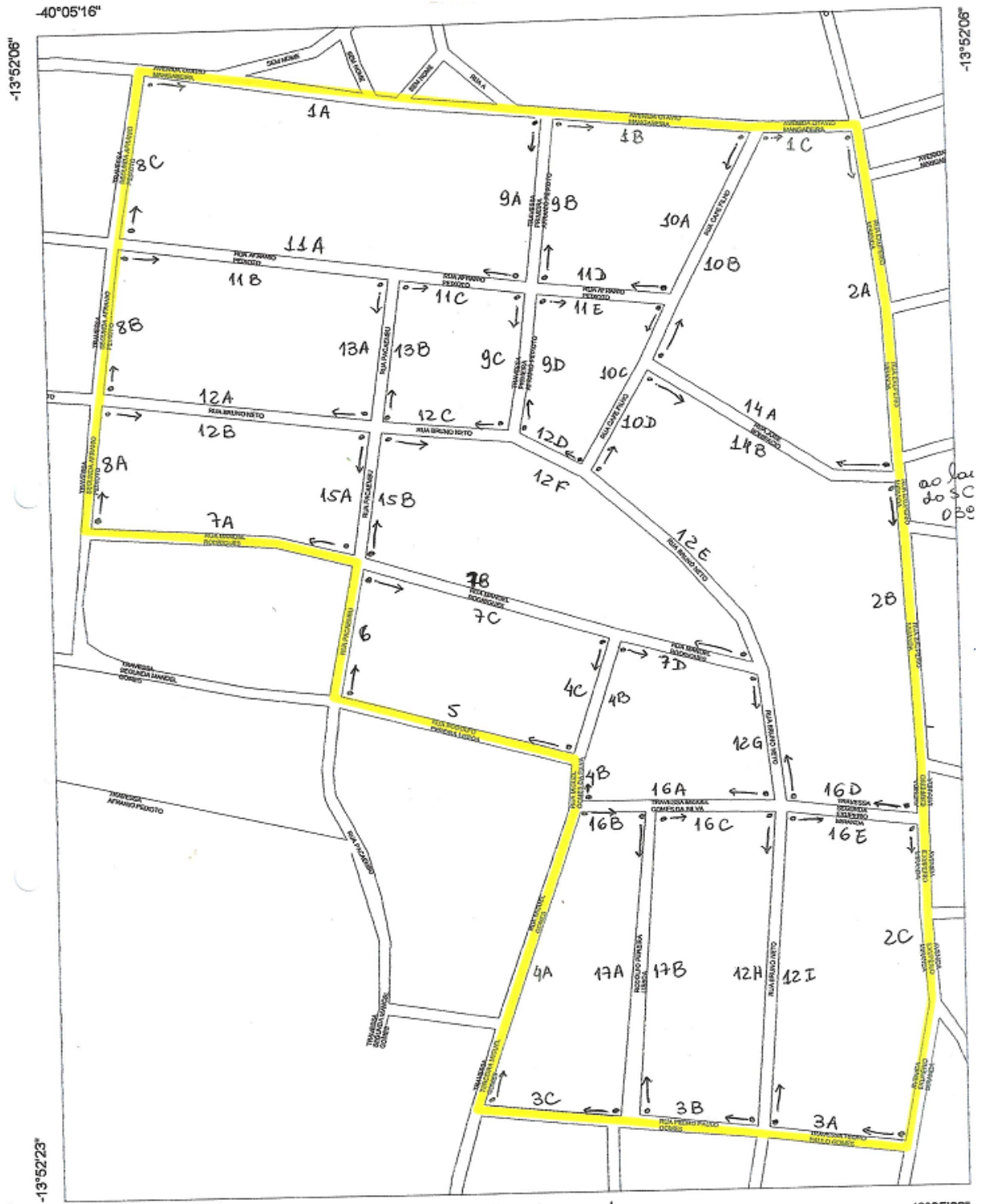
Estado: 29 - BAHIA
 Município: 18001 - JEQUIÉ
 Distrito: 05 - JEQUIÉ
 SubDistrito: 00
 Situação: 1
 Tipo: 0

$n = adm / n = ordem$
 ⇒ SC 039 / 12

• ponto de início do percurso.
 → Sentido do percurso.

Mapa de Setor
 Escala : 1 : 3,046





Estado: 29 - BAHIA
 Município: 18001 - JEQUIÉ
 Distrito: 05 - JEQUIÉ
 SubDistrito: 00
 Situação: 1
 Tipo: 0

n = adm / n = ordem
 => SC054 / 13

• ponto de início de percurso.
 → Sentido do percurso.

Mapa de Setor
 Escala : 1 : 2,143



