

**ESCOLA DE GOVERNO EM SAÚDE PÚBLICA DE PERNAMBUCO
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA COM
ÊNFASE EM GESTÃO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE**

Isabella Nayara Santos Silva

**Itinerário terapêutico de motociclistas acidentados da IV Regional
de Saúde de Pernambuco**

Caruaru - PE

2018

Isabella Nayara Santos Silva

Itinerário terapêutico de motociclistas acidentados da IV Regional de Saúde de Pernambuco

Projeto do Trabalho de Conclusão da Residência Multiprofissional de Saúde Coletiva com ênfase em Gestão em Redes de Saúde. Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco.

Orientador: Prof^a. Dr^a. Albanita Gomes da Costa de Ceballos.

Caruaru - PE
2018

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Nelson Chaves (ESPPE), com os dados fornecidos pelo autor.

S586i Silva, Isabella Nayara Santos.

Itinerário terapêutico de motocicletas acidentados da IV Regional. Caruaru-PE, 2018.

54f. il.

Orientador (a): Albanita Gomes da Costa de Ceballos.
Monografia (Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com Ênfase em Gestão de Redes de Atenção à Saúde) –

Escola de Saúde Pública de Pernambuco – ESPPE.

1. Acidentes de Trânsito 2. Emergências. 3. Morbidade
4. Mortalidade 5. Motocicletas. I. Título.

ESPPE / BNC

CDU-313.1-0: 614 (813.4)

Bibliotecária Responsável: Anefátima Figueiredo – CRB-4/P-1488

RESUMO

Introdução: Acidentes de transporte terrestre representam um importante problema para a saúde pública mundial em decorrência das altas taxas de mortalidade e morbidade relacionadas ao assunto. Segundo dados da Associação Brasileira de Medicina de Tráfego (ABRAMET), os motociclistas apresentam a segunda maior taxa de internação hospitalar por acidente de trânsito. **Objetivo:** Conhecer o itinerário terapêutico de motociclistas vítimas de acidentes de trânsito atendidos no Hospital da Restauração Governador Paulo Guerra do Recife no ano de 2016. **Método:** Estudo descritivo cuja população foi composta por motociclistas maiores de 18 anos que sofreram acidente de trânsito terrestre e estavam internados no setor de trauma do Hospital da Restauração Governador Paulo Guerra entre os meses de maio a agosto de 2016, cujos municípios de ocorrência do acidente pertencem à IV Regional de Saúde do Estado de Pernambuco. Realizou-se a abordagem qualitativa e através de entrevista semi-estruturada os dados foram analisados com base na Análise de Conteúdo temática de Minayo. **Resultados:** Seis entrevistados, todos do sexo masculino, oriundos do estado de Pernambuco, com predominância de raça autorreferida, parda. Majoritariamente estavam na faixa etária de 20 – 29 anos. Quanto à escolaridade houve equivalência entre o ensino fundamental, completo ou incompleto e o ensino médio, completo ou incompleto. Todos os entrevistados encontravam-se empregados. A maioria possuía remuneração menor que dois salários mínimos. Nenhum dos entrevistados possuía plano de saúde privado. Entre os Eixos Temáticos considerados observou-se que os primeiros-socorros foram prestados pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), que conduziu os acidentados para hospitais de municípios da IV regional de saúde. Segundo os entrevistados os motivos das transferências hospitalares se deram pela falta de médicos especialistas e pela superlotação no Hospital Regional do Agreste (HRA). **Conclusão:** Este estudo sobre itinerário terapêutico de motociclistas acidentados possibilitou obter um panorama do perfil das vítimas de acidentes de moto na IV Região de Saúde de Pernambuco. Os subsídios gerados pelos resultados possibilitam os gestores obter maior conhecimento a cerca do perfil de motociclistas

acidentados e da utilização e limitações dos serviços de um hospital da Rede de Urgência e Emergência.

Palavras – chave: Acidentes de trânsito. Emergências. Morbidade. Mortalidade. Motocicletas. Serviços de Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Ground transportation accidents represent a major public health problem due to the high mortality and morbidity rates related to the subject. According to data from the Brazilian Association of Traffic Medicine (ABRAMET) motorcyclists present the second highest hospital admission rate due to traffic accidents. **Objective:** To know the therapeutic itinerary of motorcyclists victims of traffic accidents attended at the Hospital of the Governador Paulo Guerra Restoration of Recife in the year 2016. **Results:** Six of the interviewees were male, from the state of Pernambuco, with a predominance of self-reported, brown race. Most were in the age group of 20 - 29 years. Regarding schooling, there was an equivalence between elementary education, complete or incomplete, and high school, complete or incomplete. All interviewees were employed. The majority had remuneration lower than two minimum wages. None of the interviewees had a private health plan. Among the thematic axes considered, it was observed that the first aid was provided by the Mobile Emergency Service (SAMU), which led the injured to hospitals of municipalities of the IV regional health. According to the interviewees, the reasons for the hospital transfers were due to the lack of specialist doctors and the overcrowding at the Regional Hospital of Agreste (HRA). **Conclusion:** This study on the therapeutic itinerary of injured motorcyclists made it possible to obtain an overview of the profile of motorcycle accident victims in the IV regional health of Pernambuco. Thus, the subsidies generated by these results enable managers to obtain more knowledge about the use and limitations of hospital services in the Emergency and Emergency Network.

Keywords: Accidents, Traffic. Emergencies. Health Services. Morbidity. Mortality. Motorcycles.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRAMET	Associação Brasileira de Medicina de Tráfego
AMA	American Medical Association
ATT	Acidentes de transporte terrestre
CAAE	Certificado e Apresentação para o Comitê de Ética
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFF	Conselho Federal de Medicina
CID	Classificação Internacional de Doenças
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
CNM	Confederação Nacional de Municípios
CONEP	Conselho Nacional de Ética e Pesquisa
GERES	Gerência Regional de Saúde
HR	Hospital da Restauração Governador Paulo Guerra
HRA	Hospital Regional do Agreste
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PS	Pronto-socorro
RUE	Rede de Urgências e Emergências
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SEH	Serviços de Emergência Hospitalar
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UPA	Unidade de Pronto-atendimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	8
2	JUSTIFICATIVA	10
3	OBJETIVOS	11
3.1	Objetivo geral	11
3.2	Objetivos específicos	11
4	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	12
4.1	Conceituando acidentes de trânsito	12
4.2	Mortes por acidente de trânsito: Uma epidemia mundial	13
4.3	Acidentes de trânsito envolvendo motociclistas: Crescimento desenfreado	14
4.4	Panorama de acidentes de moto em Pernambuco: Perfil da IV Regional de Saúde	15
4.5	Perfil dos acidentados e caracterização dos acidentes de trânsito envolvendo motocicletas	16
4.6	Custos sociais e financeiros dos acidentes de trânsito	17
4.7	Rede de Urgências e Emergências	18
4.8	Itinerário Terapêutico	19
5	MATERIAIS E MÉTODOS	21
5.1	Tipo de estudo	21
5.2	Local da pesquisa	21
5.3	Sujeitos da pesquisa	22
5.4	Critérios de inclusão	22
5.5	Coleta de dados	22
5.6	Análise de dados	23
6	ASPECTOS ÉTICOS	25
6.1	Benefícios	24
6.2	Riscos	24
7	RESULTADOS E DISCUSSÃO	24
7.1	Perfil dos acidentados entrevistados	25
7.2	O percurso em busca da assistência	27

7.2.1	Eixo temático: A construção do Itinerário Terapêutico.....	27
7.2.2	Visualização do Itinerário Terapêutico.....	28
7.2.3	Eixo temático: Aspectos que influenciaram o percurso na rede de atenção à saúde – Uma visão dos acidentados.....	32
7.2.3.1	<i>Escassez de especialistas em hospitais regionais.....</i>	32
7.2.3.2	<i>Superlotação em hospitais de Urgência e Emergência.....</i>	34
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	37
	REFERÊNCIAS.....	38
	APÊNDICE A – Roteiro de Entrevistas.....	46
	APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	47
	APÊNDICE C – Consentimento de Participação.....	48
	ANEXO A – Carta de anuência.....	49
	ANEXO B – Parecer Cosubstanciado do CEP.....	50

1 INTRODUÇÃO

A cada seis segundos, uma vítima de acidente de trânsito vai a óbito ou é mutilada em vias públicas de todo o mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2015, acidentes de transporte terrestre (ATT) mataram cerca de 1,35 milhões de pessoas. Este cenário representa um grave problema de Saúde Pública em virtude do grande impacto na morbidade e mortalidade da população (RODRIGUES et al., 2014; SOUTO et al., 2016).

Entre os dez países recordistas em mortes no trânsito, o Brasil aparece em quinto lugar (MARTINS, 2016), e esta é a terceira causa que mais mata no país, tendo como destaque os acidentes envolvendo motocicletas e motonetas (SANTOS, 2016). Uma pesquisa realizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) revelou que o custo anual dos acidentes de trânsito no Brasil é de aproximadamente R\$ 40 bilhões, onde mais de R\$ 10 bilhões é referente ao custo com acidentes em aglomerados urbanos e aproximadamente R\$ 30 bilhões refere-se ao custo dos acidentes em rodovias (IPEA, 2015).

O Nordeste se destaca, principalmente, pelo elevado número de motocicletas, um meio de transporte barato, rápido, econômico, porém vulnerável e menos seguro para condutores (SANTOS et al., 2016; PERNAMBUCO, 2010b). Em Pernambuco, em um período de vinte e dois anos (1990-2012) houve um aumento de 2331% da frota de motocicletas e motonetas e esse aumento veio acompanhado do crescimento da mortalidade por ATT envolvendo esse tipo de veículo (SANTOS et al., 2016), onde, entre 1996-2013 a 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), mostrou que o número de óbitos de motociclistas subiu 2792% (SANTOS, 2016).

Em Pernambuco, os municípios que mais preocupam são os que compõem a I, IV e IX Geres (com sedes, respectivamente, em Recife, Caruaru e Ouricuri). Em 2015, a IV Regional de Saúde de Pernambuco registrou 1220 mortes por causas externas, destas, 283 estavam relacionados à acidentes de trânsito terrestre, onde 134 óbitos foram de vítimas de acidentes envolvendo motocicletas e motonetas (DATASUS).

Apesar da instituição do Código de Trânsito Brasileiro e da criação das Leis de Trânsito como tentativa de diminuir a frequência desse tipo de acidente, nota-se que nas grandes cidades há um aumento progressivo de ATT envolvendo, principalmente, condutores de motocicletas devido às condições de trânsito dos grandes centros urbanos (PARREIRA et al., 2012; SOARES, 2013). A dimensão desses acidentes é alarmante e têm sido demonstradas nos elevados índices de morte, sequelas físicas e psicológicas, impactos econômicos e sociais, que vem gerando uma grande demanda para o setor saúde (PERNAMBUCO, 2010b).

A assistência em saúde a acidentados de motocicleta inicia-se desde o momento em que ocorre o acidente, ou seja, as medidas e os cuidados pré-hospitalares, perpassa pelo serviço hospitalar e se estende ao atendimento de reabilitação (SOARES, 2013). Na antropologia da saúde, esse percurso que o indivíduo faz em busca de cuidado para sua condição de saúde é denominado itinerário terapêutico (SILVA et al., 2006).

Estudos sobre itinerário terapêutico apontam para a importância da experiência vivida pelos sujeitos no processo de enfermidade e a multiplicidade de caminhos e escolhas presentes nesse processo (CABRAL et al, 2011; MANGIA; MURAMOTO, 2008). O itinerário terapêutico inclui uma sequência de decisões e negociações entre vários indivíduos com interpretações divergentes sobre a identificação do agravo e a escolha da terapia adequada (MATTOSINHO; SILVA, 2007). Além disso, o conhecimento desses percursos permite analisar a efetividade da organização de serviços de saúde e inserir novas práticas terapêuticas (CABRAL et al, 2011; MANGIA; MURAMOTO, 2008).

É exatamente o que este estudo propõe, identificar os serviços pelos quais os motociclistas passaram desde o momento em que sofreram o acidente e levantar os aspectos que influenciaram nesse percurso. Neste estudo, o itinerário terapêutico foi compreendido como o percurso que os motociclistas acidentados realizaram na rede de atenção à saúde, desde o momento do acidente até serem atendidos no Hospital da Restauração Governador Paulo Guerra, no Recife.

2 JUSTIFICATIVA

Os acidentes de trânsito representam um problema de saúde pública devido à sua alta morbimortalidade. Estudos revelam que o atendimento às vítimas de lesões ocasionadas pelo trânsito provocam gastos hospitalares muito mais elevados do que os pacientes internados para o tratamento de doenças, representando um alto custo para os cofres públicos com este agravo (ANDRADE; JORGE, 2017).

Em 2010, a região Nordeste ficou no primeiro lugar do ranking nacional de venda de motos, sendo responsável pela aquisição de 36 % das motos vendidas em todo o país. Por ser um veículo de custo mais acessível, a moto figura como o meio de transporte mais envolvido em acidentes de trânsito no interior de Pernambuco, representando 68,5% do total de acidentes registrados entre janeiro e dezembro de 2010, levando em consideração os atendimentos registrados pelos Núcleos de Epidemiologia dos hospitais pernambucanos (PERNAMBUCO, 2010a). Neste contexto, pode-se destacar a IV Região de Saúde do Estado, que está entre as regionais com os maiores índices de acidentes e mortes decorrentes de motos (DATASUS).

Os estudos sobre itinerário terapêutico ainda são recentes e pouco explorados no Brasil (CABRAL et al., 2011), e sendo a motocicleta um meio de transporte pouco seguro (SANTOS et al., 2016), a perspectiva desta pesquisa é conhecer o percurso dos acidentados na rede de atenção à saúde a fim de proporcionar discussões que possam qualificar a assistência e proporcionar o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas que possibilitem o acesso integral dos indivíduos.

O desenho do itinerário terapêutico se mostra como importante ferramenta para avaliar a qualidade dos serviços de saúde e para detectar e corrigir falhas nas formas de organização dos serviços. O itinerário terapêutico pode ser um instrumento de compreensão dos recursos sociais disponíveis à produção e gerenciamento do cuidado (SILVA et al, 2014).

O presente estudo possibilitará obter um panorama a cerca do perfil dos motociclistas acidentados da IV Regional de Saúde de Pernambuco e conhecer os fatores que influenciaram o percurso em busca da assistência.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Conhecer o itinerário terapêutico de motociclistas vítimas de acidentes de trânsito atendidos no Hospital da Restauração Governador Paulo Guerra do Recife no ano de 2016.

3.2 Objetivos específicos

- Descrever o perfil dos acidentados entrevistados.
- Descrever e mapear a rede de suporte institucional utilizadas pelo acidentado.
- Levantar os aspectos que influenciaram, segundo os acidentados, o percurso na rede de atenção à saúde.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Conceituando Acidentes de Trânsito

Os ATT são um fenômeno de abrangência e relevância mundial, principalmente pelo grande impacto na morbidade e mortalidade da população (CABRAL; SOUZA; LIMA, 2011). De acordo com o Ministério da Saúde, “acidente de trânsito é todo o evento com dano que envolva o veículo, a via, a pessoa humana ou animais e que, para caracterizar-se, tem a necessidade da presença de pelo menos dois desses fatores” (BRASIL, 2001).

A Classificação Internacional de Doenças (CID) é uma nomenclatura de doenças criada pela OMS, para fins estatísticos. Na CID, os acidentes e violências são denominados de causas externas e conceituados como:

“Um conjunto de agravos à saúde que pode ou não levar a óbito, no qual se incluem as causas ditas acidentais, devidas ao trânsito, trabalho, quedas, envenenamentos, afogamentos e outros tipos de acidentes, e as causas intencionais (agressões e lesões autoprovocadas)” (BRASIL, 2001).

Para a OMS, os acidentes de transporte terrestre estão inseridos na 10ª Revisão da CID, no capítulo XX – Causas Externas de Mortalidade e de Morbidade – , onde os códigos V01 a V089 agrupam as seguintes especificações dos acidentes de acordo com as vítimas: Pedestre traumatizado em acidente de transporte; Ciclista traumatizado em acidente de transporte; Motociclista traumatizado em acidente de transporte; Ocupante de triciclo motorizado traumatizado em acidente de transporte; Ocupante de automóvel traumatizado em acidente de transporte; Ocupante de caminhonete traumatizado em acidente de transporte; Ocupante de veículo de transporte pesado traumatizado em acidente de transporte; Ocupante de ônibus traumatizado em acidente de transporte; Ocupante de ônibus traumatizado em acidente de transporte (MELLO JORGE; KOIZUMI, 2007).

Dessa forma, o sistema classificatório utilizado permite distinguir a causa básica da morte, como por exemplo, acidente de trânsito, e nos possibilita saber a situação em que a vítima se encontrava: pedestre ou ocupante de bicicleta, motocicleta, automóvel etc.

4.2 Mortes por acidente de trânsito: Uma epidemia mundial

A evolução dos casos de acidentes de trânsito terrestre é mundialmente notória e já é considerada uma epidemia global. Os traumatismos causados pelo trânsito são responsáveis por dizimar mais de 1,2 milhão de vidas a cada ano, em 182 países do mundo, e são as principais causas de morte dos jovens entre 15 e 29 anos de idade. Na região das Américas, os traumatismos matam cerca de 154.089 pessoas por ano, isto corresponde a 12% de todas as mortes por esta causa, no mundo (OMS, 2017; OPAS/OMS, 2018).

Considerados como usuários vulneráveis das vias públicas, os pedestres, ciclista e motociclista, representam 45% dos mortos por ATT da região das Américas. Os índices são ainda mais alarmantes quando se trata exclusivamente dos motociclistas, que representam 20% destas mortes, onde entre 2010 (15%) e 2013 (20%) houve um aumento de 5% no número de óbitos de representantes da classe (OMS, 2016).

No Brasil a realidade não é diferente. Os primeiros estudos epidemiológicos sobre os óbitos relacionados ao trânsito no país foram realizados na década de 1970 e já mostravam uma alta e crescente taxa de mortalidade. Desde 1998, a morbidade de lesões relacionadas ao trânsito já era medida a partir do perfil dos pacientes internados (REICHENHEIM et al., 2011). Entre 2000 e 2011, o número de mortes nas vias públicas passou de 28.995 para 43.256, o que representa um aumento de 49,2%. Os pedestres, motociclistas e ocupantes de automóveis, somados representam em torno de 90% do total de mortes no trânsito do país.

Se não houver uma medida de contingenciamento, a OMS estima que em 2020 teremos cerca de 1,9 milhão de mortes no trânsito e cerca de 2,4 milhão no ano de 2030 (OPAS/OMS, 2018; WAISELFISZ, 2013). Reconhecendo a gravidade do problema, a OMS adotou, em 2015, a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, onde, elencou os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável que possui como uma das novas metas reduzir pela metade o número global de mortes e lesões relacionadas ao trânsito, até 2020. Este significou um importante passo no reconhecimento do impacto que os ATT tem provocado, principalmente devido aos crescentes números de vítimas de trânsito (OMS, 2016).

4.3 Acidentes de trânsito envolvendo motociclistas: Crescimento desenfreado

A evolução dos acidentes de motos no Brasil tem sido motivo de grande preocupação nacional. Mesmo com a frota três vezes menor, em 2007, a quantidade de mortes por acidentes de moto começou a ultrapassar a quantidade de mortes por acidentes de carro. A mortalidade e as internações hospitalares em decorrência dos acidentes de motos foi ainda mais potencializada entre os anos de 2000 e 2010, onde a frota de motocicletas quadruplicou no país.

O elevado número de mortes causadas por acidentes de trânsito motocicleta já é considerado um problema de saúde pública em todo o mundo, porém, a proporção de mortos e feridos por acidentes de motocicletas é ainda mais assustadora (LAW; NOLAND; EVANS, 2009). Esses índices se devem tanto ao vasto uso deste meio de transporte, quanto à vulnerabilidade a qual o passageiro e o condutor estão expostos (REICHENHEIM et al, 2011).

A magnitude deste problema pode ser observada quando verificamos a relação entre o aumento de mortes ocasionadas por ATT e o aumento da frota veículos. O número de mortes em acidentes com carros cresceu 72% de 2000 a 2010, enquanto a frota cresceu 76%. Já o número de mortes em acidentes com motos cresceu 339% no mesmo período, com um aumento de 293% da sua frota. Para se ter uma ideia da dimensão deste crescimento, na última década a população brasileira cresceu 11%, a frota de automóveis cresceu 86% e a frota de motos cresceu 257% (CNM, 2013).

O perfil das vítimas de acidentes de trânsito terrestre também se modificou ao longo do tempo. Na década passada, o número de mortes de pedestres era significativamente maior do que os outros dois grupos de vulnerabilidade (ciclista e motociclistas) (WAISELFISZ, 2013). Em 2000, morreram 8.696 pessoas em decorrência de atropelamentos e 2.465 em decorrência de acidentes com motocicleta. Já em 2010, esse quadro foi claramente invertido, 9.944 pedestres morreram e 10.825 motociclistas vieram a óbito. Vale salientar que não houve diminuição das mortes por atropelamento, o que ocorreu foi um crescimento desenfreado das mortes de motociclistas (CNM, 2013). Em 2011, as mortes de motociclistas já eram responsáveis por 1/3 das mortes no trânsito, com a preocupante tendência de crescimento contínuo (WAISELFISZ, 2013).

4.4 Panorama dos acidentes de moto em Pernambuco: Perfil da IV Regional de Saúde

Os acidentes de moto vem ganhando destaque pela alta incidência em Pernambuco. Em 2007, 23,9% dos atendimentos nas unidades de saúde de Estado foram direcionados às vítimas de acidentes com motocicletas. Quase dez anos antes (1997), esse número era correspondente a 13% das internações da época, e segundo o Departamento Estadual de Transito de Pernambuco (Detran/PE) isso se deve ao aumento do número de motos circulantes nesse período (PERNAMBUCO, 2009). Em 1997, no Estado, havia 78.727 motocicletas circulantes. Em 2007, o número deste tipo de veículo chegou a 382.746, e em 2017 esse número subiu para 1.084.400 (DETRAN, 2018).

A mortalidade por acidente de motos também apresentou grande crescimento ao longo dos anos. Os municípios que mais preocupam são os que compõem a I, IV e IX Geres de Pernambuco (com sedes, respectivamente, em Recife, Caruaru e Ouricuri). O que chama atenção é o fato dos municípios com menores números de habitantes apresentarem as maiores taxas de mortalidade por este tipo de acidente. A dificuldade em fiscalizar o cumprimento das leis de trânsito nos pequenos municípios contribui para a ocorrência rotineira de infrações que colocam em risco a vida dos condutores de motocicletas, se tornando por tanto a principal causa destes índices em municípios de pequeno porte (PERNAMBUCO, 2009).

Em 2015, a IV Regional de Saúde de Pernambuco registrou 1220 mortes por causas externas, destas, 283 estavam relacionados à acidentes de trânsito terrestre, onde 134 óbitos foram de vítimas de acidentes envolvendo motocicletas e motonetas (DATASUS). O Comitê Regional de Prevenção aos Acidentes de Moto (CRPAM) da IV GERES trabalha com empenho para alcançar seu principal objetivo, reduzir a mortalidade por acidentes de motos na regional.

Nesse contexto, deve-se destacar o Hospital Regional do Agreste (HRA). O HRA é uma unidade pública do SUS sob gestão estadual, localizado em Caruaru, município que é ao mesmo tempo sede da IV Microrregião de Saúde, composta por 32 municípios e uma população de 1.241.570 e sede da Macrorregião de Saúde Caruaru, que compreende cinco Microrregiões de Saúde, com 110 municípios e uma população de cerca de 2.500.000 habitantes. A unidade é referência em traumatologia para a Macrorregião de Saúde Caruaru, para onde são

preferencialmente levadas pelo SAMU, as vítimas de acidentes de trânsito da região. Só no período de 01 de janeiro a 31 de março de 2010 deram entrada no HRA 2.159 pacientes vítimas de acidentes de trânsito (MOURA, 2010).

4.5 Perfil dos acidentados e caracterização dos acidentes de trânsito envolvendo motocicletas

O desempenho da economia brasileira, a partir da década passada, permitiu o acesso da população a bens e serviços que antes não podia alcançar. A renda média subiu, a desigualdade diminuiu e, como resultado, houve o crescimento do consumo, por exemplo, de eletrodomésticos, planos de saúde e veículos (SENADO FEDERAL, 2012). Por se tratar de um meio de transporte de baixo custo, as motocicletas foram e vem sendo mais facilmente adquiridas desde a última década e esse aumento da frota conseqüentemente eleva os riscos e índices de acidentes e vítimas do trânsito (SANTOS et al., 2016; PERNAMBUCO, 2010b).

A grande adesão da população brasileira às motos nos últimos anos ofereceu a um contingente de pessoas (principalmente homens jovens e das classes D e E) oportunidades de trabalho, que possibilitaram, por exemplo, a expansão dos serviços delivery 24 horas, a locomoção de profissionais liberais, e o surgimento dos chamados motoboys. Pela facilidade de locomoção, agilidade e pela ousadia dos condutores, os motociclistas logo foram associados a um comportamento de risco no trânsito, e como as estatísticas mostram, são as maiores vítimas de acidentes de transporte terrestre (SENADO FEDERAL, 2012).

Diversos estudos tentaram esclarecer os fatores de risco ligados a óbitos e lesões ligadas ao trânsito. Alguns fatores humanos comumente encontrados incluem dirigir sob o efeito de álcool, estresse e fadiga. Os fatores relacionados ao sistema viário também têm um poder decisivo na ocorrência dos acidentes e são facilmente encontrados no Brasil. Dentre esses fatores, podem-se incluir os sinais de trânsito deficientes e a manutenção ruim das estradas, iluminação insuficiente ou inexistente, má conservação do capeamento, falta de acostamento e inclinações, muros de contenção e curvas inadequados. Em relação aos fatores relacionados aos veículos, encontram-se a manutenção inadequada de motores, freio e pneus (REICHENHEIM et al., 2011).

Os óbitos e internações relacionados ao trânsito e a acidentes de motocicletas envolvem majoritariamente homens com idade de 19 – 39 anos (ANDRADE; JORGE, 2017; MALTA et al., 2015; MORAIS NETO et al., 2012). Para Golias e Caetano (2013), a colisão entre motos e carros passou a ser algo comum no trânsito diário. Este tipo de colisão usualmente oferece mais riscos para os motociclistas, devido a maior vulnerabilidade causada pela exposição direta ao impacto, fazendo com que condutores e ocupantes de motocicletas estejam mais sujeito a traumas múltiplos e de maior gravidade.

Este tipo de acidente tem acarretado no Brasil um alto custo pessoal e social, pois além da mortalidade elevada os índices de sobreviventes que sofreram lesões e que acabam com sequelas físicas e psicológicas significativas, particularmente no caso das vítimas jovens, são extremamente altos (REICHENHEIM et al, 2011). Um estudo realizado em 2005, mostra que 500 pacientes tiveram alta de hospitais brasileiros com lesões de espinha dorsal relacionadas a AT (JARDIM; MELLO JORGE, 2009).

4.6 Custos sociais e financeiros dos acidentes de trânsito

As mortes em decorrência de acidentes de trânsito têm um impacto imenso na saúde pública e no desenvolvimento mundial, e representam uma carga econômica que pesa sobre todos os países, sem contar com as perdas de vidas e sequelas deixadas na sociedade (OPAS, 2018). Em 2013, tais acidentes representaram um custo global de US\$ 518 bilhões/ano (WAISELFISZ, 2013). A OMS estima que os traumatismos causados às pessoas nas vias públicas custam aos governos cerca de 3% do Produto Interno Bruto, e até 5% nos países de baixa e média renda (OPAS, 2018).

As internações hospitalares decorrentes desta causa também geram um alto custo para os cofres públicos. Um estudo realizado mostra que segundo dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS/ MS, em 2011 houveram 153.631 internações de vítimas de acidentes de trânsito, a maior quantidade registrada desde 2000. Devido a este aumento, pôde-se observar também um elevado crescimento nas taxas, chegando a 79,9 internações por acidente de trânsito a cada 100 mil habitantes (WAISELFISZ, 2013).

Pode-se dizer que para as vítimas os custos são ainda maiores já que estes estão associados a graves consequências que podem ir desde a morte até sequelas, lesões, necessidade de assistência pré-hospitalar e intra-hospitalar especializada, longos períodos de recuperação, impacto emocional e financeiro (SILVA et al., 2008).

Só com indenizações do Seguro de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre (DPVAT), o país gastou R\$ 2,5 bilhões em 2010. No estado de Pernambuco a maior parte do dinheiro gasto pelas seguradoras foi para pagamento às pessoas que se envolveram com acidentes de motos, vítimas ou condutores (MOURA, 2010).

Em 2017, mais de 380 mil indenizações foram pagas em cobertura de morte, invalidez permanente e despesas médicas. Os acidentes com motocicletas vêm ganhando destaque nesse cenário, e apesar de representarem 27% da frota nacional de veículos, elas são responsáveis pelo maior número de acidentes e de vítimas, tendo acumulado 74% das indenizações pagas em 2017.

O Nordeste concentrou 38% das indenizações por morte e invalidez por acidentes com motocicletas no período analisado e isso pode estar atrelado ao fato das motos representarem 44% da frota de veículos da região, enquanto que no Brasil representam 27%. Só em Pernambuco foram 20.082 indenizações pagas em 2017, destas, 10.073 foram decorrentes de acidentes com motocicletas (CONSÓRCIO DE SEGURADORAS, 2017).

4.7 Rede de Urgências e Emergências (RUE)

Em Julho de 2011, a partir da reformulação da Política Nacional de Atenção às Urgências, de 2003, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 1.600 que instituiu a Rede de Urgências e Emergências (RUE) no Sistema Único de Saúde (SUS). A organização da RUE na assistência hospitalar tem como um de seus objetivos qualificar as portas de entrada hospitalares de urgência e emergência, que se constituem como serviços instalados em uma unidade hospitalar para prestar atendimento ininterrupto às demandas espontâneas e referenciadas de urgências clínicas, pediátricas, cirúrgicas e/ou traumatológicas, obstétricas e de saúde mental.

A rede assistencial de Urgências e Emergências possui em sua estrutura os componentes: Promoção, Prevenção e Vigilância em Saúde, os componentes pré-

hospitalares (unidades básicas, salas de estabilização, UPA), serviços de atendimento pré-hospitalar móvel (SAMU, resgate, ambulâncias), e a rede hospitalar de alta complexidade. Cada nível de assistência possui responsabilidades por determinada parcela da demanda de urgência, conforme os limites de sua complexidade e capacidade de resolução (BRASIL, 2013).

No Brasil, os serviços de urgência e emergência são caracterizados de acordo com os critérios de gravidade e complexidade. Segundo a Resolução nº 1.451/95, define-se como Urgência “a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata”. Já Emergência é definida como sendo “a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato”, e esta definição faz desta condição clínica uma prioridade absoluta (CFM, 1995).

A Política Nacional de Humanização (PNH) – HumanizaSUS – apresenta desde a sua instituição, no ano de 2003, algumas ferramentas para o processo de racionalização do atendimento na Rede de Urgência e Emergência. Trata-se do “acolhimento com classificação de risco”, cuja finalidade é articular e integrar todos os equipamentos de saúde objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência, de forma que o atendimento seja ideal, ágil e oportuno.

4.8 Itinerário Terapêutico

Os estudos sobre serviços assistenciais de saúde tem, cada vez mais, se preocupado em conhecer a forma e o momento em que a população procura ajuda para resolver suas demandas ou necessidades de saúde. Essas informações contribuem para determinar as estratégias adequadas para garantir o acesso aos usuários a estes serviços no momento certo, de forma contínua, propiciando vínculo com os profissionais de saúde envolvidos no processo e, conseqüentemente, promover adesão ao tratamento proposto.

O percurso em busca da assistência nem sempre coincide com esquemas ou fluxos pré-determinados. As escolhas dos usuários em busca de cuidados terapêuticos expressam as construções subjetivas individuais e também coletivas acerca do processo de adoecimento e de formas de tratamento que muitas vezes

sofrem influência de diversos fatores e contextos. Estas escolhas vão definir ações que, passo a passo, constituirão um determinado percurso (CABRAL et al, 2011).

Este percurso é definido, pela socioantropologia, como Itinerário Terapêutico e tem como objetivo principal interpretar os processos pelos quais os indivíduos ou grupos sociais escolhem, avaliam e aderem (ou não) a determinadas formas de tratamento. As análises de Itinerário Terapêutico identificam não somente a disponibilidade de serviços, os seus modelos explicativos e a utilização que as pessoas fazem das agências de cura, mas destacam também a importância da influência do contexto sociocultural nas escolhas desses percursos (MANGIA; MURAMOTO, 2008).

Os diversos enfoques possíveis na observação de itinerários terapêuticos podem subsidiar processos de organização de serviços de saúde e gestão, na construção de práticas assistenciais compreensivas e contextualmente integradas. A compreensão sobre como as pessoas e os grupos sociais realizam escolhas e aderem ou não aos tratamentos, ou seja, como constroem seus itinerários terapêuticos, é fundamental para orientar as novas práticas em saúde (MANGIA; MURAMOTO, 2008; CABRAL et al, 2011).

5 MATERIAL E MÉTODOS

Esse estudo é decorrente da pesquisa intitulada “Fatores relacionados aos acidentes de trabalho com motociclista em Pernambuco”. O estudo, realizado no Hospital da Restauração Governador Paulo Guerra, teve como principal objetivo analisar os fatores associados aos acidentes de trabalho com motociclistas internados, de maio a agosto de 2016, no setor de traumatologia da unidade.

No estudo, as informações foram coletadas através de questionário elaborado pelos próprios pesquisadores e organizadas em um banco de dados, contendo variáveis sócio-demográficas, comportamentais, ocupacionais, saúde mental, condições das vias de trânsito e do acidente.

A partir deste banco de dados da pesquisa “Fatores relacionados aos acidentes de trabalho com motociclista em Pernambuco”, foi feito um recorte onde foram selecionados os indivíduos cujos municípios de ocorrência do acidente pertencem a IV GERES e os mesmos foram convidados a participar do presente trabalho.

5.1 Tipo de estudo

Para construção de itinerário terapêutico foi realizado um estudo descritivo, de caráter qualitativo. Com esse tipo de pesquisa, pode-se obter um maior detalhamento sobre o tema escolhido e uma descrição maior sobre os dados que serão coletados. Este tipo de pesquisa, de acordo com Minayo;

(...) responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos a operacionalização de variáveis (MINAYO, 1993, p. 21).

Os estudos de itinerário terapêutico destacam a importância da experiência vivida pelos sujeitos no processo da doença e a pluralidade de caminhos e escolhas presentes nesse processo (MÂNGIA; MURAMOTO, 2008).

5.2 Local de pesquisa

O estudo foi realizado em um dos centros de referência para atendimento de acidentados de trânsito, o Hospital da Restauração, maior unidade da rede de saúde

pública de Pernambuco, localizado no município do Recife. Escolheu-se a instituição de gestão e referência Estadual que realiza cerca de 39.000 internações hospitalares (eletivas e urgências) por ano e que possui três emergências: Emergência Pediátrica, Emergência Clínica e Emergência Traumatológica (PERNAMBUCO, 2017).

5.3 Sujeitos da pesquisa

A população do estudo foi composta por todos os motociclistas que sofreram acidente enquanto pilotavam moto e estavam internados no setor de trauma do Hospital da Restauração (HR) do município de Recife entre os meses de maio a agosto de 2016, cujos municípios de ocorrência do acidente pertencem à IV Regional de Saúde do Estado de Pernambuco. Todos os participantes desta pesquisa fizeram parte do estudo “Fatores relacionados aos acidentes de trabalho com motociclista em Pernambuco”.

5.4 Critérios de inclusão e exclusão

Foram convidados a participar do estudo motociclistas de ambos os sexos, maiores de 18 anos, que sofreram acidentes de trânsito no período estipulado e cujo local de ocorrência do acidente foram municípios pertencentes à IV GERES.

Foram excluídos da participação no estudo motociclistas com alterações cognitivas, auditivas, verbais ou de outra natureza, decorrentes ou não do acidente, que limitem a compreensão das questões, a memória do acidente ou a expressão verbal

5.5 Coleta de dados

De acordo com os critérios de inclusão, os sujeitos da pesquisa foram identificados no banco de dados da pesquisa principal, onde 9 acidentados cujos municípios de ocorrência do acidente pertenciam a IV GERES foram selecionados. Por meio de ligações telefônicas 6 acidentados foram convidados a participar do estudo. Não foi possível contatar os 3 outros participantes uma vez que os números eram inexistentes ou os telefones estavam desligados.

Os dados foram coletados utilizando um roteiro de entrevista semiestruturada

elaborado pelos autores (Apêndice A). As entrevistas foram realizadas através de ligações telefônicas, a fim de conhecer o itinerário terapêutico e levantar os fatores que influenciaram o percurso dos acidentados na rede de assistência à saúde. As entrevistas aconteceram cerca de 1 ano após a ocorrência dos acidentes, os dados foram gravados e posteriormente transcritos pelo entrevistador para o questionário impresso.

5.6 Análise de dados

A análise das entrevistas utilizará como técnica a Análise de Conteúdo com categorização para análises temáticas. Segundo Campos (2004), este é um método muito utilizado na análise de dados qualitativos e é compreendido como um conjunto de técnicas de pesquisa cujo objetivo é a busca do sentido ou dos sentidos de um documento. Assim, a partir das respostas dadas pelos entrevistados, os dados serão avaliados e agrupados por categorias.

Minayo (2002) estabelece algumas etapas para a operacionalização da análise de todos os dados coletados por meio de gravação, que são;

a) Ordenação de dados: Primeiro será feito um mapeamento dos dados na transcrição efetuada e releitura de todo material coletado.

b) Classificação de dados: Através das leituras exaustivas dos textos, estabelecemos o que é relevante para que sejam elaboradas as categorias.

c) análise final: estabelecer articulações entre os dados e o referencial teórico.

Tendo como base as narrativas dos acidentados, foram construídos os itinerários de busca de cuidados dentro dos sistemas de saúde públicos ou privado.

6 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa principal foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), conforme os preceitos da bioética registrados na Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Ética e Pesquisa (CONEP) e suas complementares do Ministério da Saúde sobre pesquisas envolvendo seres humanos (BRASILc, 2012).

Todos os pesquisados assinaram voluntariamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, ficando uma das cópias com o pesquisado. Foi garantido o anonimato e o sigilo das informações, que estão sob guarda e responsabilidade da coordenadora do projeto.

O projeto foi primeiramente cadastrado na Plataforma Brasil e posteriormente encaminhado pelo CONEP ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da UFPE, e aprovado sob CAAE: 3093116.0.0000.5208.

6.1 Benefícios

Não são previstos benefícios diretos (recompensas ou pagamentos de qualquer natureza) ao entrevistado.

6.2 Riscos

O estudo poderá trazer como risco o estresse emocional ao acidentado ao relembrar o acidente sofrido e constrangimento. Como as entrevistas foram realizadas cerca de 1 ano após a ocorrência dos acidentes há possibilidade da ocorrência de viés de informação do entrevistado no momento da coleta.

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

7.1 Perfil dos acidentados entrevistados

O estudo contou com a participação de 6 indivíduos que estavam internados no Hospital da Restauração do Recife no período da coleta dos dados da pesquisa, maio a agosto de 2016, cujos acidentes ocorreram em municípios da IV GERES. As entrevistas variaram entre 2 minutos e 35 segundos e 39 minutos e 47 segundos, com duração média de 16 minutos e 54 segundos.

Para melhor caracterização sociodemográfica dos participantes, foram organizadas informações sobre sexo, faixa etária, escolaridade, raça autorreferida, renda familiar, se os acidentados se encontravam empregados, trabalhando no momento do acidente e se possuíam plano de saúde privado (tabela 1).

Tabela 1 - Perfil de motociclistas acidentados da IV Regional de Saúde, atendidos no Hospital da Restauração, de maio a agosto de 2016, Recife-PE.

Variáveis	Frequência (n)	%
Sexo		
Masculino	6	100
Faixa Etária		
20 – 29 anos	5	83,3
30 – 39 anos	1	16,6
Escolaridade		
Ensino Fundamental	3	50
Ensino Médio	3	50
Raça autorreferida		
Branco	1	16,6
Pardo	4	66,6
Negro	1	16,6
Empregado		
Sim	6	100
Renda familiar		
<2 salários mínimos	5	83,3
2 – 3 salários mínimos	1	16,6
Trabalhando durante o acidente		
Não	6	100
Plano de saúde privado		
Não	6	100

Fonte: Autor próprio.

Observou-se entre os entrevistados, que todos eram do sexo masculino, oriundos do estado de Pernambuco, da regional de saúde de Caruaru, com predominância de raça autorreferida, parda. No momento da coleta majoritariamente os entrevistados estavam na faixa etária de 20 – 29 anos.

Esses resultados são semelhantes a um estudo realizado em 2010, no Hospital Regional do Agreste, com 1571 vítimas de acidentes de trânsito, onde as motocicletas estiveram envolvidas, direta ou indiretamente, em 1.303 (83%) dos acidentes que vitimaram os pacientes no período estudado. A pesquisa mostrou que 77% dos acidentados eram pacientes do sexo masculino, a maioria na faixa etária de adultos jovens, de 21 a 49 anos (MOURA, 2010).

Em geral, a maioria dos ATT acometem mais homens do que mulheres (ANDRADE; JORGE, 2017; MALTA, 2015; MARTINS, 2016; MORAIS NETO et al., 2012). Essa prevalência também se estende para os casos de acidentes de motocicletas, onde o percentual de acidentados de indivíduos do sexo masculino é significativamente maior do que os indivíduos de sexo feminino (ANDRADE; JORGE, 2017; MORAIS NETO et al., 2012). Algumas hipóteses são levantadas para esta comprovação, como o fato de, culturalmente, o homem se expor mais a situações de risco, como o consumo de álcool seguido pela condução de veículos (ANDRADE, JORGE, 2017).

No Brasil, os acidentes de trânsito correspondem à segunda subcausa de mortes dentro do grupo das causas externas que mais mata indivíduos das faixas etárias de 15 a 39 anos (MORAIS NETO et al., 2012). Segundo o DATASUS, no ano de 2010, foram realizadas 11.329.203 internações nos hospitais do SUS, sendo 927.201 (8,2%) por causas externas (violências e acidentes). Destas, 145.920 internações (15,7%) foram devido a acidentes de trânsito terrestres (BRASIL, 2013). Andrade e Jorge (2017) relatam que as maiores taxas de internação por ATT são observadas em indivíduos do sexo masculino, na faixa etária de 20 a 39 anos e que mais da metade destas internações por ATT foram de motociclistas.

No período em que sofreram o acidente, todos os entrevistados encontravam-se empregados, porém, nenhum deles encontrava-se trabalhando no momento em que ocorreu o acidente. Quanto à variável escolaridade, houve uma equivalência entre o ensino fundamental, completo ou incompleto e o ensino médio, completo ou incompleto. Em relação a variável renda familiar, a maioria possuía remuneração

menor que dois salários mínimos e nenhum dos entrevistados possuíam plano de saúde privado.

De acordo com Silva et al (2012), o perfil das vítimas de acidentes motociclísticos envolve predominantemente homens com baixo nível de instrução escolar, renda familiar baixa ou média e reduzido tempo de profissão. Uma pesquisa realizada por Greve et al (2013), mostra que 92% dos motociclistas acidentados eram do sexo masculino com idade média de 29 anos. Destes, 62% recebiam de um a três salários mínimos, 58% possuíam o ensino médio como nível de escolaridade, e 73% utilizavam a motocicleta apenas como meio de transporte e não de trabalho, corroborando assim com os resultados destas variáveis no presente estudo.

7.2 O percurso em busca a assistência à saúde

7.2.1 Eixo Temático: A Construção do Itinerário Terapêutico

Ao ocorrer um acidente, o socorro é normalmente realizado pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), um serviço pré-hospitalar móvel que visa à assistência imediata das vítimas que são encaminhadas para o atendimento pré-hospitalar fixo ou para os hospitais (MINAYO; DESLANDES, 2008).

“Veja só, eu sofri o acidente, né? Aí o SAMU me socorreu. Eu não lembro porque fiquei desmaiado, mas meu irmão me disse”.
KKAP/Belo Jardim-PE.

“Foi o SAMU [Que realizou o socorro] TSS/Agrestina-PE”.

“O SAMU me socorreu e me levou pra o Regional de Belo Jardim”.
JCBS/Tacaimbó-PE.

“Foi o SAMU aqui de Pesqueira mesmo [Que realizou o socorro].”
DAF/Pesqueira-PE.

“Foi o SAMU [Que realizou o socorro]”. MMS/Gravatá-PE.

Considerando que os acidentes de trânsito são uma importante causa da morbimortalidade brasileira e que suas consequências são eventos tempo-dependentes, nota-se a importância que o SAMU assume na prevenção de morbidades, sequelas e mortes causadas por urgências/emergências médicas (COELHO, 2013; DUARTE et al., 2008). O tempo gasto para execução dos primeiros procedimentos em casos graves interfere no prognóstico das vítimas de trauma, sendo as primeiras horas após o evento traumático apontadas como período de maior índice de mortalidade (LADEIRA; BARRETO, 2008; MINAYO; DESLANDES, 2008).

Nas entrevistas realizadas com os acidentados, pode-se perceber que após terem sido socorridas pelo SAMU, as vítimas em estudo foram direcionadas para unidades hospitalares da IV regional de saúde, antes de serem conduzidas ao Hospital da Restauração, na capital pernambucana:

“O SAMU me levou para o Hospital de Belo Jardim. [...] Quando eu cheguei lá me mandaram para o Regional de Caruaru. [...] Depois que fiz esses exames voltei pro Regional e de lá me mandaram pra Restauração do Recife.” KKAP/Belo Jardim-PE.

“Me trouxe pro hospital aqui de Gravatá mesmo [O SAMU]. Só que eu quebrei a perna em muitos lugares e quebrei a mão também. Aí eles me mandaram pra o Regional de Caruaru. [...] Aí me mandaram pra Recife [Para o Hospital da Restauração].” MMS/Gravatá-PE.

“O SAMU me socorreu e me levou pra o Regional de Belo Jardim. De lá me levaram pra o Regional de Caruaru [...] Me transfeririam pra Restauração.” JCBS/Tacaimbó-PE.

“De lá [local do acidente] o SAMU me levou pro Regional, aqui de Caruaru. Só que quando cheguei no hospital, me mandaram pro Recife, pra Restauração.” CST/Caruaru-PE.

“Me levou pra o Hospital aqui de Pesqueira. [...] É o Lídio Paraíba [O hospital para qual foi primariamente socorrido]. O médico me olhou, mas quando viu meu estado, me mandou logo pra Restauração.” DAF/Pesqueira-PE.

“Depois que o SAMU me socorreu, me levou pra um hospital aqui de Agrestina, mas ele é muito pequeno e não tinha suporte pra me receber, aí o SAMU me levou direto pra o Hospital da Restauração no Recife.” TSS/Agrestina-PE.

Segundo a Regulação Médica das Urgências, após a constatação do nível da urgência através da descrição do estado do paciente, o médico regulador do SAMU solicita apoio ao estabelecimento de saúde mais próximo do local do acidente. O direcionamento dos pacientes para estas unidades depende não somente da instituição ser ou não referência para os municípios, mas também da gravidade das lesões, da situação de saúde em que a vítima se encontra e da capacidade dos hospitais em recebê-las e atendê-las adequadamente, respeitando seus limites resolutivos (BRASIL, 2006).

7.2.2 Visualização do Itinerário Terapêutico

Legenda dos Itinerários terapêuticos construídos.

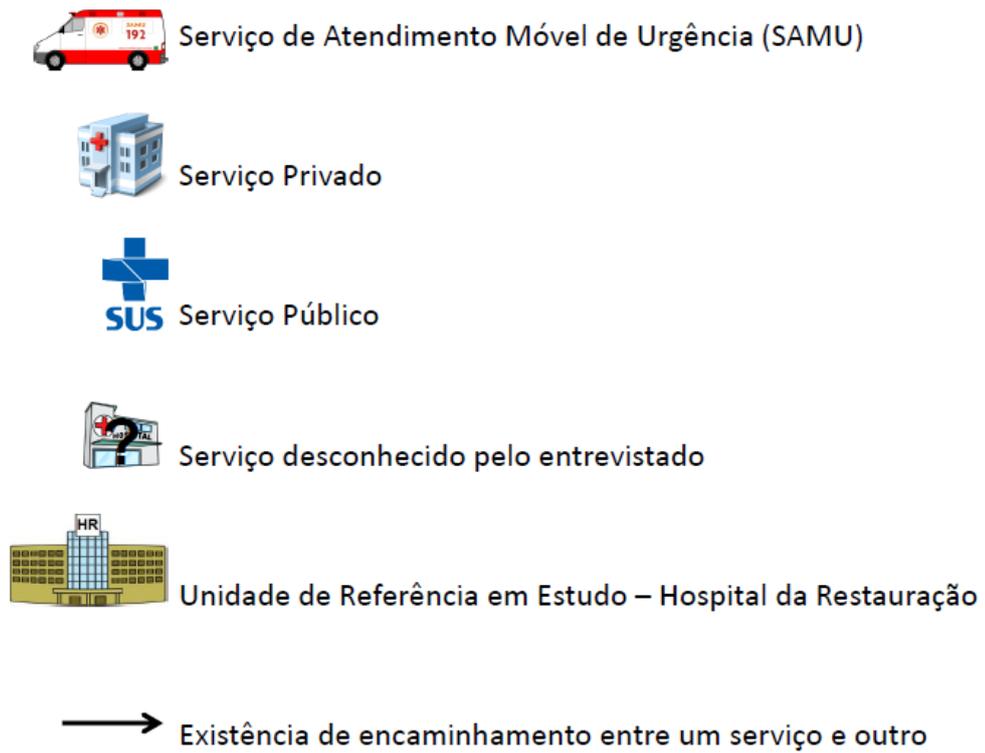
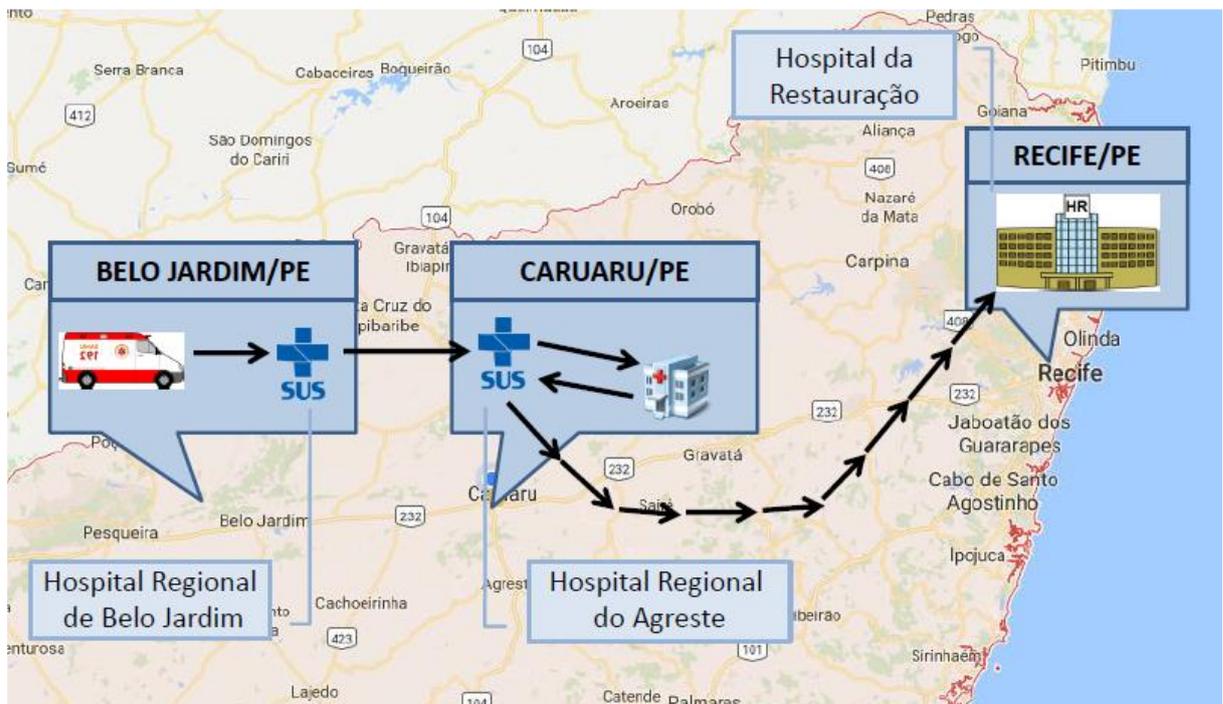
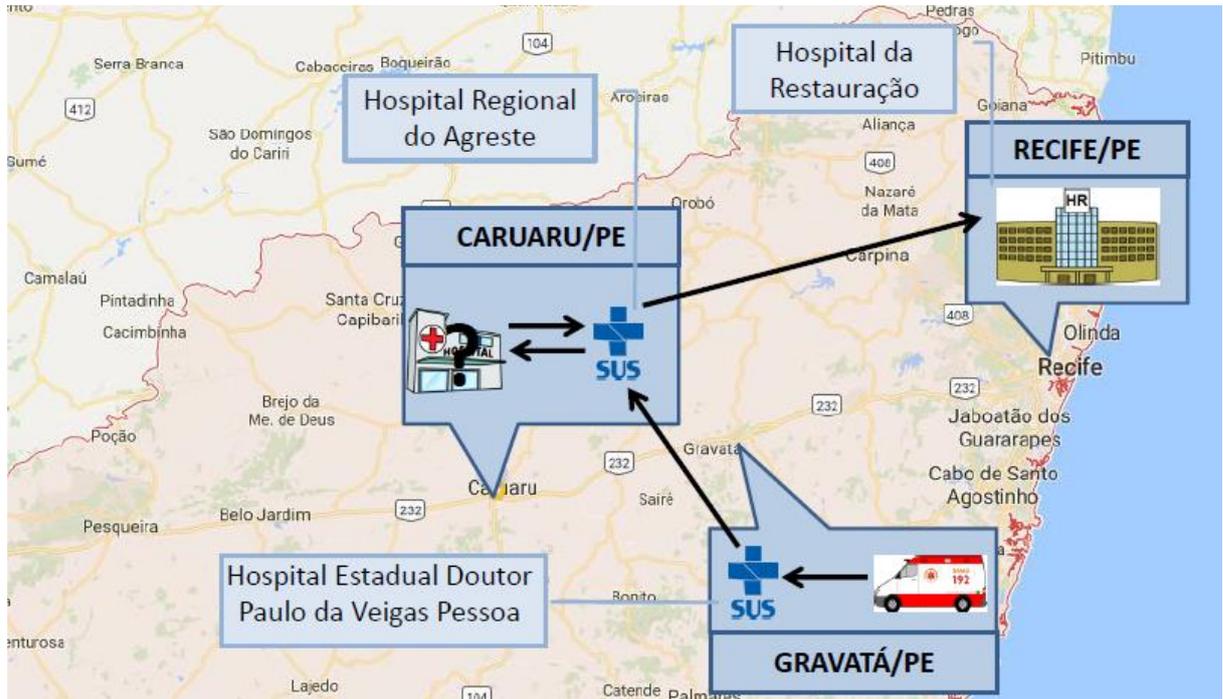


Figura 1 - Visualização do Itinerário Terapêutico do paciente KKAP. Pernambuco, 2017.



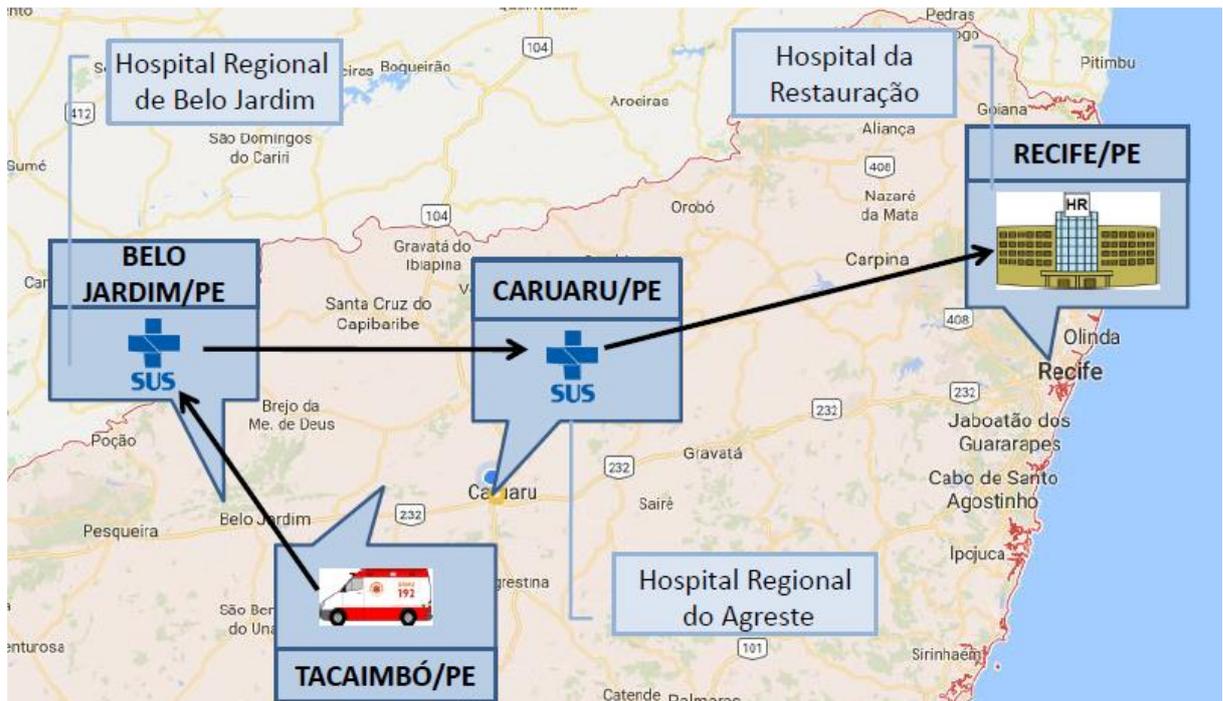
Fonte: Autor próprio.

Figura 2 - Visualização do Itinerário Terapêutico do paciente MMS. Pernambuco, 2017.



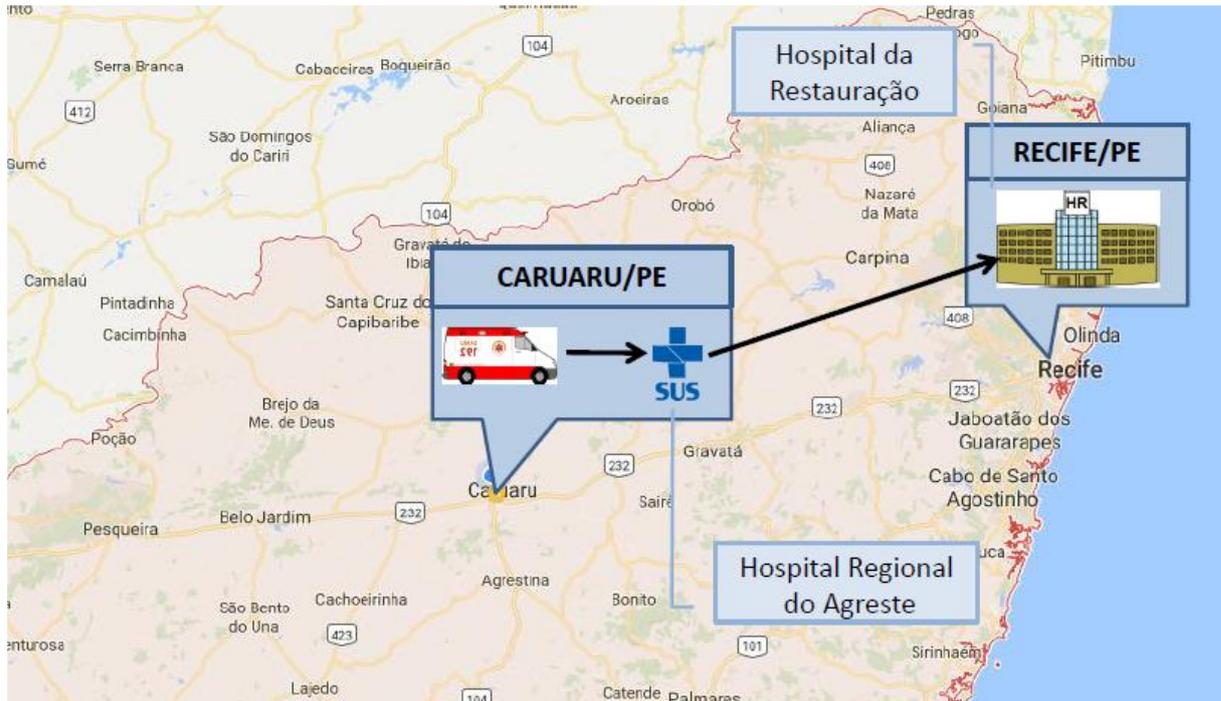
Fonte: Autor próprio.

Figura 3 - Visualização do Itinerário Terapêutico do paciente JCBS. Pernambuco, 2017.



Autor próprio.

Figura 6 - Visualização do Itinerário Terapêutico do paciente CST. Pernambuco, 2017.



Fonte: Autor próprio.

7.2.3 Eixo Temático: Aspectos que influenciaram o percurso na rede de atenção à saúde – Uma visão dos acidentados

7.2.3.1 Escassez de especialistas em hospitais regionais

De acordo com o Modelo Estadual de Regionalização da Assistência à Saúde, descrito no Plano Diretor de Regionalização de Pernambuco, os hospitais regionais deveriam ter como principal função a garantia do atendimento adequado e de qualidade aos problemas de saúde da população adscrita, já que são responsáveis por uma gama de serviços especializados como a assistência às situações de urgência e emergência de maior gravidade e aos grupos de risco. (DUBEUX; CARVALHO, 2009).

O Hospital Regional do Agreste Dr. Waldemiro Ferreira possui atendimento ambulatorial, hospitalar e de urgência e emergência, com atendimento contínuo de 24 horas/dia. A unidade é Tipo I em urgências e é referência em trauma para a macrorregião Caruaru (CNES, 2018). Apesar de ser um hospital regional de grande importância para oitenta e sete municípios, a unidade não possui neurocirurgião e neurologista em número suficiente em seu quadro de funcionários,

assim como os demais hospitais citados nas entrevistas (DUBEUX; CARVALHO, 2009).

Através dos entrevistados pôde-se detectar que a falta destes especialistas foi um fator determinante na transferência de alguns dos motociclistas acidentados em estudo, já que havia a necessidade do atendimento.

“Olhe minha filha, parece que no dia não tinha o neurocirurgião e nem o cirurgião de boca, aí me mandaram pra Recife porque era urgente meu caso”. KKAP/Belo Jardim-PE.

“Eu desmaiei e tava com sangramento no ouvido. Como no Regional não tinha neuro na hora, me mandaram pra Restauração”. TSS/Agrestina-PE.

Devido a falta do profissional no Hospital Regional do Agreste no momento das ocorrências, as vítimas tiveram que ser encaminhadas para a unidade de referência Estadual, o HR, localizado em Recife. Este não é um problema atual, já que em 2005, um estudo realizado por Dubeux e Carvalho (2009) abordou o problema da falta de profissionais em número suficiente nos hospitais regionais de Pernambuco, e ressaltou a escassez de neurocirurgiões e neurologistas em todo o estado.

A dificuldade na contratação de médicos neurocirurgiões e neurologistas no Sistema Único de Saúde foi destacada em pesquisas realizadas com gestores municipais e estaduais de saúde a respeito das demandas de especialidades médicas. Essa mesma dificuldade foi listada por dirigentes hospitalares que referem escassez destes especialistas no mercado de trabalho. Um dos estudos também revela que dentre as especialidades com piores tendências de déficits para 2020 está à neurologia (VALCÁRCEL; PÉREZ; VEJA, 2011).

Atualmente existem em Pernambuco cerca de 1, 78 neurocirurgiões e aproximadamente 5,48 neurologistas para cada 100 mil habitantes (CNES, 2018). Apesar destes números estarem aumentando ao longo dos anos, a carência destes especialistas ainda é regra em todo o país, a despeito do grande crescimento da morbimortalidade por causas externas (UFMG, 2009).

O Conselho Federal de Medicina (2014) chama atenção para a falta de profissionais e estrutura dos hospitais de referência regional em Urgência e Emergência, e sinaliza que seria fundamental que estes fossem realmente estruturados para atender a demanda de sua macrorregião, pois a resolução dos

problemas de saúde desta população evitaria o encaminhamento em massa de pacientes das cidades do interior para hospitais de referência estadual, evitando assim a superlotação e o completo esgotamento dessas unidades.

7.2.3.2 Superlotação em hospitais de Urgência e Emergência

As emergências hospitalares são serviços que funcionam 24 horas por dia e vem sendo constantemente procurados devido ao alto poder resolutivo, onde os pacientes tem acesso ao atendimento a qualquer hora do dia e saem da unidade com seus problemas rapidamente solucionados (BRASIL, 2002; DINIZ; FERREIRA, 2015; MENDONÇA; PINCERATI, 2016). Estes fatores fazem com que estes serviços funcionem como “portas-de-entrada” do sistema de saúde, acolhendo casos realmente de urgência, pacientes com quadros percebidos como urgências, pacientes desencaminhados da atenção primária e especializada, e as urgências sociais. Essa gama de demandas mistura-se nas unidades de urgência gerando a superlotação e causando um comprometimento na qualidade da assistência prestada à população (BITTENCOURT; HORTALE, 2009; BRASIL, 2002; DINIZ; FERREIRA, 2015).

A superlotação foi apontada como um dos motivos de transferência do acidentado, do Hospital Regional do Agreste para o Hospital da Restauração, como se pode observar no trecho descrito abaixo:

“Quando chegou lá [No Hospital Regional do Agreste/ Caruaru-PE] eles viram que eu tinha que fazer cirurgia de urgência, mas não tinha vaga, tava lotado. Aí me mandaram pra Recife”. MMS/Gravatá-PE.

Considerada um fenômeno mundial, a superlotação nos Serviços de Emergência Hospitalar (SEH) afeta a todo o sistema de saúde. A assistência à população brasileira nesses serviços ainda representa um quadro negativo, já que a superlotação transforma essa área numa das mais críticas do sistema de saúde (BITTENCOURT; HORTALE, 2009; DINIZ; FERREIRA, 2015; O'DWYER; OLIVEIRA; SETA, 2009).

No estudo realizado por Dubeux e Carvalho (2009), foi revelado alguns pontos que contribuem para a superlotação no HRA, como o fato da unidade possuir profissionais contratados em número insuficiente para sua demanda e uma limitação de espaço físico para quantidade de profissionais e pacientes que recebe diariamente. Além disso, os autores apontam que entre 11 regionais de saúde

(exceto a I GERES, Recife) a assistência às urgências e emergências clínicas na área de politraumatismo é restrita aos hospitais regionais de Caruaru e de Petrolina, o que compromete ainda mais o poder resolutivo da unidade.

De acordo com Weiss et al. (2004), a superlotação nos SEH são caracterizados por alguns indicadores como: 100% de ocupação dos leitos; pacientes nos corredores por causa da falta de leitos disponíveis; não recebimento de ambulâncias em razão da saturação operacional; sala de espera para consulta médica lotada; equipe do SEH no limite da exaustão; espera para atendimento médico superior a uma hora.

The American College of Emergency Physicians (2002) define a superlotação dos prontos-socorros (PS) como:

“Uma situação em que a necessidade identificada de serviços de emergência supera os recursos disponíveis na unidade. Essa situação ocorre nos prontos-socorros dos hospitais quando seus profissionais e leitos são insuficientes para atender o número de pacientes, o que provoca tempos de espera excessivos. A superlotação tipicamente envolve pacientes sendo atendidos em áreas que não são de tratamento (como corredores), enquanto aguardam leitos no PS ou na internação. A superlotação também pode envolver uma incapacidade para triar adequadamente os pacientes, o que faz com que grande número de pessoas fique na sala de espera em uma categoria qualquer de avaliação”.

Furtado et. al. (2004), relata que um dos agravantes para a superlotação nas unidades de alta complexidade é decorrente de demandas facilmente resolvidas na atenção básica. A pesquisa, realizada em um hospital geral de Pernambuco, constatou que 74,5% dos atendimentos que foram efetuados no serviço de Urgência e Emergência, deveriam ter sido realizados na atenção básica, uma vez que não se caracterizavam como urgências por se tratar de queixas típicas. Essa demanda excessiva de casos de atenção primária na rede de Urgência e Emergência além da superlotação gera a sobrecarga dos funcionários, onde, os casos que são realmente críticos e que necessitam do serviço de forma rápida, acabam sendo prejudicados.

A carga de trabalho dos plantonistas também é protagonista na falta de profissionais nas urgências. Segundo uma pesquisa da American Medical Association (AMA), 24% de médicos especialistas, incluindo aqueles da medicina de emergência, parou de prestar alguns serviços, como o cuidado de emergência e de trauma. Desses, 92% relataram que as pressões de responsabilidade foram

importantes em sua decisão de deixar de prestar esses serviços (RESOURCES, 2008).

Apesar de reconhecer o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência como um dos principais programas de saúde pública já implantado em benefício da assistência à população brasileira, o Conselho Federal de Medicina chama a atenção para a participação do SAMU na superlotação dos Hospitais de Urgência e Emergência. Segundo o CFM, quando o SAMU foi implantado o sistema de Urgência e Emergência Hospitalar já estava esgotado para o atendimento da demanda existente e o SAMU contribuiu com um aumento excepcional na demanda de pacientes extremamente graves para os hospitais de referência, o que fez explodir a crise do setor no Brasil. A partir disto, ficou ainda mais evidente a falta de profissionais de saúde no atendimento nos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência, a falta de regulação do sistema, de estrutura de centro cirúrgico para atender a demanda, de enfermarias, de leitos de retaguarda e leitos de UTI, fazendo com que os doentes não tenham garantidas pelo Estado as condições mínimas de assistência médica que lhes possibilitem chances reais de sobrevivência (CFM, 2014).

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo sobre itinerário terapêutico de motociclistas acidentados possibilitou obter um panorama do perfil das vítimas de acidentes de moto na IV Região de Saúde de Pernambuco. Através dos resultados obtidos constatou-se que todos os acidentados em estudo são adultos do sexo masculino, com idade entre 20 e 39 anos e renda familiar inferior a 2 salários mínimos.

O desenho do itinerário terapêutico se mostra como importante ferramenta para avaliar a qualidade dos serviços de saúde, bem como possibilitar detectar e corrigir falhas nas formas de organização dos serviços. A partir desse tipo de estudo foi possível identificar fragilidades no hospital de referência regional para 110 municípios do Estado. As transferências realizadas para o Hospital da Restauração Governador Paulo Guerra demonstram estreita relação com as principais limitações ressaltadas no Hospital Regional do Agreste, quer seja a carência de profissionais especializados, a resolutividade ou as condições estruturais necessárias à efetivação de um atendimento digno aos acidentados em estudo.

A insegurança de alguns dos entrevistados limitou o aprofundamento a cerca de como ocorreram os acidentes e impossibilitou uma discussão sobre os serviços de reabilitação utilizados no processo de recuperação das lesões provocadas pelos acidentes.

Os desafios da política nacional para melhorar as condições do Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência são inúmeros, porém são fundamentais para o fornecimento de um atendimento adequado às necessidades dos usuários, aumentando assim a chance de sobrevivência. Dessa forma, os subsídios gerados por esses resultados possibilitam os gestores obter maior conhecimento a cerca do perfil de motociclistas acidentados e da utilização e limitações dos serviços de um hospital da Rede de Urgência e Emergência.

É importante fomentar a realização de estudos sobre Itinerário terapêutico, pois estes vão muito além de redesenhar percursos e avaliar serviços de saúde, eles buscam conhecer a singularidade de cada indivíduo, a forma como a doença é compreendida, expressada e vivida pelos sujeitos a partir multiplicidade de caminhos e escolhas presentes nesse processo.

REFERÊNCIAS

AMERICAN COLLEGE OF EMERGENCY PHYSICIANS. **Responding to emergency department crowding: A guidebook for chapters.** A report of the crowding resources task force. Aug 2002. Disponível em <<http://www.acep.org/library/pdf/edCrowdingReport.pdf>>. Acesso em 24 de dezembro de 2017.

ANDRADE, S. S. C. A.; JORGE, M. H. P. M. Internações hospitalares por lesões decorrentes de acidente de transporte terrestre no Brasil, 2013: permanência e gastos. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, n. 1, p. 31 - 38, 2017.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DOS FABRICANTES DE MOTOCICLETAS, CICLOMOTORES, MOTONETAS E SIMILARES. **Dados do Setor.** Disponível em: <www.abraciclo.com.br>. Acesso em: 14 de março de 2018.

BITTENCOURT, R. J.; HORTALE, V. A. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 7, p.1439 - 1454, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 737 de 16 de maio de 2001. Institui a política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, 18 maio. 2001. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/comissao/acidentes_violencias2.htm>. Acesso em 12 de dezembro de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2048, De 5 De Novembro De 2002. Aprova O Regulamento Técnico Dos Sistemas Estaduais De Urgência E Emergência. **Diário Oficial da União**, Brasília, 12 nov. 2002. Seção1, p. 32-54.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Regulação médica das urgências / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 126 p.: il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/regulacao_medica_urgencias.pdf>. Acesso em: 13 de fevereiro de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção as Urgências e institui a Rede de Atenção as Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República**

Federativa do Brasil, Brasília, DF, 7 jul. 2011b. Disponível em: <<http://goo.gl/pZTLII>>. Acesso em: 15 de dezembro de 2017.

BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Conselho Nacional de Saúde. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília-DF.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 84 p. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf>. Acesso em: 20 de dezembro de 2017.

CABRAL, A. P. S.; SOUZA, W. V.; LIMA, M. L. C. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: Um observatório dos acidentes de transportes terrestre em nível local. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 14, n. 1, p. 3 – 14, 2011.

CABRAL, A. L. L. V.; MARTINEZ-HEMÁEZ, A.; ANDRADE, E. I. G.; CHERCHIGLIA, M. L. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.11, p. 4433 - 4442, 2011.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE. **Consulta Estabelecimento – Identificação**. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>>. Acesso em: 15 de janeiro de 2018.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE. **Extração de dados de profissionais**. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/pages/profissionais/extracao.jsp>> . Acesso em 14 de fevereiro de 2018.

CAMPOS, C. J. G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 57, n. 5, p. 611 – 614, 2004.

COELHO, J. G. A. M. **Acidentes de trânsito atendidos pelo SAMU/Olinda: perfil e distribuição espacial, 2009 a 2011**. 2015. 135 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2013.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS. **As mortes e as internações por acidentes de trânsito no Brasil de 2000 a 2010: o crescimento da frota brasileira de veículos e suas consequências.** Brasília, 2013.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1.451, de 10 de março de 1995. Estabelece nos Parágrafos I e II do Artigo I as definições para os conceitos de urgência e emergência, a serem adotadas na linguagem médica no Brasil. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 17 mar. 1995. Seção 1, p. 3666. Disponível em: <<http://goo.gl/g9JRpq>>. Acesso em 15 de dezembro de 2017.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 2.077, de 16 de setembro de 2014. Normatiza o funcionamento dos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência, bem como dimensiona a equipe médica desses locais e seu fluxo de trabalho. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 16 set. 2014. Disponível em: <<https://portal.cfm.org.br/images/PDF/resolucao2077.pdf>>. Acesso em 15 de janeiro de 2018.

CONSÓRCIO DE SEGURADORAS. Seguradora Líder. Administradora do Seguro de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre - DPVAT. **Relatório Anual Seguradora Líder-DPVAT 2017.** Disponível em: <<http://www.seguradoralider.com.br/Documents/Relatorio-Anual/Relatorio-Anual-Seguradora-Lider-DPVAT-2017.pdf>>. Acesso em: 12 de março de 2018.

DETRAN – PE. **1.7 - Frota registrada segundo o tipo.** Pernambuco, 1990 - Janeiro/2018. Disponível em: <http://www.detran.pe.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=36&Itemid=72>. Acesso em: 15 de março de 2018.

DINIZ, J. S.; FERREIRA, K. S. **Superlotação Nos Serviços Hospitalares De Urgência.** Artigo para obtenção de título de Bacharel em Enfermagem na Universidade Tiradentes. Aracajú, 2015. 23f.

DUBEUX, L. S.; CARVALHO, E. F. Caracterização da oferta de serviços especializados em hospitais de referência regional: uma contribuição para a regionalização da assistência à saúde no SUS. **Revista Brasileira de Saúde Materna e Infantil**, n. 9, v. 4, p. 467 – 476, 2009.

DUARTE, E. C. et al. As violências e os acidentes como problema de saúde pública: marcos das políticas públicas e a evolução da morbimortalidade durante os 20 anos do SUS. In: BRASIL. Secretaria de vigilância em saúde. **Saúde Brasil 2008: 20 anos**

de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. p. 311-336.

FURTADO, B. M. A. S. M.; ARAÚJO JR, J. L. C.; CAVALCANTI, P. O perfil da emergência do Hospital da Restauração: uma análise dos possíveis impactos após a municipalização dos serviços de saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 279 - 289, 2004.

GREVE, J. M. D'A., et al. **Causas de acidentes com motociclistas**. Medicina USP, São Paulo, 2013.

GOLIAS, A. R. C.; CAETANO, R. Acidentes entre motocicletas: análise dos casos ocorridos no estado do Paraná entre julho de 2010 e junho de 2011. **Ciênc. saúde coletiva**, vol.18, n. 5, p. 1235 - 1246, 2013.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Estimativa dos Custos dos Acidentes de Trânsito no Brasil com Base na Atualização Simplificada das Pesquisas Anteriores do Ipea** – Relatório de Pesquisa. Brasília, IPEA, 2015.

Disponível em:

<http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7456/1/RP_Estimativa_2015.pdf>.

Acesso em 24 de março de 2017.

JARDIM, V.; MELLO JORGE, M. Traumas de coluna ocasionados por acidentes de transporte. **Revista ABRAMET**, v. 27, p. 48 – 56, 2009.

LADEIRA, R. M.; BARRETO, S. M. Fatores associados ao uso de serviço de atenção pré-hospitalar por vítimas de acidentes de trânsito. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 287 – 284, 2008.

LAW, T. H.; NOLAND, R. B.; EVANS, A. W. Factors associated with the relationship between motorcycle deaths and economic growth. **Accident Analysis & Prevention**. v. 41, n. 2, p. 234-40, 2009.

MALTA, D. C., et al. Consumo de bebidas alcoólicas e direção de veículos nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, segundo dois inquéritos nacionais de saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, n. 2, p. 2014 – 223, 2015.

MÂNGIA, E. F.; MURAMOTO, M. T. Itinerários terapêuticos e construção de projetos terapêuticos cuidadores. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 19, n. 3, p. 176 - 182, 2008.

MARTINS, S. **Acidentes de trânsito em Campo Grande, MS: Perspectiva de vítimas.** 2016. 35f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste) – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Campo Grande, 2016.

MATTOSINHO, M. M. S.; SILVA, D. M. G. V. Itinerário terapêutico do adolescente com diabetes mellitus tipo 1 e seus Familiares. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, n. 6, 2007.

MELLO JORGE, M. H. P.; KOIZUMI, M. S. **Acidentes de trânsito no Brasil: um atlas de sua distribuição.** São Paulo: ABRAMET, 2007.

MENDONÇA, G. H. N.; PINCERATI, C. L. A. **A superlotação no serviço de urgência e emergência: visão dos usuários.** 2016. Disponível em <<https://cepein.femanet.com.br/BDigital/arqPics/1211370358P673.pdf>>. Acesso em 23 de dezembro de 2017.

MINAYO, M. S. C (Org). **A análise de dados em pesquisa qualitativa.** In: Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 21. ed. Petrópolis: Vozes, p. 77, 2002.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. Análise da implantação do sistema de atendimento pré-hospitalar móvel em cinco capitais brasileiras. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 1877 - 1886, 2008.

Ministério da Saúde/ Departamento de Informática do SUS - DATASUS [homepage na internet]. Óbitos por causas externas Pernambuco. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/ext10PE.def>>. Acesso em: 14 de março de 2018.

MORAIS NETO, O. L., et al. Mortalidade por Acidentes de Transporte Terrestre no Brasil na última década: tendência e aglomerados de risco. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 9, p. 2223 - 2236, 2012.

MOURA, I. M. S. **Perfil dos pacientes vítimas de acidentes de trânsito assistidos em um Hospital do Agreste de Pernambuco.** 2010. 41 f. Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

O'DWYER, G. O.; OLIVEIRA, S. P.; SETA, M. H. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 5, p. 1881-1890, 2009.

OMS - Organização Mundial da Saúde. **Década de Ação pela Segurança no Trânsito (2011-2020)**. 2016. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/campanha/seguranca-transito/>>. Acesso em 15 de fevereiro de 2018.

Organização Pan-americana de Saúde/Organização Mundial da Saúde. **OMS: Brasil é o país com maior número de mortes de trânsito por habitante da América do Sul**. 2018. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/oms-brasil-e-o-pais-com-maior-numero-de-mortes-de-transito-por-habitante-da-america-do-sul/>>. Acesso em: 15 de fevereiro de 2018.

PARREIRA, J. G.; GREGORUT, F.; PERLINGEIRO, J. A. G.; SOLDA, S. C.; ASSEF, C. Comparative analysis of injuries observed in motorcycle riders involved in traffic accidents and victims of other blunt trauma mechanisms. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 58, n. 1, p. 76 - 81, 2012.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Notícias. **Unidades de saúde aprimoram notificação para reduzir incidência** [internet]. 2009. Disponível em: <<http://portal.saude.pe.gov.br/noticias/unidades-de-saude-aprimoram-notificacao-para-reduzir-incidencia>>. Acesso em 15 de março de 2018.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Núcleo de Epidemiologia. Relatório das Unidades Sentinelas dos Hospitais Pernambucanos sobre Acidentes de Transporte. Recife, 2010a.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde; Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde; Diretoria Geral de Promoção, Monitoramento e Avaliação da Situação de Saúde. **O problema dos acidentes de transporte terrestre em Pernambuco**, 2010b.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde; Secretaria Executiva de Atenção a Saúde; **Hospital da Restauração** [internet]. Disponível em: <<http://portal.saude.pe.gov.br/unidades-de-saude-e-servicos/secretaria-executiva-de-atencao-saude/hospital-da-restauracao>>. Acesso em 14 de novembro de 2017.

POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO. Secretaria de Atenção a Saúde. **Política Nacional de Humanização: HumanizaSUS: gestão participativa: cogestão**. 2. ed. rev. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. 20 p. (Serie B. Textos Básicos de

Saúde). Disponível em: <<http://goo.gl/5c27kw>>. Acesso em: 16 de dezembro de 2017.

REICHENHEIM, M. E., et al. Violência e lesões no Brasil: efeitos, avanços alcançados e desafios futuros. **The Lancet**, v. 6736, n. 11, p. 75 – 89, 2011.

RESOURCES, J. C. **Gerenciando o fluxo de pacientes: estratégias e soluções para lidar com a superlotação hospitalar**. Porto Alegre: Editora Artmed. 2ª Edição. 2008.

RODRIGUES, C. L.; ARMOND, J. E.; GORIOS, C.; SOUZA, P. C. Accidents involving motorcyclists and cyclists in the municipality of São Paulo: characterization and trends. **Revista Brasileira de Ortopedia**, v. 49, n. 6, p. 602 – 606, 2014.

SANTOS, P. D. A. **Avaliação do impacto da lei seca sobre a mortalidade por acidente de trânsito automotivo na região metropolitana do Recife**. 2016. 39f. Dissertação (Mestrado em Economia) – Universidade Federal de Pernambuco. Caruaru, 2016.

SANTOS, M. E. S. M.; SILVA, E. K. P.; ROCHA, W. B. S. S.; VASCONCELOS, J. M. Perfil epidemiológico das vítimas de traumas faciais causados por acidentes motociclísticos. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial**, v. 16, n. 1, p. 29 - 38, 2016.

SENADO FEDERAL. Explosão de motos e mortes. **Revista de audiência públicas do Senado Federal**, v. 3, n. 13, 2012. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/NOTICIAS/JORNAL/EMDISCUSSAO/upload/201204%20-%20novembro/pdf/em%20discuss%C3%A3o!_novembro_2012_internet.pdf>. Acesso em: 22 de janeiro de 2018.

SILVA, D. C., et al. Itinerário terapêutico: tendência em teses e dissertações da enfermagem no Brasil. **Saúde (Santa Maria)**, v. 40, n. 1, p. 21 - 30, 2014.

SILVA, D. G. V., et al. Pessoas com Diabetes Mellitus: suas escolhas de cuidados e tratamentos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 3, p. 297-302, 2006.

SILVA, D. W., et al. Factors Associated with Road Accidents among Brazilian Motorcycle Couriers. **The ScientificWorld Journal**, v. 2012, 2012.

SOARES, F. H. C. **Custos diretos dos acidentes por motocicleta em um hospital de trauma. Setembro de 2011 a agosto de 2012.** 2013. 68f. Dissertação (Mestrado em Avaliação em Saúde) – Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, 2013.

SOUTO, C. C.; REIS, F. K. W.; BERTOLINI, R. P. T.; LINS, R. S. M. A.; SOUZA, S. L. B. Perfil das vítimas de acidentes de transporte terrestre relacionados ao trabalho em unidades de saúde sentinelas de Pernambuco, 2012 – 2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 25, n. 2, p. 351 - 361, 2016.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Faculdade de Medicina, Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. **Avaliação nacional da demanda de médicos especialistas percebida pelos gestores de saúde.** Belo Horizonte: 2009. 83 p. Disponível em: < <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2466.pdf>>. Acesso em: 14 de fevereiro de 2018.

VALCÁRCEL, B. G. L.; PÉREZ, P. B.; VEJA, R. S. **Oferta, demanda e necessidade de médicos especialistas no Brasil: Projeções para 2020.** 2011. Disponível em: <<http://www.sbmfc.org.br/media/file/texto24.pdf>>. Acesso em: 14 de fevereiro de 2018.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da violência 2013: Acidentes de Trânsito e Motocicletas.** Centro de Estudos Latino-Americanos, 2013. 96 p.

WEISS, S. J.; DERLET, R.; ARNDAHL, J.; ERNST, A. A.; RICHARDS, J.; FERNÁNDEZ-FRACKELTON, M. et al. Estimating the degree of emergency department overcrowding in Academic Medical Center: results of the National ED Overcrowding Study (NEDOCS). **Academic Emergency Medicine**, v. 11, p. 38 - 50, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The top 10 causes of death.** 2010. Disponível em <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/index1.html>>. Acesso em: 25 de março de 2017.

APÊNDICE A – Roteiro da Entrevista

Número da entrevista: _____

Iniciais do entrevistado: _____

Data da entrevista: _____

1. Idade: _____
2. Cor da pele autorreferida: _____
3. Escolaridade: _____
4. Data do acidente _____
5. Como ocorreu o acidente (caracterizar o acidente e analisar aspectos que contribuíram para que ele ocorresse)? _____
6. Que serviços de saúde você percorreu quando sofreu o acidente (Descrever desde o resgate e atendimento inicial até chegar à unidade de referência. Buscar diferenciar o atendimento no setor público e privado)? _____
7. Em sua opinião, quais foram os fatores que contribuíram para o percurso realizado em busca da assistência? _____

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, Isabella Nayara Santos Silva, residente em Saúde Coletiva com Ênfase em Gestão de Redes de Saúde pela Escola de Governo de Saúde Pública de Pernambuco, gostaria de convidá-lo (a) a participar da pesquisa: ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE MOTOCICLISTAS ACIDENTADOS.

O acidente de transporte com motocicletas tem se tornado cada vez mais comum nas cidades e oferece ao condutor um maior risco de sofrer este tipo de acidente durante o trabalho demandando por atendimento de saúde.

Esta pesquisa tem como objetivo conhecer o itinerário terapêutico de motociclistas que sofreram acidentes, ou seja, a trajetória de atendimentos e cuidados com o restabelecimento da saúde após o acidente.

A sua participação não é obrigatória e você pode desistir e retirar seu consentimento a qualquer momento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo na relação com os membros da pesquisa ou com a equipe de saúde.

Caso deseje participar, apenas pediremos que você responda a algumas perguntas, onde você poderá responder livremente. Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária.

Todas as informações obtidas são confidenciais e sigilosas. Será preservada a sua identidade e seu nome não será divulgado. Todos os preceitos éticos, de anonimato, sigilo e guarda das informações, serão seguidos conforme Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa.

Você receberá uma cópia deste termo, onde consta o telefone e endereço do pesquisador responsável, para que possa entrar em contato caso haja alguma dúvida sobre a sua participação no estudo.

APÊNDICE C – CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO

Eu, _____, portador do RG _____, após leitura (ou escuta da leitura) deste documento e após ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador para esclarecer as minhas dúvidas, acredito estar suficientemente informado sobre o objetivo e os procedimentos da pesquisa: ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE MOTOCICLISTAS ACIDENTADOS. Estou ciente de que minha participação é voluntária, que posso retirar meu consentimento a qualquer momento no decorrer da pesquisa e que será preservada a confidencialidade das informações.

Diante do exposto, expresso minha concordância espontânea em participar deste estudo.

Assinatura do pesquisado

Assinatura da testemunha 1

Assinatura da testemunha 2

Recife, ____/____/____.

ANEXO A – Carta de Anuência



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos o (a) pesquisador (a) Isabella Nayara Santos Silva a desenvolver o seu projeto de pesquisa Itinerário Terapêutico de Motociclistas Acidentados, que está sob a coordenação/orientação do (a) Prof. (a) Albanita Gomes da Costa de Ceballos cujo objetivo é conhecer o itinerário terapêutico de motociclistas vítimas de acidentes de trânsito atendidos no Hospital da Restauração Governador Paulo Guerra, no Recife.

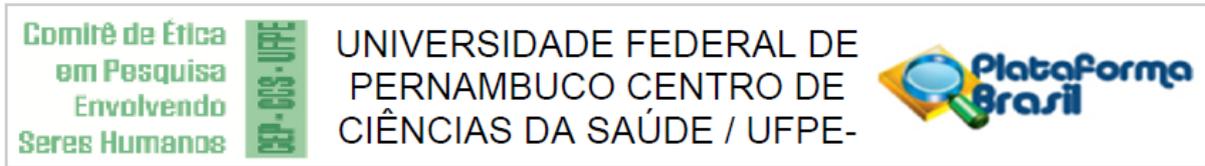
Esta autorização está condicionada ao cumprimento dos pesquisadores aos requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares, comprometendo-se os mesmos a utilizarem os dados pessoais dos sujeitos da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Antes de iniciar a coleta de dados os pesquisadores deverão apresentar a esta instituição o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

Recife, ____ / ____ / ____.

Nome/assinatura e **carimbo** do responsável onde a pesquisa será realizada

ANEXO B - Parecer Consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: FATORES RELACIONADOS AOS ACIDENTES DE TRABALHO COM MOTOCICLISTA EM PERNAMBUCO

Pesquisador: Washington José dos Santos

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 53093116.0.0000.5208

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.445.380

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa de Washington José dos Santos, aluno do Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva-CCS-UFPE, sob orientação da professora Dra. Albanita Gomes da Costa de Ceballos. É um estudo quantitativo, do tipo exploratório e transversal, a ser realizado no Hospital da Restauração-PE. Os dados serão coletados no setor de traumatologia, através de questionário elaborado pelos próprios pesquisadores contendo variáveis sócio-demográficas, comportamentais, ocupacionais, saúde mental, condições das vias de trânsito e do acidente. Os dados sobre saúde mental serão coletados utilizando um questionário já validado SRQ-20. Análise dos dados será realizada pelo programa IBM SPSS versão 20.0. Inicialmente serão realizadas análises descritivas das variáveis e depois bivariada, calculando razão de prevalência e o intervalo de confiança de 95% para associação entre acidentes de moto e variáveis preditoras. Ainda será feita uma comparação entre dois grupos: de acidentados por acidentes de trabalho (típico ou de trajeto) e o

de acidentados não trabalhadores, para análise das razões de prevalências entre eles.

Crítérios de Inclusão: motociclistas internados no setor de traumatologia do HR que tenham 18 ou mais anos, admitidos no dia de início da pesquisa até o último dia dela.

Crítérios de Exclusão: Condutores internados menores de 18 anos, pacientes que apresentarem

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS

Bairro: Cidade Universitária

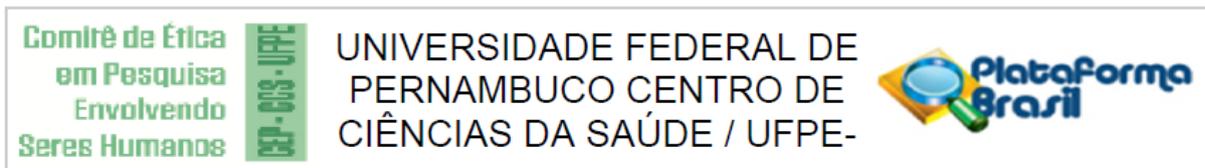
CEP: 50.740-600

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2126-8588

E-mail: cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 1.445.380

algum nível de consciência alterado que impeça responder ao questionário, aqueles pacientes que apresentarem pontuação na escala de coma de Glasgow de moderado a grave que é de 12 a 3 (A pontuação da escala vai de 15 a 3. Os pacientes que não estiverem em condições físicas de assinar o termo de consentimento ou que não seja possível recolher a impressão digital caso concordem participar e nem apresentar acompanhante, nos momentos em que os entrevistados forem aplicar os questionários e por fim aqueles condutores que deram entradas antes do dia de início de coleta de dados.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Analisar os fatores associados aos acidentes de trabalho com motociclistas internados no Hospital da Restauração

Objetivos Secundários:

- Descrever as características sócio-demográficas, comportamentos, fatores ocupacionais e condições do acidente dos motociclistas acidentados;
- Identificar a associação entre acidentes de trabalho em mototaxistas e motoboys e fatores sociodemográficos e comportamentais; Observar a condição de saúde mental entre motociclistas trabalhadores de motos e os não trabalhadores acidentados;
- Analisar a prevalência das variáveis entre os grupos: trabalhadores de moto e o grupo não trabalhadores de moto, em relação aos fatores sociodemográficos, comportamentais, ocupacionais, condições das vias e saúde mental.

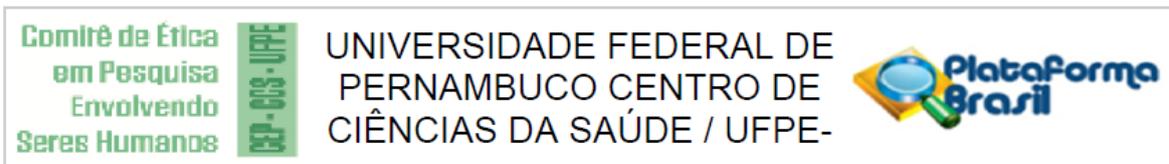
Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O pesquisador refere possível constrangimento ou não entendimento dos entrevistados com alguma das perguntas do questionário. Para minimizar os riscos, as entrevistas serão feitas, em ambiente reservado e de forma individual e os pesquisadores repetirão quantas vezes forem necessárias as questões nas quais haja dúvidas ou não entendimento por parte dos entrevistados. Como benefício refere o conhecimento do perfil dos motociclistas acidentados internados no HR, os municípios e órgãos de cuidado a saúde do trabalhador do Estado de Pernambuco, como o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), poderão pensar em intervenções para planejamento visando à proteção e cuidado com esta categoria de motoristas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante, dada a magnitude do problema em termos de consequências sociais e de gastos públicos com a assistência às vítimas de tais acidentes.

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 1.445.380

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou todos os Termos exigidos pela Res. 466/12

Recomendações:

Sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

As exigências foram atendidas e o protocolo está APROVADO, sendo liberado para o início da coleta de dados. Informamos que a APROVAÇÃO DEFINITIVA do projeto só será dada após o envio do Relatório Final da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final para enviá-lo via "Notificação", pela Plataforma Brasil. Siga as instruções do link "Para enviar Relatório Final", disponível no site do CEP/CCS/UFPE. Após apreciação desse relatório, o CEP emitirá novo Parecer Consubstanciado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil.

Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada neste protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao voluntário participante (item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de EMENDA ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Para projetos com mais de um ano de execução, é obrigatório que o pesquisador responsável pelo Protocolo de Pesquisa apresente a este Comitê de Ética relatórios parciais das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). O CEP/CCS/UFPE deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do/a pesquisador/a assegurar todas as medidas imediatas e adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda, enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
----------------	---------	----------	-------	----------

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br

Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Serres Humanos		UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-	
--	---	---	---

Continuação do Parecer: 1.445.380

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_658478.pdf	08/03/2016 11:11:14		Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	Cartarespostaapendencias.docx	08/03/2016 11:08:24	Washington José dos Santos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEcorrigido.docx	08/03/2016 11:05:05	Washington José dos Santos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	WashingtonprojetoCEPversaocorrigida.doc	08/03/2016 11:04:15	Washington José dos Santos	Aceito
Outros	curriculowashington.docx	08/02/2016 17:56:22	Washington José dos Santos	Aceito
Outros	curriculoalbanita.docx	08/02/2016 17:55:51	Washington José dos Santos	Aceito
Outros	questionarioacidentes.docx	08/02/2016 17:55:06	Washington José dos Santos	Aceito
Outros	CartaAnuenciaHR.pdf	02/02/2016 12:20:11	Washington José dos Santos	Aceito
Folha de Rosto	FolhaRosto.pdf	02/02/2016 12:17:16	Washington José dos Santos	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 10 de Março de 2016

Assinado por:
LUCIANO TAVARES MONTENEGRO
(Coordenador)

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600 UF: PE Município: RECIFE Telefone: (81)2126-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br
