

TRANSTORNO DO ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO ENTRE VÍTIMAS DE ACIDENTES DE TRÂNSITO^{1 2}

POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER AMONG VICTIMS OF TRAFFIC ACCIDENTS

Marta Elisa Bringhenti

Psicóloga

martabringhenti@yahoo.com.br

Walter Ferreira de Oliveira, Ph.D.

Professor do Departamento de Saúde Pública

Universidade Federal de Santa Catarina.

walter@ccs.ufsc.br

RESUMO

Conduziu-se um estudo com objetivo de investigar como pessoas envolvidas em acidentes de trânsito percebem a manifestação do transtorno do estresse pós-traumático (TEPT). Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com vítimas de acidentes de trânsito que apresentavam o transtorno. Para a sistematização dos dados utilizou-se a categorização dos conteúdos que resultou em três categorias: 1. Percepção das vítimas de acidentes de trânsito sobre o TEPT; 2. Percepção do TEPT e apoio social; 3. Recuperação e reabilitação do TEPT nas vítimas de acidentes de trânsito. Os resultados indicam que o transtorno provoca disfunções cognitivas, afetivas, comportamentais e sociais. A falta de apoio social, de estruturas de serviços com planos de recuperação e reabilitação propiciaram a recorrência do transtorno. O estudo contribuiu para o conhecimento da funcionalidade do

¹ Trabalho baseado em dissertação de mestrado apresentada por Martha Elisa Bringhenti como requisito parcial para titulação no Programa de Pós Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina.

² Estudo aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria da Saúde do Estado de Santa Catarina, sob o número 0011.1907-07.

transtorno em vítimas de acidentes de trânsito e de aspectos que favorecem a manutenção do distúrbio.

PALAVRAS-CHAVE: Transtorno do estresse pós-traumático; acidentes de trânsito; trauma; causas externas, lesões.

INTRODUÇÃO

O Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT) é uma alteração psicofisiológica que ocorre após uma experiência de elevado impacto emocional. As alterações neuroendócrinas, cognitivas e emocionais observadas no transtorno resultam das reações do indivíduo às agressões bruscas e repentinas sofridas.

O quadro de TEPT constitui-se predominantemente de fragmentos da experiência individual traumática e permanece de certa forma desintegrado do contexto de vida das pessoas, na medida em que se apresenta como um elemento estranho ao funcionamento psíquico reconhecido como normal pelo indivíduo acometido.

Deve-se considerar que o trauma sofrido no acidente evoluiu para um transtorno quando ocorre, como principal sintoma, a re-edição do evento de forma dissociada, como se o indivíduo estivesse sofrendo novamente o acidente, seja em forma de imagens, de pensamentos, de percepções ou de sonhos. É comum ocorrerem alterações do sono com dificuldade para adormecer e despertar súbito à noite com o desencadeamento de pensamentos ligados ao evento. As pessoas acometidas do transtorno relatam freqüentemente entorpecimento emocional, restrição de afeto e sensação de distanciamento das pessoas ou das atividades antes rotineiras. É comum a sensação de futuro abreviado e sentir a necessidade de realizar esforços para evitar pensamentos ou sensações ligados à ocorrência do trauma. Podem também se manifestar hiperestimulação mental, estado de alerta constante, irritabilidade e explosões de raiva.

É comum que, em um curto período de tempo após o evento traumático, a vítima apresente sinais e sintomas mais intensos, que podem ser considerados como estresse agudo. Contudo, a tendência natural é o abrandamento da sintomatologia. O desencadeamento do TEPT deve ser considerado quando não há

a diminuição ou há intensificação da sintomatologia. A manifestação pode também ocorrer após algum tempo do evento desencadeante, caracterizando-se como de início tardio . O TEPT pode se desenvolver não apenas entre as vítimas do evento, mas também entre pessoas que presenciaram os fatos, sobretudo familiares, pessoas com um vínculo próximo ou distante, e que tomaram conhecimento de detalhes do acontecimento .

Os acidentes de trânsito (AT) encontram-se entre os eventos com grande potencial para causar o TEPT . As seqüelas físicas, prejuízos à saúde, afastamento do trabalho, ameaça à vida, prejuízos econômico-financeiros, processo judicial, dependência de cuidados, incapacidade temporária ou permanente, são algumas conseqüências que as vítimas dos AT enfrentam e que possuem relação com a manifestação do transtorno .

Apesar de ser um importante agente de morbidade e comorbidade ocasionado principalmente pela violência urbana e pelas elevadas taxas de acidentes , no Brasil há escassez de informações que demonstrem o impacto dos AT na vida das vítimas e na população (IPEA-ANTP, 2003), bem como sobre o próprio desenvolvimento do TEPT.

Para melhor conhecer como pessoas envolvidas em AT percebem a manifestação do TEPT conduziu-se este estudo, analisando a percepção das pessoas envolvidas em AT sobre a manifestação do transtorno e aspectos que favorecem a manutenção da sintomatologia.

METODOLOGIA

Esta pesquisa exploratório-descritiva apresenta resultados de entrevistas semi-estruturadas realizadas com vítimas de AT acometidas de TEPT. A pesquisa foi conduzida em um ambulatório de ortopedia e traumatologia de um hospital regional e em um centro de reabilitação, na capital do estado de Santa Catarina, entre novembro de 2007 e fevereiro de 2008.

Os participantes foram selecionados entre 103 vítimas de AT, maiores de 16 anos de idade e com no mínimo um mês de ocorrência do acidente. Foram excluídas vítimas com traumas na região buco-maxilar devido à dificuldade de

comunicação. A média de idade dos participantes foi de 30.8 e o desvio padrão foi 10.48

A coleta dos dados foi realizada na sala de espera, antes do atendimento médico ou das atividades de reabilitação. As pessoas eram convidadas individualmente a participar da pesquisa. Era explicado o objetivo da pesquisa e aos que concordavam em participar apresentava-se um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para leitura e assinatura. Após, os participantes eram convidados a responder um questionário para a coleta dos dados do AT e um instrumento, a escala - PCL-C, para rastreamento do transtorno. O questionário continha 37 perguntas fechadas que abordava aspectos socioeconômicos, dados do AT e dados da reabilitação.

A escala PCL-C para rastreamento do TEPT foi desenvolvida por Weathers, Litz, Huska e Keane e é composta por 17 itens extraídos do DSM-III-R. A escala possui versão brasileira com uma confiabilidade de 0,94. Através dos resultados da escala foram identificadas 103 pessoas com possível presença do TEPT. 27 (26,2%) participantes foram classificados “com TEPT” e 76 (73,8%) “sem TEPT”. Dos participantes com TEPT, 11 pessoas aceitaram participar da entrevista que, inicialmente, buscava a confirmação da presença do transtorno, e que em alguns casos era marcada para outra data. Houve perda, por desistência ou ausência de retorno na data marcada, de sete participantes, sendo portanto realizadas entrevistas com quatro participantes. Foi solicitada a autorização dos participantes para que as entrevistas fossem gravadas.

Nas entrevistas, uma vez confirmado o diagnóstico de TEPT, foram pesquisados aspectos da manifestação do transtorno conforme percebidos pelas vítimas após o acidente: intensidade, duração, estratégias para diminuir as sensações, o que contribuiu para amenizar ou aumentar o sofrimento psíquico, percepção do transtorno em relação ao tempo e a frequência dos sintomas, como o TEPT interferiu em suas vidas, entre outros.

Para a sistematização dos dados utilizou-se a categorização dos conteúdos seguindo-se três etapas para a formação das categorias : a) transcrição e edição das entrevistas; b) redução dos conteúdos que consiste no agrupamento dos discursos por afinidade de significado; c) análise e interpretação das categorias explicitando o significado dos discursos. Para a análise e interpretação das

categorias utilizamos uma abordagem fenomenológica, como preconizado por Oliveira (1994).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir das entrevistas foram extraídas três categorias: a primeira foi definida a partir do relato das vítimas sobre a percepção da manifestação do TEPT. A segunda abordou aspectos apontados pelas vítimas como contributivos para a minimização da sintomatologia do transtorno. A terceira reúne conteúdos relacionados à interferência do transtorno na reabilitação das vítimas. Todos os participantes são identificados com nomes fictícios.

Caracterização do grupo de entrevistados

(Paulo) - Tem 25 anos, ensino fundamental incompleto, sem filhos, separado. Sofreu quatro AT, o último e mais grave em agosto de 2003. Na ocasião deste acidente era o condutor do carro, estava sozinho e não houve mortes. Os ferimentos foram na região da coxa e do joelho. Foi feito implante de platina na perna. Os movimentos do joelho não retornaram, sendo necessário o uso de cadeira de rodas e posteriormente de muletas. Está aguardando uma nova cirurgia para implante de fixador externo, como possibilidade de recuperação dos movimentos do joelho e para deixar de usar as muletas.

(Caio) - 51 anos, segundo grau completo, casado, um filho. Sofreu o acidente em janeiro de 2008. No dia do acidente era o condutor e estava acompanhado pela esposa. Não houve mortes. Sofreu fraturas principalmente na parte abdominal, devido ao impacto contra o volante. Quebrou costelas, sofreu esmagamento do tórax e fraturou o pé. Havia realizado até o momento da entrevista uma cirurgia para a colocação de pinos no tórax. Está aguardando o agendamento de nova cirurgia. O pé foi imobilizado e está esperando avaliação médica para uma possível cirurgia. Faz uso de muletas para se locomover.

(Sandro) - 39 anos, segundo grau completo, casado e tem três filhos. Sofreu o acidente em dezembro de 2006. Estava de carro, sozinho e não houve

mortes. Sofreu fraturas na perna direita que teve que ser amputada na altura da coxa. Locomove-se de cadeira de rodas. Está aguardando cirurgia para a colocação de prótese.

(Carla) – Tem 30 anos, terceiro grau incompleto, solteira e sem filhos. Sofreu o acidente, uma queda de motocicleta, em novembro de 2007. Teve lesões no tornozelo e no pé. Foi colocada tala e não foi necessária hospitalização. Faz sessões de fisioterapia diariamente para recuperar os movimentos e atualmente faz uso de muletas.

Categoria 1 - A percepção das vítimas de acidentes de trânsito sobre o TEPT

A alteração do sono e o descontrole da atividade mental foram as primeiras reações relatadas por todos os participantes após o AT. Todos relataram insônia, dificuldade para adormecer e acordavam de maneira súbita sem conseguir dormir por algumas horas, principalmente nas primeiras semanas após o acidente. As lembranças do evento produziam medo e insegurança com sensação de sufocamento e elevada tensão. A falta de controle do pensamento relacionou-se ao excesso de produção de cenas do evento gerando dificuldade das vítimas direcionarem a atenção para outro foco. A centralização da atividade psíquica no tema do acidente dificultava a concentração em outras atividades, especialmente nas primeiras semanas pós-acidente. As perturbações do sono decorrentes da fixação no acidente produziram por sua vez irritação, e nervosismo pela dificuldade de reduzir o estado de exaltação, conforme um dos relatos. *“À noite acordo assustado e não consigo dormir. Fico pensando se pode acontecer de novo. Sonho, acordo falando no acidente, sinto nervosismo. Estou muito cansado” (Sandro).*

Em consequência do impacto psicofisiológico e da tensão gerada pela experiência foi relatado um estado de forte agitação física e mental: *“Aqui no hospital posso dizer o número de lajotas dos corredores. Eu ficava a noite inteira andando pelos corredores. Eu não dormia nada” (Caio).*

Segundo Bremner após a ocorrência de um elevado impacto emocional é comum que aspectos físicos e mentais se mantenham hiperestimulados com a reprodução intensa das cenas e das sensações do evento. Ocorre a necessidade de associação e integração da experiência que, nos casos de trauma, ocorre com muita

dificuldade devido à estimulação excessiva em relação à capacidade do sujeito de absorver esta estimulação.

A evolução inicial do transtorno produziu, entre os entrevistados, elevado estado de sofrimento mental. A instalação progressiva dos sintomas, muitas vezes já no primeiro mês, e sua costumeira ausência de acompanhamento, já que este ainda não é reconhecido como necessidade, tende a agravar o sofrimento, que fica cada vez mais presente na vida da vítima, fato reconhecido pela American Psychiatric Association (1995) e que aparece no relato de Carla: *“Eu pensava que o trauma era só aquele dia, mas estou sofrendo mais agora”*. A sintomatologia do transtorno observada de forma generalizada e muitas vezes considerada “natural” após eventos de elevado nível estressor, reduz a possibilidade de identificação precoce e de acompanhamento por parte dos profissionais da saúde. Comumente a evolução da sintomatologia leva a estados depressivos, ansiogênicos ou fóbicos. De acordo com um estudo conduzido por Schnyder, Moergeli, Trentz, Klaghofer e Buddeberg, com 106 vítimas de AT, após um ano do evento, 25,5% dos participantes apresentavam transtornos psíquicos (TEPT, ansiedade ou depressão) evidenciando as seqüelas e o desenvolvimento de transtornos co-mórbidos a longo prazo manifestados pelas vítimas.

Os chamados *flashbacks* (revivências) e as lembranças das cenas do evento estão entre os aspectos que particularizam o TEPT. As imagens gravadas nos eventos traumáticos se inscrevem como uma queimadura na memória das vítimas e permanecem circulando indiscriminadamente nas vias cognitivas. *“Penso o tempo todo naquele dia. Me vejo batendo no poste. Fico imaginando se eu tivesse feito de outro jeito, será que eu ia bater?”* (Caio). A necessidade de pensar no acidente pode ser atribuída à tentativa de elaboração e de controle das emoções que se desencadeiam a partir das lembranças. O indivíduo sente-se compelido a realizar esforços para uma solução imaginada dos acontecimentos e como tentativa auxiliar de compreensão do ocorrido. Por outro lado, as imagens dissociadas superam o esforço de compreensão e de elaboração mental. As cenas fora de contexto irrompem à memória levando à rememoração do acidente. O detalhamento das cenas apresenta um conteúdo emocional impactante, muitas vezes provocando reações de esquivas e de proteção. Conforme um dos relatos o pensamento se direciona para a tentativa de modificação da situação, porém se

depara com barreiras de difícil elaboração emocional. *“Estou muito abalado psicologicamente. Fico pensando o tempo todo em como poderia ter evitado. Não queria que minha esposa estivesse envolvida, mas não dá (...)”* (Caio). Segundo Knapp e Caminha, as imagens dissociadas a partir dos eventos traumáticos ocorrem devido à consolidação excessiva das emoções pela forma abrupta da estimulação sensorial. Assim as memórias decorrentes de traumas psíquicos são resistentes à extinção e, muitas vezes, indelévels. Os comportamentos de esquivas de acordo com, resultam de reações emocionais intensas sendo necessária, muitas vezes, a proteção física para sua contenção.

Os relatos de medo e de insegurança foram unânimes entre os participantes. O temor de sofrer novo evento traumático representa a repetição do sofrimento e, principalmente, de ameaça, conforme o relato de Caio. *“Quando saio na rua fico preocupado que outros carros vão bater em mim. Estou muito assustado. Tenho muita preocupação sobre como proceder no trânsito”*. O choque emocional gerou uma condição de medo generalizado, modificando o comportamento para interações e atitudes mais restritivas, conforme aponta Carla: *“Eu era uma pessoa que não tinha medo e percebo que criei alguns medos que não tinha”*.

Seguindo-se às manifestações agudas nas primeiras semanas (estado de alerta, sobressalto e hipervigilância), os comportamentos de evitação se tornaram generalizados e relativamente permanentes *“É um medo de tudo, das pessoas que se aproximam, de ser carona... parece que todo mundo está atravessando à sua frente. É uma insegurança como se algo fosse acontecer”* (Carla). As modificações comportamentais segundo Bremner ocorrem em virtude de mudanças neurocognitivas e emocionais e de alterações abruptas da condição social e cultural das vítimas que sofrem restrições de sua condição usual.

Também se evidenciou entre os participantes a dificuldade de elaborar e expressar as emoções. *“É difícil de explicar. São tantas coisas juntas, ao mesmo tempo, que é difícil dizer. Tudo na sua vida fica alterado”* (Caio). O aspecto dissociado das emoções consolidados no trauma pode dificultar o processamento e expressão cognitiva dos conteúdos e das informações. Peres e Nasello observaram que pessoas com TEPT tinham uma redução da atividade cerebral no hemisfério esquerdo, no córtex pré-frontal e na área de Broca. À redução da atividade cerebral nestas regiões foi associada à dificuldade de categorizar, integrar

seqüencialmente e expressar as experiências traumáticas. Para Vandenberghe a dificuldade de expressão decorrente de traumas está relacionada à segmentação emocional ocorrida no evento dificultando a manifestação das emoções e dos fatos sobre o evento.

Categoria 2 – Percepção do TEPT e apoio social

Foram reunidos os conteúdos sobre a percepção de aspectos que contribuíram para aumentar ou diminuir a sintomatologia do TEPT. Os entrevistados identificaram a importância do apoio para as pessoas que sofrem AT. A atenção às vítimas contribuiu para o restabelecimento da percepção da importância existencial, facilitando a integração e associação do evento traumático como um fato da vida e possibilitando maior conectividade com outros fatos e atividades.

Este apoio tão valorizado pelas vítimas tem duas facetas principais: o suporte afetivo-emocional recebido de pessoas próximas e familiares; e o suporte social identificado como a rede de relações em que o indivíduo está inserido, como laços de trabalho, de amizade e de assistência nos momentos de dificuldade. Abrunheiro se refere ao suporte social como o apoio acessível a um indivíduo através dos elos com outros indivíduos, grupos ou com o conjunto da comunidade. Trata-se da transação inter-pessoal que inclui um ou vários elementos de ordem emocional como amizade, amor e empatia, a ajuda concreta de bens e serviços e a informação sobre o ambiente.

O AT representou ameaça à vida, o rompimento e a perda dos vínculos afetivos e sociais conquistados. O “afastamento” ou o “descaso”, identificado pelas vítimas, por parte de pessoas das quais eram esperadas aproximação e compaixão produziu sensação de esvaziamento de significados subjetivos e existenciais relatados por um dos entrevistados como “perda do sentido da vida”. A falta de acolhimento e de interesse pelo acontecimento, por parte destas pessoas, produziu questionamentos sobre a importância das relações. Em um dos relatos o entrevistado mostra seu desapontamento, já que esperava que certas pessoas se aproximassem para ouvir, compartilhar e apoiar. “(...) *percebi que as pessoas não querem se envolver, não querem se incomodar ou ter trabalho com você, porque é muito difícil*” (Carla). Os entrevistados apontaram o afastamento das pessoas como formas de evitar o envolvimento e o contato com o sofrimento. “*Além da limitação,*

da perda física, que hoje não posso mais andar sem as muletas, as pessoas me abandonaram. Eu era casado e minha esposa me abandonou. Casei uma segunda vez e também não deu certo. Isso é castigo da vida.” (Paulo). O descaso, argumenta Abrunheiro (2005), gera um sentimento de perda fundamental do *self*, como se a identidade fosse apagada devido à perda dos papéis sociais e dos relacionamentos. Por outro lado, o poder relatar as emoções, o seu compartilhamento com outras pessoas, segundo Vandenberghe (2004) produzem sensação de alívio para as vítimas e contribuem para que a sintomatologia do trauma agudo sofra remissão, melhorando a evolução do quadro de transtorno.

Os entrevistados relataram também dificuldades com a falta de uma rede assistencial que proporcionasse suporte, acolhimento e orientação no período pós-trauma. Foi apontada a falta de estrutura e de organização dos serviços para uma atenção mais direcionada às emergências individuais que circundam os primeiros momentos ou horas depois do trauma. Destacou-se a necessidade de narrar o trauma, de expressar as emoções, de certificar-se sobre a condição física, de ser informado sobre os procedimentos de saúde necessários, de ser informado sobre o ocorrido, de certificar-se que familiares ou próximos foram informados do acontecimento e da necessidade de acolhimento. A falta de estrutura e de atenção a estes aspectos foram considerados extremamente negativos, geraram preocupação, sensação de abandono e aumento do estresse, conforme se percebe no relato: “(...) *não estou tendo acompanhamento dos causadores do acidente, ninguém veio perguntar como eu estava me sentindo, se estava precisando de alguma coisa. Não tive nenhuma assistente social para acompanhar o meu caso. Este papel que você está fazendo agora (se refere à pesquisadora) ninguém fez. Aqui no hospital, se já é difícil conseguir um anestesista, que tem muita gente sofrendo porque falta um anestesista, imagina uma assistente chegar até seu leito e perguntar se você está precisando de alguma coisa” (Sandro).*

A atenção nos primeiros momentos e na fase aguda pós-trauma evidenciou-se como de elevada importância. As vítimas sentem alívio da carga estressora pela sensação de que sua existência está sendo assegurada. É lícito afirmar-se que, nestes casos, a sintomatologia do TETP poderá sofrer uma remissão com maior rapidez já que as vítimas entrevistadas relataram que se sentem mais

tranqüilas, menos hipervigilantes e menos sobressaltadas quando encontram a possibilidade de compartilhar suas experiências e recebem apoio.

As mudanças bruscas e repentinas, na condição física e conseqüentemente nas relações interpessoais, decorrentes do AT, propiciaram situações em que a vítima sentiu-se rejeitada e desencadearam a produção de respostas emocionais e sociais problemáticas, principalmente nos casos mais graves. Os relatos deixavam entrever a percepção de tratamento diferenciado, sobretudo quando há algum tipo de seqüela, gerando uma maior dificuldade de se desvincularem dos fatos e das cenas do trauma: *“As pessoas sentem preconceito de quem usa muletas. Elas passam longe, se desviam de você, sabe, como se fosse uma doença contagiosa” (Paulo)*. Concomitante à sintomatologia do TEPT, estas mudanças de tratamento causaram sentimentos de revolta e de indignação porque, de acordo com os entrevistados, estes não conseguiam evitar o estigma. A falta de controle dos sintomas do TEPT, da nova condição física e do ambiente são fatores estressantes e constantes: *“O que estressa são as diferenças porque suas deficiências ficam expostas. As pessoas começam a te tratar de forma diferente, como ‘aquela coitada’. Eu não gosto desta sensação. Em qualquer lugar que você vai existe esta diferença, as pessoas ficam chocadas, te olhando diferente” (Carla)*.

As seqüelas físicas são percebidas pelos entrevistados como um fator de discriminação e acentuam ainda mais aspectos do transtorno, levando à revivificação por trauma social. *“Tudo é difícil, você não consegue as coisas e o pior de tudo é o desprezo das pessoas nos locais para onde você vai. Você é um nada” (Paulo)*. Segundo Bremner, as mudanças bruscas da condição usual provocam sobrecarga emocional e cognitiva ao indivíduo. As comparações situacionais e a tentativa de adaptação geram elevados níveis de estresse. O indivíduo pode levar um tempo relativamente longo para que aspectos do trauma psíquico sejam assimilados à experiência de vida e o processo pode se complicar quando há a necessidade de adaptação a uma nova condição. Quando o indivíduo não encontra meios que sejam propícios para a recuperação e a reabilitação pode ocorrer um agravamento do TEPT e o desenvolvimento de outras enfermidades como depressão, ansiedade, fobias, dependência de álcool e outras drogas

Por outro lado, o apoio de familiares, trazendo segurança e conforto emocional, pode proporcionar condições para o enfrentamento das dificuldades pós-

trauma, conforme o relato de alguns entrevistados. De acordo com Wald e Álvaro o suporte social é um aspecto importante para a condição existencial dos indivíduos. Contribui para a sensação de bem estar e para a saúde mental, pois possibilita o alívio do estresse em situação de crise e pode inibir o desenvolvimento de doenças.

Categoria 3: Recuperação e reabilitação do TEPT nas vítimas de acidentes de trânsito

Consideramos como período de recuperação o tempo necessário para retomar às atividades rotineiras. A reabilitação envolve aspectos que vão além da recuperação física. As vítimas necessitam de acompanhamento para a prevenção de doenças e da adequação da sua nova condição físico-social (UCHÔA e VIDAL, 1994). A partir das entrevistas detectamos a falta de programas de recuperação e reabilitação, o que não só dificulta a identificação e a prevenção do transtorno como aumenta a percepção de desamparo e a falta de perspectiva social.

Para os entrevistados com lesões médias e graves o processo se tornou longo e não conseguiram retomar suas atividades anteriores de rotina: *“(...) se eu conseguisse andar um pouquinho sem as muletas, mesmo que meio torto, eu ia desistir de fazer outra cirurgia, que é muito sofrido. O médico falou que depois da cirurgia eu vou ter que ficar três meses deitado, depois talvez eu volte a caminhar. Então eu não me importo, desde que consiga caminhar sem as muletas” (Paulo)*. A dificuldade de restabelecer a condição de vida nos moldes anteriores ao AT mantém as vítimas ligadas ao evento propiciando retorno constante às cenas e aos fatos ligados ao AT, desencadeando o processo de re-experiência traumática. A mudança de vida ocorrida em virtude do acidente inclui, além das limitações físicas, perdas sociais importantes como perda de emprego, separação familiar e afastamento das relações interpessoais, que prejudicam as sobremaneira a reabilitação.

Para as vítimas o processo de reabilitação é longo e árduo. A falta de programas dificulta o re-planejamento pessoal e as novas perspectivas de inserção social. É o que se vê no relato de Paulo, referindo-se tanto aos serviços de saúde. *“(...) nunca tive nenhuma ajuda. Ninguém procurou saber como eu estava e se precisava de alguma coisa. Isso é muito complicado.”*

Além da falta de programas, o mau funcionamento dos programas existentes também concorre para o agravamento do TEPT, queixa-se Paulo: *“Estou tentando me recuperar e você vê, estou aqui na fila de novo. Fazem três anos. Eu ligo, eu venho pra cá, fico aqui neste calor insuportável, mas tenho que persistir, quero melhorar, mas não é justo”*.

O enfrentamento de dificuldades altamente estressantes pós-AT contribuíram para o agravamento dos sinais e dos sintomas do transtorno. (...) *Depender das muletas para caminhar. Isso me incomoda muito. Não tem nada no mundo que me faça ficar mais revoltado e incomodado. Limita. É impotente. Você é obrigado a pensar o tempo todo porque você está assim (...)”* (Paulo). A desestruturação da rotina pessoal e principalmente da condição física, extensão das lesões, perda da autonomia física, dificuldade de reabilitação e insegurança sobre as condições pessoais e profissionais futuras, foram os principais aspectos relatados como agravantes do transtorno. Os problemas gerados no AT como prejuízos financeiros, processo judicial, afastamento do trabalho e mudança da rotina, funcionam como ativadores para que o TEPT se mantenha recorrente.

O transtorno tende a se agravar em vítimas com lesões físicas de média e alta complexidade. Segundo uma pesquisa realizada com 158 vítimas de AT, 70% dos participantes com diagnóstico de TEPT sofreu agravamento em consequência da gravidade das lesões físicas, e acusavam concomitantemente a presença de depressão, medo e ou existência de processo judicial . De acordo com Wald e Álvaro , a perda de membros e os danos físicos permanentes, assim como transtornos de ansiedade, depressão, distúrbios de auto-imagem e dor crônica, estão associados a um maior risco de desenvolver o TEPT. De acordo com um estudo realizado com 183 vítimas de AT, os prejuízos físicos e psicossociais decorrentes do acidente apresentam importante relação com a manifestação do TEPT e na percepção da dor decorrente dos ferimentos . Para Wald e Álvaro , complicações como dores persistentes e lesões físicas contribuem para a cronificação do TEPT.

As impotências percebidas fazem parte da dinâmica a ser integrada e adaptada. Na maioria das vezes, essa condição não é levada em conta nos programas de reabilitação, em grande parte porque os processos são tratados de forma segmentada (UCHÔA e VIDAL, 1994).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo desvelou o sofrimento a que são submetidas as pessoas acometidas de transtorno de estresse pós traumático causado por acidentes de trânsito. As seqüelas físicas e psicológicas do choque traumático provocaram nas vítimas disfunções cognitivas, emocionais e comportamentais, com grande dificuldade de integração às experiências individuais. Os aspectos cognitivos mais percebidos foram as dificuldades de atenção, de concentração e a re-edição de imagens. Emocionalmente as vítimas evidenciaram fortes dificuldades de integrar a experiência traumática a sua condição de vida resultando sensações de desintegração do contexto vivencial e sensação de algum grau de perda da identidade.

O sofrimento das vítimas mostrou-se imediatamente conseqüente ao trauma, bem como pelo processo físico e emocional que se segue e pela sintomatologia do transtorno. Mas foram apontados também agravamentos conseqüentes à sensação de abandono pelas famílias e pelo Estado, pela desagregação das redes de apoio e pelas perdas sociais. A magnitude dos acidentes de trânsito e do TEPT os constitui como um problema de saúde pública, e o grau de sofrimento causado pela sua existência e pela maneira como são tratados pelo Estado e pela sociedade, conforme denunciados pelas vítimas, é preocupante. Há necessidade de se aprofundar tais denúncias e, caso se confirmem, estruturar programas que atendam aos problemas físicos, psicológicos e sociais gerados pelos acidentes de trânsito e pelo TEPT.

O tratamento do TEPT demanda estruturas que atuem no atendimento imediato e no apoio à recuperação e à reabilitação das vítimas de traumas, como forma de diminuir a prevalência deste transtorno e de outras doenças co-mórbidas e principalmente como um aparato que promova a saúde e o bem estar das pessoas. As estruturas existentes foram apontadas pelos participantes deste estudo, que delas necessitaram, como limitadas, inadequadas e ineficientes.

Os ambulatórios, as emergências e os leitos hospitalares se mostram locais importantes para o atendimento emergencial após choque traumático. As

vítimas dependem amplamente destes locais onde, em geral, recebem os primeiros cuidados para a recuperação e a reabilitação. O acompanhamento às vítimas já desde o momento do trauma e depois, junto a suas redes de apoio social, por equipes multiprofissionais bem preparadas, pode contribuir para a prevenção e minimização do transtorno. O trabalho deve combinar tratamentos físicos, psicológicos e sociais. O apoio social se mostrou um fator de proteção contra o TEPT, contribuindo para uma melhor evolução na recuperação.

Destacamos a importância do aprimoramento das políticas públicas direcionadas aos portadores de necessidades especiais. O aprimoramento pode direcionar-se para a educação, propiciando um maior grau de compreensão sobre as pessoas com necessidades especiais, por parte do público em geral, e também para maior igualdade na acessibilidade possibilitando maior inserção social das pessoas que necessitam de readaptação das suas condições de vida.

Embora o sofrimento das pessoas seja incalculável, seria interessante a realização de mais estudos estimando danos materiais e financeiros preveníveis, causados pela ausência de programas apropriados de recuperação e de reabilitação de vítimas de traumas em geral e de acidentes de trânsito em particular.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM.IV*. Porto Alegre: Artes Médicas. 1995

BREMNER, J. D. Does stress damage the brain? Understanding trauma-related disorders from a mind-body perspective. *Directions in Psychiatry*, v.24, n.15. 2004.

BRUNHEIRO, L. M. M. *A satisfação com o suporte social e a qualidade de vida no doente após transplante hepático*. 2005. Disponível em:

http://www.psicologia.com.pt/artigos/ver_artigo.php?codigo=A0255&area=d5&subarea=.11

Acesso em: setembro 2008

CÂMARA FILHO, J. W. S. & SOUGEY, E. B. Transtorno de estresse pós-traumático: formulação diagnóstica e questões sobre comorbidade. *Rev. bras. psiquiatr*, v.23, n.4, p.221-228. 2001.

DUARTE, J. & BARROS, A. *Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação*. São Paulo: Atlas. 2006.

DUARTE, R. Entrevistas em pesquisas qualitativas. *Educar em Revista*, v.24 p. 213-225, jul./dez. 2004.

EDWARD, B. B., et al. Who develops PTSD from motor vehicle accidents? *Behav Res Ther*, v.34, n.1, Jan, p.1-10. 1996.

GOMES, W. B. A entrevista fenomenológica e o estudo da experiência consciente. *Psicol. USP*, v.8, n.2, p.305-36. 1997.

GRAEFF, F. G. Bases biológicas do transtorno de estresse pós-traumático. *Rev. bras. Psiquiatr*, v.25, n.supl.1, p.21-24. 2003.

IPEA-ANTP - Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada / Associação Nacional dos Transportes. *Impactos Sociais e Econômicos dos Acidentes de Trânsito nas Aglomerações Urbanas Brasileiras*. Brasília: IPEA-ANTP, 2003.

KNAPP, P. & CAMINHA, R. M. Terapia cognitiva do transtorno de estresse pós-traumático. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, v.25, supl.1, p.31-36, 2003.

MARGIS, R. Comorbidade no transtorno de estresse pós-traumático: regra ou exceção? *Rev. Bras. Psiquiatr*, v.25, supl.1, p.17-20, 2003.

MENDLOWICZ, M. V. & FIGUEIRA, I. Transmissão intergeracional da violência familiar: o papel do transtorno de estresse pós-traumático. *Rev. Bras. Psiquiatr*, v.29, n.1, p.88-89, 2007.

NORRIS, F. H. Epidemiology of trauma: frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups. *J Consult Clin Psychol*, v.60, n.3, Jun, p.409-18, 1992.

OLIVEIRA, W.F. We are in the streets because they are in the streets: the emergence and praxis of street youthwork in São Paulo, Brazil. Tese de doutorado. Minneapolis: University of Minnesota, 1994.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Genebra: WHO, 1993.

PALYO, S. A. & BECK, J. G. Post-traumatic stress disorder symptoms, pain, and perceived life control: associations with psychosocial and physical functioning. *Pain*, v.117, n.1-2, Sep, p.121-7, 2005.

PERES, J. F. P. & NASELLO, A. G. Achados da neuroimagem em transtorno de estresse pós-traumático e suas implicações clínicas. *Rev. Psiquiatr. Clín*, v.32, n.4, p.189-201, 2005.

SCHNYDER, U., et al. Prediction of psychiatric morbidity in severely injured accident victims at one-year follow-up. *Am J Respir Crit Care Med*, v.164, n.4, Aug 15, p.653-6, 2001.

SELIGMANN-SILVA, M. Narrar o trauma: a questão dos testemunhos de catástrofes históricas. *Psic. Clin.*, v.20, n.1, p.65-82, 2008.

UCHÔA, E. & VIDAL, J. M. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. *Cad. Saúde Pública*, v.10, n.4. 1994.

VANDENBERGHE, L. Relatar emoções transforma as emoções relatadas?: um questionamento do paradigma de Pennebaker com implicações para a prevenção de transtorno de estresse pós-traumático. *Rev. bras. Ter. Comport. Cogn*, v.6, n.1, p.39-48. 2004.

WALD, L. L. & ÁLVARO, R. Psychological factors in work-related amputation: considerations for rehabilitation counselors. *J of Rehabilitation*, v.70, n.46-15, 2004.

WEATHERS, F. W., et al. The PTSD Checklist (PCL): Reliability, Validity, and Diagnostic Utility, 1993.

ABSTRACT

This study investigated, through the use of semi-structured interviews with victims of traffic accidents, how people involved in traffic accidents perceive post traumatic stress disorder. (PTSD). Data was arranged in three categories according to the significance of the PTSD experience as attributed by the victims: 1. Understanding of PTSD developed by the victims of traffic accidents, 2. Social support and PTSD. 3. Difficulties caused by PTSD in the rehabilitation process in victims of traffic accidents. The results indicated cognitive, affective, behavioral and social dysfunctions among the interviewees. The disorder worsened in the absence of social support and of rehabilitation plans. We hope, with this study, to contribute to a better understanding of PTSD as manifested in victims of traffic accidents as well as of diverse factors contributing to the persistence of the disorder.

KEYWORDS: Post-traumatic stress disorder; traffic accidents; trauma; injury