

# PROMOÇÃO DA SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA NO TRÂNSITO: UMA QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA

Qualidade de vida continua a ser conceito complexo e mutável. Sua marca de subjetividade reside em incorporar primariamente o entendimento de percepção do indivíduo. Essa percepção se baseia em determinados critérios, o que, por si também é mutável e sua valoração depende, reciprocamente, da valoração individual e circunstancial. Essa afirmação é relevante pois que, preponderantemente, o comportamento das pessoas está fortemente ligado à interpretação que elas fazem da realidade e não da própria realidade. Mesmo com essa introdução movediça, pode-se considerar que qualidade de vida tem interface com diferentes perspectivas do interesse humano. Sem queira limitar suas relações, ela se conecta, por exemplo, com os aspectos econômicos, biológicos e culturais do indivíduo e da sociedade. Assim, a qualidade de vida pode ser conceituada de forma global ou circunscrita a uma ou mais dessas perspectivas. No primeiro caso temos a histórica definição de Andrews (1995) dizendo que “qualidade de vida é a extensão em que prazer e satisfação têm sido alcançados”. Por outro lado, a Organização Mundial da Saúde (OMS) considera que qualidade de vida é a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (The WHOQOL group, 1995). Com esse conceito, sua complexidade e amplitude, reconhece-se que a mensuração da qualidade de vida só pode ser feita pelo próprio indivíduo (SEIDL e ZANNON, 2004), modificando a visão estereotipada de que as metodologias científicas tradicionais poderiam também ser utilizadas para medir mais uma quantidade meramente transitando entre o biológico e o psicológico.

Esta discussão inicial sobre o conceito de Qualidade de Vida se justifica para que se possa introduzir e correlacionar esta percepção com as questões da promoção da saúde – uma outra virtualidade conceitual sujeita à variadas interpretações, ações e reações. Em um

primeiro momento, a qualidade de vida, sentida, tem uma estreita relação com a promoção da saúde, uma vez entendido que esta pretende como estratégia enfatizar modificações nas condições de vida e de trabalho que estão subjacentes aos problemas de saúde dos indivíduos, demandando um olhar intersetorial (TERRIS, 1990).

Assim, a qualidade de vida, na sua concepção mais abrangente, não puramente biológica, está impregnada pelas pretensões da promoção da saúde. Basta recordar que a promoção se interrelaciona e se imbrica com os pré-requisitos da condição de saúde, tais como a paz, a habitação, a educação, a renda, a alimentação, o ecossistema estável, os recursos sustentáveis, a justiça social e a equidade, como apresentados na Carta de Ottawa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). Se pudéssemos conquistar todos esses pré-requisitos, não só se está promovendo a saúde, garantindo-a nos limites dessas condições, como hipotetizando uma qualidade de vida adequada, boa, aceitável, notável, seja o adjetivo que lhe possa emprestar. Usou-se o termo hipotetizando porque o próprio conceito de qualidade é fugidio e relativo. Basta citar o caso de codependentes de alcóolatras que apresentam qualidade de vida mais prejudicada do que a dos adictos (LIMA, 2007). Entretanto, independentemente dessa dificuldade conceitual, convém recordar que a Carta de Ottawa já menciona que a promoção da saúde envolve um processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida. Assim, estabelece-se uma estreita relação de interdependência entre esses dois conceitos: promoção, saúde, comunidade e qualidade de vida.

Nesse sentido, as ações de promoção da saúde podem ser vistas como ações concretas, bem definidas. Elas podem ser construídas em torno desses conceitos, articuladas e planejadas visando envolver as questões da saúde da comunidade, pela comunidade, através das políticas públicas executadas pelos gestores com vistas a melhorar a qualidade de vida dessa mesma comunidade participante. Há, então, um ciclo virtuoso de ações, reações, relações, empoderamento e resultados.

Para entendermos essas relações, suas distâncias e proximidades, seria conveniente tomar um exemplo que, intencionalmente, parecem afastados dos conceitos aqui discutidos. Trata-se das relações dos indivíduos e das coletividades com o trânsito.

Entendido como um complexo que envolve as vias públicas de circulação, os pedestres, os condutores, conduzidos e agentes de regulação, o sistema de trânsito é considerado um palco privilegiado para a produção de uma variada gama de danos à saúde. Desde a presença de fatores estressores com variados efeitos psicológicos até o perda da vida por dano físico irreparável, o sistema de trânsito é

palco de inúmeras situações cotidianas que interferem na qualidade de vida dos atores e podem ser alvo de ações de promoção da saúde.

O dano físico causado pelos acidentes dentro deste sistema são importantes causadores de modificação da qualidade de vida dos indivíduos em extensão temporal variada (OLIVEIRA e SOUSA, 2003; SILVEIRA, 2011), inclusive com dissociação do dano físico em relação ao psicológico, este mais duradouro (MAGALHÃES, 2006). Da mesma forma, os agentes de trânsito se encontram em condição de importante estresse com vistas à qualidade de vida no trabalho (SAMPAIO *et al.*, 2012). Motoristas de coletivos são estudados por suas reconhecidas dificuldades em exercer sua profissão em uma vasta gama de problemas, deste as questões ergonômica até fatores estressores (GONÇALVES, 2003; TAVARES, 2010).

Poder-se-ia continuar a enumerar exemplos da relação do trânsito com a qualidade de vida dos indivíduos, mas o relevante é reconhecer que a promoção da saúde tem papel crucial na melhora desta qualidade por meio do abrandamento ou resolução de vários dos problemas que compõem esse quadro danoso. Um claro reconhecimento disto é que muitos dos estudos científicos na área, e aí se incluem uma desconhecida mas expressiva quantidade de teses, dissertações e artigo, terminam sempre por indicar a necessidade de intervenções por parte das autoridades em diferentes aspectos relacionados ao sistema de trânsito, seja as modificações de ordem estrutural das vias, da melhoria ergonômica dos equipamentos, aprimoramento da legislação de trânsito, trabalhista, entre outros.

Entretanto, parece que a área da saúde e o sistema de trânsito são vistos como campos distantes e não conectadas. Suas relações continuam incipientes, pelo menos no que diz respeito à resolutividade das propostas de interação e mesmo de intervenção. Há, portanto, que investir nessa aproximação, uma vez que os indicadores epidemiológicos relativos aos acidentes de trânsito demonstram resultados pouco animadores. Mais que isto, a mortalidade relativa ao trânsito tem tendência ascendente no Brasil, ao contrário de outros países mais desenvolvidos (PAVARINO FILHO, 2009). Assim, a educação em saúde para o trânsito, com todas as suas limitações e contradições, assume relevância. Aqui trata-se de uma educação para todos os atores envolvidos no cenário do sistema de trânsito, não apenas o pedestre. Neste sentido, aproxima-se o conceito de educação para a saúde ao de promoção uma vez que, em nosso entender, a promoção da saúde se faz, também, através da educação. Mas, no caso do sistema de trânsito, a promoção deve ser vista no sentido mais amplo possível. Suas dimensões políticas, estruturais, técnicas, sociais e psicológicas devem ser abordadas. A promoção da saúde deve ousar

neste campo. Deve reconhecer, por exemplo, que não basta severizar as leis contra o dirigir alcoolizado enquanto as propagandas de bebidas massivamente cooptam jovens para esta prática reconhecidamente nociva à saúde, promulgando um falso glamour em seu uso. Da mesma forma, não se entende essa mesma legislação rigorosa enquanto se pode encontrar legalmente a venda de bebidas dos mais variados teores alcoólicos dentro das lojas de conveniência dos postos de gasolina na área urbana. Indo mais além, não se concebe uma educação em saúde para o trânsito enquanto as especificações técnicas oficiais para a construção de veículos permitem relegar a inclusão de itens de segurança já comprovadamente obrigatórios em países mais avançados, tais como airbags e sistemas seguros de controle de frenagem. Por último, chama a atenção à cantilena oficial de responsabilizar sempre o usuário das vias de trânsito pelos infaustos ocorridos, quando se sabe que, muitas vezes os traçados tecnicamente equivocados, ou desatualizados, das estradas e as precárias condições de manutenção das vias são fatores cruciais para a consumação de um acidente com vítimas. Há, pois, que se rever esse imobilismo que tenta identificar culpas em segmentos restritos dos atores do sistema de trânsito e ampliar o olhar não só para a educação como para a redução dos riscos (PAVARINO FILHO, 2009).

Assim, a promoção da saúde tem que se vista em sua conceituação mais ampla – aquela em que a promoção depende da interação de áreas de atuação, desde a comunidade até a mais alta instância gerencial. Nesse sentido, a revisão de um traçado viário tem que ser vista e decidida sob o prisma da promoção da saúde, da mesma forma que a cabe ao pedestre incorporar a prática de atravessar pela faixa de pedestre, transitar sobre passarela, quando indicado e ao motorista usar seu veículo em constante interação com os ordenamentos de circulação e, principalmente, estabelecer uma relação de respeito com o pedestre. Desta forma, o conceito de promoção da saúde tem forte aplicabilidade na resolução dos problemas do sistema de trânsito, pois que sua conceituação abrange uma ampla faixa de possibilidades que atendem às demandas identificadas e ocultas desse sistema com vistas à redução da alta morbidade que ainda se registra.

*Marcos da Cunha Lopes Virmond*

**REFERÊNCIAS**

ANDREWS F. M. Social indicators of perceived life quality. **Soc. Indic. Res.** Boston, v.1, n. 3, p. 279, 1974.

GONÇALVE E. C. Constrangimento do posto de motorista de ônibus urbano segundo a visão magro ergonômica. 94 f. 2003. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Engenharia, 2003.

LIMA R. A.S, AMAZONAS M. C. L. A., MOTTA J. A. G. Incidência de stress e fontes estressoras em esposas de portadores da síndrome de dependência do álcool. **Estud. Psicol.** Natal, v. 24, n. 4, p. 431-9, 2007.

MAGALHÃES S. H. T. Adaptação Psicossocial e Qualidade de Vida de Vítimas de Acidentes de Trânsito. 143 f. 2006. Tese de Doutorado. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto / USP – Departamento de Neurologia, Psiquiatria e Psicologia Médica, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **As Cartas da Promoção da Saúde.** Secretaria de Políticas em Saúde. Série B- Textos Básicos de Saúde. Brasília, 2002.

OLIVEIRA N. L. B., SOUZA R. M. C. Diagnóstico de lesões e qualidade de vida de motociclistas, vítimas de acidentes de trânsito. **Rev Latino-am Enfermagem.** Ribeirão Preto, v. 11, n. 6, p.749-56, 2003.

PAVARINO FILHO, R. V. Morbimortalidade no trânsito: limitações dos processos educativos e contribuições do paradigma da promoção da saúde ao contexto brasileiro. **Epidemiol. Serv. Saúde,** Brasília, v. 18, n. 4, dez. 2009

SAMPAIO R. F. V., CARVALHO-FREITAS MN, KEMPS VH. Estressores Ocupacionais e Qualidade de Vida no Trabalho de Agentes de Trânsito. **Pesquisas e Práticas Psicossociais.** São João del-Rei, v. 7. n. 1, janeiro/junho 2012

SEIDL A. M. F., ZANNON CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p.580-588, mar- a b r, 2004

SILVEIRA J. Z. M. Qualidade de vida e sequelas de acidentes de trânsito. 2011, 193 f. Dissertação (mestrado em psicologia) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2011.

TAVARES, FA. Estresse em motoristas de transporte coletivo urbano por ônibus. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Uberlândia, Programa de pós-graduação em Psicologia. 2010.

TERRIS, M. Public health policy for the 1990s. **Ann. Review of Public Health**. Palo Alto, v. 11, n. p. 39-51, 1990

Editorial

The WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization . **Soc Sci Med**. Oxford, v. 41, p.1403-10, 1995.

SCHALL, VT, STRUCHINER, M. Educação em saúde: novas perspectivas. **Cad. Saúde Pública** [online]. Rio de Janeiro, vol.15, suppl.2, p. S4-S6, 1999.