

Ansiedade e depressão em pacientes internados vítimas de acidentes e violência física interpessoal

Anxiety and depression in hospitalized patients victims of accidents and violence

ABSTRACT

Introdução: Ansiedade e depressão são as repercussões psíquicas mais frequentes em pacientes hospitalizados. No Ceará, o Instituto Dr. José Frota (IJF) configura-se como o maior hospital de emergência traumatológica que recebe pacientes vítimas de acidentes e violências físicas. Objetivou-se estudar as alterações de humor ansiedade e depressão em pacientes hospitalizados no IJF, vítimas de acidentes e violência física interpessoal (VFI). **Metodologia:** Tratou-se de um estudo quantitativo, observacional, individualizado, analítico, transversal, baseado em investigações que observaram causa e efeito. Utilizou-se questionário com variáveis socioeconômicas e demográficas e a Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalares. **Resultados:** Observou-se que dos 185 pacientes, houve uma predominância de indivíduos do sexo masculino (74,4% e 92,5%, acidentes e VFI, respectivamente), média de idade de 30,78 (+/- 12,88) e 25,58 (+/- 0,878) anos, solteiros (64% e 67,3%), pardos (45,4% e 72%) e com baixo nível socioeconômico. A avaliação dos transtornos psíquicos nas vítimas de acidente mostrou que 42,3% e 10,3% apresentaram ansiedade e depressão, respectivamente. Dentre as vítimas de violência, 31,6% e 29% foram considerados com ansiedade e depressão, respectivamente. **Conclusões:** A participação do cirurgião-dentista no âmbito hospitalar exige o reconhecimento das alterações de humor dos pacientes, visto que influenciará na conduta clínica adequada e recuperação de cada indivíduo.

Palavras-chave: Acidentes de trânsito; Violência; Transtornos de ansiedade; Transtorno depressivo.

RESUMO

Introduction: Anxiety and depression are the most frequent psychic repercussions in hospitalized patients. In Ceará, the Dr. José Frota Institute (IJF) is the largest trauma emergency hospital, which receives patients victims of accidents and physical violence. The objective was to study the mood changes anxiety and depression in patients hospitalized in the IJF, victims of accidents and interpersonal physical violence (IPV). **Methodology:** It was a quantitative, observational, individuated, analytical, cross-sectional study based on investigations that observed cause and effect. A questionnaire was used with socioeconomic and demographic variables and the Hospital Anxiety and Depression Scale. **Results:** It was observed that of the 185 patients, the majority were male (74.4% and 92.5%, accidents and IPV, respectively), mean age of 30,78 (+/- 12.88) and 25,58 (+/- 0.878) years old, single (64% and 67.3%), brown (45.4% and 72%) and with low socioeconomic status. The evaluation of psychic disorders in accident victims showed that 42.3% and 10.3% presented anxiety

Gustavo Silva Peixoto

Curso de Odontologia – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza – CE/Brasil

Quésia Lopes Inácio

Curso de Odontologia – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza – CE/Brasil

Leandro Maciel Uchoa Gadelha

Curso de Odontologia – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza – CE/Brasil

Jacques Antônio Cavalcante Maciel

Curso de Odontologia – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza – CE/Brasil

Marcus Antônio Melo Carvalho Filho

Curso de Odontologia – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza – CE/Brasil

Andréa Sílvia Walter de Aguiar

Departamento de Clínica Odontológica – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza – CE/Brasil.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Jacques Antônio Cavalcante Maciel
Av. Coronel Estandislau Frota, s/n –
Centro, Sobral - CE/Brasil
CEP: 62010-660.
E-mail: jacques.maciell@sobral.ufc.br.
Agência Financiadora: CAPES

and depression, respectively. Among the victims of violence, 31.6% and 29% were considered with anxiety and depression, respectively. **Conclusions:** In conclusion, the participation of the dental surgeon in the hospital requires the recognition of patients' mood swings, since it will influence the appropriate clinical management and recovery of each individual.

Keywords: Traffic accidents; Violence; Anxiety disorders; Depressive disorder.

INTRODUÇÃO

No mundo globalizado, a condição de sobrevivência assumida pela competição e competitividade impõe nova dinâmica nas relações sociais, em que os efeitos deletérios destas são marcados pelo aumento dos acidentes e da violência física interpessoal (VFI)¹ resultando, conseqüentemente, em traumatismos. Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) demonstram o quanto houve ascensão da violência em todo o mundo, fortemente traduzida pelas taxas de mortalidade por agressões físicas. Os jovens e adultos jovens são os mais acometidos, sendo as maiores taxas compreendidas na faixa etária dos 15 aos 44 anos. As taxas de mortalidade para cada 100.000 habitantes nas Américas, na faixa etária compreendida entre 15 e 29 anos, configuram 89% para homens e 11% para mulheres². Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), em 2005, o Brasil se encontrava em primeiro lugar no que tange à violência endêmica, quando analisadas as mortes por homicídios entre jovens de 15 a 24 anos.

Outro fator que tem suma importância como causa de traumatismos são os acidentes, dentre eles os acidentes de trânsito, sendo o Brasil considerado um dos países com o trânsito mais violento do mundo. As novas leis, o controle municipal do trânsito, a melhoria da segurança dos veículos e a fiscalização eletrônica não conseguiram diminuir significativamente as elevadas taxas de morbimortalidade. Esse tipo de acidente encontra-se entre as causas externas de maior incidência com elevado percentual de internação, altos custos hospitalares, perdas materiais, despesas previdenciárias e grande sofrimento para a vítima e seus familiares³.

Os eventos traumáticos, além das repercussões físicas, propiciam o aparecimento de conseqüências psicológicas, como depressão, ansiedade, medo, abuso e/ou dependência de substâncias químicas e a desordem do estresse pós-trauma⁴. Dentre as alterações psíquicas, a

ansiedade e a depressão configuram-se como as mais frequentes. Conforme Taylor-Loughran et al. (1989),⁵ a ansiedade é definida tradicionalmente como um sentimento de inquietude, vago e de procedência frequentemente não específica, desconhecida ao indivíduo. Por outro lado, depressão é considerada um estado patológico de sofrimento psíquico, com apatia e desânimo, relacionado à reação da pessoa à perda e suas tentativas de enfrentá-la, com decréscimo no desempenho cognitivo, perceptivo ou motor.⁶

As lesões ou deformidades que afetam o corpo apresentam não só uma alteração funcional mas também podem gerar uma alteração no componente estético de destacada influência sobre o estado de saúde mental do paciente. Assim, objetivou-se com o presente estudo identificar alterações de humor (ansiedade e depressão) em pacientes internados vítimas de acidentes e VFI em um hospital de referência em traumas no estado do Ceará.

METODOLOGIA

O presente estudo respeitou todos os procedimentos éticos, estando em consonância com a Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em seres humanos do Instituto Dr. José Frota (IJF) (Fortaleza, Brasil), sob o parecer # 472435.

Tratou-se de um estudo quantitativo, observacional, analítico e transversal, com população formada por indivíduos vítimas de acidentes e agressão física interpessoal, que procuraram atendimento no IJF. A seleção dos participantes da pesquisa adotou os seguintes critérios de inclusão – ambos os sexos, com maioridade civil (idade igual ou acima de 18 anos), conscientes, orientados e capazes de verbalização, internados nas enfermarias de um hospital de referência de eventos traumáticos. Foram excluídos os pacientes que estavam no setor de emergência (risco I, II, III), na sala de recuperação anestésica, no Centro de Tratamento de Queimados e Unidades de Terapia Intensiva, visto que esses setores são dedicados a pacientes críticos. O critério de retirada foi a desistência de participação da pesquisa, solicitada pelo próprio paciente.

A seleção foi realizada mediante amostragem simples, por conveniência, mediante rodízio nas enfermarias, levando-se em consideração a demanda ao serviço de urgência do IJF, gerada por lesões como conseqüência de acidentes e violência, tendo a amostra compreendido 185 indivíduos.

Para a coleta de dados, foi desenvolvido um formulário baseado em extensa e profunda revisão bibliográfica, dentro de um claro referencial teórico acerca dos acidentes e da violência em questão. Esse formulário incluía um questionário estruturado, fechado, dotado de questões de múltipla escolha às vítimas. Foi submetido à validação durante a realização do estudo-piloto constituindo um grupo de 10% da amostra com pacientes em qualquer enfermaria do hospital, vitimados por acidentes e VFI. Nessa etapa, foram testadas clareza, objetividade, validade, fidedignidade e coerência das questões contidas no roteiro das entrevistas, a fim de facilitar a familiarização do investigador com o instrumento e de se verificar a compreensão das perguntas por parte da população investigada.

Para a coleta de dados sobre ansiedade e depressão hospitalares, utilizou-se o HADS – *Hospital Anxiety and Depression Scale* (Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalares), escala criada por R. P. Snaith e A. S. Zigmond, em 1994. Consiste em um questionário simples, autoaplicável, desenvolvido para detectar estados adversos de ansiedade e depressão em pacientes adultos internados, que foi traduzido e validado para a Língua Portuguesa⁸.

Os dados foram digitados e processados no SPSS (*Statistical Package for Social Science*), versão 20.0, com um desvio-padrão <5%, intervalo de confiança de 95% e a prevalência de 50%. Para análise dos dados, foram obtidas distribuições absolutas e percentuais uni e bivariadas e medidas estatísticas: valor mínimo, valor máximo, média, mediana, desvio-padrão e coeficiente de variação, ou seja, as técnicas de estatística descritiva, utilizando-se o Qui-quadrado de independência.

RESULTADOS

O presente estudo foi composto por uma amostra de 185 casos, em que foram 78 vítimas de acidentes e 107 vítimas de VFI. O perfil populacional foi constituído predominantemente por homens (74,4% e 92,5%, acidentes e VFI, respectivamente), cuja média de idade foi de 30,78 (+/- 12,88) e 25,58 (+/- 0,878) anos, e solteiros (64% e 67,3%). Quando questionados acerca da etnicidade, os pacientes declararam-se pardos (45,4% e 72%). Dos pacientes inquiridos, aqueles que não haviam concluído o ensino fundamental foram os mais presentes 39,7% e 68,2% (Tabela 1).

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico dos pacientes internados vítimas de violência física interpessoal e acidentes em um hospital de emergência no período de outubro de 2013 a maio de 2014, Fortaleza – CE.

Variáveis n	Acidentes		Violência	
	n	%	n	%
Gênero				
Masculino	58	74,4	99	92,5
Feminino	20	25,6	08	7,5
Status marital				
Solteiro	50	64	72	67,3
Casado	24	30,8	27	25,2
Viúvo	01	1,3	03	2,8
Divorciado	02	2,6	03	2,8
Não informado	01	1,3	02	1,9
Grau de Instrução				
Analfabeto	02	2,6	03	2,8
Fundamental incompleto	31	39,7	73	68,3
Fundamental completo	03	3,8	05	4,7
Médio incompleto	21	26,9	12	11,2
Médio completo	17	21,8	13	12,1
Superior incompleto	02	2,6	01	0,9
Superior completo	02	2,6	00	0,0
Etnia				
Branco	16	21,3	13	12,1
Pardo	34	45,4	77	72,0
Preto	13	17,3	13	12,1
Amarelo	03	4,0	02	1,9
Não informado	09	12,0	02	1,9
Empregabilidade				
Desempregado	15	19,2	35	32,7
Empregado formalmente	22	28,2	14	13,1
Empregado informalmente	26	33,3	47	43,9
Pensionista	06	7,7	02	1,9
Estudante	07	9,0	09	8,4
Dona de casa	01	1,3	00	0,0
Não informado	01	1,3	00	0,0
Renda				
Menos de um salário mínimo	05	6,4	16	15,0
Um salário mínimo	05	6,4	18	16,8
De um a dois salários mínimos	06	7,7	13	12,1
De dois a três salários mínimos	03	3,8	08	7,5
Mais de três salários mínimos	01	1,3	04	3,7
Não informado	58	74,4	48	44,9
Moradia				
Aluguel	18	23,1	28	26,6
Própria	54	70,5	70	66,7
Emprestada	02	2,6	04	3,8
Não informado	03	3,8	03	2,9
Coabitação				
Mora sozinho	04	5,1	08	7,5
Sozinho(a) com criança(s)	01	1,3	01	0,9
Somente com companheiro (a)	08	10,3	09	8,4
Com companheiro (a) e filho(s)	18	23,0	18	16,8
Com os pais	33	42,3	54	50,5
Com parentes ou amigos	07	9,0	12	11,2
Não informado	07	9,0	05	4,7
TOTAL	78	100	107	100

O perfil econômico dos pacientes vítimas de acidentes e VFI foi constituído predominantemente por pacientes empregados informalmente (33,3% e 43,9%) que possuíam casa própria (70,5% e 66,7%) e moravam com os pais (42,3% e 50,5%). Muitos pacientes não informaram ou não souberam informar o valor da renda familiar.

Ao analisar a distribuição dos atendimentos por dias da semana e hora de entrada, os casos de acidentes e VFI ocorreram em números maiores, nos finais de semana (56,5% e 51,4%, respectivamente), tendo o domingo sido o dia de maior frequência (25% e 27,1%). O horário de maior ocorrência compreendeu das 18h às 23h59 (50% e 49,5%, respectivamente) (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição do evento traumático, de acordo com o dia da semana e hora de ocorrência, de pacientes internados, vítimas de violência física interpessoal e acidentes em um hospital de emergência, Fortaleza – CE.

Variáveis n	Acidentes		Violência	
	n	%	n	%
Dia de ocorrência				
Domingo	19	25,0	29	27,1
Segunda	07	9,2	11	10,3
Terça	06	7,9	13	12,1
Quarta	10	13,2	17	15,9
Quinta	10	13,2	11	10,3
Sexta	11	14,4	12	11,2
Sábado	13	17,1	14	13,1
Hora da ocorrência				
De 00h a 5h59	08	10,5	12	11,2
Das 06h às 11h59	10	13,2	10	9,3
Das 12h às 17h59	20	26,3	28	26,2
Das 18h às 23h59	38	50,0	53	49,5
TOTAL	78	100	107	100

O tipo de acidente mais comum foi o veicular, acometendo 93,5% das vítimas, tendo a motocicleta sido o veículo mais envolvido nos acidentes, 76,6%, e as principais vítimas, os próprios condutores, 58,4%. Quanto ao uso dos capacetes, 27,1% e 13,5% dos condutores e passageiros, respectivamente, não os usavam no momento do acidente. Ao analisarem a presença da Carteira Nacional de Habilitação, 35,9% dos condutores acidentados não a possuíam (Tabela 3).

Tabela 3 - Perfil dos acidentes dos pacientes internados em um hospital de emergência, Fortaleza – CE.

VARIÁVEIS	n	%
Tipo de Acidente		
Acidente veicular	72	93,5
Queda da própria altura	05	6,5
Categoria Acidente Veicular		
Condutor	45	58,4

Passageiro/ocupante	18	23,4
Pedestre	09	11,7
Não se aplica	05	6,5
Tipo de veículo envolvido		
Automóvel	02	2,6
Motocicleta	59	76,6
Ônibus/caminhão	02	2,6
Outro transporte terrestre	01	1,3
Outro	02	2,6
Não se aplica	10	11,7
Não informado	02	2,6
Uso de capacete (se ac. Motocicleta)		
Condutor		
Sim	27	45,7
Não	16	27,1
Passageiro		
Sim	07	12,1
Não	08	13,5
Não informado	01	1,6
Possuidor de Carteira de Habilitação		
Sim	15	19,2
Não	28	35,9
Não se aplica	33	42,3
Não informado	02	2,6
TOTAL	78	100

No hospital de emergência, durante o período da pesquisa, a agressão por arma de fogo foi o ato de VFI mais relatado, acometendo 72,9% das vítimas, em que o revólver é o tipo de arma mais utilizado, 72%, seguido por agressão por arma branca, 14%, tendo a faca sido o instrumento mais utilizado, 10,3% (Tabela 4).

Tabela 4 - Perfil da violência física interpessoal dos pacientes internados em um hospital de emergência, Fortaleza – CE.

Variáveis	n	%
Tipo de Violência		
Agressão por arma branca	15	14,0
Agressão por arma de fogo	78	72,9
Espancamento	07	6,5
Arma branca e espancamento	02	1,9
Arma de fogo e arma branca	05	4,7
Arma Branca		
Faca	11	10,3
Facão	03	2,8
Outros	03	2,8
Não se aplica	90	84,1
Arma de Fogo		
Revólver	77	72,0
Espingarda	01	0,9
Outros	05	4,7
Não se aplica	24	22,4
Grau de parentesco agressor		
Desconhecido	43	40,3
Companheiro(a)	01	0,9
Pais/avós	01	0,9
Outro membro familiar	01	0,9

Amigo(a)	07	6,5
Vizinho(a)	12	11,2
Outro/Não especificado	42	39,3
Número de Agressores		
Uma pessoa	53	49,6
Duas pessoas	31	29,0
De três a cinco pessoas	10	9,3
Seis ou mais pessoas	03	2,8
Desconhecido/Outro/Não especificado	10	9,3
Local de Ocorrência		
Extradomiciliar	91	85,0
Intradomiciliar	16	15,0
TOTAL	107	100

Quanto ao estado de sobriedade das vítimas durante a ocorrência do ato violento, 69,2% afirmaram não ter ingerido bebida alcoólica, enquanto que 25,3% o fizeram utilizando bebidas destiladas, como a cachaça/pinga (15%), e fermentadas, como cerveja (10,3%). Ao serem questionados acerca do uso de entorpecentes, 82,1% afirmaram não estar sob efeito de drogas, no momento da violência. Por outro lado, 4,7% dos inqueridos afirmaram ter feito uso do *crack* e 3,8% da maconha.

De acordo com os pontos de corte adotados no instrumento de Zigmond e Snaith, a avaliação dos transtornos psíquicos em pacientes vítimas de acidentes e VFI mostrou que 42,3% e 31,6% dos pacientes foram considerados com alterações de humor, indicativo de ansiedade; e 10,3% e 29% dos pacientes foram considerados com indicativo de depressão, respectivamente (**Tabela 5**).

Tabela 5 - Descrição dos níveis de ansiedade e depressão em pacientes internados vítimas de violência física interpessoal e acidentes em um hospital de emergência, Fortaleza – CE.

HADS	Acidentes		Violência	
	n	%	n	%
Ansiedade				
0-7	45	57,7	73	68,2
8-10	21	26,9	16	15,0
11-21	12	15,4	18	16,8
Depressão				
0-7	70	89,7	76	71,0
8-10	06	7,7	18	16,8
11-21	02	2,6	13	12,2
TOTAL	78	100	107	100

Legenda: 0-7 = normal; 08-10 = borderline anormal (caso-limite) e 11-21 = anormal (case).

DISCUSSÃO

Causas externas de morbimortalidade (acidentes e violência) são reconhecidas como um grave problema de saúde pública na atualidade, principalmente em países em desenvolvimento. Devido à gravidade das lesões, os serviços de urgência e

emergência são a porta de entrada em busca de atendimento ambulatorial, internação hospitalar ou reabilitação.^{9,10} Há uma divergência na literatura quanto à principal causa dos traumatismos: alguns autores afirmam serem os acidentes de trânsito^{11,12}, mas outros demonstram que a agressão é o agente etiológico mais frequente.^{13,14} Mascarenhas e Barros (2015),¹⁵ acerca da evolução das internações hospitalares por causas externas no Sistema Único de Saúde (SUS), demonstraram que as internações mais frequentes aconteceram em decorrência de quedas (41%) e de acidentes de trânsito (15%). As internações por agressões e lesões autoprovocadas apresentaram proporções menores (6% e 1%, respectivamente).

No presente estudo, a prevalência de pacientes do sexo masculino, E adultos jovens compuseram os grupos de maiores incrementos de internação hospitalar por causas externas. Os dados aproximam-se daqueles de outras pesquisas que variavam entre 77,8 e 86,9%.^{16,17,18} Estudos revelaram a preponderância de vítimas do sexo masculino e de adultos jovens em praticamente todos os tipos de causas externas de internação, possivelmente em função das diferenças comportamentais e de estilo de vida entre homens e mulheres¹⁹. Esse dado justifica-se pela maior frequência de homens como condutores de carros e motocicletas e pela maior vulnerabilidade dos homens em relação à violência urbana. Acredita-se, ainda, que o fato de os homens estarem mais associados aos acidentes justifica-se pelo fato de estarem mais expostos a determinadas situações de risco, por exemplo, existirem mais homens nas estradas, especialmente nas rodovias, e frequentarem mais os bares, estando, conseqüentemente, mais propensos a usar álcool e outras drogas antes de dirigir.³ O fato de os jovens adultos serem solteiros e terem apresentado maior acometimento pode estar associado a estilos de vida contemporânea, sendo estes potencialmente mais propensos a consumir álcool e ultrapassar os limites de velocidade.²⁰ O consumo de bebidas alcoólicas, uso de drogas ilícitas, tabagismo, baixo nível socioeconômico são fatores de risco relacionados a situações de violência física, em especial entre os adolescentes. A distribuição desses fatores é diferente entre os gêneros, em que os comportamentos de risco são mais frequentes no sexo masculino.^{21,22,23}

A população brasileira é constituída por uma variedade de raça e etnia, fato esse que torna o Brasil um dos países com maior diversidade cultural. As questões socioeconômicas, raciais e de gênero estão associadas às iniquidades em saúde. Embora as taxas de mortalidade na população em

geral tenham diminuído e aumentado a expectativa de vida, a população negra ainda apresenta taxas de morbimortalidade em todas as faixas etárias, quando comparadas com a população geral.²⁴ Alguns autores consideram que os indivíduos, os quais se autotomoclassificam como pretos ou pardos, compartilham de uma situação socioeconômica semelhante.²⁵ Em estudo de base nacional acerca dos homicídios no país, em 2013, observou-se que a maioria das vítimas referia-se à população de raça/cor de pele negra.²⁶ Dentro da sociedade geral, grupos discriminados ocupam uma posição de desvantagem e maior exposição a riscos.²⁷

População economicamente ativa (PEA) é composta por indivíduos empregados, com ou sem carteira assinada, e uma população desocupada, ou seja, aquela que não tem trabalho, mas está disposta a trabalhar, procurando emprego em meios, como jornais e revistas. Em relação à população não economicamente ativa (PNEA), são designadas as pessoas que não se classificam como ocupadas ou desocupadas¹. A maioria dos pacientes do presente estudo se enquadram na PEA, com destaque para os empregos informais. A distribuição de renda é normalmente medida pelo coeficiente de Gini. Este índice passou de 0,496 em 2012 para 0,498 em 2013, estacionando em patamares de 2011.²⁸ Todavia, é importante salientar que, de acordo com o estudo realizado pelo PNUD (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento), o coeficiente de Gini do Brasil, em 2003, era de 0,593, o que mostra uma melhoria nos indicadores sociais. Embora tenha ocorrido queda na desigualdade de renda na última década, é grande a expectativa quanto a sua continuidade com a atual crise econômica mundial que, nos últimos anos, vem afetando o Brasil.²⁹

Em relação aos dados sociodemográficos do presente estudo, moradia e coabitação são alguns fatores relacionados com privação de recursos em ambientes de fraca organização social, o que implica dificuldades na criação de recursos para prevenção de atos violentos.³⁰ A estabilidade da moradia é um fator importante para o controle da violência, pois a sensação de pertencer a um local faz com que as pessoas tendam a ter mais respeito e compromisso pela comunidade, minimizando os atos violentos na região.

O maior número de ocorrência nos finais de semana foi compatível com o estudo de Shekar & Reddy *et al.* em 2008³¹, o qual mostrou que, nas festas dos finais de semana, o consumo excessivo de álcool e de outras drogas pode ser responsável pela alta incidência de acidentes e agressões físicas ocasionadas nesse período. Em comparação com um estudo realizado com vítimas de causas

externas, no município de Pouso Alegre (MG), foi possível observar diferenças nas quais os números de agressão foram iguais no período da tarde e da noite, com uma concentração proporcionalmente maior na madrugada.³² Outro estudo realizado em 2 hospitais públicos de referência para o atendimento de emergência no Rio de Janeiro, também apontou diferenças em que os plantões diurnos receberam demandas maiores de atendimentos por causas externas, com 71% no Hospital Municipal Salgado Filho e 69,6% no Hospital Municipal Miguel Couto.

Os ferimentos por arma de fogo constituem um problema de saúde pública mundial. Armas de mão a curta distância são a principal causa dos traumatismos associados à VFI.³³ Em estudos com pacientes internados no Hospital Cristo Redentor (HCR) de Porto Alegre, 77,5% das vítimas foram atingidos por arma de fogo, e 22,5%, por arma branca. À semelhança, observou-se que a maioria das agressões ocorridas na presente investigação também foi ocasionada por arma de fogo, seguida por arma branca, porém com os percentuais um pouco menores.

O Brasil apresenta um número elevado de acidentes de trânsito (AT). Em 2004, os AT representavam a 9ª mais importante causa de morte em todo o mundo. A OMS estima que os AT serão a 5ª principal causa em 2030.³⁴ O aumento significativo da frota de automóveis e motocicletas é incentivado por financiamentos a juros baixos e pelo crescimento econômico.³⁵ Atreladas, ainda, ao desrespeito às leis de trânsito, como a não utilização dos equipamentos de proteção: cinto de segurança, capacetes, *airbags* e o consumo de drogas ilícitas e lícitas, em que o álcool surge como a principal droga associada aos acidentes automobilísticos³, as motocicletas invadiram o espaço urbano como eficientes ferramentas de transporte e trabalho nas grandes cidades. A ineficiência do transporte coletivo, o mercado de tele-entregas, a possibilidade de renda para jovens sem qualificação profissional e a facilidade de aquisição contribuíram para o crescimento em cinco vezes, em relação ao aumento da frota de automóveis.³⁶ No presente estudo, a motocicleta foi o veículo mais envolvido, assim como no estudo de Santos *et al.*, em 2008,³⁷ no qual representava 76,6%. Acredita-se que esse maior número de internamentos por vítimas de acidentes motociclísticos se deva pelo fato de não haver proteção estrutural, fazendo o indivíduo absorver toda a energia do impacto e sendo constantemente jogado contra o chão.¹¹

Em relação à utilização de equipamentos de segurança, este estudo evidenciou que 30,6%

de condutores e passageiros não utilizavam o capacete, embora exista obrigatoriedade em relação ao seu uso. Sabe-se que a Resolução N.º. 203 do Conselho de Trânsito Brasileiro diz ser obrigatório, para circular nas vias públicas, o uso de capacete pelo condutor e passageiro da motocicleta.³⁸ As características do jovem do sexo masculino, como audácia, imaturidade, sensação de invulnerabilidade, tendência de superestimar capacidades, inexperiência na condução, somadas à necessidade de integrar-se ao grupo, que o estimula a ultrapassar limites a transgredir, colaboram para agravar os AT. Soma-se a isso o veto do Poder Executivo ao artigo 56 do Código de Trânsito Brasileiro, que proibia ao motociclista a passagem entre veículos de filas adjacentes, em nome da “maior agilidade de deslocamento”, o que prejudica a segurança dos usuários das vias públicas. Os resultados mostraram que um grande número de acidentes de trânsito ocorrem devido à imprudência dos condutores e passageiros no que concerne ao desrespeito ao código e às leis de trânsito.^{35,37}

Em pacientes internados em hospitais de urgência e emergência, com frequência, são encontrados transtornos psicológicos de ansiedade e depressão, que se confundem com os sintomas da doença que originou a internação. Certos sintomas, como fadiga, insônia, taquicardia, falta de ar, anorexia, diminuição do libido e outros, podem ser decorrentes tanto da doença física quanto da mental, fazendo com que pelo menos um terço dos pacientes acometidos por transtornos de humor não sejam reconhecidos como tal pelos profissionais da saúde.³⁹ A distinção entre ansiedade e depressão é muito útil na prática clínica, podendo orientar melhor o profissional da saúde em relação à melhor conduta a ser empregada. As alterações de humor causam repercussões na recuperação do paciente. A ansiedade pré-operatória é considerada um preditor de uma série de alterações pós-cirúrgicas, incluindo aumento da dor, náuseas e vômitos e ansiedade no pós-operatório.⁴⁰ A relação entre distúrbios psíquicos e dor crônica, principalmente nos casos de depressão, tem sido estudada, mostrando que há mecanismos de neurotransmissores e áreas cerebrais comuns envolvidas nos dois fenômenos. Porém, esse fato não é suficiente para identificar qual fenômeno se estabelece primeiro.⁴¹ Um estudo brasileiro sobre sintomas de ansiedade e depressão em comorbidade com dor crônica foi realizado com amostra de 400 pacientes, tendo os resultados apontado que 21% dos pacientes não apresentaram sintomas depressivo-ansiosos; 7%, sintomas depressivos; 18%, sintomas ansiosos, e 54% apresentaram ambos.⁴² Uma das estratégias

utilizadas para minimizar os níveis de ansiedade e depressão é o fornecimento de informações sobre as condições de saúde, procedimento cirúrgico e a participação do paciente e família no autocuidado para a recuperação pós-operatória.⁴⁰ O setor de psicologia do referido hospital foi comunicado sobre todos os pacientes que apresentaram alguma alteração de humor para comprovação diagnóstica e acompanhamento pelo profissional da área.

CONCLUSÃO

Observou-se que o perfil dos pacientes vítimas de acidentes e VFI foi predominantemente de homens, adultos jovens, solteiros que se consideravam pardos, de baixo poder aquisitivo e que residiam com os pais. A maior parte dos eventos externos ocorreu aos fins de semana e nos períodos noturnos. Os acidentes de motocicleta e as lesões por arma de fogo foram os fatores etiológicos mais referenciados pelas vítimas.

As alterações de humor presentes nos pacientes internados foram distintas, no que tange ao motivo do internamento. Ou seja, pacientes vítimas de acidentes demonstraram estar mais ansiosos, ao passo que as vítimas de violência, mais indicativos de alterações depressivas. A avaliação da condição psíquica do paciente no ambiente hospitalar deve ser realizada, independente da magnitude do evento, pois a frequência de paciente com ansiedade e depressão é relevante nas enfermarias dos grandes hospitais, e estes merecem algum tipo de cuidado diferenciado.

Com a crescente inserção do cirurgião-dentista nas suas mais diversas áreas no ambiente hospitalar, é de extrema importância o conhecimento não só das condições bucais mas também sistêmica e psíquica, para que se possa proporcionar uma melhor qualidade de vida aos pacientes hospitalizados.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Injuries and violence: the facts. Geneve: World Health Organization; 2010.
1. Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. The world report on violence and health. *Lancet*. 2002;360(9339):1083-8. Epub 2002/10/18.
2. Castro RRMD, Ribeiro NF, Andrade AMD & Jaques BD. Perfil dos pacientes da enfermaria de ortopedia de um hospital público de Salvador-Bahia. *Acta Ortop Bras*. 2013 jul-ago;21(4):191-194.

3. Faverani LP, Jardim ECG, Gulinelli JL, Queiroz TP, Panzarini SR, Garcia Júnior IR & Magro Filho O. Traumas faciais: estudo retrospectivo de 1190 casos na região de Araçatuba. *Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço*. 2009 jan-fev-mar; 38(1):22 – 25.
4. Dalbem GG, Margarida ARU. A natureza das lesões traumáticas ocasionadas pela violência física em pacientes atendidos em serviço de emergência de um hospital público. *Enfermagem em Foco*. 2012; 2(3):81-87.
5. Wakiuchi J, Martins EAP. Caracterização das agressões e ferimentos atendidos pelo SIATE na cidade de Londrina-PR. *Cogitare Enferm*. 2011 Out/Dez; 16(4):622-7.
6. Mascarenhas, MDM e Barros, MBA. Evolução das internações hospitalares por causas externas no sistema público de saúde – Brasil, 2002 a 2001. *Epidemiol. Serv. Saúde* [online]. 2015, vol. 24, n. 1 [citado 2015-06-01], pp. 19-29.]
7. Malvestio MA & Sousa RMC, 2008. Sobrevivência após acidentes de trânsito: impacto das variáveis clínicas e pré-hospitalares. *Rev Saúde Pública*. 2008;42(4):639-47.
8. Segatto ML, Silva RDS, Laranjeira R & Pinsky I. O impacto do uso de álcool em pacientes admitidos em um pronto-socorro geral universitário. *Rev Psiquiatr Clin*. 2008;35(4):138-43.
9. Santos AMRD, Moura MEB, Nunes BMVT, Leal CFDS & Teles JBM. Perfil das vítimas de trauma por acidente de moto atendidas em um serviço público de emergência. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(8):1927-38.
10. Lignani LO, Villela LCM. Estudo descritivo sobre a morbidade hospitalar por causas externas em Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais, Brasil, 2008-2010. *Epidemiol Serv Saude*. 2013 jun;22(2):225-34.
11. Silva JJDL, Lima AAAS, Melo IFS, Maia RCL & Pinheiro Filho TRDC. Trauma facial: análise de 194 casos. *Rev. Bras. Cir. Plást*. 2011; 26(1): 37-41.
12. Andrade SSCA, Yokota RTC, Sá NB, Silva MMA, Araújo WN, Mascarenhas MDM *et al*. Relação entre violência física, consumo de álcool e outras drogas e bullying entre adolescentes escolares brasileiros. *Cad. Saúde Pública*. 2012;28(9):1725-1736.
13. Malta DC, Mascarenhas MDM, Porto DL, Duarte EA, Sardinha LM, Barreto SM, *et al*. Prevalência do consumo de álcool e drogas entre adolescentes: análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde Escolar. *Rev Bras Epidemiol*. 2011;14(1):136-46.
14. Moore GF, Rothwell H, Segrott J. An exploratory study of the relationship between parental attitudes and behaviour and young people's consumption of alcohol. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2010;5:6.
15. Brasil. Presidência da República. Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial – Seppir/PR. Racismo como determinante social de saúde. Brasília, 2011.
16. Laguardia J. O Uso da Variável “Raça” na Pesquisa em Saúde *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, v. 14, n. 2, p. 197-234, 2004.
17. Waiselfisz JJ. Mapa da violência 2013: homicídios e juventude no Brasil [Internet]. Brasília: Secretaria Nacional de Juventude; 2013 [citado 2014 jul. 15]. 98 p.
18. Araújo EM, Costa MCN, Hogan VK, Araújo TM, Dias AB, Oliveira LOA. A utilização da variável raça/cor em saúde pública: possibilidades e limites. *Interface*. 2009 out-dez;13(31):383-94.
19. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Síntese de Indicadores, 2013. Brasília, 2014.
20. Dedecca CS. Desenvolvimento e equidade. Desafios do crescimento brasileiro. *Novos estudos – CEBRAP* n. 98 São Paulo, mar. 2014.
21. Miles-Doan R. Violence between spouses and intimate: does neighborhood context matter? *Social Forces*. v. 77, n. 2, p. 623-45, 1998.
22. Shekar BRC, Reddy CVK. A five-year retrospective statistical analysis of

- maxillofacial injuries in patients admitted and treated at two hospitals of Mysore city. *Indian J Dent Res.* 2008;19:304-8.
23. Mesquita-Filho M, Mello-Jorge MHP, 2007. Características da morbidade por causas externas em serviço de urgência. *Rev Bras Epidemiol* 2007;10(4): 679.
24. Pereira CCS, Jacob RJ, Takahashi A & Shinohara EH. Fratura mandibular por projétil de arma de fogo. *Rev. Cir. Traumatol. Buco-maxilo-fac.* 2006 jul-set; 6(3):39 – 46.
25. World Health Organization. WHO. Global Status Report on Road Safety - Time for action. Geneva; 2009.
26. Bacchieri G & Barros AJD. Acidentes de trânsito no Brasil de 1998 a 2010: muitas mudanças e poucos resultados. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2011;45(5):949-963.
27. Martinez Filho A. Motocicletas: o conflito entre a agilidade e segurança. *Rev Abramet.* 2006; (48): 29-31.
28. Santos AMRD, Moura MEB, Nunes BMVT, Leal CFDS & Teles JBM. Perfil das vítimas de trauma por acidente de moto, atendidas em um serviço público de emergência. *Cad. Saúde. Pública.* 2008;24(8):1927-1938.
29. Conselho Nacional de Trânsito. Resolução n. 203. Disciplina o uso de capacete para condutor e passageiro de motocicleta, motoneta, ciclomotor, triciclo motorizado e quadriciclo motorizado e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2006; 10 nov.
30. Marcolino JAM. Medida de Ansiedade e Depressão em Pacientes no Pré-Operatório. Estudo Comparativo. *Rev Bras Anest.* 2007 mar-abr; 57(2).
31. Santos MA, Rossi LA, Paiva L, Dantas RAS, Pompeo DA & Machado ECB. Medida da ansiedade e depressão em pacientes no pré-operatório de cirurgias eletivas. *Rev. Eletr. Enf.* 2012, oct/dec; 14(4); 922-7.
32. Pinheiro RC, Uchida RR, Mathias LAST, Perez MV & Cordeiro Q. Prevalência de sintomas depressivos e ansiosos em pacientes com dor crônica. *J Bras Psiquiatr.* 2014;63(3):213-9.
33. Brasil ISPS, Pondé MP. Sintomas ansiosos e depressivos e sua correlação com intensidade da dor em pacientes com neuropatia periférica. *Rev Psiquiatr RS.* 2009;31(1):24-31.