

Qualidade de vida e auto-estima em acidentados de transito usuários de serviços de Fisioterapia

Fabiana Fraga; Carolina Rodrigues de Carvalho; Elisa de Paula Garcia; Rafaela Fernanda Oliveira de Vilas Boas; Marcos Mesquita Filho.

Universidade do Vale do Sapucaí - UNIVÁS

RESUMO: Introdução e objetivo: Os acidentes de trânsito pela gravidade de suas lesões causam sérias consequências ao acidentado, fatos que refletem em sua autoestima e qualidade de vida. Objetivou-se investigar a qualidade de vida e autoestima em acidentados de trânsito submetidos a serviços de fisioterapia. **Metodologia:** Trata-se de estudo transversal, individual, observacional, analítico, controlado. Foram estudados quatro grupos de 50 pessoas. Pacientes em tratamento fisioterapêutico por acidente de trânsito (G4). Acidentados de trânsito sem fisioterapia (G2). Os que o fazem reabilitação por outros motivos (G3) e pacientes que não foram vítimas de acidente de trânsito e nem se utilizavam de fisioterapia (G1). **Resultados:** A amostra contava com 53,8% de homens que também predominaram em G2 e G4. A idade média foi de 35,0 anos (DP=16,4). Os que faziam fisioterapia por motivos diversos apresentaram idade elevada (média 60,4 anos). O escore médio de autoestima foi de 9,4. Houve diferença significativa entre os grupos sendo o que indicou piores resultados foi o dos acidentados sem fisioterapia ($p < 0,001$). A autoestima foi significativamente menor nos que faziam fisioterapia por outros motivos do que os que faziam e eram acidentados ($p = 0,04$). A qualidade de vida obteve os seguintes escores médios: Domínio Físico 63,2; Psicológico 61,6; Social 69,7; Ambiental 59,1. Os indivíduos não submetidos aos procedimentos de reabilitação tiveram escores médios notadamente superiores aos dos demais. Os dois grupos em fisioterapia apresentaram os escores mais baixos no domínio físico, sendo o menor o dos acidentados (48,3; $p = 0,002$). No Social e no do Ambiente os acidentados sob fisioterapia tiveram maiores escores do que os que recebiam este procedimento por outros motivos **Conclusão:** Os acidentados sob fisioterapia tiveram importante queda na autoestima e qualidade de vida. **Palavras-chave:** acidente de transito, fisioterapia, qualidade de vida, autoestima.

ABSTRACT: Quality of life and self-esteem in traffic accidents physical therapy services users. Introduction and objective: Traffic accidents by severity of their injuries cause serious consequences to the victim, facts that reflect their self-esteem and quality of life. This study aimed to investigate the quality of life and self-esteem in car crash victims undergoing physical therapy services. **Methodology:** This is cross-sectional study, individual, observational, analytical, controlled. We studied four groups of 50 people. Patients in physical therapy due to traffic accident (G4). Motor vehicle crashes, no physiotherapy (G2). Those who do rehab for other reasons (G3) and patients who were not victims of traffic accidents and even made use of physical therapy (G1). **Results:** The sample had 53.8% of men who also predominated in G2 and G4. The mean age was 35.0 years (SD = 16.4). Those who did physical therapy for various reasons were advanced age (mean 60.4 years). The average self-esteem score was 9.4. There was significant difference between groups being the worst results indicated that the injured was without therapy ($p < 0.001$). Self-esteem was significantly lower in those who did physical therapy for reasons other than those who did and were injured ($p = 0.04$). The quality of life obtained the following mean scores: 63.2 Physical Domain; Psychological 61.6, 69.7 Social, Environmental 59.1. Individuals not subject to rehabilitation procedures had mean scores notably higher than the other. The two therapy groups showed lower scores in physical domain, the lowest of the accidents (48.3, $p = 0.002$). In Social and Environmental therapy in the injured had higher scores than those who received this procedure for other reasons **Conclusion:** The injured had physical therapy in a significant decline in self esteem and quality of life. **Keywords:** traffic accident, physical therapy, quality of life, self-esteem

INTRODUÇÃO

Das invenções que o homem já produziu, a roda pode ser considerada a mais fascinante e também uma das mais devastadoras. Com ela houve um grande avanço no desenvolvimento tecnológico, mas a mesma vem ceifando milhares de vidas a cada ano em todo o mundo, devido aos acidentes e violências principalmente no trânsito ¹.

O acidente de trânsito (AT) é um problema grave mundialmente. De acordo com estimativa apontada pela Organização Mundial de Saúde, em torno de 1,2 milhões de pessoas morrem por ano em consequência de AT nas rodovias. Estes são a segunda causa de morte entre jovens de 5 a 29 anos e a terceira entre pessoas de 30 a 44 anos. Além dessas mortes, estima-se que, por ano, em torno de 50 milhões de pessoas saiam feridas ou incapacitadas, em decorrência de AT nas rodovias ².

O automóvel foi incorporado no cotidiano das pessoas acarretando cada vez mais um grande problema social, o AT. Enquanto no mundo desenvolvido faz-se um esforço considerável no sentido de controlar este veículo, nos países em desenvolvimento ele aparece como um problema cada vez maior. No Brasil, o trânsito é considerado um dos piores e mais perigosos do mundo ³; devido ao número de veículos em circulação, da desorganização do trânsito, da deficiência geral da fiscalização, das condições dos veículos, do comportamento dos usuários e da impunidade dos infratores ⁴.

Mesmo o Brasil tendo se colocado aos poucos entre os campeões mundiais de AT, os estudos sobre este tema no país são escassos, as ações de prevenção e controle estão apenas se iniciando ⁵.

As lesões, os traumas e as mortes decorrentes de acidentes e violências geram altos custos emocionais e sociais; sendo eles os prejuízos econômicos, os danos mentais e emocionais incalculáveis causados às vítimas e suas famílias ^{6,7}. Vitimando tanto crianças como idosos, os acidentes quando não provocam vítimas fatais, deixam-nas com sequelas ou incapacidades ², interferindo na qualidade de vida e capacidade das vítimas sobreviventes cumprirem tarefas cotidianas ^{4,5}.

Ao sistema de saúde, as consequências da violência evidenciam-se no aumento de gastos com emergência, assistência e reabilitação, muito mais onerosos que a maioria dos procedimentos médicos convencionais ⁸.

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), qualidade de vida é "a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações". Esse conceito foi construído em 1990 a partir de um projeto multicêntrico, que também originou o instrumento World Health Organization Quality of Life – 100 (WHOQOL–100) e sua versão abreviada o WHOQOL-bref ^{9,10,11,12}. Na área médica, a mensuração da qualidade de vida é uma forma de valorizar as percepções do paciente a respeito de vários aspectos de sua vida, e não meramente avaliar seu estado de saúde ¹¹.

O conceito de autoestima desenvolvido por Rosemberg (1965) a define como sendo uma avaliação que o indivíduo efetua e mantém em relação a si mesmo, expressando uma atitude de aprovação ou desaprovação ¹³. Assim sendo, auto estima engloba crenças, opiniões, atitudes, valores e sentimento conscientes que o indivíduo tem a respeito de si próprio. Alta auto-estima não implica que o indivíduo se sinta superior aos demais, mas que se julgue uma pessoa de valor, merecedora de respeito; também a autoestima não é incompatível com o reconhecimento das próprias limitações ¹⁴.

Por fim, o significado da autoestima é o compromisso do ser humano em ter consciência de suas possibilidades de escolha e, num momento particular, sentir-se livre para exercer seu poder de decisão ¹⁵.

A autoestima e qualidade de vida estão inteiramente relacionadas com a recuperação e reabilitação da vítima, cujo objetivo básico é o retorno da mesma à produtividade^{16, 17, 18}. A atividade produtiva, proporciona equilíbrio econômico e tem papel fundamental no processo de reabilitação tanto como fonte de satisfação pessoal e autoestima, como elemento nas relações sociais¹⁸.

No Brasil, a qualidade de vida e autoestima têm sido pesquisadas, especialmente, em condições crônicas de saúde-doença^{11, 19, 12} e como adjuvante na análise de intervenções terapêuticas¹¹.

Em junho de 2006, reunindo-se especialistas do Brasil e do exterior, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) promoveu um seminário na Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), para discutir e consolidar experiências que pudessem colaborar para geração de recomendações de políticas públicas, e com isso redução dos impactos negativos psicossociais da violência dos AT².

As lesões medulares, devido à sua gravidade e irreversibilidade, exigem um programa de reabilitação longo e que, na maioria das vezes, não leva à cura, mas auxilia na adaptação a uma nova vida. As sequelas e as dificuldades que essas pessoas enfrentam refletem na sua qualidade de vida e autoestima, tornando-se, cada vez mais, um desafio para os profissionais de reabilitação^{20, 11}. Isto não só em acidentados de trânsito que necessitam deste recurso, mas também em vítimas de patologias orgânicas que eventualmente necessitam do mesmo recurso para se inserirem no contexto social e cotidiano novamente.

Este estudo teve como objetivo investigar a qualidade de vida e auto-estima em acidentados de trânsito submetidos a serviços de fisioterapia.

MÉTODOS

Desenho - Trata-se de estudo transversal, individual, observacional, analítico, controlado e quantitativo.

Local da pesquisa- Foi desenvolvido no município de Pouso Alegre junto ao Hospital Universitário (Hospital das Clínicas Samuel Libânio) e ao Serviço Municipal de Fisioterapia.

Casística e amostra - Foram estudados quatro grupos de 50 pessoas. Os primeiros três constituíram grupos controle. Um foi composto de indivíduos que não foram vítimas de acidente de trânsito e nem se utilizavam de fisioterapia (G1), acidentados de trânsito que não se submetem a este tipo de tratamento constituíram o segundo grupo (G2) e os que fazem reabilitação por quaisquer motivos não especificados (G3). O quarto grupo (de estudo) foi onde se situaram pacientes em tratamento fisioterapêutico devido a lesões originadas por acidente de trânsito (G4).

Os critérios de elegibilidade foram: Grupo de estudo (G4): ter sofrido acidente de trânsito; cognição preservada; ter 18 anos ou mais; estar sendo submetido à fisioterapia.

Grupo controle (G3): Estar sendo submetido a fisioterapia devido a causas não enquadráveis no capítulo XX da CID-10: Causas externas de morbidade e mortalidade e os demais itens do G4; Grupo controle G2- Ter sofrido acidente de trânsito e não necessitar de tratamento fisioterapêutico; Grupo controle G1- Não ter sofrido acidente de trânsito; e não estar sendo submetido à fisioterapia;

A amostragem foi do tipo não probabilística.

Instrumentos – Inicialmente foi aplicado um questionário a respeito das características sócio-demográficas e de saúde dos entrevistados. Será composto por questões fechadas e investigará: Sexo, Idade, escolaridade, etnia, religião, dados sócio econômicos,

procedência, presença de lesões, tipo de lesão, tipo de causa externa, topografia, presença de doenças crônicas e/ou agudas e ocorrência de tratamentos.

O segundo questionário foi um instrumento denominado escala de autoestima de ROSENBERG, criado em 1965, amplamente utilizado e conhecido internacionalmente. É uma medida unidimensional tipo Likert, constituída por dez questões fechadas. Itens designados a avaliar a satisfação consigo, com suas qualidades e capacidades, com o próprio valor, orgulho e respeito por si mesmo, atitude positiva em relação a si, sentimento de inutilidade e sensação de fracasso. São eles:

- Se sentem-se satisfeitos consigo mesmo
- Se têm várias boas qualidades
- Se às vezes sentem que não prestam para nada
- Se não têm muito do que se orgulhar de si próprios
- Se sentem que são um fracasso
- Se percebem que são inúteis
- Se desejariam ser uma pessoa de valor, ter mais respeito por si e ter uma atitude positiva em relação a si próprio
- Se são capazes de fazer coisas tão bem quanto os outros.

Conta com as seguintes opções de resposta: concordo totalmente, concordo, discordo e discordo totalmente, em que cada item de resposta varia de 1 a 4 pontos. Quanto maior for o escore obtido, mais elevada é a auto estima.

A escala de autoestima obteve alto coeficiente de confiabilidade (92%) nos Estados Unidos. Para o Brasil, foi feita uma adaptação transcultural e validação por ²¹.

O terceiro questionário foi um instrumento denominado World Health Organization Instrument to Evaluate Quality of Life/WHOQOL-Bref é a versão abreviada de um instrumento elaborado pela Organização Mundial de Saúde. Foi traduzido e validado para o Brasil por estudiosos da Universidade Federal do Rio Grande do Sul/UFRS ²². Sua versão em português apresentou características satisfatórias de consistência interna, validade discriminante, validade de critério, validade concorrente e fidedignidade teste reteste. Com esse instrumento, buscamos compreender as percepções subjetivas dos indivíduos sobre seu contexto cultural, social e meio ambiente.

O WHOQOL-Bref está constituído de 26 questões que abrangem quatro domínios: 1) físico (dor e desconforto; energia e fadiga; sono e repouso; atividades da vida cotidiana; dependência de medicação ou de tratamentos e capacidade de trabalho); 2) psicológico (sentimentos positivos; pensar, aprender, memória e concentração; autoestima; imagem corporal e aparência; sentimentos negativos; espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais; 3) relações sociais (interações pessoais; suporte/apoio social; atividade sexual; e 4) meio ambiente (segurança física e proteção; ambiente no lar; recursos financeiros; cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade; oportunidade de adquirir novas informações e habilidades; participação de e oportunidades de recreação/lazer; ambiente físico: poluição/ruído/trânsito/clima; e transporte).

A pontuação obtida após aferição do WHOQOL-bref resultará em um score por domínio. Eles representam escalas que têm uma direção positiva (quanto maior for o escore maior a qualidade de vida). O escore médio dos itens é utilizado para o cálculo do escore por domínios. O WHOQOL-bref pode obter valores que variam de 4 até 20 a partir da utilização de conversão de valores brutos em valores trabalhados. Estes valores podem posteriormente ser convertidos, utilizando-se do mesmo instrumento, em valores entre zero e cem para se tornarem comparáveis ao WHOQOL 100.

Tabulação de dados – Após a coleta dos dados os mesmos serão consolidados em planilha do programa computacional Microsoft Excel[®].

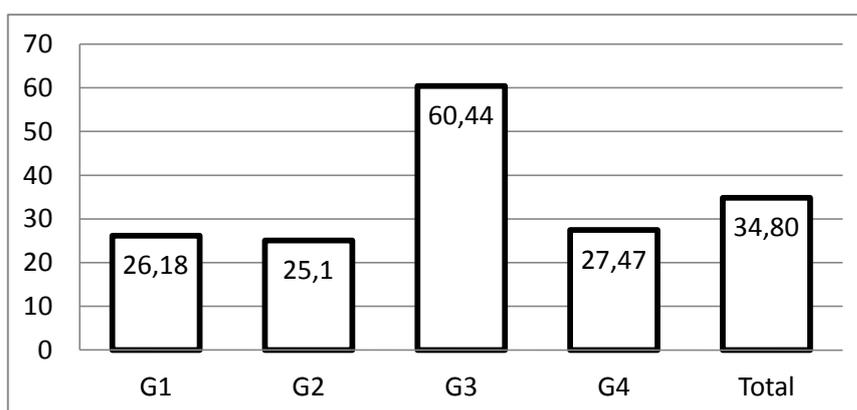
Análise estatística – Para as análises estatísticas deverão ser usados os pacotes estatísticos SPSS® 11.01; Epi-Info 6.04 e o BioEstat 5.0, estes dois últimos de domínio público. Os resultados poderão ser mostrados através de gráficos e tabelas.

Procedimentos éticos - Este estudo seguiu os preceitos estabelecidos pela Resolução nº 196/96 de 10/10/96 do Ministério da Saúde, obtendo autorização do Comitê de Ética da Universidade do Vale do Sapucaí.

RESULTADOS

A amostra contava com 53,8% de homens que também predominaram em G2 e G4. A idade média foi de 35,0 anos (DP=16,4). Os que faziam fisioterapia por motivos diversos apresentaram idade elevada (média 60,4 anos, $p < 0,001$). (Gráfico 1).

Figura 1: Média de idade, em anos.



A maioria cursou máximo até o oitavo ano. Havia 57,1% solteiros.

O escore médio de autoestima foi de 9,4.

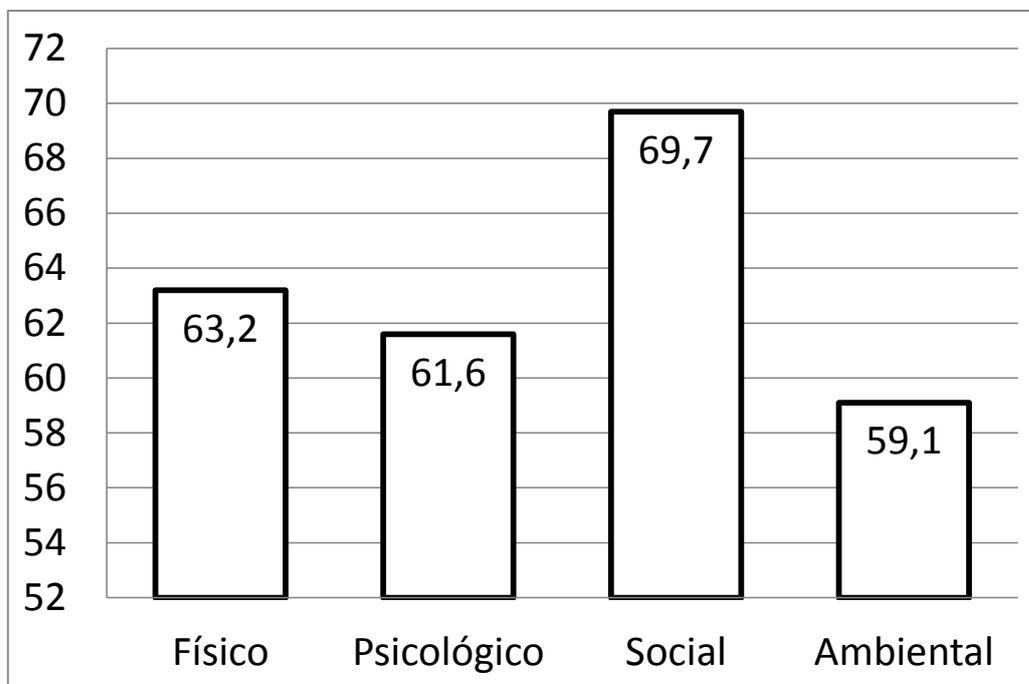
Figura 1: Escore de autoestima por grupo

Tabela 1 – Médias de autoestima e comparações entre grupos.

Grupo	Escore Médio	p
1- Sem acidentes	6,8	
2- Acidentados	12,2	
3-Fisioterapia outras causas	10,5	
4-Acidentados em Fisioterapia	7,8	
Sem acidentes x Ac. Fisioterapia		0,112
Acidentados x Ac. Fisioterapia		0,001
Fisioterapia outras x Ac. Fisioterapia		0,039

A tabela 1 mostra que os indivíduos que não sofreram acidentes e nem foram submetidos à fisioterapia e os acidentados sob fisioterapia eram os de menor autoestima. Eles não apresentaram diferenças significantes entre seus escores. Já os acidentados sob fisioterapia mostraram escores significativamente menores que as outras duas categorias houve

Figura 2: Domínios da qualidade de vida



A qualidade de vida obteve os seguintes escores médios: Domínio Físico 63,2; Psicológico 61,6; Social 69,7; Ambiental 59,1 (Figura 2).

Tabela 2: Qualidade de vida: Domínio Psicológico – Escore médio e comparações entre grupos

Grupo	Escore Médio	p
1- Sem acidentes	73,5	
2- Acidentados	67,3	
3-Fisioterapia outras causas	51,9	
4-Acidentados em Fisioterapia	52,8	
Sem acidentes x Ac. Fisioterapia		<0,001
Acidentados x Ac. Fisioterapia		<0,001
Fisioterapia outras x Ac. Fisioterapia		0,68

Os indivíduos não submetidos aos procedimentos de reabilitação tiveram escores médios notadamente superiores aos dos demais. Estes foram significativamente superiores aos dos acidentados sob fisioterapia. Em relação aos que se submetiam a este procedimento por outras causas não foi encontrada diferença no domínio psicológico do WHOQOL.

Tabela 3: Qualidade de vida: Domínio Físico – Escore médio e comparações entre grupos

Grupo	Escore Médio	p
1- Sem acidentes	75,1	
2- Acidentados	73,4	
3-Fisioterapia outras causas	85,7	
4-Acidentados em Fisioterapia	74,3	
Sem acidentes x Ac. Fisioterapia		<0,001
Acidentados x Ac. Fisioterapia		<0,001
Fisioterapia outras x Ac. Fisioterapia		0,002

Pode-se observar na Tabela 3 que no domínio Físico os pacientes sob fisioterapia apresentaram escores inferiores aos demais. Os que faziam-na por motivos diversos aos acidentes de trânsito obtiveram menor qualidade de vida neste domínio que os acidentados ($p=0,02$). O escore dos acidentados em fisioterapia foi significativamente menor que os demais grupos neste domínio..

Tabela 4: qualidade de vida: Domínio Social – Escore médio e comparações entre grupos

Grupo	Escore Médio	p
1- Sem acidentes	74,8	
2- Acidentados	74,1	
3-Fisioterapia outras causas	61,7	
4-Acidentados em Fisioterapia	68,1	
Sem acidentes x Ac. Fisioterapia		0,019
Acidentados x Ac. Fisioterapia		0,028
Fisioterapia outras x Ac. Fisioterapia		0,017

No domínio social repetiu-se o que foi encontrado o que foi observado no domínio Físico (tabela 4): Os pacientes de Fisioterapia tiveram piores escores que os demais sendo que os que lá se encontravam e não eram vítimas dos acidentes tinham os piores escores. As diferenças entre acidentados de trânsito sob fisioterapia foram significativamente diferentes dos demais grupos. Seu escore médio no domínio social só não foi pior que o dos outros pacientes que se submetiam a esta atividade.

Tabela 5: Qualidade de vida: Domínio Ambiente – Escore médio e comparações entre grupos

Grupo	Escore Médio	p
1- Sem acidentes	66,9	
2- Acidentados	70,1	
3-Fisioterapia outras causas	44,9	
4-Acidentados em Fisioterapia	54,1	
Sem acidentes x Ac. Fisioterapia		<0,001
Acidentados x Ac. Fisioterapia		<0,001
Fisioterapia outras x Ac. Fisioterapia		<0,001

A tabela 5 mostra que os acidentados sob fisioterapia também tiveram escores no domínio Ambiente da qualidade de vida piores de que os que não eram submetidos a estes procedimentos, acidentados ou não. Entretanto sua QV neste domínio era superior ao dos pacientes em fisioterapia por outros motivos.

DISCUSSÃO

São vários os fatores que provavelmente interferem na qualidade de vida - qualidade do atendimento oferecido, tipo e gravidade das lesões, número de intervenções cirúrgicas, grau de sequelas, dor, acesso à reabilitação e condição socioeconômica, entre outros.

A amostra composta por principalmente por jovens do sexo masculino segue o padrão descrito mundialmente para vítimas de trauma²³.

A autoestima apresentou resultados diferentes daqueles usuais onde esta costuma a ser inferior nas pessoas em piores condições de saúde. O acidente de trânsito por repercutir negativamente na vida do acidentado, também repercute na autoestima do mesmo como se viu entre os acidentados que se submetiam à fisioterapia.

A qualidade de vida obteve os escores médios de: Domínio Físico 63,2; Psicológico 61,6; Social 69,7; Ambiental 59,1. Comparando nossos resultados com os de Fleck *et al* (2000), este autor também demonstrou uma diminuição significativa da qualidade de vida em praticamente todos os domínios, exceto relações sociais. Podemos inferir que, a acessibilidade e adaptação do meio ambiente não têm sido garantida à população²².

Os escores na maioria dos domínios foi superior para os que estavam sob fisioterapia sem serem acidentados. Este fato ocorreu pelo fato de haver um fator confundidor nesta relação que é a idade do grupo, com uma média superior à dos demais. As vítimas de acidente de trânsito (AT) que faziam fisioterapia apresentaram escores em quase todos os domínios superiores aos dos demais. Tal fato reforça a observação de que a gravidade do trauma é condição preditora de prejuízos na Qualidade de Vida pós-acidente²⁶.

O mesmo foi confirmado quando comparamos com estudo feito por Skevington *et al*, em estudo multicêntrico patrocinado pela OMS²⁴. Assim sendo, observamos que os indivíduos não submetidos aos procedimentos de reabilitação tiveram, sim, escores médios notadamente superiores aos dos demais.

No Domínio Psicológico mostrou diferenças entre todos os grupos. Observa-se que aqueles em fisioterapia têm escores piores do que os demais, mas não apresentam diferenças significantes entre si. O escore dos que faziam fisioterapia foi inferior ao encontrado por Alves²⁷ para este domínio em estudo com vítimas de AT hospitalizados (62,5)

Os dois grupos de vítimas de acidentes apresentaram os escores mais baixos no domínio físico, sendo o menor o dos sem fisioterapia (73,4; $p < 0,001$). Esse resultado encontrou respaldo no estudo de Bampi¹¹. Esses dados permitem-nos a identificação de grupos mais vulneráveis, que poderiam se beneficiar de uma abordagem especial, desde o início do tratamento. Esse domínio também divergiu do estudo de Alves onde se verificou escore menores para os acidentados internado²⁷.

No domínio Social e no do Ambiente os acidentados sob fisioterapia tiveram menores escores do que os que não recebiam este procedimento por outros motivos ($p < 0,05$) e maior do que o dos demais sob fisioterapia.

De maneira geral, os pacientes apresentaram baixos valores para todos os domínios de qualidade de vida e autoestima.

CONCLUSÃO

Os acidentados sob fisioterapia tiveram importante queda na autoestima e qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira NLB; Sousa RMC. Motociclistas frente às demais vítimas de acidentes de trânsito no município de Maringá. *Acta Scientiarum. Health Sciences* 2004. Maringá, v. 26, n. 2, p. 303-310.
2. Cavalcante FG; Morita PA; Rodrigues S. Sequelas invisíveis dos acidentes de trânsito: o transtorno de estresse pós-traumático como problema de saúde pública. *Ciênc. saúde coletiva* 2009. vol.14 no.5 Rio de Janeiro Nov./Dec.
3. Denatran (Departamento Nacional de Trânsito), 1997. Estatísticas Gerais sobre Trânsito. Brasília:Denatran.
4. Oliveira NLB, Sousa RMC. Diagnóstico de lesões e qualidade de vida de motociclistas, vítimas de acidentes de trânsito. *Latino-am Enfermagem* 2003 novembro-dezembro; 11(6):749-56.
5. Marin, L.; Queiroz, M. S. A atualidade dos acidentes de trânsito na era da velocidade: uma visão geral. *Cad. Saúde Pública* 2000, Rio de Janeiro, 16(1):7-21, jan-mar.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros 2005. Brasília, DF.
7. Minayo MCS. Violência: um problema para a saúde dos brasileiros. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília, DF, 2005. p. 9-42.
8. Santos JLG et al. Acidentes e Violências: caracterização dos atendimentos no pronto-socorro de um hospital universitário. *Saúde Soc* 2008. São Paulo, v.17, n.3, p.211-218.
9. The Whoqol Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Soc Sci Méd* 1998; 46 (12): 1569- 85.
10. The Whoqol Group. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W (Ed.). *Quality of life assessment: international perspectives*. Heidelberg: Springer Verlag; 1994. p. 41-60.
11. Bampi, LNS. et al. Qualidade de vida em pessoas com lesão medular traumática: um estudo com o WHOQOL-bref. *Rev Bras Epidemiol* 2008; 11(1): 67-77
12. Fleck M et al. Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários de saúde. *Rev Saúde Pública* 2002; 36(4): 431-8.
13. Rosenberg M. *Society and the adolescent self-image*. Princeton University Press, Princeton; 1965.

14. Barroso CLM, Barreto ESS. O vestibular e a auto-estima do jovem. Fundação Carlos Chagas. Acessado em: <http://www.fcc.org.br/pesquisa/publicacoes/cp/arquivos/273.pdf>. Em: 27/04/20010.
15. Andrade ER; Sousa ER; Minayo MCS. Intervenção visando a auto-estima e qualidade de vida dos policiais civis do Rio de Janeiro. Ciênc. saúde coletiva 2009 vol.14 no.1 Rio de Janeiro Jan./Feb.
16. Sousa RMC, Koizumi MS. As vítimas de traumatismo crânio-encefálico seis meses após o trauma. Acta Paul Enfermagem. 1998; 11(1): 63-78.
17. Munoz-Céspedes JM, et al. Factores de pronóstico em los traumatismos craneoencefálicos. Rev Neurol. 2001; 32(4): 351-64.
18. Oliveira NLB, Sousa RMC. Retorno à atividade produtiva de motociclistas vítimas de acidentes de trânsito. Acta Paul Enferm 2006;19(3):284-9.
19. Lima AFBS. Qualidade de vida em pacientes do sexo masculino dependentes de álcool [dissertação de mestrado]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2001.
20. Lianza S, et al. A lesão medular. In: Lianza S (Org.). Medicina de Reabilitação. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001. p. 299-322.
21. Avanci JQ, et al. Adaptação transcultural de escala de auto-estima para adolescentes. Psicologia Reflexão e Crítica 2007; 20(3):397-405.
22. Fleck M et al. O instrumento de avaliação de qualidade de vida abreviado da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. Cien Saude Colet 2000; 5(1):33-38.
23. Alves ALA et al. Qualidade de vida de vítimas de trauma seis meses após a alta hospitalar. Rev Saúde Pública 2009;43(1):154-60 24.
24. Skeyington SM et al. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. Qual Life Res. 2004;13(2):299-310.
25. Kempen GI et al. Gender differences in recovery from injuries to the extremities in older persons. A prospective study. Disabil Rehabil. 2003;25(15):827-32.
- 26- Magalhães SHT, Loureiro SR. Acidentes de trânsito e variáveis psicossociais - uma revisão da literatura. Medicina (Ribeirão Preto) 2007; 40 (3): 345-51, jul./set.
- 27- Alves, ALA et al. Qualidade de vida de vítimas de trauma seis meses após a alta hospitalar Rev Saúde Pública;43(1) 2009:154-60.2