

C. 66757
n. 13531629/04

2.0

Universidade Federal do Ceará
Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem
Departamento de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Doutorado

Augediva Maria Jucá Pordeus

**CUSTO SOCIAL DAS INCAPACIDADES POR
ACIDENTES DE TRÂNSITO EM FORTALEZA**

[Faint handwritten notes]

Fortaleza
2004

Augediva Maria Jucá Pordeus

**CUSTO SOCIAL DAS INCAPACIDADES POR
ACIDENTES DE TRÂNSITO EM FORTALEZA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem. Linha de Pesquisa: Enfermagem e Estudos Teóricos e Históricos das Práticas de Saúde.

Orientadora:
Prof^ª. Dr^ª. Maria de Nazaré de Oliveira Fraga

Fortaleza
2004

P871c Pordeus, Augediva Maria Jucá

Custo social das incapacidades por acidentes de trânsito em Fortaleza / Augediva Maria Jucá Pordeus. – Fortaleza, 2004

178f.: il.

Orientadora: Profa. Dra. Maria de Nazaré de Oliveira Fraga

Tese (Doutorado). Universidade Federal do Ceará. Departamento de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

1. Acidente de trânsito. 2. Incapacidade – Custo social. I. Título

CDD 363.125

AUGEDIVA MARIA JUCÁ PORDEUS

CUSTO SOCIAL DAS INCAPACIDADES POR ACIDENTES DE TRÂNSITO EM FORTALEZA

Tese aprovada como requisito parcial para obtenção do título de doutor no Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, pela Comissão formada pelos professores:

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria de Nazaré de Oliveira Fraga
Programa de Pós-graduação / Departamento de Enfermagem / UFC

Prof. Dr. Marcelo Gurgel Carlos da Silva
Centro de Ciências da Saúde – Programa de Pós-graduação / UECE

Prof^a. Dr^a. Violante Augusta Batista de Braga
Programa de Pós-graduação/Departamento de Enfermagem / UFC

Prof^a. Dr^a. Maria Josefina da Silva
Programa de Pós-graduação/Departamento de Enfermagem / UFC

Prof^a. Dr^a. Luisa Jane Eyre de Sousa Vieira
Centro de Ciências da Saúde – Programa de Pós-graduação / UNIFOR

Fortaleza, 31 de março de 2004

Dedicatória

A Deus, por sempre ter iluminado a minha existência.

Ao povo brasileiro, que com seu trabalho contribuiu para minha formação acadêmica.

Às vítimas de acidente de trânsito, pela determinação no restabelecimento da saúde, esperança e alegria de viver.

Aos meus pais, pela educação pautada nos princípios da moral, justiça e amor ao próximo (in memoriam).

Aos meus irmãos, pelo carinho e apoio recebido em todos os momentos.

Ao Néstor, meu amor e admiração.

[...] talvez não tenhamos conseguido fazer o melhor, mas lutamos para que o melhor fosse feito [...] não somos o que deveríamos ser, mas somos o que iremos ser. Mas graças a Deus, não somos o que éramos.

(Martin Luther King)

AGRADECIMENTOS

A realização deste trabalho só foi possível graças à contribuição de algumas instituições e pessoas, entre as quais devo sinceros agradecimentos.

À Universidade de Fortaleza pelo apoio e incentivo recebidos.

À Secretaria da Saúde do Estado do Ceará pelo apoio técnico e liberação de minhas atividades no Núcleo de Epidemiologia

À Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará pela oportunidade que me proporcionou para realização do Curso de Doutorado em Enfermagem.

À Prof.^a Dr.^a Maria de Nazaré de Oliveira Fraga que aceitou o desafio de orientar este trabalho, pela sua competência, sabedoria, ensinamentos e amizade.

Ao Prof. Dr. Paulo César de Almeida, co-orientador deste trabalho, pela atenção, amizade, competência e ensinamentos de bioestatística recebidos.

Aos membros da banca examinadora por contribuírem para o aprimoramento do nosso trabalho.

Aos coordenadores das clínicas de reabilitação, aos fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais pela acessibilidade e disponibilidade recebidas.

Às acadêmicas de enfermagem e fisioterapia Thais, Fabíola e Ana Patrícia pela colaboração na coleta de dados.

Aos digitadores Stefano e Jeane pela disponibilidade e profissionalismo.

Às muitas pessoas que deixaram de ser mencionadas, mas que contribuíram para tornar este estudo uma realidade.

RESUMO

As incapacidades por acidentes de trânsito e suas conseqüências na vida das pessoas, constituem uma problemática pouco conhecida. Partindo do pressuposto de que são elevados os custos sociais destas incapacidades, tentou-se dimensioná-las. Foi realizado um estudo de corte transversal em 16 clínicas de reabilitação, oito da Rede SUS e oito particulares, localizadas em doze bairros de Fortaleza, nas quais, em um período de três meses, foi aplicado um formulário de coleta de dados a 221 vítimas de acidentes de trânsito que se encontravam realizando fisioterapia. Constatou-se que os adultos jovens, do sexo masculino, casados ou em união consensual, com renda entre um e três salários mínimos, foram os mais atendidos nas clínicas estudadas, com destaque para os motociclistas, pedestres e ciclistas, por número de ocorrências. Cerca de um terço recebeu atendimento pré-hospitalar por grupo especializado. Foram hospitalizados 81,4% das vítimas estudadas, por um tempo médio de 24,2 dias para os pacientes das clínicas da Rede SUS e de 10,2 dias para os das particulares. Os custos sociais diretos, caracterizados pelos gastos com diagnóstico, tratamento e reabilitação foram elevados. Estimou-se um custo de atendimento pré-hospitalar de R\$ 34.048,00, enquanto o da assistência hospitalar foi de cerca de R\$ 8.565.840,00 e de R\$ 26.445,00 para os que receberam atendimento de emergência. Das vítimas internadas, 86,7% foram submetidas à intervenção cirúrgica e 79,5% destas tiveram prótese implantada. A hospitalização foi estatisticamente significativa para o socorro recebido por grupo especializado ($p < 0,0001$). Além da prótese, 78,2% utilizaram órtese. Até o momento da coleta de dados, as pessoas estudadas já tinham recebido, em média, 8,2 consultas médicas, participando de 41 sessões de fisioterapia e 64 de terapia ocupacional. O custo dessa assistência para os pacientes dos dois sistemas de atenção à saúde foi, em média, de R\$ 56.475,28. A chance dos participantes que foram hospitalizados de permanecer por tempo ≥ 15 dias em tratamento fisioterápico foi 2,25 vezes maior (I.C._{95%} 1,28 a 3,96). Os custos sociais indiretos também foram elevados, após o acidente, 97,3% tendo referido restrição temporária para as atividades da vida diária e 43,9% admitido terem ficado com alguma restrição permanente. O tempo médio de restrição foi de 136 dias. Cerca de 83% das vítimas ficaram sem trabalhar ou estudar e, no momento da coleta de dados, 60,2% ainda estavam sem trabalhar ou estudar. As repercussões financeiras pessoal e familiar do acidente, foram consideradas grandes, por cerca de 33% das vítimas, enquanto as 67,0% restantes referiram como regular, pouca, ou inexistente. A maioria, 92,3%, necessitou de assistência pessoal após o acidente, e essa necessidade interferiu em 27,1% e 31,2%, no relacionamento e na dinâmica de suas famílias, respectivamente. As dificuldades para participação de atividades sociais foi declarada por 45,7% como muita, regular e pouca por cerca de 24,0% enquanto 30,3% disseram não ter tido nenhuma dificuldade. Os resultados obtidos mostraram proximidade com as informações de que são elevados os custos sociais dos acidentes de trânsito, sendo descortinada uma realidade antes desconhecida no universo pesquisado. O conhecimento produzido sobre as incapacidades por acidentes de trânsito deverá ser revertido em políticas públicas que visem à prevenção, à promoção da saúde. Propõe-se a implantação de um sistema de vigilância epidemiológica de acidentes e violências nas clínicas de reabilitação de Fortaleza, para tornar possível o acompanhamento desses agravos.

ABSTRACT

Disabilities because of traffic accidents and their consequences on people's life, are a little known issue. Beginning on the assumption that social costs of these disabilities are high, an attempt was made to evaluate them. A transverse cut study was made on 16 rehabilitation clinics, eight belonging to the SUS Net and eight private, located in 12 neighborhoods of Fortaleza, on which, in a three month period, a data gathering form was applied on 221 victims of traffic accidents, who were undergoing physiotherapy. It was verified, that young male adults, married or in an informal union, with an income between one and three minimal salaries, where the most frequently assisted ones, on the clinics under study, and among those ones, the more noticeable, were pedestrians and bicycle drivers, by number of cases. About one third received pre-hospitalary assistance by a specialized team. 81.4% of victims under study where hospitalized, by an average time of 24.2 days for patients of clinics belonging to the SUS Net and 10.2 days for private clinics. Direct social costs, distinguished by expenses with diagnostics, treatment and rehabilitation, where high. The cost of pre-hospital assistance was estimated as R\$ 34,048.00, while that of hospital assistance was as well estimated as about R\$ 8,565,840.00 , and of R\$ 26,445.00 for those who received emergency assistance. 86.7% of victims undergoing hospitalization were submitted to surgery, and 79.5% of these had a prosthesis implanted. Hospitalization was statistically significant for emergency aid received from a specialized team ($p < 0,001$). Besides prosthesis, 78.2% used orthosis. Up to the moment of data gathering, people under study had already received an average of 8.2 medical consults, taking part of 41 sessions of physiotherapy and 64 of labour therapy. The cost of that assistance, for patients of both assistance systems, was an average of R\$ 56,475.28. The chance of participants who were hospitalized, to remain under physiotherapeutic treatment, for a time ≥ 15 days was 2.25 times higher (confidence interval_{95%} 1.28 to 3.96). Indirect social costs were also high; after the accident, 97.3% said to have temporary restriction for daily activities and 43.9% admitted they had remained with some permanent restriction. The mean restriction time was 136 days. About 83% of victims remained without working or studying and, at the moment of data gathering, 60.2% were still not working or studying. Financial impact on person and family from the accident was considered as big by about 33% of victims, and for the remaining 67.0% it was regular, little, or there wasn't any at all. The majority of them, 92.3%, needed personal assistance after the accident, and that need interfered respectively in 27.1% and 31.2% on the relationship and dynamics of their families. Difficulties to take part of social activities were claimed by 45.7% as very high, regular and little by about 24.0%; while 30.3% said didn't have any difficulty at all. The results obtained, showed proximity with information about social costs of traffic accidents being high; a reality was unveiled, which was unknown before in the universe under research. The knowledge produced on disabilities because of traffic accidents, shall be put through in public policies aiming prevention, and promotion of health. Implantation is herein proposed, of an epidemiological surveillance system on accidents and violence in the rehabilitation clinics of Fortaleza, for the watch of these damages to be made possible.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
Objeto de estudo.....	16
2 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO ESTUDO.....	23
3 OBJETIVOS.....	27
Geral.....	27
Específicos	27
4 REFERENCIAL TEÓRICO	29
Magnitude dos Acidentes de Trânsito.....	29
Funcionalidade, Incapacidade e saúde.....	32
5 METODOLOGIA	41
Tipo de estudo	41
População-alvo	42
Procedimentos para amostragem.....	43
Seleção e descrição das variáveis do estudo	46
Coleta de dados.....	47
Critérios de inclusão e de exclusão dos sujeitos	48
Análise dos dados.....	49
Aspectos éticos da pesquisa	51
6 RESULTADOS E COMENTÁRIOS.....	53
Perfil sócio-demográfico das vítimas	55
Dados do acidente	64
Gastos e seguro acidente	73
Assistência à saúde recebida	76
Condição de saúde	96
Qualificação da saúde	108
Necessidade de assistência	110
Desempenho funcional	113
Relacionamento familiar e social	115
Repercussões financeiras.....	121
Trabalho ou escola	125
Vida social	132
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	139
8 PROPOSTA DE SISTEMA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ACIDENTES E VIOLÊNCIAS EM CLÍNICAS DE REABILITAÇÃO.....	148
A. Considerações Preliminares.....	148
B. Princípios norteadores do sistema de vigilância.....	151
C. Fluxograma das Informações - Sistema de Vigilância Epidemiológica de Acidentes e Violências em Clínicas de Reabilitação.....	155
D. Ficha de informação de reabilitação ambulatorial de acidentes e violências	156
REFERÊNCIAS	158
ANEXO I Distribuição geográfica das clínicas de reabilitação – Fortaleza	166
APENDICE 1 – Formulário	168
APENDICE 2 - Termo de consentimento livre esclarecido	177
APENDICE 3 - Termo de consentimento livre esclarecido (Menor de Idade).....	178

LISTA DE TABELAS

1 - Distribuição percentual das vítimas de acidentes de trânsito atendidas em clínicas de reabilitação, segundo variáveis sócio-demográficas	56
2 - Distribuição das vítimas de acidente de trânsito atendidas em clínicas de reabilitação, por tipo de clínica e variáveis sócio-econômicas, tempo do acidente, gastos, seguro e restrição	59
3 - Distribuição percentual das vítimas de acidentes de trânsito atendidas em clínicas de reabilitação, segundo caracterização no trânsito, causas do acidente, seguro, tempo do acidente e gastos	65
4 - Distribuição percentual das vítimas de acidentes de trânsito atendidas em clínicas de reabilitação, segundo o tipo de atendimento à saúde recebido. Fortaleza, 2002-2003.....	79
5 - Distribuição das vítimas de acidentes de trânsito atendidas em clínicas de reabilitação, segundo assistência à saúde recebida.....	82
6 - Hospitalização de vítimas de acidentes de trânsito atendidas em clínicas de reabilitação, em relação às variáveis sócio-demográficas, categoria no trânsito e socorro recebido	84
7 - Principais tipos de traumas e valores médios pagos no ano 2002 por internação pelo SUS em vítimas de acidentes de trânsito atendidas em clínicas de reabilitação. Fortaleza, 2002-2003.....	87
8 - Distribuição percentual de vítimas de acidente de trânsito atendidas em clínicas de reabilitação, segundo uso de órtese	88
9 - Uso de órtese por vítimas de acidentes de trânsito atendidas em clínicas de reabilitação, em relação às variáveis sócio-demográficas, categoria no trânsito e assistência à saúde recebida	89
10 - Análise por regressão logística do uso de órtese por vítimas de acidentes de trânsito atendidas em clínicas de reabilitação	90
11 - Distribuição percentual das vítimas de acidentes de trânsito atendidas nas clínicas de reabilitação, segundo assistência à saúde recebida	91
12 - Custo médio do atendimento ambulatorial do SUS por procedimento de saúde recebido por vítimas de acidentes de trânsito atendidas em clínicas de reabilitação no ano 2002	93
13 - Custo médio do atendimento ambulatorial dos convênios de saúde, por procedimento de saúde recebido por vítimas de acidentes de trânsito atendidas em clínicas de reabilitação no ano 2002	93
14 - Tempo de tratamento fisioterápico de vítimas de acidentes de trânsito atendidas em clínicas de reabilitação, em relação às variáveis sócio-demográficas, categorias no trânsito e assistência à saúde recebida.....	95
15 - Análise por regressão logística do tempo de fisioterapia das vítimas de acidentes de trânsito atendidas em clínicas de reabilitação	96
16 - Distribuição percentual das vítimas de acidente de trânsito atendidas em clínicas de reabilitação, segundo restrição para desempenhar as atividades da vida diária	97
17 - Restrição temporária para o desempenho das atividades da vida diária de vítimas de acidentes de trânsito atendidas em clínicas de reabilitação, em relação às variáveis sócio-demográficas, categoria no trânsito e assistência à saúde recebida	100
18 - Análise por regressão logística de restrição temporária para desempenhar atividades normais na vida diária de vítimas de acidentes de trânsito atendidas em clínicas de reabilitação.....	101
19 - Restrição permanente para o desempenho das atividades da vida diária de vítimas de acidentes de trânsito atendidas em clínicas de reabilitação, em relação às variáveis sócio-demográficas, categoria no trânsito e assistência à saúde recebida e restrição temporária..	102
20 - Análise por regressão logística de restrição permanente para desempenhar atividades normais na vida diária de vítimas de acidentes de trânsito atendidas em clínicas de reabilitação	103
21 - Seqüela desenvolvida por vítimas de acidente de trânsito atendidas em clínicas de reabilitação, em relação às variáveis sócio-demográficas, categoria no trânsito, assistência à saúde recebida e restrição.....	104
22 - Análise por regressão logística da seqüela deixada pela lesão nas vítimas de acidentes de trânsito atendidas em clínicas de reabilitação.....	105
23 - Perspectiva de desenvolver seqüela declarada por vítimas de acidente de trânsito atendidas em clínicas de reabilitação, em relação às variáveis sócio-demográficas, categoria no trânsito, assistência à saúde recebida, restrição e seqüela	106

24 - Análise por regressão logística da seqüela que poderá ocorrer em conseqüência da lesão sofrida pelas vítimas de acidentes de trânsito atendidas em clínicas de reabilitação	107
25 - Distribuição percentual das vítimas de acidentes de trânsito atendidas em clínicas de reabilitação, segundo qualificação da saúde antes do acidente, logo após e atual.....	109
26 - Distribuição percentual das vítimas de acidentes de trânsito atendidas em clínicas de reabilitação, segundo necessidade de assistência pessoal após o acidente.....	111
27 - Distribuição percentual das vítimas de acidentes de trânsito atendidas em clínicas de reabilitação, segundo o desempenho funcional.....	114
28 - Distribuição percentual das vítimas de acidentes de trânsito atendidas em clínicas de reabilitação, segundo interferência no relacionamento familiar e social	117
29 - Repercussão financeira da lesão sofrida no acidente de trânsito sobre a família de vítimas atendidas em clínicas de reabilitação, em relação às variáveis sócio-demográficas, categoria no trânsito e assistência à saúde recebida.....	123
30 - Análise por regressão logística da repercussão financeira da lesão sofrida por vítimas de acidentes de trânsito atendidas em clínicas de reabilitação.....	124
31 - Distribuição percentual das vítimas de acidentes de trânsito atendidas em clínicas de reabilitação, segundo atividades no trabalho ou na escola	126
32 - Prevalência de incapacidades para o trabalho ou na escola após o acidente e no momento da coleta de dados.....	127
33 - Distribuição percentual das vítimas de acidentes de trânsito atendidas em clínicas de reabilitação, segundo as conseqüências da lesão no trabalho ou na escola	128
34 - Perspectivas de impedimento de exercer atividades normais no trabalho ou na escola em vítimas de acidentes de trânsito atendidas em clínicas de reabilitação, em relação às variáveis sócio-demográficas e de saúde.....	130
35 - Análise por regressão logística de lesão que impedirá de exercer atividade normal em vítimas de acidentes de trânsito atendidas em clínicas de reabilitação	131
36 - Distribuição percentual das vítimas de acidente de trânsito atendidas em clínicas de reabilitação, segundo a participação na vida social	133
37 - Participação em atividades sociais das vítimas de acidente de trânsito atendidas em clínicas de reabilitação, em relação às variáveis sócio-demográficas, do acidente e de saúde.....	135
38 - Análise por regressão logística de repercussão da lesão na participação em atividades sociais de vítimas de acidentes de trânsito atendidas em clínicas de reabilitação.....	136

LISTA DE FIGURAS

1 - Variáveis sócio-demográficas, do acidente, de utilização dos serviços de saúde, de condição de saúde e de qualidade de vida estudadas	47
2 - Tempo médio de permanência hospitalar por categoria no trânsito, de vítimas de acidente atendidas em clínicas de reabilitação	85
3 - Distribuição percentual das vítimas de acidentes de trânsito atendidas em clínicas de reabilitação, segundo interferência da lesão no relacionamento familiar	118
4 - Distribuição percentual das vítimas de acidentes de trânsito atendidas em clínicas de reabilitação, segundo interferência da lesão na dinâmica familiar.....	119
5 - Distribuição percentual das vítimas de acidentes de trânsito atendidas em clínicas de reabilitação, segundo repercussão financeira pessoal e familiar	121
6 - Distribuição das vítimas de acidentes de trânsito atendidas em clínicas de reabilitação e motivos impeditivos ao exercício de atividades normais no trabalho ou na escola.....	129

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

Os avanços no conhecimento científico, que possibilitaram o desenvolvimento tecnológico conquistado pelo mundo moderno, em várias áreas, trouxeram consigo mudanças sócio-econômicas e culturais à maioria dos países do mundo, com reflexos na melhoria da qualidade de vida de suas populações, como também sinalizaram novos desafios, cujas soluções ainda aguardam equacionamento adequado.

Tais avanços permitiram ao homem do século XX testemunhar, no decorrer, as mais importantes transformações nas condições de vida e de saúde da história. Houve ampliação no conhecimento das causas e efeitos das doenças, grandes progressos no campo do saneamento resultando na drástica queda das taxas de morbimortalidade por doenças diarréicas, em muitos países, melhoria nas condições de nutrição da população, na segurança do trabalho, desenvolvimento de vacinas e drogas eficazes para o tratamento de muitas doenças, aumento na expectativa de vida e mudanças no estilo de vida. Essas transformações, paradoxalmente, levaram o homem a conviver também com problemas antes pouco freqüentes, ou mesmo inexistentes, como: exposição a riscos ambientais, aumento das doenças crônicas, como conseqüência do envelhecimento da população, ampliação da morbimortalidade, em decorrência da violência e riscos de acidentes por transportes, como os veículos automotores, antes inexistentes.

A partir da Segunda Grande Guerra, com o aumento significativo na produção de veículos a motor, iniciada no século XIX, o automóvel passou a ser um bem indispensável à vida moderna. As fábricas e sua produção expandiram-se, consideravelmente, crescendo também o acesso econômico de boa parte das populações a esse bem. Marín e Queiroz (2000, p. 8) afirmam que o automóvel particular converteu-se em fenômeno de massa, em todo o mundo: "tornou-se artigo de consumo e símbolo de "status" social, impulsionado pelo forte aparato de propaganda das economias capitalistas, que destacam a mobilidade individual e a prosperidade material sem precedentes." A associação do automóvel, como símbolo social, é o produto da dinâmica de um modelo econômico e cultural, de vez que, através dele, podem ser satisfeitos os desejos de liberdade, de usufruto da velocidade, das conquistas amorosas e do prazer, representando ainda a obtenção do sucesso e o conhecimento da felicidade, tudo isso

passado através das propagandas veiculadas pelos órgãos de comunicação de massa, gerando, dessa forma, a necessidade de possuí-lo.

Tapia-Granados (1998) assevera que a produção mundial de veículos passou de 11 para 53 milhões, entre 1950 e 1995, contribuindo para uma mobilidade individual e coletiva, indescritível. Distâncias que eram percorridas, a pé ou em animais, durante horas ou mesmo dias, passaram a ser contabilizadas em quilômetros por hora. O espaço geográfico das grandes cidades tornou-se pequeno, frente ao grande número de veículos circulantes; em contrapartida, a incorporação do automóvel, no cotidiano das cidades, trouxe consigo um importante problema social: os acidentes de trânsito. Estes passaram a ser considerados, por muitos pesquisadores, o flagelo do século, um fenômeno surgido do aumento exacerbado da circulação de pessoas e de mercadorias. Nunca o homem, em sua história, circulou tanto, e nunca também se matou tanto, por conta do seu deslocamento.

No Brasil, o processo de urbanização passou a ganhar intensidade nos anos 50 do século XX, quando a população nas cidades era de apenas 30%, fato que levou ao aumento significativo do número de veículos e conseqüentes modificações na infraestrutura dos centros urbanos, em que pese o sistema viário e o planejamento não terem acompanhado esse crescimento. A circulação de pessoas ganhou características de sistema de massa, através do transporte motorizado, tornando-se uma parte importante no processo de reprodução do capital brasileiro, e gerando, por conseqüência, a necessidade de planejamento urbano que, por sua vez, tenta equalizar as distâncias entre a força de trabalho e os consumidores.

Além dos riscos crescentes de acidentes de trânsito a que a população dos centros urbanos brasileiros está exposta, pelo aumento significativo na sua frota de veículos, a afirmação de Tapia-Granados (1998) de que a poluição sonora e atmosférica, o acréscimo do tempo de percurso, bem assim os congestionamentos de veículos, concorrem para aumentar a agressividade dos motoristas e diminuir a qualidade de vida no meio urbano mundial, por extensão, nas grandes cidades do país. Hoje, o brasileiro passa a interagir com o trânsito, desde que nasce, seja no carrinho como bebê, seja mais tarde como pedestre, ciclista, motorista ou passageiro de um veículo, estendendo-se essa participação no trânsito o final de sua vida.

A avaliação da magnitude dos acidentes de trânsito, no Brasil, é medida rotineira através das estatísticas de mortalidade, cujos dados são facilmente disponibilizados, não obstante tais estatísticas serem apenas a ponta visível de um problema muito maior.

Híjar-Medina *et al.* (1999) afirmam que as conseqüências dos acidentes de trânsito, refletidas na morbimortalidade, na atenção de urgência pré-hospitalar e hospitalar, na assistência especializada de saúde e reabilitação, nas seqüelas, nas incapacidades, e no impacto destas sobre o indivíduo, alcançando a família e a sociedade, têm levado preocupação a alguns organismos internacionais, pelo reconhecimento do custo que representam os acidentes de trânsito para a sociedade.

A magnitude das incapacidades geradas pelos acidentes de trânsito é ainda desconhecida no meio em que se vive. A OMS (1999) estima que em torno de 7 a 10%, a população mundial é portadora de incapacidades, seja em conseqüência de traumas provenientes de conflitos ou de acidentes de trânsito, seja em razão de doenças crônicas e degenerativas. Afirma, ainda, que cerca de 80% dessas pessoas vivem em países subdesenvolvidos. Referido órgão internacional chama atenção para as dificuldades de execução e participação das atividades correntes da vida cotidiana, a que essa massa de pessoas está submetida. A Organização Pan-Americana de Saúde (OPS) cita que 6% das deficiências físicas registradas no mundo são causadas por acidentes de trânsito (MARÍN e QUEIROZ, 2000).

No Brasil, dados do Censo 200, divulgados pelo IBGE (2002), mostraram que o percentual de deficientes na população brasileira é maior do que aquele estimado pela OMS, pois de cada 100 brasileiros, 14,4 apresentam alguma limitação física, mental, visual ou auditiva.

Diferentemente das doenças crônicas e degenerativas, que têm como uma de suas características acometer e incapacitar, na maioria das vezes, pessoas de faixas etárias mais elevadas, aquelas originadas nos acidentes de trânsito têm o agravante de vitimar indivíduos jovens, em idade mais produtiva.

Objeto de estudo

O interesse em estudar os acidentes de trânsito surgiu no início dos anos 90, a partir do trabalho desenvolvido no Núcleo de Epidemiologia da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA-CE), que tornou possível analisar, desde então, dados epidemiológicos de mortalidade por acidentes de trânsito e violências de todo o Estado, através do Sistema de Informação de Mortalidade.

Várias eram as lacunas no conhecimento e muitos os questionamentos feitos acerca do crescimento assustador dos homicídios e dos acidentes de trânsito, no Ceará. Em 1993 foi realizada pesquisa, com base em dados secundários do DETRAN-CE, para caracterizar as vítimas de acidentes de trânsito, gerando a publicação de artigo científico sobre essa temática. No referido trabalho, com base no levantamento de dados de acidentes de trânsito registrados em Fortaleza, no período de 1986 a 1991, foi traçado o perfil epidemiológico das vítimas, com identificação da grande maioria das pessoas que morriam ser representada por pedestres, e das mortes se concentrarem nas faixas etárias de 20 a 29 anos e 30 a 39 anos, sendo a razão entre vítima lesionada e vítima fatal, igual a 6,7:1 (OLINDA *et al.*, 1993). Tais achados mostraram-se compatíveis com resultados de outros estudos realizados, na época, em algumas capitais brasileiras.

Desde então, através de contato mantido com técnicos do DETRAN-CE, as informações dos acidentes de trânsito, registrados no Ceará, passaram a fluir para a SESA-CE. Tais informações eram, então, transformadas em indicadores epidemiológicos e retroalimentadas para aquele órgão, através de relatórios. O contato, no entanto, não era mantido formalmente de instituição para instituição, mas entre técnicos da SESA-CE e os DETRAN-CE.

Posteriormente, outros trabalhos foram escritos e também publicados ou apresentados em congressos, dentre os quais há de se destacar o artigo *Acidente de trânsito no Ceará: vigiar é preciso*, em que se firmou a necessidade de implantação da vigilância epidemiológica desses acidentes, tendo em vista as múltiplas fontes geradoras de informações, fato que impossibilitava o planejamento de estratégias de prevenção e a promoção da saúde, em sintonia com a realidade (PORDEUS, OLINDA e PAIVA, 2000).

Nessa mesma época, houve oportunidade de participar de reuniões e grupos de trabalho, desta feita formalmente, como representante da SESA-CE, tanto no DETRAN-CE, como no Departamento de Edificações Rodovias e Transporte (DERT-CE), onde foi discutida a implantação de medidas para a redução dos acidentes de trânsito no âmbito do Estado, bem assim a viabilização da criação de um sistema de informação, a ser gerenciado pelo DETRAN-CE, para onde deveriam convergir todos os dados relativos a esses acidentes. As informações que chegariam ao DETRAN-CE, para alimentar o sistema, seriam as originadas nos órgãos do Ceará que trabalham com trânsito, como o próprio DETRAN-CE, DERT, Polícia Rodoviária Federal, Autarquia Municipal de Trânsito (AMC), além de outras procedentes do Instituto Médico Legal (IML) e da SESA-CE, estas últimas originadas dos hospitais públicos e conveniados ao SUS. Este sistema, mesmo tendo sido sujeito a exaustivas discussões, teve sua implantação iniciada somente no ano 2001.

Concomitante a tais discussões, e até como móvel destas, as causas externas, excluídas as mal definidas, passaram a ocupar o segundo lugar como causa morte no obituário do Ceará. Diante dessa realidade, o Governo do Ceará, períodos 1995-1998 e 1999-2002, em razão do elevado número de mortes por acidentes de trânsito e homicídios, em todo o Estado, a partir do ano de 1997, com base em informações do Núcleo de Epidemiologia da SESA-CE, definiu a redução da mortalidade por acidentes de trânsito e homicídios como uma das grandes metas para a área da saúde.

Os anos posteriores mostraram que a definição de metas foi insuficiente, tendo em vista que não foram alocados recursos financeiros capazes de permitir ao setor saúde, em parceria com outros setores, como a educação, a ação social e o próprio DETRAN-CE, viabilizar a implantação de medidas de prevenção e promoção da saúde relacionadas a esses agravos, por parte da SESA-CE.

Cruz Neto e Moreira (1999), no artigo em que discutem o papel das políticas, públicas como estratégia de prevenção e combate à violência estrutural, citam que o orçamento nada mais é do que a tábua rasa na qual, anualmente, são dispostas as previsões de arrecadação e gastos, possuindo sua elaboração uma lógica estritamente contábil que persegue, se não o superávit, o menor déficit possível. Afirmam os autores, em última instância, que sendo as políticas públicas instrumento de mediação

responsável pela organização de uma determinada sociedade, moldando, elevando, modificando, cristalizando e / ou desvirtuando a trajetória e as condições de vida de sua população, no Estado brasileiro, estas políticas têm privilegiado, historicamente, a implantação de ações que visam ao desenvolvimento das relações de mercado, em detrimento das condições de vida e saúde da população, penalizando, sobretudo, os mais pobres.

Tal assertiva é justamente o que o senso comum denomina política de "aperto de cinto". Os investimentos na área de saúde são cada vez mais reduzidos, além do que os técnicos, através dos indicadores de saúde, muito embora identifiquem os problemas e recomendem ações que viabilizem a solução dos mesmos, precisam conviver com políticas públicas de enxugamento do orçamento social, refletindo-se esse fato na qualidade dos serviços de saúde. Em última instância, isso corresponde, no âmbito da saúde, no Ceará, aos impactos do ajuste estrutural que o Estado brasileiro vem procedendo no contexto do neoliberalismo, ausentando-se, progressivamente, dos investimentos na área social.

Por quatro anos consecutivos, a contar de 1997, foram elaborados projetos para a criação e implantação de comitês de prevenção de acidentes e violências e para a implantação do sistema de vigilância epidemiológica, nas macro-regiões de saúde do Ceará. Sistemáticamente pleiteou-se recursos do tesouro estadual para execução desses projetos, os quais não foram obtidos, face à política de enxugamento.

Os gestores de saúde brasileiros esbarram sempre na questão orçamentária: de onde tirar recursos para solucionar os problemas de saúde? Sendo assim, priorizam alguns, em detrimento de outros, uma vez que não há uma definição de quanto do PIB é destinado à saúde. Como, historicamente, a saúde não trabalha a prevenção de acidentes e violências, e sua função tradicional tem sido tratar dos agravos físicos e emocionais gerados por eles, não houve como ir além do seu papel curativo, implementando outras ações. Isso ocorre por conta de restrições orçamentárias, originadas da crescente queda nos investimentos na área social, em que se configura, segundo Carvalho (1996), a desconsideração do Governo para com a participação nas políticas públicas, dando por secundária sua atuação, no social, com redução significativa de investimentos, nessa área específica.

A esse estado de coisas, cortes orçamentários, enxugamento e restrição de ações sociais, Minayo e Souza (1999) e Cruz Neto e Moreira (1999) chamam de violência estrutural, ou seja, forma de agir do Estado, em detrimento dos interesses da maioria. Segundo os dois últimos autores, o desvio, a cada ano, de bilhões de dólares destinados a investimentos sociais de base – como a saúde e a educação – caracteriza crime.

Os cortes aqui referenciados, com reflexos profundos sobre as políticas públicas de prevenção de acidentes e violências e promoção da saúde, explicam, em parte, o retardo do setor saúde em trabalhar esses agravos.

Finalmente, em 2001 foram criadas condições objetivas para que Comitês de Prevenção de Acidentes e Violências começassem a ser implantados no Ceará. Isso ocorreu diante da demanda de professores do ensino básico, junto aos técnicos do Projeto Amor à Vida, para que fossem incluídos nos temas transversais que já vinham sendo trabalhados, a prevenção ao uso de drogas e à violência. Os primeiros Comitês foram implantados nos municípios de Aracati, Quixadá, Sobral e Crateús, com recursos do tesouro estadual. Vale destacar que o Projeto Amor à Vida, desenvolvido no Ceará desde 1987, como resultado de uma parceria entre as Secretarias do Trabalho e Ação Social, Educação e Saúde, vem se constituindo experiência inovadora de trabalho, junto aos professores das escolas públicas.

No ano 2002, embora houvesse sido prevista, não se concretizou a criação de mais 21 comitês, em diversos municípios do Ceará, desta vez com recursos do Ministério da Saúde, alocados pela Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (BRASIL, 2001), tendo sido mantidos, em funcionamento, até os dias atuais, os quatro comitês anteriormente mencionados.

O que mais inquietava, então, era o fosso existente entre as informações vindas das várias fontes, DETRAN-CE, Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e Sistema de Internação Hospitalar (SIH). Tinha-se a informação do acidentado na via pública, através do DETRAN, o quantitativo de pessoas internadas através do SIH, esta última sem especificação da causa básica que gerou a hospitalização, e da mortalidade pelo SIM, mais não se sabia, no entanto, o que se passava com o paciente após a alta hospitalar, quantos destes pacientes retornavam ao convívio social sem nenhuma seqüela, quantos com alguma deficiência, quantos os que desenvolviam algum tipo de

incapacidade, isso porque os sistemas de informação com os quais se trabalhava, não forneciam esses dados.

Para suprir essas lacunas, em 1999 procurou-se as clínicas de reabilitação, no intuito de conseguir dados que possibilitassem a melhoria da informação disponibilizada, bem como do conhecimento de fatores contribuintes e intervenientes na gênese do problema, com vistas ao planejamento de ações dentro das políticas públicas, visando à redução e prevenção dos acidentes de trânsito e outras causas externas.

No estudo realizado em nove clínicas de reabilitação, localizadas em Fortaleza e Região Metropolitana, objetivando conhecer o impacto das causas externas sobre o total de atendimentos feitos, foram levantadas informações de 6.679 prontuários de pacientes atendidos no período de 1995 a 1997. Constatou-se que as vítimas de causas externas (acidentes de trânsito, tentativas de homicídio e suicídio, quedas, acidentes de trabalho, entre outras) representaram cerca de 23% dos atendimentos realizados. Identificou-se, também, que os acidentes de trânsito, depois das quedas, constituíam a primeira causa externa de atendimento naquelas clínicas, cerca de 19%. O resultado do estudo veio reforçar a necessidade de implantação de políticas públicas que visassem à redução desses acidentes, bem assim à promoção da saúde coletiva. Importante também era demonstrar a urgência da criação de estratégias contínuas e intersetoriais de acompanhamento dos pacientes, após a assistência recebida no nível secundário de atenção à saúde (PORDEUS *et al.*, 2002).

Estudo realizado na Divisão de Reabilitação Profissional do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP mostrou que, de 1.804 vítimas internadas em 1991, 1.100 (61,5%) apresentaram algum tipo de seqüela. Também neste estudo, a exemplo do que foi relatado, constatou-se o predomínio de vítimas de acidentes de trânsito e de quedas (FARIAS, 1995).

Naquele mesmo ano, ocorreu também a realização de outro estudo, junto a quatro hospitais de Fortaleza, a través do qual verificou-se que os atendimentos originados de acidentes de trânsito e outras causas externas, vinham aumentando, gradativamente, no setor de emergência daqueles hospitais, e que os acidentes de trânsito deram origem a mais de 27% desses atendimentos no ano de 1997 (ALBUQUERQUE *et al.*, 2001).

Deslandes e Silva (2000) afirmam que os dados de morbidade por acidentes de trânsito são pouco estudados, apesar desses acidentes virem gerando demanda significativa no atendimento das emergências hospitalares, em todo o país, além de altos custos. Embora só nos anos recentes tenha sido delineada uma política mais consistente para este complexo problema, no Brasil, o mesmo vem despertando o interesse de estudiosos e autoridades internacionais, há várias décadas.

Ao tempo da realização desta pesquisa, estudo divulgado com o objetivo de identificar e mensurar os custos dos acidentes de trânsito ocorridos no ano 2001, nas aglomerações urbanas de São Paulo, Belém, Recife e Porto Alegre, mostrou que tais acidentes geraram custos de cerca de R\$ 3,6 bilhões, a preços de abril do ano 2003. Foram considerados, para cálculo desses custos, a perda de produção, danos aos veículos, custos médico-hospitalares, de processos judiciais, de congestionamentos, previdenciários, resgate de vítimas, impacto familiar, dentre outros (IPEA, 2003).

Pretende-se, com este estudo, analisar os custos sociais das incapacidades por acidentes de trânsito, de modo que o conhecimento gerado sirva de suporte à melhor definição de mecanismos de acompanhamento das vítimas, o mesmo ocorrendo em relação à implantação de políticas que promovam a saúde das mesmas.

A pesquisa realizada, tendo como foco central as incapacidades advindas dos acidentes de trânsito, defende a tese de que não somente para o indivíduo, mas também para sua família e para a sociedade, são elevados os custos de uma incapacidade por esse agravo, pelo que é importante dimensioná-los.

Este estudo teve, pois, como propósito, responder aos seguintes questionamentos: — quantas das vítimas de acidentes de trânsito desenvolveram algum tipo de incapacidade? — Qual o custo social das incapacidades para a vida dessas pessoas, de suas famílias e para a sociedade?

2 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO ESTUDO

2 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO ESTUDO

lunes (1997), discutindo os custos das causas externas para os serviços de saúde, diz que estes são cada vez maiores, que o dinheiro público gasto no tratamento de acidentados poderia ser usado na sua prevenção e que, embora as internações por lesões e envenenamento signifiquem cerca de 5,8% do total do SUS, estas consomem 8% dos gastos totais. No Brasil, esse percentual pode ser considerado importante e até bem maior, se forem computados outros gastos, como os recursos financeiros investidos em reabilitação. Acerca disso, Marín e Queiroz (2000) citam que, no Brasil, cerca de dois terços dos leitos hospitalares dos setores de ortopedia e traumatologia são ocupados por vítimas de acidente de trânsito e que essas representam, em média, 20 dias de internação, por paciente, gerando um custo de 20 mil dólares por ferido grave.

Segundo os autores, esses gastos indicam não somente a magnitude do impacto das causas externas sobre a sociedade, como também o custo social pela perda de produtividade dos indivíduos, pois a maioria das internações ocorre em indivíduos com idade compreendida entre 15 e 35 anos. Acrescida ainda a essas perdas, está a queda na qualidade de vida que estes indivíduos poderão sofrer.

Para Rufino-Neto (1992), qualidade de vida boa corresponde:

Àquela que oferece um mínimo de condições para que os indivíduos nela inseridos possam desenvolver o máximo de suas potencialidades, sejam estas: viver, sentir ou amar; trabalhar produzindo bens ou serviços; fazendo ciência ou arte; vivendo para ser meios utilitários ou utilitários fins (apenas enfeitando), ou simplesmente existindo (p. 64).

Na busca por diminuir os principais fatores de risco para os acidentes de trânsito, foi implantado, a partir de 1998, o novo Código de Trânsito Brasileiro (CTB), que constitui um marco dos mais importantes para a sociedade. Com sua implantação passou-se a vislumbrar uma redução dos acidentes de trânsito, tendo em vista que a norma, além de privilegiar as questões de segurança e de preservação da vida, tem legislação mais rigorosa para infratores.

Acerca do novo Código, Marín e Queiroz (2000) dizem:

Se o novo Código de Trânsito veio como elemento importante na promoção de um trânsito eficiente, é imprescindível que outros fatores de ordem sócio-econômica, cultural, política e administrativa contribuam para o gerenciamento adequado dos acidentes de trânsito (p.19).

Como era de se esperar, o estabelecimento do novo Código de Trânsito contribuiu para a discreta redução na ocorrência de acidentes com vítimas lesionadas e fatais, em alguns estados e capitais brasileiras, a exemplo de Fortaleza. No Ceará, como um todo, a análise por grupos de causas de morte tem demonstrado, no entanto, que, quando excluídas as causas mal definidas, as causas externas continuam como segunda causa, destacando-se, entre elas, os acidentes de trânsito e os homicídios (CEARÁ, 2002). No ano de 2003, até o mês de novembro, o DETRAN-CE registrou 12.919 vítimas lesionadas em acidentes de trânsito e 1.230 vítimas fatais, sendo que, em 70,8% dos casos com vítimas lesionadas e 20,4% com vítimas fatais, o acidente ocorreu na capital (CEARÁ, 2003).

A Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, no ano 2001 e, posteriormente, no ano 2002, o Programa de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito: Mobilizando a Sociedade e Provendo a Saúde, ambas iniciativas do Ministério da Saúde (Brasil, 2001, 2002), representam uma conquista, no sentido de que poderão ser traçadas, intersetorialmente, políticas públicas mais próximas da realidade, para prevenção e promoção da saúde. O trabalho intersetorial proposto pelo Ministério aos estados e municípios, aliado à participação popular, podem garantir que a questão desses agravos seja tratada de forma abrangente e compartilhada, facilitando o alcance de seus objetivos e potencializando seus efeitos.

Ainda que as iniciativas recentes dos órgãos públicos constituam uma possibilidade de avanço, posto que barreiras culturais, ideológicas e orçamentárias foram transpostas para que o Ministério da Saúde instituisse a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, compreende-se ser importante, dimensionar, neste momento, o custo social dos acidentes de trânsito, não apenas através das estatísticas de morbimortalidade hospitalar, mas de seus custos financeiros, como também em termos de tempo, de dor, de recuperação emocional e de perda de qualidade de vida, problemas esses enfrentados pelas pessoas que desenvolveram alguma incapacidade e que incorporaram o significado dessa incapacidade em suas vidas.

Entre os autores, há um consenso quanto à escassez de produção científica que focalize este problema, tornando difícil o achado de informações que revelem o quadro vivenciado por essas pessoas, após a alta hospitalar. Faz-se necessário o

conhecimento das repercussões da incapacidade na vida dessas vítimas, tanto no âmbito familiar e social, quanto em sua autonomia, para que possam ser planejadas intervenções mais adequadas à realidade.

Dentre as diretrizes da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, está a criação de mecanismos capazes de favorecer a informação, a orientação e o apoio ao paciente e à sua família, como sujeitos da ação de recuperação, pelo que é recomendado aos estados e municípios a adoção de medidas essenciais como o diagnóstico epidemiológico dos portadores de seqüelas, de modo a permitir que sejam criados os meios necessários à reintegração do indivíduo aos grupos familiar, social e laboral.

O dimensionamento do custo social das incapacidades originadas nos acidentes de trânsito e o monitoramento das vítimas dos acidentes nas clínicas de reabilitação, através da vigilância epidemiológica, são medidas de grande importância, justo por permitirem acompanhar os pacientes que, após alta hospitalar, buscam a reabilitação, no intuito de complementar o tratamento do trauma físico a que foram expostos. Essas informações servirão como fonte de dados, não somente para o setor saúde, mas também para outras áreas que incluem previdência social, engenharia de trânsito, indústria automobilística, educação e outras mais alcançadas pelo problema.

O desconhecimento acerca das seqüelas físicas e psicológicas decorrentes dos acidentes, mostra a necessidade da vigilância epidemiológica acompanhar esse agravo, através de mecanismos que contemplem o registro de informações clínicas dos pacientes com deficiência, a incapacidade desenvolvida, tempo desta e evolução. Dessa forma, será disponibilizado um banco de dados para que, a partir das informações nele contidas, possam ser implementadas e/ou avaliadas políticas públicas, no sentido de reintegrar a vítima à sociedade. Só dessa forma, poderão ser desenvolvidas ações intersetoriais que ofereçam aos indivíduos uma boa qualidade de vida.

3 OBJETIVOS

3 OBJETIVOS

Geral

- Analisar o custo social das incapacidades geradas por acidentes de trânsito em pacientes atendidos em clínicas de reabilitação de Fortaleza, no período de dezembro de 2002 a março de 2003.

Específicos

- Identificar a prevalência de incapacidade referida por vítimas de acidentes de trânsito atendidas em clínicas de reabilitação de Fortaleza.
- Estimar o custo social, direto e indireto, das incapacidades geradas por acidentes de trânsito.
- Propor um modelo de sistema de vigilância dos acidentes de trânsito e violências, a ser implantado nas clínicas de reabilitação, sob a coordenação do gestor estadual de saúde, com vistas à promoção da saúde coletiva.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4 REFERENCIAL TEÓRICO

Magnitude dos Acidentes de Trânsito

O primeiro estudo sobre acidente de trânsito, realizado no mundo, data de 1938, quando Smeed analisou as estatísticas de mortalidade por essa causa de morte, em 20 países, e descobriu uma relação exponencial inversa entre as mortes por veículos automotores e o número per capita deles (SODERLUND e ZWI, 1995).

O aumento do número de acidentes de trânsito, a gravidade das lesões e a taxa de mortalidade deles decorrentes, começaram a ser destacados pelos pesquisadores de países desenvolvidos, a partir da década de 60; no entanto, já na década anterior, no ano de 1955, a OMS propôs que a luta contra os acidentes fosse considerada um problema de saúde pública. Seis anos mais tarde, esse mesmo organismo internacional reservou para as comemorações do Dia Mundial da Saúde, a discussão do tema "Acidentes e Sua Prevenção", referindo-se à necessidade de ações imediatas para combate aos acidentes. Na década de 80, a OMS propôs a implantação de várias medidas, atribuindo ao setor saúde, o encargo de contribuir na prevenção de acidentes e diminuição de suas conseqüências, através da informação, da participação em comitês de segurança e, ainda, avaliando a atenção e reabilitação prestada ao acidentado. Desde então, a Organização vem chamando a atenção para esse problema, por meio de informes ou usando a questão como tema a ser explorado (MELLO JORGE e LAURENTI, 1997).

Referidos autores afirmam que, na atualidade, os acidentes de trânsito, ao lado de outras causas externas, como homicídios, suicídios, quedas, intoxicações, afogamentos, dentre outros agravos, que fazem parte da Classificação Internacional de Doenças – CID 10, representam importante parcela no quadro da mortalidade, em muitos países do mundo.

Embora Bangdiwala *et al.* (1991) afirmem que os acidentes trânsito constituem uma das causas principais de lesões, incapacidades e mortes, seja em países desenvolvidos ou em desenvolvimento, chegando a uma dimensão epidêmica e que isso se deve, em parte, ao crescimento demográfico, urbano e industrial e ao aumento do número de veículos a motor, estudos referidos por Soderlund e Zwi (1995) dão conta de que as taxas de morbidade e de mortalidade por acidentes de trânsito vêm declinando nos países industrializados, à medida que esses tomaram mais efetivas as intervenções orientadas a diminuí-las, como: melhoria no desenho, construção e manutenção de estradas e veículos, uso do cinto de segurança, uso de capacete por passageiros e condutores de motocicletas e bicicletas, controle no consumo de álcool e outras drogas para motoristas e pedestres, imposição no limite de velocidade, melhoria na qualidade dos veículos, educação em saúde da população, participação ativa dos distintos setores, fomento da saúde pública e avaliação permanente das intervenções.

Na América Latina, os acidentes de trânsito e os homicídios são citados por Agudello (1995) como uma das mais significativas ameaças à saúde pública e à segurança dos cidadãos. Além das perdas humanas sofridas pela família e pela sociedade, essas causas externas são referidas como geradoras de pressão sobre os serviços de emergência, de atenção especializada de reabilitação física, psicológica e de assistência social, resultando em um alto custo de bens humanos e materiais.

No Brasil, o quadro nosológico da mortalidade da população, a partir da década de 80, sofreu grandes modificações, com as doenças infecciosas cedendo lugar às doenças cardiovasculares, às causas externas e ao câncer, como primeiras causas de morte, destacando-se, entre essas, os acidentes de trânsito e os homicídios, que, segundo Mello Jorge e Laurenti (1997), nos últimos 15 anos cresceram mais de 50% no País.

Embora a implantação do Novo Código Nacional de Trânsito no ano de 1998 tenha provocado uma queda discreta na ocorrência de acidentes de trânsito, em alguns estados brasileiros, como ocorreu no Ceará, o grupo das causas externas de mortalidade, no Estado, tem acompanhado a tendência nacional.

A avaliação da magnitude das causas externas, e, conseqüentemente, dos acidentes de trânsito, é medida rotineira no País, através das estatísticas de mortalidade, por ser mais fácil a disponibilização desses dados, não obstante tais estatísticas serem apenas a ponta visível de um problema de muito maior amplitude.

Mello Jorge e Laurenti (1997) argumentam quanto à importância da carga social inerente, não só pelas perdas humanas e pelas seqüelas, mas também pelo pesado ônus que recai sobre a sociedade, com custos diretos e indiretos. Conceitualmente, os custos diretos referem-se aos custos relacionados ao diagnóstico, tratamento, recuperação e reabilitação da doença, enquanto os indiretos dizem respeito à perda de dias de trabalho, à menor produtividade gerada por limitações físicas ou psicológicas, dias potenciais de vida com saúde perdidos, e impacto do problema de saúde sobre outras pessoas, além do próprio paciente.

A OMS (1999) estima que entre 7% e 10%, a população mundial é portadora de invalidez, seja em decorrência da violência, seja em razão de doenças crônicas e degenerativas. Afirma, ainda, que cerca de 80% dessas pessoas vivem em países subdesenvolvidos. Esse organismo internacional chama atenção para as dificuldades de execução e participação das atividades correntes da vida cotidiana, a que se submete essa massa de pessoas.

A OMS e o Banco Mundial, conjuntamente, buscando uma resposta para as indagações: de que adoeceremos e morreremos no século XXI, patrocinaram um amplo estudo, em 1997, de âmbito internacional, baseado na carga global de doença, em que procuraram quantificar não somente o número de mortes ocorridas nas várias regiões do mundo, mas, também, o impacto das mortes prematuras e da incapacidade sobre a população, através da utilização do indicador DALY – Anos de Vida Ajustados por Incapacidade. O estudo revelou que para os próximos 25 anos, existe uma tendência nítida de incremento das doenças decorrentes de lesões por acidentes, traumatismos e outras formas de violência individual e social. Foi identificado, ainda, que entre os dez maiores impactos para DALY, no ano 2020, os acidentes de trânsito estarão em terceiro lugar (GOULART, 1999).

Funcionalidade, Incapacidade e saúde

Embora a preocupação em classificar as doenças remonte ao século XVIII, somente na VI Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-6), em 1948, é que foram feitas referências a doenças que poderiam se tornar crônicas, exigindo outro atendimento, além de cuidados médicos. Na IX Assembléia da OMS, em 1976, surgiu uma nova conceituação, a Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens – CIDID, publicada em 1989 e hoje largamente utilizada no Brasil.

Amiralian *et al.* (2000) referem que em muitos países a CIDID tem sido usada na determinação da prevalência das incapacidades, aplicada à área de seguro social, saúde ocupacional, concessões de benefícios e, no âmbito comunitário, em cuidados pessoais de saúde ou como forma de avaliar pacientes em reabilitação. A CIDID propõe, como conceituação de deficiência, incapacidade e desvantagem, o seguinte:

Deficiência: perda ou anormalidade temporária ou permanente de estruturas ou funções psicológicas, fisiológicas ou anatômicas. Incluem-se nessas, a ocorrência de uma anormalidade, defeito ou perda de um membro, órgão, tecido ou qualquer outra estrutura do corpo, inclusive das funções mentais. Representa a exteriorização de um estado patológico, refletindo um distúrbio orgânico, ou seja, uma perturbação no órgão.

Incapacidade: restrição resultante de uma deficiência, da habilidade para desempenhar uma atividade considerada normal para o ser humano. Surge como consequência direta ou é resposta do indivíduo a uma deficiência psicológica, física, sensorial ou outra. Representa a objetivação da deficiência e reflete os distúrbios da própria pessoa, nas atividades e comportamentos essenciais à vida diária.

Desvantagem: prejuízo para o indivíduo, resultante de uma deficiência ou uma incapacidade, que limita ou impede o desempenho de papéis, de acordo com a idade, sexo, fatores sociais e culturais. Caracteriza-se por uma discordância entre a

capacidade individual de realização e as expectativas do indivíduo ou do seu grupo social. Representa a socialização da deficiência e relaciona-se às dificuldades, nas habilidades de sobrevivência.

A CIDID, embora seja uma classificação que pode ser utilizada tanto nos três níveis da atenção à saúde, quanto pela segurança social, permite que profissionais da área interajam, em termos de nível de comprometimento que uma doença ou distúrbio pode acarretar para a pessoa. Ao longo de seus 12 anos de utilização, a CIDID vem recebendo, segundo Amiralian *et al.* (2000), diversas críticas, face às dificuldades no seu manuseio.

Dentre as dificuldades identificadas, os autores destacam três grupos: isolar e diferenciar os conceitos de deficiência, incapacidade e desvantagem na descrição dos comportamentos, treinar pessoal para utilizar, de forma padronizada, essa classificação, e aplicá-la às diversas teorias e modelos de deficiência. A dificuldade em isolar e diferenciar os conceitos é citada por Rieser (1995) *apud* Amiralian *et al.* (2000), por ir de encontro ao modelo em que se aplica, seja ele médico ou social de incapacidade. Aparentam os autores que o primeiro modelo enfatiza a dependência, considerando a pessoa incapacitada como um problema; já o segundo modelo, o social, na avaliação é feita associação às desvantagens individuais e coletivas das pessoas com deficiência, principalmente aquelas relacionadas à discriminação institucional.

Asseveram, ainda, que a CIDID está muito próxima do modelo médico positivista, sugerindo a adoção do modelo social como central, propondo, ainda, que seja enfatizada a atenção às barreiras sociais que não estão, necessariamente, relacionadas à deficiência, mas a preconceitos, estereótipos e discriminações.

Acerca das dificuldades em isolar e diferenciar deficiência, incapacidade e desvantagem, Barbotte, Guillemain e Chau (2001) referem que estes foram considerados pela CIDID como distintos no tempo, enquanto que, na prática, por vezes é difícil determinar, claramente, em que ponto uma condição conduz a outra, e/ou uma deficiência pode ser revelada pelo estabelecimento de uma incapacidade.

Corroborando com o que afirmam outros autores, assinalam que não é levado em conta o impacto dos fatores ambientais, físicos e sociais, mas apenas a experiência pessoal no processo saúde-doença.

Um outro problema destacado por Amiralian *et al.* (2000), em relação à CIDID (1989), diz respeito à distinção entre limitação funcional e incapacidade. Enquanto a limitação funcional descreve a alteração em uma função, sem se importar com seu propósito e intenção, a incapacidade envolve as dificuldades culturais em sua determinação, ou seja, uma dada limitação funcional pode ou não ser considerada uma incapacidade, dependendo do contexto cultural. Para solucionar o problema, Stephens e Héту (1991) *apud* Amiralian (2000), sugerem que sejam incluídas, na avaliação da condição de incapacidade, as impressões do indivíduo sobre suas dificuldades, que podem ser apreendidas através de entrevistas, questionários ou outros instrumentos.

Barbotte, Guillemin e Chau (2001) citam que a OMS, em 1993, estabeleceu uma definição de qualidade de vida, vinculada à saúde, percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, no contexto cultural e quanto aos sistemas de valores no meio em que vive e em relação às suas metas, expectativas, padrões e interesses. Conforme a OMS, adiantam os autores, esses determinantes da qualidade de vida dependem da desvantagem, isto é, de qualquer deficiência ou incapacidade sofrida por um indivíduo, sendo a qualidade de vida uma consequência desses conceitos. Portanto, dependendo do contexto social em que o indivíduo se encontra, a deficiência ou a incapacidade gerada por uma doença ou lesão afetará ou não a sua qualidade de vida.

Tentando corrigir as dificuldades apresentadas pela CIDID, a OMS publicou, no ano 2001, a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), tida como um novo padrão internacional de descrição e medida de saúde e de incapacidade. Enquanto os indicadores tradicionais de saúde estão baseados nas taxas de mortalidade das populações, a CIF desloca o interesse para a vida, diz aquele organismo internacional, avaliando como vive a pessoa, seus problemas de saúde e como ela pode tentar corrigir estes problemas, para que consiga levar uma vida produtiva e satisfatória.

A OMS (2001), em comunicado à imprensa, diz que a CIF foi aceita por 191 países como um novo padrão internacional de descrição e medida da saúde e da incapacidade, e que essa classificação muda o conceito de incapacidade, apresentando-o não como um problema de um grupo minoritário, tampouco de pessoas com uma deficiência visível ou imobilizadas em uma cadeira de rodas, não podendo a proposta da CIF deixar de repercutir no exercício da medicina, na legislação e nas políticas sociais destinadas a melhorar o acesso ao tratamento, e à proteção dos direitos individuais e coletivos.

A nova classificação, tendo como propósito colocar todas as doenças e problemas de saúde, em pé de igualdade, independente de sua causa, leva em conta os aspectos sociais das incapacidades e oferece mecanismos para documentar a repercussão do entorno social e físico no funcionamento do sujeito. Através de estudos científicos foi comprovada sua aplicação em distintas culturas e grupos de idade e sexo.

A CIF é estruturada em duas partes: Parte I - Funcionalidade e Incapacidade; Parte II - Fatores Contextuais: Ambientais e Pessoais. Serve de complementação à CIF, um *check list* para avaliar a funcionalidade e qualidade de vida do indivíduo. A incapacidade é medida através da funcionalidade sendo esta medida através dos qualificadores de atividade e limitação da atividade, dificuldades que o indivíduo pode ter para executar uma atividade, e, ainda, restrição de participação, correspondente aos problemas que a pessoa pode enfrentar circunstancialmente, ou em situações vitais. Por sua vez, a atividade e a participação avaliam as repercussões do entorno social e físico no funcionamento do sujeito, ou seja, os fatores ambientais e pessoais do indivíduo (OMS, 2001).

A nova Classificação da OMS, que integra o impacto do ambiente físico e social nas incapacidades, funcionalidade e saúde, fornece ferramenta homogênea para definir e avaliar o estado de saúde do indivíduo. A CIF já está disponível em seis idiomas, muito embora ainda não tenha sido publicada na língua portuguesa.

Existem também questões importantes, relacionadas aos indicadores de saúde, cujos propósitos são avaliar condições de vida e dimensionar o espaço social em que ocorrem as mudanças, no estado de saúde.

Medir o estado de saúde de uma população é uma tarefa complexa, porém necessária, segundo Kerr-Pontes e Rouquayrol (2003). A medida da situação de saúde dos povos, associada às condições de saúde, tem sido um constante desafio para aqueles que desejam promover ações que modifiquem essa realidade.

Entre os indicadores utilizados para medir o impacto de um problema de saúde, em uma sociedade, há os chamados indicadores econômicos, que avaliam os custos diretos e custos indiretos do problema (RUBIO CEBRIAN, 1995 e PEREIRA, 1995).

Os custos diretos dizem respeito aos custos relacionados ao diagnóstico, tratamento, recuperação e reabilitação da doença ou problema de saúde. Incluem-se nesses, os custos com exames e procedimentos diagnósticos, consultas, internações, reabilitação e outros, como gastos com locomoção para tratamento. Os custos indiretos referem-se à perda de produção e produtividade, trazidas pela doença ou problema de saúde, como a perda de dias de trabalho e queda na produtividade, gerada pela limitação física ou psicológica. Recomendam os autores, que os custos indiretos devem ser estimados, considerando-se também o impacto do problema de saúde sobre outras pessoas, além do próprio paciente. Adiantam, ainda, que no caso das incapacidades ou da mortalidade, a estimativa desses custos deve considerar todos os dias ou anos potenciais de vida e de trabalho perdidos.

Segundo lunes (1997), pode-se agregar à análise do custo econômico da doença, uma terceira categoria de custos: aqueles comumente definidos como psicossociais ou intangíveis, e que devem refletir o impacto psicossocial trazido por um problema de saúde. Enfatiza lunes (1997) que, não raro, tais custos deixam de ser considerados ou calculados, face à difícil mensuração do impacto psicossocial. Como solução, indica que seus componentes podem ser captados nas outras duas categorias, contabilizando visitas a vários médicos diferentes, busca de métodos

alternativos como forma de resolver o problema de saúde, queda acentuada na produtividade e mudanças freqüentes de trabalho ou residência, que podem ser indicadores de um problema de saúde com custos psicossociais.

Refere Iunes (1997) que existem limitações metodológicas e críticas importantes à estimativa de custos econômicos da doença. As críticas mais severas dizem respeito à mensuração dos custos indiretos, em que se observa a utilização do valor do trabalho, como medida de custo, implicando não apenas definição monetária da vida humana, como também discriminação negativa em relação a mulheres, crianças e idosos, como também a mão-de-obra menos qualificada. A alternativa freqüentemente utilizada para minimizar tais problemas é a de não assinalar valores monetários aos custos indiretos, mas apenas estimá-los com APVP (Anos Potenciais de Vida Perdidos), no caso da mortalidade. Na verdade, enfatiza o autor, uma análise desse tipo exigiria o desenvolvimento de uma metodologia e um trabalho de campo específicos que permitissem a comparação e agregação das informações obtidas.

Um outro grupo de indicadores utilizados diz respeito àqueles que não só revelam a condição de saúde, mas avaliam também como as pessoas vivem seus problemas de saúde.

O desenvolvimento de indicadores capazes de abordar além dos anos vividos pelo indivíduo, a sua qualidade de vida, segundo Almeida Filho (2000), passou a ser uma preocupação significativa, a partir da década de 1960. Sullivan aplicou, em 1973, pela primeira vez, uma fórmula matemática desenvolvida anteriormente, visando ao ajuste de capacidade funcional de estimativas de vida-média. O aperfeiçoamento desses indicadores, incorporando distintas medidas de incapacidade, permitiu o desenvolvimento de toda uma família de indicadores de saúde geral. Dentre esses, cita o mesmo autor o YHL (Years of Healthy Life), usado nos EUA, o QALY (Quality-Adjusted Life Years) e o DALY (Disability-Adjusted Life Years), este último, desenvolvido por Murray, agregando o tempo vivido com incapacidade e o tempo perdido devido à mortalidade prematura (MURRAY e LÓPEZ, 1995).

Para Goulart (1999), com o uso do DALY é possível avaliar a diferença entre o estado "real" de saúde da população e um estado "ideal", estimado mediante ampla participação de especialistas de várias áreas, além da consulta a fontes de informações múltiplas.

Almeida Filho (2000), refere que QALY e DALY constituem, de fato, medidas globais de morbimortalidade e não indicadores do estoque de saúde de uma sociedade. Curiosamente, enfatiza que ambas as abordagens utilizam anos vividos com qualidade de vida ou sem incapacidade para avaliar o impacto social de patologias e das tecnologias destinadas à sua preservação, controle ou erradicação. "Trata-se de uma aplicação da esquisita noção de doença = ausência de saúde invertida da concepção convencional de saúde, como ausência de doença" (ALMEIDA FILHO, 2000, p. 16).

Kerr-Pontes e Rouquayrol (2003) referem que o DALY pode ser usado tanto para análise de custo por planejadores de saúde, como diante da perspectiva que busca a relação entre aspectos da organização sócio-econômica e a saúde.

As propostas atuais e aparentemente mais sofisticadas, como as estimativas da "qualidade de vida relativa à saúde" e a abordagem do GBD (Global Burden of Disease), não passam, para Almeida Filho (2000), de medidas da doença e seus efeitos: incapacidade e morte. Hoje, no Canadá, o HALE (Health Adjusted Life Expectancy) está em franco processo de construção, e na França, já foi adotado o DFLE (Disability – Free Life Expectancy), ambos constituindo verdadeiros indicadores de vida com saúde, no sentido em que descartam períodos vividos com doença ou incapacidade, para tentar estimar uma expectativa média de anos de vida saudável para populações ou grupo sociais.

Não obstante, o autor cita que, em qualquer dos casos, o desenvolvimento teórico e principalmente metodológico necessário à formalização e aplicação dessas propostas, na análise de situações concretas de saúde, ainda se mostra insuficiente. Reconhece, no entanto, o desenvolvimento de um movimento, no sentido de definir

pragmaticamente saúde, como vida com saúde, ou seja, anos vividos com funcionalidade produtiva e social.

Essa passagem pela literatura, mostrou que ainda não foram desenvolvidos indicadores que possam ser considerados adequados, tanto para avaliar a saúde, como as conseqüências de um problema de saúde sobre o indivíduo, sua família e a coletividade.

Nesse sentido, para que os objetivos deste trabalho fossem alcançados, utilizou-se, nesta pesquisa, indicadores econômicos e de qualidade de vida, este último baseado em *check list* proposto pela CIF (WHO, 2001).

5 METODOLOGIA

5 METODOLOGIA

Tipo de estudo

Foi realizado um estudo de corte transversal das vítimas de acidente de trânsito que estavam em tratamento nas clínicas de reabilitação de Fortaleza, no período de dezembro de 2002 a março de 2003.

Os estudos de corte transversal, também chamados de estudos seccionais, são investigações que produzem "instantâneos" da situação de saúde de uma população ou comunidade, com base na avaliação individual de estado de saúde de um dos membros do grupo, daí produzindo indicadores globais de saúde para o grupo investigado.

O termo estudo seccional, no contexto metodológico da epidemiologia, pretende dar uma idéia de seccionamento transversal, um corte no fluxo histórico da doença, evidenciando as características e correlações naquele momento. Trata-se de um estudo epidemiológico, no qual fator e efeito são observados em um momento histórico (ALMEIDA FILHO e ROUQUAYROL, 2003).

Klein e Bloch (2002) citam que os estudos seccionais têm sido utilizados para investigar uma ampla gama de problemas de Saúde Pública, com os mais variados propósitos, desde administrativos até analíticos. De um modo geral, refere o autor, a aplicação mais comum de um estudo seccional, está ligada à necessidade de saber de que maneira, uma ou mais características, tanto individuais como coletivas, são distribuídas em determinada população. Citam ainda que as informações geradas a partir deste estudo, constituem excelente fonte para o planejamento e administração de ações voltadas para prevenção, tratamento e reabilitação, tanto em âmbito individual como coletivo.

A escolha do estudo seccional deveu-se ao fato de se tratar de uma pesquisa em uma área temática pouco estudada em Fortaleza, tendo-se, portanto, escasso conhecimento de sua magnitude.

Entre as vantagens citadas, tem-se a capacidade do estudo de inferência dos resultados observados para uma população definida no tempo e no espaço, sinalizando uma possibilidade muitas vezes remota, em estudos prospectivos. Uma outra vantagem é a capacidade que este estudo tem de esclarecer hipóteses etiológicas, quando a exposição se apresenta com alguma característica permanente ou invariável do indivíduo, anterior ao estabelecimento do efeito ou desfecho que se quer estudar. Já a desvantagem ocorre por conta do fato de que todas as observações são feitas em cada indivíduo, em uma única oportunidade, sejam aquelas relacionadas com as supostas causas, ou exposições, ou com a consequência, que pode ser uma doença ou agravo da saúde, tornando, assim, difícil, a padronização ou uniformização de procedimentos de coleta de dados, o que pode distorcer a análise das relações entre eventos estudados em subconjuntos da amostra, sendo necessário, portanto, avaliar, retrospectivamente, as mudanças qualitativas e quantitativas do estado de exposição (ALMEIDA FILHO e ROUQUAYROL, 2003 e KLEIN e BLOCH, 2002).

Nesta pesquisa, como o acidente de trânsito foi o evento único causador da incapacidade, e que aqui se configura como objeto de estudo, tentou-se minimizar os efeitos dos vieses, através do instrumento de coleta de dados, no qual se questiona, junto ao paciente, a existência de outra patologia, antes do acidente de trânsito, que pudesse ser incapacitante.

População-alvo

A população objeto deste estudo foi constituída das vítimas de acidente de trânsito que se encontravam em tratamento nas clínicas de reabilitação de Fortaleza, no período de dezembro de 2002 a março de 2003, as quais foram escolhidas através de amostragem estratificada.

Embora houvesse um propósito, a priori, de realizar a coleta de dados em um período de três meses, dezembro de 2002 a fevereiro de 2003, a mesma foi estendida até o dia 15 de março de 2003, em virtude do recesso natalino de 15

dias, adotado pela maioria das clínicas de reabilitação, entre o dia 23 de dezembro de 2002 e o dia 6 de janeiro de 2003, quando foram suspensos os atendimentos.

Os sujeitos participantes do processo foram aqueles que estavam em atendimento nas clínicas, na ocasião da coleta de dados, e que haviam sido vítimas de acidente de trânsito, independentemente da idade e sexo, obedecendo-se o critério de consentimento livre previsto na Portaria 196/1996, do Ministério da Saúde (BRASIL, 1996).

Procedimentos para amostragem

O número de participantes teve como base o estudo realizado em oito clínicas de reabilitação de Fortaleza credenciadas pelo SUS, e uma de Caucaia (Pordeus *et al.*, 2002) locais em que o acidente de trânsito foi identificado como agente causal, declarado em 9% dos prontuários levantados.

Foram escolhidas por amostragem estratificada, 16 das 20 clínicas de reabilitação de maior porte de Fortaleza, unidades, dessa natureza, existentes na capital (118 particulares e 18 credenciadas pelo SUS – Sistema Único de Saúde), as quais serviram de campo para a realização da pesquisa. A exclusão de quatro clínicas deveu-se ao fato de que o número 16, para a amostra de clínicas, atendia à distribuição geográfica na cidade e permitia atingir 210 sujeitos. Esse número é representativo do total de 7.560 pessoas estimadas para atendimento nas 16 clínicas, em três meses. Essa estimativa (atendimento a 7.560 pessoas) baseou-se em estudo realizado em clínicas credenciadas pelo SUS, já citado anteriormente (Pordeus *et al.*, 2002), e em sondagem prévia, feita em cinco clínicas particulares, onde foi levantado, junto à administração das mesmas, o número médio de pacientes atendidos/mês.

No início da coleta de dados, foram identificadas três clínicas que embora atendessem às vítimas de trauma e tivessem sido classificadas como de grande porte, apresentavam demanda insuficiente de vítimas para que fosse

atingido o número de pessoas estimado anteriormente. O problema foi contornado pela substituição das mesmas por clínicas de igual porte, e com localização na mesma área geográfica.

Um outro problema identificado e contornado diz respeito a uma clínica que após a elaboração do projeto de pesquisa, descredenciou-se do SUS, pelo que foi mantida na mesma como particular, dando margem a que outra viesse compor o grupo das credenciadas pelo SUS.

A relação das clínicas credenciadas pelo SUS, foi obtida junto à SESA-CE, enquanto que para a obtenção da relação das clínicas particulares recorreu-se aos guias dos serviços credenciados pelos sete maiores planos de saúde de Fortaleza: Clube de Saúde-Integral, Unimed, Camed Saúde, Assefaz, Hapvida e Cassi.

Foram excluídas da amostra as clínicas que não atendiam às vítimas de trauma, bem com aquelas tidas como de porte médio e pequeno pelo Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (CREFITO).

A amostragem estratificada é uma técnica recomendada para garantir a presença de determinados segmentos da população que, de outra maneira, poderiam estar sub-representados ou ausentes (PEREIRA, 1995).

O cálculo do número de pacientes que participaram da amostra foi baseado numa população infinita ($N = 7.500$ pacientes), na variável acidente de trânsito, com uma porcentagem $P = 9\%$, um erro amostral $d = 3\%$, e um nível de significância de 5% ($t = 1,96$).

A fórmula utilizada foi a seguinte:
$$n = \frac{t_{5\%}^2 \times P \times Q}{d^2}$$
, em que $n = 175$.

Considerando uma margem de erro de 20% , para eventuais perdas de informações com os formulários de entrevista, tem-se que $n = 210$. Participaram do estudo 221 pessoas, as quais foram amostradas nas 16 clínicas estudadas, oito clínicas particulares e oito credenciadas pelo SUS (Quadro 1).

QUADRO -1 Distribuição das clínicas de reabilitação pesquisadas. Fortaleza, 2002-2003.

Clínicas	Nº de atendimentos em 3 meses	Nº de Pacientes por Amostra
SUS		
ABCR - Centro	700	20
ABCR - Messejana	550	15
ABCR - José Walter	550	15
ABCR - Mucuripe	550	15
ABCR - Conjunto Ceará	550	15
ABCR - Serrinha	550	15
ABCR - Barra do Ceará	550	15
Clínica de Mutilados	355	10
PARTICULARES		
Centro de Reabilitação Funcional	525	15
Clínica Santa Lúcia	355	10
Inst. de T. Ort. Godoy Moreira	355	10
Trauma Center	355	10
T.S. Prontofísio	270	7
C T O	465	13
Uniclinic	525	15
Clínica de Especialidades Médicas	355	10
Total	≅ 7.560	210

*Visualizar a localização das clínicas no Mapa de Fortaleza por Bairros - Anexo 1

Seleção e descrição das variáveis do estudo

Variáveis dependentes (desfecho)

A seleção das variáveis dependentes teve por referencial básico a literatura sobre o tema, como também a CID 10 - Classificação Internacional de Doenças (OMS, 1993) e a CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (WHO, 2001).

A variável dependente custo direto, foi construída tomando como referência: lesão sofrida, tempo de hospitalização, número de consultas médicas ambulatoriais, intervenção cirúrgica, uso de prótese, número de sessões de fisioterapia, psicologia, fonoaudiologia e terapia ocupacional.

Para a variável dependente custo indireto, foram considerados: tipo de incapacidade desenvolvida, repercussões financeiras para o indivíduo, dias de trabalho perdidos; implicações da incapacidade no trabalho, na vida familiar e na participação e convívio social.

Variáveis independentes (fator em estudo)

A escolha das variáveis independentes baseou-se também na literatura consultada, tendo sido trabalhadas as seguintes: idade, sexo, categoria no trânsito, socorro recebido, nível socioeconômico, ocupação, tipo de clínica (SUS ou particular). Por sua vez, foi investigada a independência das associações, através de regressão logística, de acordo com modelo hierarquizado de análise (Figura 1).

A hierarquia assume que cada conjunto de variáveis afeta outras, sendo que a direção da influência é apenas no sentido dos conjuntos mais distais para as variáveis proximais (AGRESTI, 2002).

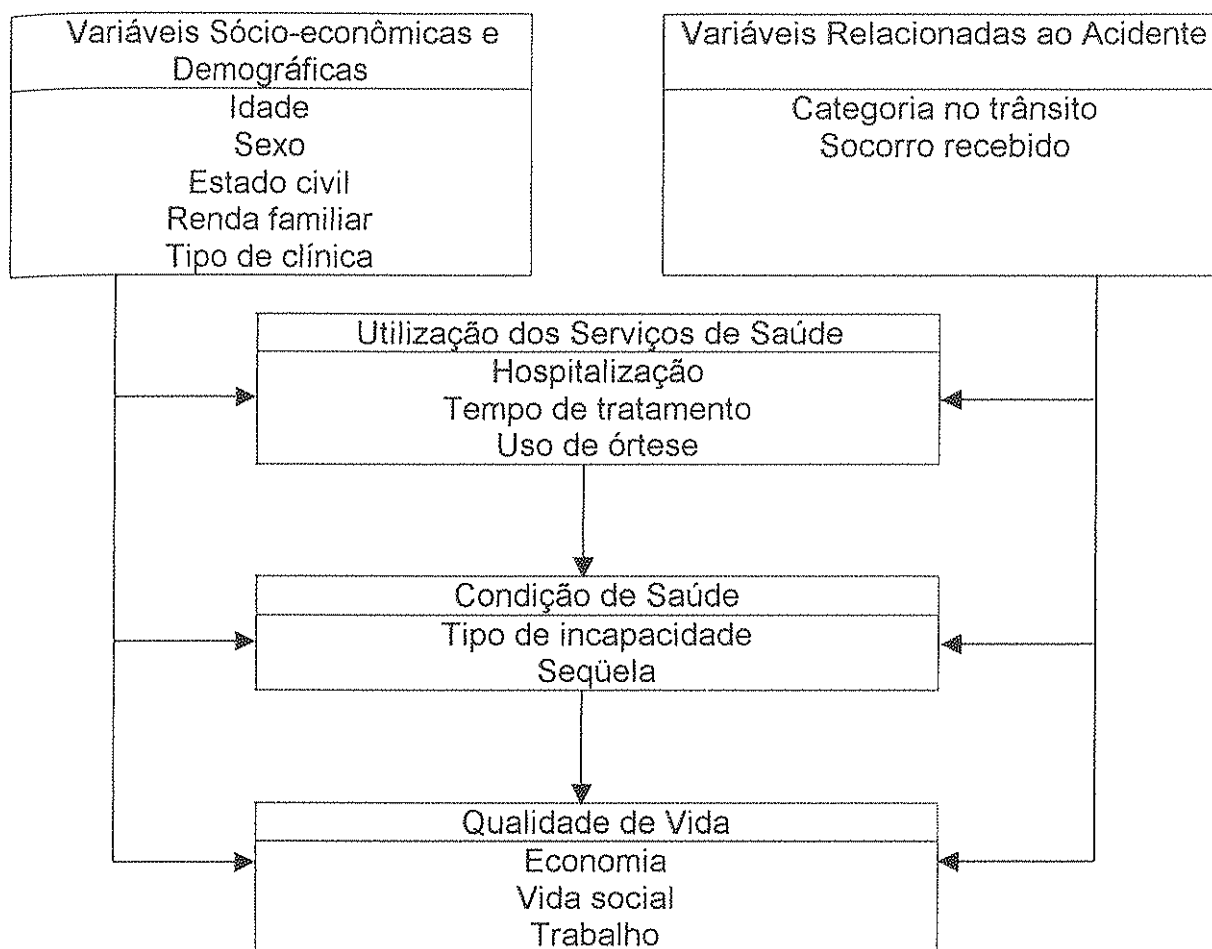


FIGURA – 1 Variáveis sócio-demográficas, do acidente, de utilização dos serviços de saúde, de condição de saúde e de qualidade de vida estudadas.

Coleta de dados

Os dados foram coletados através de um formulário semi-estruturado (Apêndice 1), o qual foi testado antes de sua aplicação. O formulário foi aplicado pela própria autora do projeto e por três alunas universitárias treinadas para tal atividade, sendo que cada uma das pessoas envolvidas ficou responsável pela coleta de dados em quatro clínicas, sob a supervisão da autora da pesquisa. A primeira parte do instrumento foi elaborada, tomando por base as variáveis custo direto e custo indireto, cujos conceitos foram respaldados em definições de Rubio Cebrian (1995) e Pereira (1995). Na elaboração da segunda parte do instrumento, tomou-se por base o *check list* proposto pela CIF (WHO, 2001), pelo fato do mesmo

contemplar importantes aspectos, tais como: avaliação da funcionalidade, das atividades, de participação e repercussões da incapacidade, em relação ao ambiente social.

Para complementar as informações relativas à lesão sofrida e ao diagnóstico médico, fez-se oportuno recorrer aos fisioterapeutas que acompanhavam os pacientes estudados.

Critérios de inclusão e de exclusão dos sujeitos

Foram incluídas na amostra, todas as pessoas vítimas de acidente de trânsito que se encontravam realizando fisioterapia nas clínicas de reabilitação escolhidas durante o período de coleta de dados, e que concordaram em participar do estudo.

De igual modo, foram excluídas as pessoas que se negaram a participar do estudo, bem como aquelas que, antes do acidente, eram portadoras de alguma doença incapacitante, que pudesse ser confundida com a lesão originada no acidente, como artrose e artrite reumatóide.

A coleta de dados ocorreu no decorrer de noventa dias, dezembro de 2002 a março de 2003, nas 16 clínicas escolhidas, as quais foram visitadas a cada semana.

Tendo em vista que cada paciente recebia, em média, 10 sessões de fisioterapia, tanto nas clínicas conveniadas pelos SUS, como nas particulares, o intervalo de tempo de 7 dias foi suficiente para a captação de novos pacientes admitidos para tratamento nas clínicas estudadas.

Análise dos dados

Um conjunto de conceitos serviu de base à elaboração do instrumento de análise. Da mesma forma, serviram eles para nortear o processo de análise, enquanto foram usadas definições operacionais para categorização das variáveis. Tais conceitos estão, a seguir, explicitados:

Custo Social: É o custo de determinada atividade para a sociedade no seu todo, e não apenas para os indivíduos e instituições envolvidas na sua realização. O custo social de qualquer procedimento em saúde inclui, tanto os custos incorridos pela clínica ou hospital, como aqueles suportados pelos usuários e por outros setores da sociedade.

Custo Direto: Refere-se aos custos relacionados ao diagnóstico, tratamento, recuperação e reabilitação da doença, que serão estimados através dos dias de hospitalização, tratamento ambulatorial e de reabilitação referidos pelos pacientes e comparados com a média de custo financeiro por essa causa, paga pela rede SUS.

Custo Indireto: Refere-se à perda de dias de trabalho e às implicações do problema no trabalho, na vida familiar e na participação e convívio social.

Funcionalidade: Capacidade de o indivíduo realizar e desempenhar atividades consideradas normais para um ser humano.

Atividade: É a execução de uma tarefa ou ação de um indivíduo.

Participação: É o ato de se envolver em uma situação vital.

Restrição de participação: São problemas que o indivíduo pode enfrentar no envolvimento de situações vitais.

Acidentes de Transporte incluem as categorias: pedestre, traumatizado em um acidente de transporte; ciclista, traumatizado em um acidente de transporte; motociclista, traumatizado em um acidente de transporte; ocupante de triciclo

motorizado, traumatizado em um acidente de transporte; ocupante de um automóvel, traumatizado em um acidente de transporte; ocupante de uma caminhonete, traumatizado em um acidente de transporte; ocupante de um veículo de transporte pesado, traumatizado em um acidente de transporte; ocupante de ônibus, traumatizado em um acidente de transporte; ocupantes de outros meios de transporte, traumatizados em outros acidentes de transporte terrestre.

Quanto à análise propriamente dita, como a pesquisa envolve dados quantitativos e qualitativos, optou-se pelo trabalho com distintos métodos.

Para a análise dos dados quantitativos: elaboração de tabelas e gráficos e realização de testes não-paramétricos, para verificar associações entre variáveis; cálculo de *odds ratio* de regressão logística; cálculo das médias das variáveis faixa etária, renda, tempo que sofreu o acidente, gasto com o acidente, seguro, restrição temporária, hospitalização, número de consultas médicas, sessões de fisioterapia, terapia ocupacional, psicologia, fonoaudiologia, e uso de outras funções estatísticas, tidas como necessárias. Para tanto, foram utilizados os programas de computação EPI-INFO, versão 6.0, e o SPSS, versão 10.0.

Verificou-se, de início, a existência das seguintes associações:

- | | | | |
|-----|----------------------------|---|------------------------------------|
| I) | | | - Idade |
| | 1. Utilização dos serviços | | - Estado civil |
| | 2. Estado de saúde | X | - Renda |
| | 3. Qualidade de Vida | | - Tipo de clínica |
| | | | - Categoria |
| II) | | | |
| | 1. Estado de Saúde | | |
| | - Tipo de incapacidade | | - Utilização dos serviços de saúde |
| | - Seqüela | | - Hospitalização |
| | 2. Qualidade de vida | X | - Tempo de tratamento |
| | - Economia | | - Uso de órtese |
| | - Vida social | | |
| | - Trabalho | | |
| II) | | | |
| | 1. Qualidade de vida | | - Estado de saúde |
| | - Economia | X | - Tipo de incapacidade |
| | - Trabalho | | - Seqüela |

As associações das variáveis, duas a duas, foram objeto de análise, utilizando-se os testes de χ^2 ou Fisher. Se identificada a associação, a variável entrava no modelo de regressão logística hierarquizado (Figura 1), sendo então calculadas as *odds ratio*. Foi adotado o nível de significância de 5% e processados os dados no *soft* SPSS, versão 10.0.

Quanto aos dados gerados pelas questões subjetivas do formulário, as falas dos sujeitos foram agrupadas segundo as categorias que compõem as figuras 3, 4 e 6, e procedeu-se à análise. Embora os dados qualitativos tenham um caráter complementar, neste estudo, eles foram no entanto, muito importantes para trazer à tona a dimensão subjetiva dos custos das incapacidades geradas por acidentes de trânsito, aspectos que de outro modo poderiam passar despercebidos.

Aspectos éticos da pesquisa

Em observância à Portaria 196/1996, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, antes de sua execução, o projeto foi submetido à avaliação pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Ceará, ganhando aprovação. Também foram adotados os seguintes cuidados: os sujeitos receberam, antecipadamente, esclarecimentos acerca dos objetivos da pesquisa, bem como sobre benefícios e riscos que poderiam advir da sua participação. A par disso, receberam garantias de que não haveria divulgação de seu nome ou de qualquer informação que pudesse comprometer sua privacidade, e de que teriam o direito de se retirar do estudo, se assim desejassem, sendo-lhes ainda assegurado o acesso aos resultados do estudo. Foi solicitada dos mesmos a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido sobre sua participação na pesquisa; no caso de crianças e adolescentes, fez-se igual solicitação aos pais ou responsáveis, com vistas à concessão de autorização; quando havia desorientação e semi-orientação ou outra limitação do sujeito que o impedia de verbalizar, também era solicitado dos seus responsáveis ou representantes legais, o fornecimento de informações (Apêndice 3 e 4).

6 RESULTADOS E COMENTÁRIOS

6 RESULTADOS E COMENTÁRIOS

Como foi descrito na metodologia, o estudo foi desenvolvido em 16 clínicas de reabilitação de Fortaleza, classificadas como de grande porte e que realizavam atendimento às vítimas de trauma. A localização geográfica das clínicas, em várias áreas de Fortaleza, 12 bairros distintos, e a eleição de clínicas da Rede SUS e particulares, permitiram à autora debruçar-se sobre o objeto de estudo, de maneira a conhecer, de forma mais ampla, o custo social das incapacidades por acidentes de trânsito, através da aproximação com a realidade de suas vítimas.

A discussão dos resultados da pesquisa abrangeu informações sócio-demográficas das vítimas de acidentes de trânsito estudadas, incluindo idade, sexo, estado civil e renda, dados do acidente, dados de saúde, e questões relacionadas aos vários aspectos da vida, como atividades, participação, funcionalidade e autonomia na família, no trabalho, na escola e na sociedade.

Participaram do estudo, 221 vítimas de acidentes de trânsito, que se encontravam em tratamento nas clínicas de reabilitação, estudadas no período da coleta de dados. A grande maioria dos participantes residia em Fortaleza, e somente 10 deles provinham de outros municípios, como Caucaia, Euzébio, Maracanaú, e Maranguape, que integram a Região Metropolitana de Fortaleza.

Murray (1995) comenta que uma importante barreira entre os estudos de saúde pública de determinadas doenças e os trabalhos sobre incapacidade, tem sido a falta de um mapa de probabilidade que abranja desde a doença até as deficiências e incapacidades desenvolvidas. Não se constitui, porém, intenção, neste estudo, mapear o trauma produzido pelo acidente de trânsito, desde o socorro recebido, até a incapacidade que levou as pessoas acidentadas a buscarem tratamento nas clínicas de reabilitação. O propósito maior foi conhecer o custo social das incapacidades por acidentes de trânsito, sob o prisma econômico, e também da dor, do sofrimento, das repercussões do trauma sobre suas vidas, dos dias que as vítimas ficaram sem trabalhar ou estudar, da influência do acidente sobre a qualidade de suas vidas e como elas têm interagido com seu espaço familiar e social, após o agravo.

Para Cebrian (1995), "Custo social, é o custo de determinada atividade para a sociedade no seu todo, e não apenas para os indivíduos e instituições envolvidas em sua realização". Segundo afirmação do mesmo autor, o custo social de qualquer procedimento em saúde inclui não somente aqueles incorridos pela assistência em saúde recebida, mas também aqueles suportados pelos pacientes e por outros setores da sociedade.

Ainda que das 16 clínicas trabalhadas, oito fossem da Rede SUS e oito particulares, 80,1% das vítimas de acidente de trânsito encontravam-se realizando tratamento naquelas credenciadas pelo SUS (Tabela 1).

Discutindo a desigualdade social e de saúde, no Brasil, Néri e Soares (2002) referem que aproximadamente 25% da população brasileira têm algum plano de saúde. Entre os 10% mais pobres, cerca de 2,8% são usuários de um plano de saúde qualquer, enquanto que entre os 10% mais ricos, esse número chega a 74%. Citam, ainda, que além da desigualdade na posse de seguro de saúde, há desigualdade em relação à cobertura do plano.

Alguns participantes do estudo, durante a coleta de dados, declararam, informalmente, que embora possuíssem planos de saúde, esse não iria cobrir todas as sessões de fisioterapia indicadas pelo médico; foram também identificadas pessoas, cujo plano não limitava o tempo de tratamento, e outras cuja cobertura era de, no máximo, cinco sessões.

É oportuno ser ressaltado ainda que, ao longo dos três meses de coleta de dados, conseguiu-se identificar, nas clínicas credenciadas pelo SUS, pacientes que anteriormente estavam em tratamento em clínicas particulares, os quais referiram que migraram para essas, pela restrição imposta pelo seu plano de saúde.

Essa maciça quantidade de vítimas de acidentes de trânsito, identificadas nas clínicas credenciadas pelo SUS, em relação às particulares, impõe relacionar o fenômeno à baixa acessibilidade financeira da população, em geral, aos planos de saúde, ou à assistência privada da saúde. Neri e Soares (2002) afirmam, mais uma vez, que, no Brasil, o principal determinante para o consumo dos serviços de saúde, é o indivíduo possuir plano de saúde, aumentando sua chance em 452% de usar os serviços; dessa

forma, o consumo dos serviços de saúde, no País, está mais relacionado ao acesso aos serviços, do que mesmo à necessidade de cuidados de saúde.

Sobre a quantidade de vítimas de acidentes de trânsito, nas clínicas da Rede SUS, há de se questionar, ainda, se isso decorre tão somente do fato de possuírem ou não plano de saúde, com interferência nesse fenômeno, ou se, em realidade, as pessoas mais pobres são aquelas que mais se acidentam no trânsito, por serem maioria e por ficarem mais expostas.

Perfil sócio-demográfico das vítimas

Para a análise do perfil sócio-demográfico das vítimas de acidentes de trânsito estudadas, utilizou-se as variáveis: tipo de clínica, procedência, sexo, idade, estado civil, atividade profissional e renda familiar, as quais serão a seguir analisadas.

Entre os sexos, a predominância foi do masculino, em quase 80% das vítimas estudadas (Tabela 1), fato já constatado por vários estudiosos dessa temática, em diversas pesquisas. Rouquayrol e Almeida Filho (2003) citam o estilo de vida, as diferenças biológicas essenciais, as diferenças anatomofisiológicas, além das atividades ocupacionais, como alguns fatores que influenciam na concentração de doenças e agravos da saúde, por sexo.

TABELA - 1 Distribuição percentual das vítimas de acidentes de trânsito atendidas em clínicas de reabilitação, segundo variáveis sócio-demográficas. Fortaleza, 2002-2003.

Perfil sócio-demográfico	Nº (n=221)	%
Tipo de clínica		
SUS	177	80,1
Particular	44	19,9
Procedência		
Capital	211	95,5
Outro município	10	4,5
Sexo		
Masculino	175	79,2
Feminino	46	20,8
Faixa etária (anos)		
< 19	10	4,5
20 – 39	132	59,7
40 – 59	64	29,0
60 – 81	15	6,8
Estado civil		
Solteiro	69	31,2
Casado	95	43,0
União consensual	28	12,7
Separado	23	10,4
Viúvo	6	2,7
Atividade profissional atual		
Emprego Remunerado	106	48,0
Autônomo	54	24,4
Desempregado por razão do acidente	16	7,3
Desempregado por outra razão	14	6,4
Estudante	12	5,4
Aposentado	12	5,4
Prendas do lar	4	1,8
Não se aplica	3	1,3
Renda mensal (SM)		
< 1	6	2,7
1 – 3	119	53,8
4 – 6	40	18,1
7 – 9	13	5,9
10 – 50	43	19,5

As estatísticas são unânimes em apontar que, no Brasil, há mais ocorrências de lesões por acidentes e violências, no sexo masculino, sejam elas fatais ou não, chegando a ocupar a primeira causa de morte em determinadas faixas etárias desse sexo (ANDRADE e MELLO JORGE, 2000; DESLANDES e SILVA, 2000; MARÍN e QUEIROZ, 2000). Também há concordância entre esses autores, quanto à importância do comportamento, dentre outros fatores, como contribuinte para a ocorrência de acidentes e violências.

Estudo realizado com dados do SUS, de 1999, por Souza, Njaine e Minayo (2001) indica que do total de internações, em todo o país, o sexo masculino respondeu por 70,5% da demanda hospitalar por acidentes e violências, uma relação 2,4 vezes maior que o número atribuído às mulheres.

Como é possível constatar, mais adiante, estudos realizados em Fortaleza, sobre acidentes e violências, com dados de atendimento de emergência, de internações hospitalares e clínicas de reabilitação, confirmaram os achados nacionais.

Pesquisa desenvolvida em quatro hospitais de referência para trauma, na capital, no período de 1995 e 1997, identificou que cerca de 70% dos atendimentos no setor de emergência foram dirigidos a adultos jovens, do sexo masculino. Tal fato levou suas autoras à afirmação de que, pelo estilo que adotam, e pelas características das atividades ocupacionais que exercem, os homens, na maioria das vezes, expõem-se mais a fatores de riscos, para acidentes e violências, do que o sexo oposto, influenciando consideravelmente, as estatísticas de morbimortalidade, por essas causas (ALBUQUERQUE *et al.*, 2001).

Neste mesmo ano, estudo desenvolvido em um destes hospitais, com 377 vítimas de acidente de trânsito, admitidas em um período de três meses, mostrou que 81,2% eram homens e 18,8% eram do sexo oposto (PEIXOTO, 1998).

Também Pordeus *et al.* (2002) identificaram um maior número de jovens do sexo masculino, entre as vítimas de causas externas atendidas nas clínicas de reabilitação de Fortaleza e Região Metropolitana.

A análise das faixas etárias das vítimas de acidentes estudadas, apontou, com destaque, para a representada por indivíduos de 20 a 39 anos, com 59,7%, que gera

maior atendimento hospitalar por trauma, seguida da compreendida entre os 40 e os 59 anos, que representou 29% dos pacientes (Tabela 1).

Deslandes (2002), em concordância com os dados epidemiológicos levantados nesta pesquisa e aqui apresentados, refere que o impacto da mortalidade por causas externas, que tem afetado mais intensamente adolescentes e adultos jovens, sobretudo do sexo masculino, vem despertando a preocupação de gestores, de profissionais e da própria sociedade.

O fato de essas mortes violentas ocorrerem, principalmente, entre uma população jovem, torna suas causas as principais responsáveis pelos APVP no Brasil. É assombroso pensar que os anos potenciais de vida ganhos pelos avanços biomédicos, com uma cobertura vacinal excelente, redução das taxas de mortalidade infantil, entre outras conquistas sanitárias, possam ser furtadas pelo fenômeno da violência (p.16).

Os achados de que o sexo masculino e os adultos jovens eram os que mais requeriam atendimentos em saúde, nas clínicas de reabilitação estudadas, decorrentes de trauma sofrido por acidente de trânsito, estão, como era de se esperar, de acordo com os dados de atendimentos de emergência e de internação hospitalar dos estudos reportados anteriormente. Isso tem levado a uma reflexão sobre o custo pessoal e comunitário que representam os dias de trabalho perdidos, as licenças médicas, o tempo de tratamento, o absenteísmo ocorrido, assim como os prejuízos sofridos pela queda na qualidade de vida em decorrência da dor, do sofrimento e das restrições funcionais impostas pela própria incapacidade a que pessoas tão jovens podem estar submetidas.

Não foi identificada, porém, diferença estatisticamente significativa entre os participantes do estudo, no que concerne à faixa etária entre aqueles atendidos nas clínicas credenciadas pelo SUS e os com atendimento nas clínicas particulares. Verificou-se, no entanto, uma variação de 3,6 anos, em torno da média entre os dois grupos (Tabela 2).

TABELA – 2 Distribuição das vítimas de acidente de trânsito atendidas em clínicas de reabilitação, por tipo de clínica e variáveis sócio-econômicas, tempo do acidente, gastos, seguro e restrição. Fortaleza, 2002-2003.

Variáveis	Nº	Média	s	p*
Faixa etária (anos)				
SUS	177	36,6	3,6	
Particular	44	36,8	3,6	0,937
Renda familiar				
SUS	177	880,14	32,3	
Particular	44	2.345,73	46,2	0,000
Há quanto tempo que sofreu o acidente (dias)				
SUS	177	385	28,3	
Particular	44	316	28,9	0,620
Quanto gastou com o acidente (R\$)				
SUS	153	956,05	37,6	
Particular	41	1.210,51	50,2	0,397
Quanto recebeu do seguro acidente (R\$)				
SUS	18	2.597,72	49,3	
Particular	2	3.150,00	43,7	0,762
Tempo de restrição temporária (dias)				
SUS	173	140	14,5	
Particular	42	133	14,6	0,843
Tempo que ficou sem trabalhar ou estudar (dias)				
SUS	145	258	19,6	
Particular	40	244	27,2	0,843
Tempo que estava sem trabalhar ou estudar no momento da pesquisa (dias)				
SUS	105	366	23,3	
Particular	28	350	29,3	0,875

* Teste t de Student

Os dados já referidos impõem a necessidade urgente de investimentos na promoção da saúde coletiva e em pesquisas sobre questões relacionadas aos acidentes de trânsito, sua gênese e medidas de prevenção eficazes.

A ampliação de pesquisas tende a mobilizar os vários atores sociais dos mais diversos setores para que se envolvam no processo de prevenção e promoção da saúde, como resposta às declarações emitidas em conferências sobre promoção da saúde, realizadas em distintos países e anos, e nas quais o Brasil esteve representado.

Na Terceira Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em Sundsweall-Suécia, no ano de 1991, foi discutida a questão do ambiente, nas dimensões física, social, econômica, política e cultural, como coadjuvante na manutenção da saúde. Enquanto em Bogotá, em 1992, as propostas foram encaminhadas no sentido de que deveriam ser vencidas as barreiras políticas que limitam o exercício da democracia, com imposição de luta contra a violência e os problemas psicossociais. Na conferência realizada na Cidade do México, no ano 2000, foi reconhecido que o desenvolvimento social é um dever e responsabilidade central dos governos, a ser compartilhado por todos os setores da sociedade. A promoção da saúde deve ser, pois, um componente fundamental das políticas e programas públicos, em todos os países, na busca de equidade e melhor saúde para todos (BRASIL, 1996; 2001).

Em se tratando de acidentes de trânsito, as questões que envolvem a promoção da saúde vão desde o ambiente saudável, como coadjuvante na manutenção da saúde, até a ocorrência dos acidentes e suas conseqüências, sendo não somente de interesse e responsabilidade dos governos, mas de toda a sociedade. Merecem, portanto, as atenções requeridas, conforme indicam as estatísticas de morbimortalidade por acidentes de trânsito do País e deste Estado, originadas de pesquisas ou de dados oficiais que, ao longo do presente trabalho, vêm sendo citadas.

A OMS declara que as pesquisas realizadas nos últimos 40 anos, nos países desenvolvidos, mostraram que a ocorrência de "batidas" envolve um complexo fenômeno sociológico, psicológico, físico e tecnológico. O conhecimento até agora gerado pelas pesquisas, tem levado a uma maior segurança nos veículos, estradas e sistemas de gerenciamento de tráfego, isso nos países desenvolvidos, enquanto naqueles em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, é necessário um esforço similar, tanto em pesquisas, quanto em desenvolvimento e inovação (WHO, 2001).

No Brasil parece haver pouca consciência da contribuição das lesões por acidentes de trânsito sobre o quadro nosológico da população, principalmente entre os adultos jovens, sendo essa questão negligenciada nas pesquisas e nas políticas.

Briceño-León (2000) afirma:

Devemos interpretar a saúde como um momento e uma realidade social. Isto inclui condições de vida dignas, sadias, de acordo com os conhecimentos que hoje dispomos e as condições históricas em que vivemos. A carência de

saúde mostra os limites e fracassos da sociedade, a maneira como estabelecemos nossas idéias e como as praticamos (p. 17).

O número anual de vítimas lesionadas e fatais por acidentes de trânsito, no país, mostra os limites e os fracassos da sociedade atual, para trabalhar esse problema que, a cada dia, vem alcançando maiores proporções.

Mais da metade das pessoas estudadas — 53,8%, tinham renda familiar mensal entre um e três salários mínimos, fato que possivelmente explica o maior número de vítimas de acidentes de trânsito atendidas nas clínicas credenciadas pelo SUS. A esse percentual, seguiram-se aqueles, com renda familiar variável entre dez e cinquenta salários mínimos — 19,5%, e quatro e seis salários mínimos — 18,1%, respectivamente. Foi observada, no entanto, diferença estatisticamente significativa ($p < 0,0001$) para a renda familiar entre as vítimas de acidente de trânsito, atendidas nas clínicas credenciadas pelo SUS, e as particulares (Tabelas 1 e 2).

A média da renda familiar entre os dois grupos, quando da coleta de dados, era de R\$ 880,14 para o das clínicas credenciadas pelo SUS, correspondendo a 4,4 salários mínimos, com variação de R\$ 32,30 em torno da média, enquanto o das clínicas particulares apresentava renda familiar média mensal de R\$ 2.345,73, o equivalente a 11,7 salários mínimos, com variação de R\$ 46,20 (Tabela 2).

O uso da renda familiar como parâmetro para definir estrato social ou como parâmetro para avaliar qualidade de vida, é questionado por alguns autores, pelo fato de estar sujeito a viés, já que a informação não contém o tamanho da família (ROJAS, 1991 e SLIWANY, 1997). Por outro lado, a análise do nível de vida pelo ângulo social, segundo Sliwiany (1997), considera e ressalta os efeitos sociais da participação das economias domésticas nas diferentes necessidades sociais ou humanas.

Mejivar e Trejos (1986), citados por Rojas (1991), recomendam a análise da renda, para a satisfação das necessidades, e a satisfação das necessidades, como resultado final, para definição de indicadores capazes de medir a qualidade de vida na família.

A relação entre renda e atenção à saúde, feita por Neri e Soares (2002), aponta para o fato de que, no Brasil, os indivíduos mais pobres tendem a procurar mais os serviços de saúde por problemas de doença, do que por motivo de prevenção,

enquanto que não há evidência, segundo esses autores, de desigualdade em favor de algum estrato social, quando os motivos da busca do serviço de saúde são o tratamento ou reabilitação de acidentes ou lesões.

No presente estudo, identificou-se flagrante diferença no número de pessoas que buscaram reabilitação, sendo que o número dos que estavam sendo acompanhados nas clínicas da Rede SUS, era em muito, superior ao encontrado nas clínicas particulares. Voltou-se, assim, a questionar se os mais pobres acidentaram-se, em maior quantidade no trânsito, e, por isso, constituíam maioria, ou porque a maioria da população de Fortaleza tem renda familiar baixa (Tabela 1).

A resposta a essas indagações pode estar nos dados de indicadores sociais da Região Metropolitana de Fortaleza de 2001 (IBGE, 2002), que mostraram o seguinte: 34,8% da população ocupada naquele ano, tinha renda mensal de até um salário mínimo; 30,2% dos ocupados recebiam mais de um a dois SM; 18,2% recebiam mais de dois até cinco SM e apenas 10,2% recebiam mais de cinco SM. Em dados do IBGE (1998), sobre rendimento mensal do nordeste brasileiro, foi constatado que 44,8% da população tinham renda familiar de até dois SM e que para 31,3%, esse rendimento situava-se entre dois e cinco SM.

Além da renda, a literatura cita a influência de fatores sociais e culturais sobre a decisão de buscar ou não assistência à saúde, servindo de exemplos as questões relacionadas ao grau de instrução, as experiências atuais e passadas, os padrões comportamentais, os aspectos psicológicos e outros fatores passíveis de envolvimento na busca da reabilitação.

Em relação ao estado civil das vítimas, identificou-se que os casados e os em união consensual — 55,7%, eram maioria entre os participantes do estudo, vindo, em seguida, os solteiros, com 31,2% e os separados e viúvos que juntos perfizeram 13,1% (Tabela 1). Poucos são, no entanto, os estudos que associam doenças ou saúde ao estado civil.

MacMahon e Trichopoulos (2001) afirmam que embora haja diferença nas taxas de doenças, segundo o estado civil, não tem sido dada importância a esses dados, como fonte de hipótese epidemiológica. Citam os autores que, de uma forma geral, para a maioria das doenças, as taxas de mortalidade mais baixas ficam entre os casados, e as

mais altas, entre viúvos e divorciados. Em se tratando de determinadas causas de morte ou doença, essas podem ser associadas a uma "vida perigosa", como os acidentes de trânsito, outros acidentes e doenças sexualmente transmissíveis, que ocorrem mais entre os homens solteiros, o que sugere diferenças no estilo de vida, por conta do estado civil. Não obstante, enfatizam que, mesmo diante de tais observações, não há uma resposta para a relação causal entre doença e estado civil.

No que concerne a ocupação, — 48%, quase a metade das vítimas estudadas, declarou possuir emprego com vínculo formal de trabalho, enquanto 24,4 % se disseram autônomas e 13,7% afirmaram estar desempregadas, ou por razão do acidente de trânsito sofrido que as incapacitou temporariamente para o trabalho, ou por outra razão (Tabela 1).

Minayo (2000) cita que o peso do trabalho informal na População Economicamente Ativa (PEA) do Brasil é cada vez maior, chegando a alcançar mais de 50% dos trabalhadores. Afirma, ainda, que os efeitos físicos, morais e mentais das novas formas de exclusão e de relação de produção sobre os indivíduos e a sociedade têm sido pouco estudados, porém investigações iniciais estão revelando sua articulação com problemas mentais, acidentes não notificados e não cobertos pela assistência social.

Acerca da notificação de acidentes de trabalho, Conceição *et al.* (2003) revelam que, no Brasil, segundo dados de 1999, do Ministério da Previdência e Assistência Social, a proporção de acidentes de trajeto, em relação ao total de acidentes registrados naquele ano, foi de 10,3%, enquanto em estudo realizado com acidentados de trabalho, atendidos em serviço de emergência do Rio de Janeiro, os pesquisadores identificaram 22,9%. Afirmando, ainda, os autores, que os acidentes de trajeto tendem a ser mais subnotificados que os acidentes típicos, aparecendo, portanto, em menor proporção, nas estatísticas.

Pesquisa sobre a ocorrência dos acidentes de trabalho registrados no Ceará, no período de 1993 e 2000, constatou que, em média, 17,45% deles foram de trajeto, alcançando pessoas que se acidentaram indo ou vindo do trabalho. Foi também identificado que, entre os acidentes típicos, 6,2% ocorrem no trânsito, durante o exercício da atividade profissional, e que, dos 220 óbitos por acidente de trabalho, registrados pela

Secretaria Estadual de Saúde, entre os anos de 1996 e 2000, 35,2% tiveram ocorrência no trânsito (MELO, 2003).

Lamentavelmente, somente após o início do trabalho de campo é que foi percebida uma lacuna no formulário de coleta de dados, no que concerne à informação sobre acidente de trabalho. Em que pese ao fato, mas tendo em vista que 72,4% dos participantes do estudo referiram estar empregados, trabalhando na economia formal ou informal, há de se crenão haver precipitação quanto a afirmar que, provavelmente, alguns dos acidentes ocorreram ou no trajeto do trabalho ou durante o exercício da atividade profissional.

Dados do acidente

Os motociclistas e os passageiros de motocicleta foram identificados como as principais vítimas do trânsito, que se encontravam realizando fisioterapia nas clínicas estudadas, 57,4%. Por número de atendimentos vieram, a seguir, os pedestres, com 13,6% e os ciclistas, com 10,9%, como as categorias do trânsito mais atendidas em clínicas de reabilitação, no período estudado (Tabela 3).

TABELA – 3 Distribuição percentual das vítimas de acidentes de trânsito atendidas em clínicas de reabilitação, segundo caracterização no trânsito, causas do acidente, seguro, tempo do acidente e gastos. Fortaleza, 2002-2003.

Dados do acidente	Nº (n=221)	%
Caracterização no trânsito		
Motociclista	98	44,3
Pedestre	30	13,6
Passageiro motocicleta	29	13,1
Ciclista	24	10,9
Motorista (automóvel, ônibus).	18	8,1
Passageiro banco de trás	8	3,6
Passageiro banco da frente	7	3,2
Passageiro ônibus ou <i>topic</i>	7	3,2
Causas do acidente		
Descuido ou irresponsabilidade do motorista causador do acidente	108	49,0
Descuido da vítima	34	15,4
Desrespeito aos sinais de trânsito por parte do motorista causador do acidente	30	13,6
Outras causas	22	9,9
Uso de álcool ou droga por parte do motorista causador do acidente	21	9,5
Uso de álcool ou droga por parte da vítima	11	5,0
Desrespeito aos sinais de trânsito, por parte da vítima	9	4,1
Má conservação da via	6	2,7
Problema mecânico do veículo	5	2,3
Má sinalização da via	4	1,8
Recebeu o seguro acidente		
Sim	20	9,0
Não	201	91,0
Há quanto tempo sofreu o acidente (anos)		
< 1	169	76,5
1 – 2	34	15,4
3 – 4	11	5,0
5 – 6	2	0,9
7 – 20	5	2,3
Gastos com acidente (S.M.).		
< 1	45	20,4
1 – 3	78	35,3
4 – 6	34	15,4
7 – 9	11	5,0
10 – 75	26	11,8
Não gastou nada	27	12,2

Dados do DETRAN-CE e da SESA-CE mostram que, embora sejam os motoristas e passageiros de automóveis os que mais se acidentam, há predomínio de vítimas lesionadas e fatais entre pedestres e motociclistas (CEARÁ, 2002).

Gaspar (2002), em reportagem intitulada "A morte sobre duas rodas", refere que nos últimos 10 anos o número de motocicletas circulando em Fortaleza cresceu 149,8%, período em que foi implementado o serviço de tele-entrega e oficializado o serviço de moto-taxi. Contribuíram ainda para o crescimento da frota de motos, tanto em Fortaleza, como em outros municípios do Estado, segundo afirmação do diretor do DETRAN-CE, contida na aludida reportagem, questões econômicas, exemplificadas pela facilidade na aquisição de motos e baixos custos de manutenção, bem assim a busca desenfreada de emoção, atrelada à sensação de liberdade, experimentadas pelos que dirigem motocicletas.

Na avaliação do autor da reportagem acima mencionada, a motocicleta é considerada o veículo mais perigoso, requerendo do seu condutor muito equilíbrio e atenção especial, além do que há de se considerar que o motociclista fica sempre em situação de desvantagem quando comparado aos motoristas de outros veículos automotores.

A tanto se associa o fato de não existir a flandagem do veículo, como forma de proteção do impacto, pelo que a exposição direta do próprio corpo, durante o choque, em um acidente de trânsito, predispõe motociclistas ou passageiros de motocicleta, bem como ciclistas ou pedestres, a lesões de maior gravidade. Além da exposição aqui referenciada, essas categorias têm contra si, por não usarem cinto de segurança, o risco de serem arremessadas à distância do local em que se encontravam durante o choque, aumentando, ainda mais, a possibilidade de sofrerem traumas graves.

Tal afirmação confirmada nas clínicas de reabilitação estudadas, ao se constatar que os motociclistas e seus passageiros foram os que mais estiveram a requerer atendimento, no período em que se desenvolveu esta pesquisa.

Ao se fazer uma súmula dos dados até aqui analisados, verificou-se que a maioria das vítimas de acidentes de trânsito que se encontravam nas clínicas de reabilitação era representada por adultos jovens, do sexo masculino, com renda familiar

entre um e três salários mínimos, casados ou em união consensual, motociclistas, passageiros de motocicletas ou pedestres.

Estudo realizado com 100 vítimas de acidentes de motocicleta internadas no IJF, entre os meses de janeiro e março de 2003, mostrou que houve predomínio do sexo masculino — 98%, na faixa etária de 21 a 30 anos, mantendo-se esse dados acordes com os reportados anteriormente de que há maior ocorrência de acidentes e violências em homens e em jovens. Ficou evidenciado, ainda, que 45% das vítimas, já haviam se acidentado anteriormente em motocicletas, e que 40% não eram habilitadas (FERNANDES e ANDRADE, 2003).

Gawryzewski e Mello Jorge (2000) enfatizam que os acidentes de trânsito envolvendo motocicletas, constituem problema de grandes proporções na cidade de São Paulo, em decorrência do crescente uso desse veículo, não somente para o lazer, mas também para o trabalho, em atividades como as de moto boy, por exemplo, em que se configura uma proposta de rapidez no atendimento aos clientes, contribuindo, segundo as autoras, para o aumento de acidentes.

Dados de mortalidade por acidentes de trânsito, da SESA-CE, mostram a importância e magnitude das mortes envolvendo motociclistas e pedestres, no período de 1996 a 2001, tanto no Estado do Ceará como na capital, até porque as duas categorias contribuíram com o maior número de vítimas fatais do trânsito, nesse espaço de 5 anos. Os óbitos em pedestres representaram cerca de 40,0% dos óbitos registrados, no Estado, por acidentes de trânsito, enquanto os motociclistas contribuíram com 19,0%. Em Fortaleza, a mortalidade proporcional dessas duas categorias do trânsito, em relação às demais, foi discretamente menor do que aquela registrada no Estado (CEARÁ, 2002).

Embora o número de motocicletas circulando em Fortaleza seja bem menor que o de automóveis, a mortalidade de motociclistas é proporcionalmente idêntica à de ocupantes de veículos, o que põe à mostra que o risco de morrer conduzindo uma motocicleta ou como passageiro dela, é maior do que como motorista, ou passageiro de automóvel.

É de se lamentar que poucos sejam os estudos de morbidade, por acidentes de trânsito e outras causas externas, reportados na literatura nacional, fato que leva os pesquisadores a trabalhar, na maioria das vezes, com dados de mortalidade. Dentre as

justificativas para tal, está a indisponibilidade de dados, por falhas nos registros e pela omissão das vítimas quanto ao fornecimento de informações sobre a causa real da lesão que as levou a buscar a atenção à saúde. Não obstante, os dados de morbidade disponíveis guardam sintonia com os de mortalidade, quando esses últimos apontam os pedestres, os motociclistas e os ciclistas, como as principais vítimas lesionadas no trânsito.

Considera-se marcante, para fins estatístico, o impacto da implantação do novo Código de Trânsito, em 1998, sobre a mortalidade por acidentes de trânsito, em Fortaleza. Somente em 2001, a taxa de mortalidade, na Capital, passou de 30 óbitos por 100 mil habitantes, para 22 por 100 mil, em que pese o número de óbitos por acidentes dessa natureza, no âmbito estadual, ter mantido tendência estacionária, em torno de 17 óbitos por 100 mil habitantes (CEARÁ, 2002).

Esses dados, associados a outros referidos no presente trabalho, reforçam a necessidade urgente de investimentos na educação, fiscalização e engenharia de trânsito, por parte do setor público e da sociedade civil organizada do Ceará. O desenvolvimento de ações de educação, de forma sistemática, a médio e longo prazos, certamente terá como produto a redução da morbimortalidade por esse agravo. Para que o conhecimento até agora adquirido sobre estratégias de prevenção de acidentes de trânsito seja transformado em realidade, é fundamental que ele seja assimilado pelas várias áreas do conhecimento e adotado, como prioridade, pelas políticas públicas.

A integração de diferentes saberes e práticas, hoje compartimentalizadas e isoladas, redundará no planejamento e execução de intervenções que Almeida Filho (2000) chama de conjuntivistas. A articulação de práticas capazes de unificar modos de produção de conhecimento e estratégias de ação, só será possível, afirma o autor, se forem desrespeitados os limites impostos aos setores e campos que recortam o espaço social.

Questiona-se aqui as razões pelas quais são respeitados os limites para trabalhar a prevenção, não somente dos acidentes de trânsito, mas dos acidentes e violências de uma forma geral, — bem assim os motivos que impedem a realização de ações conjuntivistas nesse sentido. É importante assinalar que o saber acumulado nos vários campos de conhecimento científico e empírico, sobre causa e rede de causas

destes agravos, permite que se incorpore a prevenção dos mesmos às políticas de saúde.

A iniciativa do Ministério da Saúde, de instituir a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, no ano 2001, e, posteriormente, no ano 2002, o Programa de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito: Mobilizando a Sociedade e Promovendo a Saúde, representaram, como foi afirmado anteriormente, uma grande conquista, diante da perspectiva de que poderão ser traçadas, intersetorialmente, políticas públicas de prevenção e promoção da saúde mais próximas da realidade.

O setor saúde, que tradicionalmente tinha como função cuidar dos agravos físicos e emocionais gerados pelos conflitos sociais, hoje busca ultrapassar seu papel apenas curativo, definindo medidas preventivas destes agravos e de promoção da saúde, em seu conceito ampliado de bem-estar individual e coletivo (MINAYO e SOUZA, 1998).

Recentemente, em julho de 2003, o Governo do Estado do Ceará, sob a coordenação da Secretaria da Infraestrutura, convocou várias secretarias estaduais para, conjuntamente, elaborarem plano de combate aos acidentes e violências, no Estado. O plano que ora se encontra em processo de construção, certamente trará grandes contribuições para a prevenção e redução desses agravos, com a articulação de práticas capazes de unificar modos de produção de conhecimento e estratégias de ação, como bem refere (ALMEIDA FILHO, 2000).

As iniciativas do Ministério da Saúde e do Governo do Estado do Ceará são, inquestionavelmente, avanços importantes na construção de um novo paradigma na prevenção de acidentes e violências, bem assim na promoção da saúde coletiva.

Rocha (1999), discutindo questões relacionadas à urbanização de Fortaleza e seu acelerado crescimento, sem que os bens de serviço e infra-estrutura tenham se desenvolvido proporcionalmente, afirma que:

Se o rápido crescimento de Fortaleza, nos últimos anos, transformou a capital em um dos maiores centros urbanos do país, também não deixou de gerar todos os problemas inerentes a uma grande cidade. Se, por um lado, a urbanização cria a ilusão de uma Fortaleza moderna, inserida entre as grandes metrópoles do continente, por outro revela as conseqüências do crescimento desordenado, demonstrado pelo alto déficit habitacional e pela falência dos programas de saúde e educação. Mas a face visível dessa

Fortaleza degradada está na violência, que ganhou berço esplêndido na ausência de uma eficaz política de segurança preventiva, e até mesmo repressiva (ROCHA, 1999: 19).

Minayo e Souza (1998) afirmam que variáveis, tais como o tamanho das cidades, aglomerações de pessoas, perda de referência familiar e de raízes culturais favorecem a formação de subculturas periféricas, à margem das normas e leis sociais. Assim, as grandes cidades não são o foco gerador da violência, como crê o senso comum, e sim o locus privilegiado para dissociação entre aspirações culturalmente criadas e as possíveis, socialmente, favorecendo a delinquência e o crime.

Em se tratando de trânsito, a violência, sob as mais diversas formas de manifestação, tem também seu espaço no dia-a-dia da capital cearense. Há perda da qualidade de vida causada pela diminuição de áreas destinadas à convivência social e de lazer, bem como praças e áreas verdes vêm sendo substituídas por avenidas e espaços para estacionamentos. São horas perdidas em engarrafamentos quilométricos, associados ao estresse, à falta de solidariedade, à impunidade, ao desrespeito à cidadania e à falta de educação no trânsito.

Há, via de regra, uma pressa generalizada, com todos querendo chegar rapidamente a algum lugar, tudo isso tem contribuindo para que os espaços urbanos se transformem em locus privilegiado para a violência no trânsito que, quando associada à falta de manutenção das vias, à sinalização inadequada, e a erros de engenharia de trânsito, aumenta, sobremaneira, o risco de acidente.

Minayo e Souza (1998) consideram acidente todo evento não intencional e evitável, causador de lesões físicas e/ou emocionais, no âmbito doméstico ou nos espaços sociais de trabalho, trânsito, escola, esporte e lazer.

Para essas duas autoras, tanto os eventos violentos, quanto os acidentes, sempre terão algum grau de imprecisão devido à dificuldade de se estabelecer o seu caráter intencional. Esse fato ficou evidenciado nas causas do acidente, atribuídas pelas vítimas do trânsito participantes do estudo, em que quase metade citou como principal o descuido ou irresponsabilidade do motorista causador do acidente, seguida dos 15,4% que apontaram o descuido das próprias vítimas; participaram com 13,6%, os que afirmaram que a ocorrência do acidente deveu-se ao desrespeito aos sinais de trânsito, pelo motorista causador do acidente; outros 9,5% declararam que o uso de álcool ou

droga por parte do motorista causador do acidente, foi o fator desencadeante do mesmo (Tabela 3).

Marín e Queiroz (2000) referem que várias pesquisas encontraram associação significativa entre o risco de acidente e questões ligadas à personalidade, do tipo agressividade, transgressão, tomada de decisão e velocidade. Dentre esses fatores encontram-se o comportamento do motorista, fator citado como o principal responsável por acidentes de trânsito, a observação de sinais, velocidade e decisões no momento de ultrapassar outro carro, ou de cruzar uma rua.

Com relação aos participantes deste estudo, foi significativo o número dos que afirmaram, que os motoristas foram os causadores do acidente (Tabela 3), quer pelo uso abusivo de álcool ou de outra droga, quer por descuido ou irresponsabilidade, ou mesmo desrespeito aos sinais de trânsito, confirmando os achados de outras pesquisas.

Fatores como lapsos ou comportamentos de esquecimento, erros de julgamento, ou direção potencialmente perigosa para outros, contravenções intencionais às práticas de segurança no trânsito, além de transgressões, são também descritos por Marín e Queiroz (2000). Essas últimas devem ser analisadas dentro de um contexto organizacional e social mais amplo, recomendam os dois autores, uma vez que atualmente, os comportamentos não ajustados de autodestruição, como o abuso do álcool e a drogadicção são freqüentes.

Na determinação multifatorial dos diferentes tipos de causas externas, Carvalho *et al.* (2002) citam o álcool como um importante fator a considerar, apontando-o como objeto de estudos, em vários países. As pesquisas com vítimas de acidentes de transporte, agressões, afogamentos e queimaduras, entre outros, mostram níveis variados, porém consistentes do envolvimento do uso do álcool, de acordo com populações de diferentes países estudados.

No meio que serviu de locus à pesquisa, o reflexo da associação indevida entre volante e uso do álcool é fato notório nas estatísticas do DETRAN-CE, além de ser matéria de jornais, principalmente nos finais de semana. As ocorrências de acidentes de trânsito, que começam a aumentar a partir da sexta-feira à noite, têm seu maior pico no sábado, e, ainda no domingo, mantêm altos índices em relação ao resto da semana. Tal acontece em virtude de, nos finais de semana, as pessoas freqüentarem mais festas,

bares, restaurantes e praias, o que contribui para um maior consumo de bebida alcoólica. A associação empírica aqui estabelecida, é difícil de ser comprovada. Em função da própria legislação e dos mecanismos existentes para a constatação do fato, o indivíduo tem o direito de se negar a realizar o teste do bafômetro e de alcoolemia. Por outro lado, o policial que identifica a pessoa alcoolizada dirigindo no trânsito, pode detê-la, para que a mesma seja levada ao IML para realização de exame clínico, onde poderá ser constatado ou não se estava realmente alcoolizada. Essa constatação vai depender do tempo transcorrido entre a detenção e a realização do exame.

Carvalho *et al.* (2002) referem que a literatura nacional aponta poucos estudos desenvolvidos na área. Pesquisa financiada pela Associação Brasileira dos Departamentos de Trânsito e realizada em 1997 em serviços de emergência e IML de Brasília, Curitiba, Recife e Salvador, revela que em uma semana típica, normal, sem data comemorativa, das 831 vítimas não fatais do trânsito, houve possibilidade de alcoolemia em 61,4% dos casos e, dentre as 34 vítimas fatais, essa possibilidade foi de 52,9%.

Uma vez que os acidentes de trânsito são, dentre as causas externas de morbimortalidade a mais passível de ser evitada, dado o conhecimento científico e tecnológico que se tem para sua prevenção, alguns autores reconhecem como inapropriada a terminologia acidente, para evento perfeitamente evitável.

Acerca disso, Deslandes e Silva (2000) declaram, textualmente:

A concepção de fatalidade de um acidente de trânsito deve dar lugar à idéia de que tais eventos são preveníveis em sua maioria. É preciso discutir criticamente o reforço cultural, dado na mídia e pelos fabricantes de carros, aos valores de competição, risco e hedonismo desmedido que colaboram para uma conduta irresponsável e agressiva. Numa escala desenfreada a alteridade é negada de tal forma que o "outro" é quem deve ser sempre culpado (independente das circunstâncias). Denunciar as implicações dessa percepção cultural que banaliza a violência é fundamental, bem como discutir valores de afirmação do diálogo e da vida (DESLANDES e SILVA, 2000: 67).

Vem da OMS a afirmação de que, uma vez tida a certeza de que as atividades de controle de traumas por acidentes de trânsito, envolvem os mesmos princípios que qualquer outro problema de saúde pública, torna-se possível instituir políticas e programas para a promoção da segurança (WHO, 2001).

A partir dessa concepção, com a instituição da Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências e do Programa de Redução da

Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito: Mobilizando a Sociedade e Promovendo a Saúde, o Ministério da Saúde, no ano 2001, manifestou-se disposto a assumir sua participação, juntamente com a sociedade civil e com outros setores, na discussão e solução do problema, propondo estratégias de promoção da saúde e prevenção de acidentes e violências (BRASIL, 2002).

Como foi possível constatar em relação ao tempo transcorrido, desde o acidente até a participação da vítima no presente estudo, mais de três quartos, ou 76,5% das vítimas estudadas, haviam sofrido o acidente há menos de um ano, sendo que para a maioria delas o acidente tinha ocorrido há, no máximo, três meses. O tempo transcorrido entre um e dois anos, foi o segundo mais referido, com 15,4% dos acidentados, tendo sido identificada, no entanto, uma variação de tempo de menos de um mês a até 20 anos. Também não foi observada diferença estatisticamente significativa entre os pacientes das clínicas credenciadas pelo SUS, e os das particulares, no que se relaciona ao tempo em que sofreram o acidente ($p \leq 0,05$); a média foi de 385 dias para os atendidos nas clínicas credenciadas pelo SUS, contados da data do acidente, enquanto para os pacientes das clínicas particulares essa média foi de 316 dias (Tabelas 2 e 3).

Gastos e seguro acidente

Quando da avaliação de uma doença sob a perspectiva econômica, os custos da assistência sanitária, conforme recomenda Silva, (2003), devem ser distinguidos daqueles relacionados à perda de salários do paciente e de sua família, dos gastos especiais com alimentação, roupa ou outros artigos, bem como daqueles relacionados à invalidez, reabilitação e custos sociais. Segundo o mesmo autor, "saúde não tem preço, mas tem custo" (p.542).

Os gastos com acidente, para efeito de análise, foram baseados em Rubio Cebrian (1995) e Pereira (1995), citados anteriormente em outro capítulo, os quais afirmam que os custos diretos dizem respeito àqueles relacionados aos exames e procedimentos diagnósticos, consultas, internações, reabilitação e outros, como os gastos com a locomoção para o tratamento médico e de fisioterapia. Por sua vez, referem-se os indiretos à perda de produção e baixa da produtividade, trazidas pelo problema de saúde,

como dias sem trabalhar e queda na produtividade, geradas pela limitação física e/ou psicológica, impostas pelo trauma.

Assim, em razão do exposto, nos resultados aqui apresentados estão incluídos os gastos diretos e indiretos estimados pelos pacientes estudados, os quais se referem à compra de medicamentos, pagamentos de taxas, compra ou aluguel de órtese, como cadeira de rodas, muletas e imobilizadores como, joelheiras, tornozeleiras e outros. Além da perda salarial, por conta dos dias sem trabalhar, também foram consideradas a diminuição do salário, em função de redução da jornada de trabalho, e queda do salário, a partir de licença médica concedida pelo INSS.

Foram computados, ainda, os gastos com taxi e ônibus para deslocamento da pessoa acidentada e de acompanhante, bem assim foram contabilizados os prejuízos, decorrentes dos dias sem trabalhar ou da perda de emprego de familiar que ficou sem trabalhar para atender às necessidades da vida diária do acidentado, ou para acompanhá-lo nas consultas médicas ou na reabilitação.

Cerca de um 35% dos participantes do estudo referiram ter gasto entre um e três salários mínimos, em consequência do agravo, seguindo-se os que gastaram menos de um salário — 20,4%, e os 15,4% que informaram ter arcado com despesas entre quatro e seis salários mínimos. Os que não tiveram despesas — 12,2%, segundo suas próprias informações, adiantaram que a empresa em que trabalhavam os amparou, até porque sofreram acidente de percurso (Tabela 3). Não foi identificada, no entanto, diferença estatisticamente significativa nos gastos após o acidente entre os participantes do estudo que se encontravam realizando tratamento nas clínicas credenciadas pelo SUS e os atendidos nas clínicas particulares ($p \leq 0,05$). Os pacientes das clínicas credenciadas pelo SUS gastaram, em média, R\$ 956,05, com uma variação em torno de R\$ 37,60, enquanto aqueles, com atendimento nas clínicas particulares, afirmaram ter gasto R\$ 1.210,51, ou o equivalente a seis salários mínimos, com variação de R\$ 50,20 (Tabela 2).

Os gastos econômicos referidos pelas vítimas, durante o processo mórbido, até a ocasião da coleta de dados, aqui apresentados, resultam dos bens e serviços que foram adquiridos ou produtividade que foi perdida como resultado do trauma sofrido no acidente de trânsito. Não obstante, deixam de representar as consequências do

acontecimento, tanto para os indivíduos, como para suas famílias, incluindo a dor, o sofrimento e a perda da qualidade de vida, que, na verdade, são intangíveis.

O acesso à clínica, na opinião alguns dos participantes do estudo, tem suas implicações nos gastos com táxi, uma vez que a condição física, via de regra, inviabiliza o uso do ônibus, aumentando o ônus com o pagamento de taxas. Vale salientar que das clínicas da Rede SUS pesquisadas, sete delas, no mês que antecedeu ao início da coleta de dados, passaram a cobrar taxa mensal de R\$10,00 aos pacientes, para que os mesmos pudessem ter acesso ao tratamento. Também foi referido o custo da passagem de ônibus, não somente do paciente, mas, também do acompanhante.

Não obstante os gastos pessoais com o acidente, poucos foram os participantes do estudo que receberam o benefício do seguro acidente. É importante dizer que o seguro de acidente de trânsito, DPVAT (Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres), foi instituído para cobrir as despesas com vítimas lesionadas ou fatais de acidentes de trânsito, sendo obrigatório o pagamento da sua taxa, pelo proprietário do veículo automotor, que só assim poderá registrá-lo e receber autorização para fazê-lo circular nas vias terrestres.

Das 221 vítimas, participantes do estudo, apenas 20 receberam o seguro acidente. Dificuldades impostas pela burocracia, a exemplo da documentação exigida para o recebimento do seguro, foram citadas por grande parte das vítimas como importante fator limitante do recebimento desse direito (Tabela 2).

Além da burocracia, algumas pessoas referiram ter assinado autorização de transferência do seguro para a instituição hospitalar onde estiveram internadas. Embora o hospital fosse credenciado pelo SUS, esse justificava a não existência de leito de enfermária para aloca-lo em apartamento e dessa forma reter o direito ao seguro. Esses pacientes referiram, ainda, ter recebido o primeiro atendimento em hospital público e, sob a alegação de que o hospital não dispunha de leito, por se tratar o caso de problema traumatológico que, passado o período crítico, requeria procedimento médico eletivo, foram transferidos para hospital particular conveniado com o SUS, pagando com o DPVAT, a que teriam direito, a diária do apartamento e os custos do tratamento.

Para Silva (2003), os valores pagos pelo SUS, por muitos dos procedimentos, são, na verdade, irrisórios, e não cobrem, devidamente, os custos correntes incorridos,

podendo essa situação funcionar como indutora de fraude. Embora o sistema de pagamento da AIH (autorização de internação hospitalar) seja prospectivo, cita o autor que os valores consignados para pagamento são pré-estabelecidos, havendo, no entanto, possibilidade de distorções, como internamentos fictícios, substituição de diagnósticos por outros que apórtem maior receita, seleção de pacientes e doenças, dentre outros.

No presente caso, foram elaboradas duas conjecturas: ou a instituição hospitalar deixou de ganhar o valor da AIH que o procedimento requeria e cobriu as despesas com o DPVAT do paciente, ou recebeu o pagamento dos gastos de duas fontes distintas, SUS e DPVAT, caracterizando, dessa maneira, mais uma forma de fraude ao erário público, entre tantas outras que já conhecidas, através da literatura ou de denúncias divulgadas na imprensa.

Todas as formas de fraudes, quando somadas ao custo direto ou indireto que cada doença ou agravo da saúde representam para uma sociedade, elevam, mais ainda, o custo social dessas doenças ou agravos. Por essas razões, o controle social merece ser fortalecido, para coibir tais distorções.

Não foi identificada, ao longo da pesquisa, diferença significativa entre os dois grupos de vítimas de acidentes de trânsito estudados, em relação ao recebimento do seguro acidente. Em média, os das clínicas do SUS receberam R\$ 2.597,72, enquanto os das clínicas particulares receberam R\$ 3.150,00. O valor do seguro recebido teve, pois, variação, entre um e 34 salários mínimos (Tabela 2).

Assistência à saúde recebida

É consenso mundial que a questão dos agravos externos tem vários e diversificados aspectos, que precedem à porta do hospital. Se o evento não foi evitado, o adequado atendimento pré-hospitalar e hospitalar tem favorecido, no entanto, de maneira importante, a minimização da morbimortalidade por tais agravos (BRASIL, 2001).

Malvestio e Sousa (2002), discutindo o socorro às vítimas de acidentes de trânsito, através do atendimento pré-hospitalar, citam que o cuidado a essas vítimas é um

dos principais recursos no enfrentamento do problema, pois além de oferecer, precocemente intervenções apropriadas à manutenção da vida, previne o agravamento do quadro e o surgimento de novas lesões, melhora as condições do acidentado, em alguns casos, dando à vítima a chance de receber assistência especializada.

Cerca de um terço dos participantes do estudo referiu ter recebido atendimento pré-hospitalar de grupo de socorro estadual ou municipal, no caso o GSU (Grupo de Socorro de Urgência) e o SOS-Fortaleza. Por ordem, após os assistidos pelos grupos de socorro oficiais, vieram os que foram socorridos por populares — 23,5%, que, somados aos 12,2% que foram levados ao hospital por algum familiar ou amigo, superaram a proporção dos que foram atendidos pelo GSU ou SOS-Fortaleza (Tabela 4).

Vale salientar que o sistema de atendimento pré-hospitalar tem a finalidade de atender às vítimas em situação de urgência e emergência, antes de sua chegada ao hospital. No Brasil, existem dois sistemas de atendimento pré-hospitalar de âmbito público: um operacionalizado pelo governo municipal, e outro estadual.

Em Fortaleza, existem os dois sistemas públicos: o GSU, que funciona sob a responsabilidade do Corpo de Bombeiros do Ceará, com o apoio técnico e financeiro da Secretaria Estadual da Saúde e do governo estadual, e o SOS-Fortaleza que é mantido pela Prefeitura da capital. Esses dois sistemas funcionam de forma independente, sob a coordenação de centrais de chamadas que recebem solicitações da população. Dessas centrais emanam as ordens e o apoio às diferentes ações. Visando atender às novas orientações do Ministério da Saúde e do Conselho Federal de Medicina, mais recentemente a Central do SOS – Fortaleza foi reestruturada, passando a ser denominada Central de Regulação Médica.

Já que Fortaleza conta com dois sistemas de atendimento pré-hospitalar públicos, cabe questionar o que vem ocorrendo para que uma proporção tão alta de pessoas tenha deixado de usufruir dessa atenção especializada e tão determinante para reduzir o agravamento do trauma e de suas seqüelas, conforme será visto, mais adiante, neste relatório. Certamente muitas explicações podem ser buscadas.

Os achados aqui apresentados merecem a atenção dos gestores de saúde de nosso Estado e do município de Fortaleza, no que concerne à realização de pesquisas, tanto no âmbito gerencial como comunitário, para a identificação dos fatores que estão

interferindo na baixa cobertura da assistência pré-hospitalar às vítimas de acidentes de trânsito.

Ressalte-se que estudo realizado em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro mostrou que apenas 28% das vítimas de colisão no trânsito, com entrada no Hospital 1, receberam atendimento pré-hospitalar, por algum grupo de socorro, enquanto no Hospital 2, 23,9% dessas vítimas tiveram esse tipo de atendimento (DESLANDES e SILVA, 2000).

Adianta-se, por oportuno, que o sistema é mantido com recursos federal, estadual e municipal, que, além de outras destinações, utiliza-os para aquisição de equipamentos, compra de viaturas e sua manutenção, bem assim treinamento de pessoal. A despeito disso, os dados indicam que há algo a ser esclarecido em relação ao atendimento pré-hospitalar nesta capital.

Seguramente, há indicativos de que recursos investidos em pessoal e material não estão satisfazendo plenamente às necessidades de atendimento pré-hospitalar das vítimas de acidentes de trânsito, aumentando, ainda mais, o custo social desses acidentes. Os dias de hospitalização, o número de cirurgias a que foram submetidas as vítimas, as próteses implantadas, o tempo de incapacidade gerada e de reabilitação, demonstram a gravidade das lesões sofridas e a necessidade de atendimento pré-hospitalar que a maioria dos participantes do estudo afirma não ter recebido. Diante da pequena quantidade de vítimas que receberam atendimento pré-hospitalar especializado, é de se acreditar que tanto o surgimento de novas lesões, quanto o agravamento das existentes, poderiam ter sido evitados com um atendimento adequado.

Além de problemas técnicos e administrativos para a operacionalização dos sistemas de atendimento pré-hospitalar, o Ministério da Saúde cita a falta de orientação da população, sobre como proceder diante de uma situação de emergência. Certamente, é necessário que os gestores públicos do Ceará e de Fortaleza, responsáveis pelos serviços de atendimento pré-hospitalar, dêem forma a uma campanha, através da mídia, para esclarecimento da população, sobre como solicitar e agilizar esse atendimento, e ainda como se comportar para não comprometer ainda mais o estado de saúde das vítimas (BRASIL, 2001).

TABELA – 4 Distribuição percentual das vítimas de acidentes de trânsito atendidas em clínicas de reabilitação, segundo o tipo de atendimento à saúde recebido. Fortaleza, 2002-2003.

Tipo de atendimento	Nº	%
Socorro recebido (n=221)		
GSU ou SOS Fortaleza	79	35,7
Populares	52	23,5
Inicialmente não buscou socorro	35	15,8
Familiar ou amigo	27	12,2
Buscou sozinho o socorro	26	11,8
Taxista	2	0,9
Hospitalização (n=221)		
Sim	180	81,4
Não	41	18,6
Dias de hospitalização (n=180)		
1 – 3	34	19,0
4 – 6	39	21,7
7 – 15	46	25,5
16 – 30	24	13,3
31 – 210	37	20,5
Operado (n=180)		
Sim	156	86,7
Não	22	12,2
Número de cirurgias (n=156)		
1	82	52,6
2	37	23,7
3	15	9,6
4 – 6	15	9,6
7 ou +	7	4,5
Categoria dos operados		
Motociclista	73	46,7
Ciclista	19	12,2
Passageiro de motocicleta	18	11,5
Pedestre	16	10,3
Motorista	11	7,1
Passageiro banco de trás	7	4,5
Passageiro banco da frente	6	3,8
Passageiro ônibus ou <i>topic</i>	6	3,8
Uso de prótese cirúrgica		
Sim	124	79,5
Não	32	20,5

A hospitalização, após o acidente, foi referida por 81,4% dos participantes do estudo — 180 pessoas, enquanto os outros 18,6% receberam apenas atendimento de emergência (Tabela 4).

O tempo de permanência hospitalar variou entre um e 210 dias. Declararam ter estado hospitalizados por tempo entre 1 e 3 dias, 19,1%; entre 4 e 6 dias, 21,9%; e entre 7 e 15 dias, 25,8%. A permanência hospitalar por dias não foi ininterrupta, haja vista

a identificação de pacientes que referiram uma hospitalização durante o processo de recuperação do trauma e outros que mencionaram até cinco (Tabela 4).

A permanência média hospitalar refere-se ao tempo de hospitalização do indivíduo que, segundo o Ministério da Saúde, é influenciado pela complexidade do serviço ofertado. Há hospitais que trabalham com procedimentos mais complexos, a exemplo de transplantes, cirurgias cardíacas e doenças crônicas, em que o tempo de permanência pode ser mais prolongado, enquanto aqueles que realizam tratamentos clínicos ou menos complexos não raro apresentam tempo de hospitalização reduzido (BRASIL, 2003).

Como é possível constatar, a través da tabela 4, em cerca de 60% dos participantes do estudo, a permanência hospitalar ultrapassou o tempo médio de hospitalização registrado no Brasil e no Ceará, entre os anos de 1995 e 2001. No referido período, a média de permanência hospitalar, em geral, no Brasil, foi de 6,2 dias, enquanto no Ceará, essa média foi de 4,9 dias (BRASIL, 2003).

Estudo realizado a partir de dados do SUS, de 1999, indica que do total das internações do País, 24,7% foram por gravidez, parto e puerpério; 15,8%, por doenças do aparelho respiratório; 9%, por doenças do aparelho circulatório, com 5,5% respondendo por lesões e envenenamentos. Esse percentual eleva-se para 7,3%, quando são excluídas as internações por gravidez, parto e puerpério, referidas anteriormente. Os traumatismos representaram 83,3% das internações por lesões e envenenamentos, sendo as fraturas e lesões traumáticas as mais importantes. O mesmo estudo reporta que, dentro das lesões traumáticas, os acidentes de trânsito responderam por 18,5% delas (SOUZA, NJAINE e MINAYO, 2001).

Feijó e Portela (2001) destacam que os dados da AIH - Autorização de Internação Hospitalar - dizem respeito apenas às pessoas que conseguiram internação. As que não procuraram, não conseguiram atendimento, ou morreram no local do acidente, não entram no cômputo do Sistema de Informação Hospitalar do SUS, além do que os atendimentos de pronto-socorro não são computados, através da AIH. Os autores alegam que diante dos fatos atrás referenciados, o número de indivíduos atingidos pelos acidentes de trânsito deve ser bem maior do que aquele que obteve registro.

Deslandes e Silva (2000), como foi referido anteriormente, assinalam que os dados de morbidade por acidentes de trânsito são pouco estudados, muito embora constituam demanda significativa no atendimento das emergências hospitalares. Esse fato também constitui realidade internacional reconhecida, seja pelos custos que representam tais acidentes, seja pela complexidade do atendimento que demandam, elevando, dessa forma, o tempo de permanência hospitalar.

Pesquisa desenvolvida no Hospital Municipal Miguel Couto e no Hospital Salgado Filho, ambos no Rio de Janeiro, referida por Deslandes *et al.* (1998), aponta para o fato de que os acidentes de trânsito foram responsáveis, respectivamente, por 74,3% e 48,4% dos custos hospitalares. No Miguel Couto, por exemplo, 46,5% desses custos foram destinados a cirurgias, devido aos acidentes de trânsito.

Como se vê, a atenção às vítimas de acidentes e violências vem, a cada dia, assumindo um vulto maior, caracterizando-se como grave problema de saúde pública, e requerendo a atenção dos governos, compatível com a magnitude e transcendência do problema. Há um consenso, entre os vários autores pesquisados, inclusive a própria, quanto à compreensão de que o dinheiro público, gasto com o tratamento de acidentados de trânsito, poderia estar sendo melhor usado na prevenção dos mesmos.

Iunes (1997), já aqui citado, refere que, embora lesões e envenenamentos signifiquem cerca de 5,8% do total de internações do SUS, essas consomem 8% dos gastos totais e que estes podem ser considerados bem maiores se forem somados aos investimentos em reabilitação. Por sua vez, Marín e Queiroz (2002) com citações anteriores, afirmam que dois terços dos leitos hospitalares dos setores de ortopedia e traumatologia são ocupados por vítimas de acidentes de trânsito e que essas internações representam, em média, 20 dias de internação por paciente, gerando um custo de 20 mil dólares, por ferido grave.

Os custos aqui mencionados dizem respeito aos diretos, ou seja, aqueles incorridos por conta do tratamento hospitalar. O tempo da incapacidade para as atividades da vida diária e para o trabalho e/ou escola, que os participantes do estudo dizem ter perdido, além das implicações de ordem pessoal e familiar, remetem aos custos indiretos, os quais serão objeto de discussão posterior.

Identificou-se, durante a pesquisa, diferença estatisticamente significativa nos dias de hospitalização, entre os participantes do estudo das clínicas credenciadas pelo SUS, e os das particulares, ($p < 0,023$); em média, os pacientes da Rede SUS estiveram 24,2 dias hospitalizados, enquanto os das clínicas particulares permaneceram internados por 10,2 dias (Tabela 5). Questiona-se aqui se essa diferença nos dias de hospitalização, entre pacientes vítimas de acidentes de trânsito da Rede SUS e das clínicas particulares, não poderia estar relacionada ao poder de resolução dos hospitais integrantes dos dois sistemas. Considerando que, desde 1999, deixaram de existir as restrições impostas pelos planos de saúde, para tempo de hospitalização, ou a rede privada é mais resolutiva, ou está dando alta aos pacientes antes que os mesmos estejam aptos para tal. Já na Rede SUS, como os valores da AIH são preestabelecidos, o tempo de hospitalização não sofre a restrição que o custo gera. A demanda por leito hospitalar é que, possivelmente, determina o tempo de internação.

TABELA – 5 Distribuição das vítimas de acidentes de trânsito atendidas em clínicas de reabilitação, segundo assistência à saúde recebida. Fortaleza, 2002-2003.

Assistência à saúde	Nº (n=221)	Média	s	p*
Hospitalização (dias)				
SUS	148	24,2	5,8	
Particular	32	10,2	4,1	0,023
Consultas médicas				
SUS	170	7,6	3,2	
Particular	43	8,8	3,9	0,552
Sessões de fisioterapia realizadas				
SUS	155	50,0	118,9	
Particular	42	32,7	67,9	0,115
Sessões de terapia ocupacional que faltam				
SUS	3	19,0	4,3	
Particular	-	-	-	1,000
Sessões de psicologia realizadas				
SUS	2	90,5	11,3	
Particular	1	24,0	-	0,742
Sessões de fonoaudiologia realizadas				
SUS	3	9,3	3,3	
Particular	-	-	-	1,000
Sessões de terapia ocupacional realizadas				
SUS	36	93,0	13,4	
Particular	1	36,0	-	0,757
Sessões de fisioterapia que faltam				
SUS	32	27,5	4,6	
Particular	30	27,5	8,4	0,999

*Teste t de Student

A resposta para a diferença no tempo de permanência hospitalar, entre vítimas de acidentes de trânsito, merece ser aprofundada, tendo em vista que não foi constatada diferença entre esses dois grupos, no que concerne ao tempo de restrição temporária, em que cada pessoa ficou ou estava sem trabalhar ou estudar, bem como, no que se relaciona ao número de consultas médicas recebidas após a hospitalização e de sessões de terapia ocupacional, fonoaudiologia e psicologia, o que, parece caracterizar certa semelhança na condição de saúde dos dois grupos, após o acidente, (Tabelas 2 e 5). Neri e Soares (2002), em estudo realizado sobre desigualdade social e saúde no Brasil, a partir de dados extraídos da PNAD 98, identificaram que a proporção de indivíduos acamados decresceu com o aumento da renda, não havendo, no entanto, diferença na renda, em relação à procura de serviços de saúde por acidente ou lesão.

A hospitalização esteve estatisticamente significativa, associada, na análise univariada, ao socorro recebido por grupo especializado, ($p < 0,0001$), não tendo sido identificada nenhuma outra associação com as variáveis estudadas. Os indivíduos atendidos por grupo de socorro foram, na sua maioria, hospitalizados, sugerindo maior gravidade das lesões e, portanto, maior busca do atendimento pré-hospitalar especializado, por parte da população (Tabela 6).

TABELA – 6 Hospitalização de vítimas de acidentes de trânsito atendidas em clínicas de reabilitação, em relação às variáveis sócio-demográficas, categoria no trânsito e socorro recebido. Fortaleza, 2002-2003.

Variáveis	Hospitalização		χ^2	p
	Sim	Não		
Tipo de clínica				
SUS	148	31		
Particular	32	12	1,51	0,219
Sexo				
Masculino	146	29		
Feminino	34	12	1,60	0,206
Faixa etária (anos)				
≤ 39	120	24		
40 ou +	60	19	2,88	0,411
Estado civil				
Casado	75	20		
Outras	105	21	0,43	0,512
Renda (SM)				
< 3	92	22		
≥ 3	88	19	0,02	0,903
Categoria trânsito				
Motociclista	102	25		
Outras	78	16	0,11	0,742
Socorro recebido				
Grupo de socorro	74	5		
Outros	106	36	10,93	0,000

Para o conjunto dos 180 participantes deste estudo que declararam ter estado sob hospitalização, a média foi de 17,1 dias de internação. A análise das médias de internação hospitalar, por categoria no trânsito mostrou que os passageiros de ônibus ou topic foram os que tiveram o maior tempo de internação — 28,7 dias. A segunda categoria que mais usou dias de leito hospitalar, foi a dos motoristas, com uma média de 24,6 dias. Em seguida, vieram os ciclistas, com 19,3 dias de hospitalização (Figura 2).

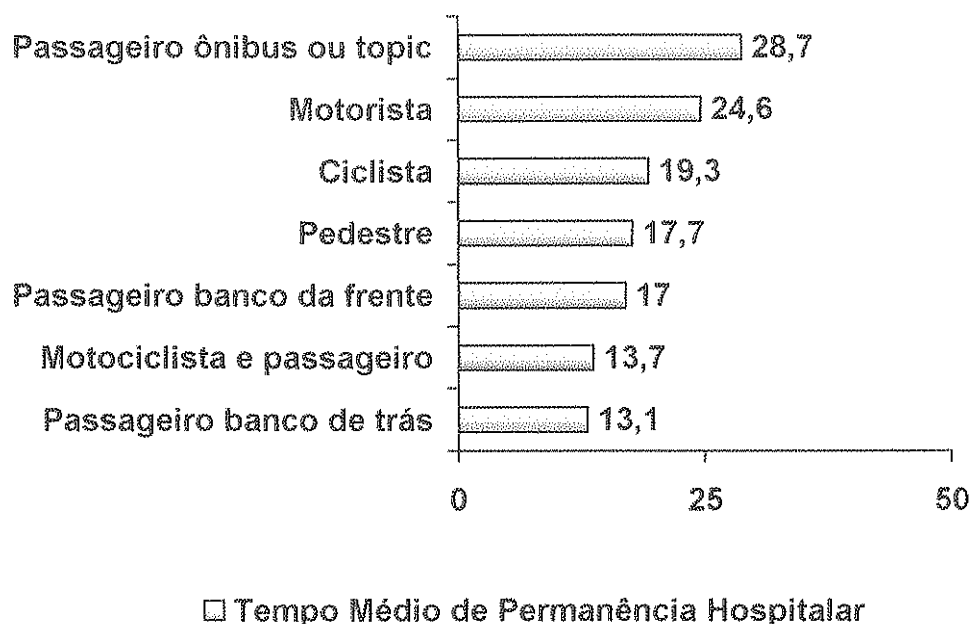


FIGURA – 2 Tempo médio de permanência hospitalar por categoria no trânsito, de vítimas de acidente de trânsito atendidas em clínicas de reabilitação. Fortaleza, 2002-2003.

O tempo médio de permanência hospitalar, em referência, foi bem superior ao registrado por todas as outras causas, no Ceará, entre os anos de 1995 e 2002 (BRASIL, 2003). O mesmo assemelha-se ao tempo médio das internações por vítimas de acidentes de trânsito, em setores de ortopedia e traumatologia de hospitais brasileiros, que é de 20 dias (MARÍN e QUEIROZ, 2000).

Tomando-se por base o valor médio da Autorização de Internação Hospitalar - AIH paga pelo SUS, no Ceará, no ano 2002, por CID, identificou-se um custo total médio de R\$ 124.053,16, desembolsado para custear a hospitalização dos 180 participantes do estudo que afirmaram ter estado hospitalizados (Tabela 7).

Os principais tipos de traumas sofridos pelos participantes do estudo, que geraram maior custo hospitalar, foram: a fratura de fêmur, parte não especificada – CID:S72.9, que gerou um custo de R\$ 19.333,44; a fratura de outra parte da perna, CID:S82.8, com custo de R\$ 10.518,68; o traumatismo crânio encefálico CID: S06.9, e a fratura da rótula, CID: S82.0, que custaram R\$ 9.970,61 e R\$ 7.797,92, respectivamente (Tabela 7).

Em números absolutos, os traumas que os participantes do estudo mais sofreram, e que geraram maior custo hospitalar, por procedimento, foram a fratura de fêmur, parte não especificada, CID: S72.9, a fratura de outras partes da perna, CID: 82.8,

fêmur, parte não especificada, CID: S72.9, a fratura de outras partes da perna, CID: 82.8, a fratura de rótula, CID: S82. 0, e a fratura de perna parte não especificada, CID: S82.9 (Tabela 7).

Outros tipos de traumas mais sofridos, afora os anteriormente mencionados, foram: traumatismo crânio encefálico, CID S06.9, a fratura do pé parte não especificada, CID S92.9 e a fratura do osso navicular da mão, CID S62.0.

Além do custo da hospitalização, a complexidade do atendimento que o tratamento dos traumas requer, está expressa nos valores gastos com órteses e próteses. No Ceará, no ano de 2001, os gastos com órtese e prótese, registrados em AIH, foram de R\$ 10.031.521,00, tendo havido um aumento de 224,1% nesses custos entre os anos de 1995 e 2001 (BRASIL, 2003). Ressalte-se, no entanto, que os custos das órteses, próteses e dos materiais especiais, utilizados em pacientes internados, são cobrados separadamente, o que agrega, na realidade, maior valor à internação, pois são incorporadas nas órteses e próteses as inovações tecnológicas de materiais que permitem a melhoria da qualidade e das condições de vida do paciente.

Os valores aqui analisados são apenas parte de um custo monetário direto muito maior, não estando incluídos, nos custos das internações, os valores desembolsados com próteses, uma vez que 124 participantes do estudo referiram ter sofrido intervenção cirúrgica para a implantação das mesmas. Tendo em vista as especificidades que cada tipo de prótese possui, não foi possível coletar essa informação junto aos participantes do estudo, para o dimensionamento dos gastos incorridos à sua conta. Como foi referido anteriormente, os custos com próteses são cobrados separadamente da AIH (Tabela 4).

Se for tomado como parâmetro, o resultado de pesquisa realizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA, que identificou e mensurou os custos dos acidentes de trânsito, nas aglomerações urbanas de São Paulo, Belém, Recife e Porto Alegre, ocorridos no ano de 2002, tendo como referência valores de abril de 2003, fácil será constatar que o custo da assistência médico-hospitalar recebida pelos participantes do presente estudo, chega a valores consideravelmente elevados (IPEA, 2003).

Há que se dizer, em relação ao custo médico-hospitalar, que de 180 casos de uma sub-amostra de 548 vítimas de acidentes de trânsito, internadas no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, considerados os níveis de gravidade do trauma — leve, moderada e alta, em média, ele foi de R\$ 47.588,00, por paciente internado, e de R\$ 645,00, para os não internados. Em sendo aplicados os resultados da pesquisa, aos participantes deste estudo que declararam ter estado hospitalizados, o custo da internação seria de R\$8.565.840,00, contrapondo-se aos 26.445,00, para aqueles que não foram internados.

TABELA – 7 Principais tipos de traumas e valores médios pagos no ano 2002 por internação pelo SUS em vítimas de acidentes de trânsito atendidas em clínicas de reabilitação. Fortaleza, 2002-2003.

CID	Tipo de trauma	Valor médio pago pelo SUS	N.º pessoas	Total
S06.9	Traumatismo crânio encefálico	766,97	13	9.970,61
S32.8	Fratura de parte da coluna lombosacra	476,76	8	3.814,08
S42.0	Fratura clavícula	132,77	9	1.192,93
S42.8	Fratura outras partes ombro	963,59	7	6.745,13
S52.0	Fratura extrema super do cúbito	423,05	10	4.230,05
S52.9	Frat. do antebraço parte NE	316,45	9	2.848,05
S62.0	Fratura do osso navicular da mão	316,53	13	4.114,89
S43.0	Luxação da articulação do ombro	352,17	6	2.113,02
S72.9	Fratura do fêmur parte NE	920,64	21	19.333,44
S82.0	Fratura da rótula	487,37	16	7.797,92
S82.8	Fratura de outras partes da perna	500,89	20	10.017,80
S82.9	Fratura da perna parte NE	40,38	14	565,32
S83.7	Traumatismo de estruturas do joelho	541,68	10	5.416,80
S92.9	Fratura do pé NE	380,26	13	4.943,38
T12	Fratura do membro inferior NE	551,87	12	6.622,44
-	Outros traumas	470,20	73	34.325,30
Total	-	-	-	124.053,16

Fonte: SESA/CE/2002

Nota: Para o cálculo dos outros traumas, foi utilizado o valor médio pago pelo SUS para as CID's correspondentes.

Dos 180 participantes do estudo que estiveram hospitalizados, 86,7% disseram ter sofrido intervenção cirúrgica, e, destes, 124 pessoas, como foi visto anteriormente, ou seja, 79,5% declararam que foi realizada a implantação de prótese durante o ato cirúrgico (Tabela 4). As vítimas, mais do que sua metade — 52,6%, foram operadas apenas uma vez, enquanto 23,7% submeteram-se à cirurgia duas vezes, e 9,6% entre três e seis vezes. Foram encontrados pacientes que referiram ter sido submetidos a sete ou mais intervenções cirúrgicas, em decorrência da lesão sofrida no

acidente de trânsito. Os dados de hospitalização e intervenções cirúrgicas ora analisados, demonstram a magnitude e a gravidade das lesões sofridas pelos acidentados no trânsito, e os altos custos, diretos e indiretos, que a sociedade vem pagando por tais agravos (Tabela 4).

Entre os participantes do estudo, 78,2%, ou 173 vítimas, referiram o uso de órtese, de um ou mais tipos, atualmente, ou em momento anterior à coleta de dados. As muletas foram as mais utilizadas, 61,8%. A imobilização com gesso foi utilizada por 45,1%, enquanto 31,8% afirmaram ter necessitado de cadeira de rodas e 16,2% usaram algum tipo de fixador externo (Tabela 8).

TABELA – 8 Distribuição percentual de vítimas de acidente de trânsito atendidas em clínicas de reabilitação, segundo uso de órtese. Fortaleza, 2002-2003.

Órtese	Nº	%
Uso de órtese (n =221)		
Sim	173	78,2
Não	48	21,7
Tipo de órtese (n=173)		
Muletas	107	61,8
Cadeira de rodas	55	31,8
Fixador externo	28	16,2
Gesso / outro	78	45,1
Número de órteses usadas		
Uma	99	57,2
Duas	56	32,4
Três a quatro	18	10,4
Tempo de uso da órtese		
Temporária	156	90,2
Permanente	6	3,4
Não sabe	11	6,4

Segundo afirmação das vítimas que foram entrevistadas, 57,2% delas, ou seja mais da metade, usaram apenas uma modalidade de órtese; 32,4% fizeram uso de duas; e 10,4% precisaram usar de três a quatro modalidades. A maioria — 90,7% fez uso temporário, enquanto os demais, ou não sabem ou declararam que a órtese usada será de uso permanente (Tabela 8).

TABELA – 9 Uso de órtese por vítimas de acidentes de trânsito atendidas em clínicas de reabilitação, em relação às variáveis sócio-demográficas, categoria no trânsito e assistência à saúde recebida. Fortaleza, 2002-2003.

Variáveis	Uso de órtese		χ^2	p
	Sim	Não		
Tipo de clínica				
SUS	148	29	13,35	0,000
Particular	25	19		
Sexo				
Masculino	141	34	1,99	0,159
Feminino	32	14		
Faixa etária (anos)				
< 40	116	26	2,18	0,139
40 ou +	57	22		
Estado civil				
Casado	72	23	0,38	0,539
Outras	101	25		
Renda (SM)				
< 4	92	22	0,54	0,461
≥ 4	81	26		
Categoria trânsito				
motociclista	103	24	1,04	0,309
Outras	70	24		
Socorro recebido				
Grupo de socorro	70	9	6,80	0,009
Outros	103	39		
Hospitalização				
Sim	150	30	13,01	0,000
Não	23	18		
Dias de tratamento				
< 15	53	18	0,73	0,392
≥ 15	102	24		

A análise univariada do uso de órtese esteve associada, significativamente, ao tipo de clínica ($p < 0,0001$), e à hospitalização ($p < 0,0001$), como também ao socorro especializado ($p < 0,009$). Quando realizada a análise por regressão logística, o uso de órtese permaneceu associado apenas ao tipo de socorro recebido, razão de chance de 3,02 de uso de órtese para os participantes do estudo que foram atendidos por grupos de socorros (Intervalo de Confiança 95% 1,56 a 5,82) (Tabelas 9 e 10).

TABELA - 10 Análise por regressão logística do uso de órtese, por vítimas de acidentes de trânsito atendidas em clínicas de reabilitação. Fortaleza, 2002-2003.

Variáveis	Odds ratio	Intervalo de confiança 95%
Tipo de clínica		
Particular	1,00	
SUS	0,40	0,22 – 0,71
Socorro recebido		
Outros	1,00	
Grupo de socorro	3,02	1,56 – 5,82
Hospitalização		
Não	1,00	
Sim	3,60	1,71 – 7,57

Tais achados reforçam a afirmação de que os participantes do estudo que sofreram lesões mais graves, foram os que receberam atendimento pré-hospitalar especializado. Referidas lesões foram as que demandaram número maior de hospitalizações, e maior uso de órtese.

Como se pode observar, 81,4% dos participantes do estudo foram hospitalizados após o acidente (Tabela 11). Além da hospitalização e do atendimento pré-hospitalar recebido por grupo de socorro oficial, eles recorreram a consultas médicas, acompanhamento em sessões de fisioterapia, psicologia, fonoaudiologia, e de terapia ocupacional.

No que se refere à assistência à saúde, 57,9% das vítimas necessitaram de uma a cinco consultas médicas, e 20,4% de seis a dez consultas dessa natureza. Cerca de 48% das vítimas já haviam comparecido de uma a quatorze sessões de fisioterapia, e 18% compareceram entre quinze e trinta sessões. Estavam ainda por realizar sessões de fisioterapia, 62 participantes do estudo. Foi pequeno o número dos que referiram a participação em sessões de psicologia e também em sessões de fonoaudiologia (Tabela 11).

Já em relação às sessões de terapia ocupacional, houve maior participação dos pacientes, em comparação à assistência de psicologia e de fonoaudiologia (Tabela 11). Apenas um paciente de clínica particular referiu ter participado de sessões de terapia ocupacional, enquanto os da rede SUS registraram 36 atendimentos (Tabelas 5).

TABELA - 11 Distribuição percentual das vítimas de acidentes de trânsito atendidas nas clínicas de reabilitação, segundo assistência à saúde recebida. Fortaleza, 2002-2003.

Tipo de assistência	Nº (n=221)	%
Hospitalizado		
Sim	180	81,4
Não	41	18,6
Consultas médicas		
1 – 5	128	57,9
6 – 10	45	20,4
11 – 15	17	7,7
16 – 20	9	4,1
21 – 100	14	6,3
Não recebeu consulta	8	3,6
Sessões de psicologia	3	1,3
Sessões de fonoaudiologia realizadas	3	1,3
Sessões de fisioterapia realizadas		
1 – 14	106	48,0
15 – 30	40	18,1
31 – 60	25	11,3
61 – 90	9	4,1
91 – 4.195	17	7,7
Estavam iniciando o tratamento	24	10,8
Sessões de fisioterapia a realizar (n=62)		
1 – 14	13	21,0
15 – 30	10	16,1
31 – 60	11	17,7
61 – 90	3	4,8
91 ou +	25	40,3
Sessões de terapia ocupacional realizadas	37	16,7
Sessões de terapia ocupacional a realizar	3	1,3

A maior utilização da terapia ocupacional pode ser explicada pela disponibilidade desse recurso, haja vista a existência, em sete das oito clínicas credenciadas pelo SUS estudadas, de serviço de terapia ocupacional. Por outro lado, como a maioria das vítimas era representada por pessoas jovens e em idade produtiva, o resgate da capacidade para o desempenho das atividades da vida diária chega a ser fundamental, além de parecer promissor, enquanto habilitação ou reabilitação para o anterior ou para um novo trabalho.

Foi pequeno o quantitativo de pessoas que recorreram a acompanhamento psicológico, fonoaudiológico e de terapia ocupacional, em comparação com os que recorreram a consultas médicas e a sessões de fisioterapia. Esse fato merece reflexões, até porque o sistema de saúde parece não estar atento a outras necessidades que não

as de natureza física e traumatológica imediatas. Não dispensando atenção à vítima de acidentes de trânsito, como um ser integral, que tem múltiplas e integradas necessidades, deixa também de disponibilizar atendimento psicológico e outros, em quantidade suficiente, para atender a uma demanda que certamente existe, haja vista que as restrições temporárias ou não e a queda na qualidade de vida implicam complicações emocionais de longa duração, conforme apontam pesquisas citadas mais adiante.

Ao longo deste estudo, constatou-se que os custos do tratamento para os participantes do estudo atendidos nas clínicas particulares foram de R\$ 26.741,62, e para os da Rede SUS, de cerca de R\$ 29.733,66. Estes custos monetários, quando somados a outros, diretos e indiretos, elevam a patamares inestimáveis, o custo social das incapacidades, por acidentes de trânsito (Tabelas 12 e 13). Pesquisa realizada pelo IPEA (2003), anteriormente referida, identificou entre vítimas de acidentes de trânsito, incluídas no programa de reabilitação do Hospital das Clínicas da USP, um custo médio do tratamento, após os dezoito primeiros meses da reabilitação, aproximadamente de R\$ 56.000,00.

Não fazia parte dos objetivos deste estudo, comparar os valores pagos pelos dois sistemas de atenção à saúde, mas somente indicar o valor monetário investido nesses procedimentos. Não obstante, chamou atenção o fato de que, embora a grande maioria dos participantes do estudo — 80,1% estivesse em tratamento nas clínicas credenciadas pelos SUS, a diferença nos custos dos procedimentos foi de apenas R\$ 2.992,04.

Essa diferença nos valores pagos por procedimentos, para cada especialidade, identificada entre os dois sistemas de atenção à saúde, confirma a afirmação de Silva (2003) de que os valores pagos pelo SUS são irrisórios, pelo que podem funcionar como indutores de fraude. Ao que se entende, esses valores contribuem, ainda, para a redução nos investimentos em capacitação de pessoal e em aparelhagem, o que poderá aumentar o tempo de tratamento.

TABELA - 12 Custo médio do atendimento ambulatorial do SUS, por procedimento de saúde recebido por vítimas de acidentes de trânsito atendidas em clínicas de reabilitação, no ano 2002. Fortaleza, 2002-2003.

Procedimento	N.º de pacientes	N.º médio de procedimentos	Total de sessões	Valor por sessão (R\$)	Total pago (R\$)
Fisioterápico	155	50,0	7.750	2,36	18.290,00
Terap. ocupacional	36	93,0	3.348	2,36	7.901,30
Fonoaudiologia	3	9,3	28	2,36	66,08
Psicologia	2	90,5	181	2,36	427,16
Consulta médica	170	7,6	1.292	2,36	3.049,12
Total	-	-	-	-	29.733,66

TABELA - 13 Custo médio do atendimento ambulatorial dos convênios de saúde, por procedimento de saúde recebido por vítimas de acidentes de trânsito atendidas em clínicas de reabilitação, no ano 2002. Fortaleza, 2002-2003.

Procedimento	N.º de pessoas	N.º médio de sessões	Total de sessões	Valor por sessão (R\$)	Total pago (R\$) ¹
Fisioterápico	42	32,7	1.373,4	12,30	16.892,82
Terap. ocupacional	1	36,0	36,0	9,60	345,60
Fonoaudiologia	-	-	-	-	-
Psicologia	1	24,0	24,0	18,0	43,20
Consulta Médica	43	8,8	378,4	25,00	9.460,00
Total	-	-	-	-	26.741,62

A análise do tempo transcorrido desde o acidente de trânsito, até o momento em que as vítimas se encontravam realizando tratamento nas clínicas de reabilitação, durante a coleta de dados, foi bastante para dar uma idéia do período em que essas pessoas estiveram submetidas a procedimentos terapêuticos, necessários à sua recuperação. Essas são intervenções que requereram hospitalização, ou que tornaram o indivíduo incapacitado para algumas atividades da vida diária, como imobilização com gesso, implantação de fixadores externos, dentre outras terapêuticas.

¹ O custo médio total com fisioterapia, de terapia ocupacional, fonoaudiologia e psicologia, diz respeito ao número de sessões realizadas pelos participantes do estudo, até o momento da coleta de dados e ao número de consultas médicas recebidas. O cálculo para os participantes do estudo da Rede SUS teve, como parâmetro, o valor pago pelo SUS, no ano 2002, para cada procedimento, enquanto para os pacientes das clínicas particulares, a tabela da Associação Médica Brasileira, para a consulta médica, e os valores acordados entre as clínicas e os convênios, ambos do ano 2002, serviram de balizamento para outros procedimentos.

O significativo número daqueles que referiram, não somente a restrição fisiológica temporária, mas também a associada à restrição psicológica e à sensorial (Tabela 16), reforça as reflexões aqui produzidas. Acerca desse número, tem se a dizer, que não foi identificada diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre os participantes do estudo que se encontravam realizando tratamento nas clínicas credenciadas pelo SUS, e aqueles atendidos nas clínicas particulares, no que tange à assistência à saúde recebida, tanto em relação ao número de consultas médicas e de sessões de fisioterapia realizadas, como no que concerne ao acompanhamento psicológico, fonoaudiológico e de terapia ocupacional (Tabela 5).

Em média, as pessoas que estavam em tratamento nas clínicas do SUS participaram de mais sessões, em todas as especialidades, do que aquelas com atendimento nas clínicas particulares, à exceção, apenas, do número de consultas médicas que foi discretamente maior para as pessoas que se encontravam nas clínicas particulares (Tabela 5).

Este estudo põe à mostra, por tanto, a compatibilidade existente entre o número de consultas médicas, e os achados de Neri e Soares (2002), anteriormente referidos, sobre o consumo ou uso dos serviços de saúde para tratamento ou reabilitação de acidentes ou lesões, em que os autores afirmam não haver diferença evidente, em favor de um ou de outro estrato social. Mesmo assim, os participantes do estudo que se encontravam em tratamento, nas clínicas credenciadas pelo SUS, participaram de um número bem maior de sessões de fisioterapia, do que os que estavam em tratamento nas clínicas particulares.

Volta-se a questionar aqui, se a limitação imposta no número de procedimentos, pelos planos de saúde, teria interferido no diferente número de sessões de fisioterapia, entre os pacientes dos dois sistemas de atenção à saúde.

TABELA – 14 Tempo de fisioterapia de vítimas de acidentes de trânsito atendidas em clínicas de reabilitação, em relação às variáveis sócio-demográficas, categorias no trânsito e assistência à saúde recebida. Fortaleza, 2002-2003.

Variáveis	Tempo de tratamento		χ^2	p
	< 15	≥ 15		
Tipo de clínica				
SUS	49	105	4,65	0,031
Particular	22	21		
Sexo				
Masculino	53	105	1,65	0,200
Feminino	18	21		
Faixa etária (anos)				
< 40	51	73	3,18	0,074
40 ou +	20	53		
Estado civil				
Casado	31	53	0,01	0,946
Outras	40	73		
Renda (SM)				
< 4	29	72	4,20	0,040
≥ 4	42	54		
Categoria trânsito				
motociclista	46	68	1,76	0,185
Outras	25	58		
Socorro recebido				
Grupo de socorro	19	49	20,97	0,180
Outros	52	77		
Hospitalização				
Sim	50	109	6,55	0,010
Não	21	17		

Foi identificada, durante a pesquisa, associação estatisticamente significativa no tempo de fisioterapia, maior ou igual que 15 dias, com os participantes do estudo que estavam nas clínicas credenciadas pelo SUS ($p < 0,031$), como também aqueles que tinham renda familiar menor que quatro salários mínimos ($p < 0,040$) e os que estiveram hospitalizados ($p < 0,010$). Na análise por regressão logística, a associação permaneceu apenas para a hospitalização. A chance dos participantes do estudo que foram hospitalizados, de permanência por tempo igual ou superior a 15 dias em tratamento fisioterápico, foi 2,25 vezes maior que o tempo menor que 15 dias (Intervalo de Confiança 95% 1,28 a 3,96) (Tabelas 14 e 15).

TABELA – 15 Análise por regressão logística do tempo de fisioterapia das vítimas de acidentes de trânsito atendidas em clínicas de reabilitação. Fortaleza, 2002-2003.

Variáveis	Odds ratio	Intervalo de confiança 95%
Tipo de clínica		
Particular	1,00	
SUS	0,76	0,48 – 1,20
Renda mensal familiar (SM)		
< 3	1,00	
≥ 3	1,00	0,99 – 1,00
Hospitalização		
Não	1,00	
Sim	2,25	1,28 – 3,96

Condição de saúde

A ocorrência de restrição temporária para as atividades da vida diária, após o acidente, foi citada por 97,3% dos participantes do estudo, e apontadas como as mais importantes, a fisiológica, com 65,1%, e a fisiológica associada à psicológica, 27,0%, com referência a duas restrições sofridas. Dentre as restrições, 66,1% dos pacientes referiram apenas uma; 26,2%, duas; e 5 %, de três a quatro tipos (Tabela 16).

A restrição refere-se aos problemas que o indivíduo pode enfrentar no envolvimento com situações consideradas normais na vida diária, sejam esses relacionados aos cuidados pessoais, como tomar banho, vestir-se, comer e realização de atividades domésticas, como cozinhar, lavar roupa, cuidar do jardim. Ela inclui também problemas enfrentados quanto à participação nas atividades relativas à família, ao trabalho ou escola, ou mesmo aquelas vinculadas à vida comunitária e social.

Minayo e Souza (1998) afirmam que existe uma dinâmica que se complementa entre o biológico, o psicológico, o social e o ecológico. Assinalam, ainda, que Marcel Mauss, em sua teoria de fato social, pôs em evidência que toda atividade humana vital, coloca em jogo relações sociais, culturais e emocionais, que tanto afetam a constituição física, corpórea e biológica do indivíduo, quanto a consciência e o espírito do ser humano.

O acidente de trânsito, como fato social, gerou, como conseqüência, para a grande maioria dos participantes do estudo, lesões incapacitantes, pelo menos temporariamente, para as atividades da vida diária. Essas pessoas sofreram, abruptamente, um corte na sua rotina, nas atividades profissionais e sociais e nos seus planos de vida imediatos. A lesão adquirida fê-los conviver com restrições que puseram em jogo relações sociais, culturais e emocionais, antes nunca vivenciadas pela maioria, com conseqüências danosas em suas qualidade de vida.

TABELA – 16 Distribuição percentual das vítimas de acidente de trânsito atendidas em clínicas de reabilitação, segundo restrição para desempenhar as atividades da vida diária. Fortaleza, 2002-2003.

Restrição	Nº (n=221)	%
Tipo de restrição		
Temporária	215	97,3
Permanente (prospecção)	97	43,9
Não sabem se terão restrição permanente	46	20,8
Restrições por sexo		
Temporária (n=215)		
Masculino (n=175)	169	96,6
Feminino (n=46)	46	100,0
Permanente (n=97)		
Masculino (n=175)	74	42,3
Feminino (n=46)	23	50,0
Tipo de restrição temporária (n=215)		
Fisiológica	140	65,0
Fisiológica + Psicológica	58	27,0
Fisiológica + Sensorial	10	4,7
Fisiológica + Anatômica	1	0,5
Anatômica	6	2,8
Tempo de restrição temporária em dias (n=215)		
1-14	45	20,9
15-30	41	19,0
31-60	53	24,7
61-90	38	17,7
91-1213	38	17,7
Nº de restrições		
1	146	66,1
2	58	26,2
3 a 4	11	5,0
Sem Restrição	6	2,7
Seqüela		
Deixou	181	81,9
Deixará	129	58,4
Não sabe se deixará	51	23,0

Estudo sobre o impacto econômico das causas externas, realizado nos Estados Unidos, mostrou que, além da possibilidade de ferimento resultante de uma “batida” de veículo a motor, podem acontecer mudanças comportamentais ou emocionais quando uma pessoa sofre um acidente de trânsito, tais como sentimentos de terror, desânimo e medo de morrer. Também foi identificado, que nos estudos clínicos prospectivos de condições mentais posteriores a um trauma, relativos ao período de 1990 a 2000, através de revisão da literatura, que houve unanimidade quanto à alta incidência de desordens, como estresse pós-trauma e episódios depressivos, e que a maioria dos indivíduos recupera-se dentro de um ano, enquanto que, os que permanecem doentes, após esse período, raramente se recuperam completamente (BLINCOE *et al.*, 2002).

Como foi citado anteriormente, mais de um quarto das vítimas de acidente de trânsito estudadas, ou 27%, referiram restrição fisiológica associada à restrição psicológica após o acidente, sendo que algumas delas possivelmente levarão consigo, por muito tempo, o estresse psicológico decorrente do acidente sofrido. constatou-se, ainda, ter sido insignificante o número de vítimas assistidas em consultas com psicólogo (Tabela 16), apenas três, não se sabendo se por falta de reconhecimento dessa necessidade, ou por falta de acesso aos serviços de psicologia.

Reforçando a necessidade de acompanhamento psicológico das vítimas de acidentes de trânsito, constatada em estudo anteriormente referido. Pesquisa realizada pela Federação Européia de Vítimas de Acidente de Trânsito sobre as causas principais de declínio na qualidade de vida e na queda no padrão de vida dos acidentados, mostrou que as vítimas que desenvolveram alguma incapacidade, bem assim suas famílias, sofreram declínio dramático na qualidade de vida e no nível de vida. O estudo destaca que a maioria das vítimas necessita de apoio emocional e legal, que os sofrimentos psicológicos vividos pelas vítimas e seus parentes são freqüentemente extremos e duradouros, aumentando com o tempo, o que contribui, para, em longo prazo, elevar ainda mais o custo social e o impacto financeiro dos acidentes de trânsito (HAEGI e CHAUDHRY, 1995).

A OMS (2001) define incapacidade como o resultado de uma complexa relação entre a condição de saúde de uma pessoa e seus fatores pessoais, e fatores externos que representam as circunstâncias nas quais ela vive, e que, por causa dessa relação, os distintos ambientes podem ter, também, efeitos distintos em uma condição de

saúde. Cita, ainda, que o conjunto de fatores como estilo de vida e a forma de enfrentar os problemas, tratá-los e resolvê-los, assim como fatores sociais, de educação, experiências atuais e passadas, tipo de personalidade, são, dentre outras características, as que, no conjunto ou em separado, podem desempenhar um papel importante na incapacidade, a qualquer nível. Adianta, também, que, características como sexo, idade, raça, estado de saúde e forma física, também fazem parte de uma condição de saúde.

Certamente, alguns dos fatores acima relacionados, ou o conjunto deles, contribuíram no tempo de incapacidade a que os participantes do presente estudo estiveram ou estavam submetidos. É possível que, além desses fatores, a diferença constatada na renda familiar, entre pacientes das clínicas particulares e aqueles da Rede SUS, tenha sido importante para satisfazer ou não às necessidades de assistência. Maior acesso a medicamentos e órteses, acesso mais fácil às consultas médicas e às clínicas de reabilitação, possibilidade de contratação de cuidador domiciliar, acesso à clínica em veículo particular, são, dentre outros, requisitos facilitados por uma renda maior.

O tempo de restrição dos participantes do estudo variou entre um e 1.213 dias, sendo os intervalos de um a 14 dias e de 31 a 60 dias os mais referidos, com, respectivamente, 20,9% e 24,7% dos pacientes. Ambos os períodos de restrição, entre 61 e 90 dias e de 91 a 1.213 dias, foram citados por 17,2 % das pessoas estudadas (Tabela 16). Não foi identificada diferença estatisticamente significativa no número de dias de restrição temporária a que os pacientes da Rede SUS e das clínicas particulares estiveram submetidos. Em média, foram 140 dias para os primeiros e 133 dias para os das clínicas particulares, tendo havido variação em torno da média, para ambos os grupos, de cerca de 14 dias (Tabela 2).

A restrição temporária ocorreu em 96,6% dos homens pesquisados, e em todas as mulheres (Tabela 16).

Os dados da mesma tabela revelam que 43,9% dos participantes do estudo acreditavam na possibilidade de desenvolver alguma restrição permanente, em decorrência da lesão sofrida no acidente, sendo que metade das mulheres e 42,3% dos homens referiram essa possibilidade. Também como a restrição temporária, entre os que referiram a possibilidade de restrição permanente, a mais citada foi a fisiológica, associada ou não a outras restrições, tais como psicológica, sensorial ou anatômica.

A análise univariada por regressão logística, para o controle das variáveis de confusão, a ser discutida, baseou-se no modelo hierarquizado apresentado na metodologia (Figura 1). Foram analisadas as associações entre variáveis sócio-econômicas, demográficas e do acidente com aquelas relacionadas à utilização dos serviços de saúde, condição de saúde e qualidade de vida.

TABELA – 17 Restrição temporária para o desempenho das atividades da vida diária de vítimas de acidentes de trânsito atendidas em clínicas de reabilitação, em relação às variáveis sócio-demográficas, categoria no trânsito e assistência à saúde recebida. Fortaleza, 2002-2003.

Variáveis	Restrição temporária		χ^2	p
	Sim	Não		
Tipo de clínica				
SUS	173	4		
Particular	42	2	0,10	0,752
Sexo				
Masculino	169	6		
Feminino	46	-		
Faixa etária (anos)				
< 40	141	1		
40 ou +	74	5	4,13	0,04
Estado civil				
Casado	125	1		
Outras	90	5	2,57	0,108
Renda (SM)				
< 4	113	1		
≥ 4	102	5	1,75	0,186
Categoria trânsito				
motociclista	122	5		
Outras	93	1	0,78	0,378
Socorro recebido				
Grupo de Socorro	78	1		
Outros	137	5	0,31	0,578
Hospitalização				
Sim	179	1		
Não	36	5	13,01	0,000
Dias de tratamento				
< 15	69	2		
≥ 15	123	3	0,08	0,776
Uso de órtese				
Sim	172	1		
Não	43	5	10,30	0,001

A restrição temporária para atividades da vida diária foi estatisticamente significativa para a faixa etária ($p < 0,04$), para hospitalização ($p < 0,0001$), e para o uso de órtese, ($p < 0,0001$) (Tabela 17). Entretanto, essas, quando analisadas por regressão logística, permaneceram significantes apenas para hospitalização e uso de órtese.

A chance de restrição temporária para as atividades da vida diária foi de 18,03 vezes maior para os que estiveram hospitalizados (Intervalo de Confiança 95% 2,07 a 156,52) e de 12,63 vezes maior para os que usaram órtese (Intervalo de Confiança 95% 1,49 a 113,56) (Tabela 18).

TABELA – 18 Análise por regressão logística de restrição temporária para desempenhar atividades normais na vida diária de vítimas de acidentes de trânsito atendidas em clínicas de reabilitação. Fortaleza, 2002-2003.

Variáveis	Odds ratio	Intervalo de confiança 95%
Faixa etária (anos)		
40 ou mais	1,00	
≤ 39	1,02	0,99 – 1,05
Hospitalização		
Não	1,00	
Sim	18,03	2,07 – 156,52
Uso de órtese		
Não	1,00	
Sim	12,63	1,40 – 113,56

Tais achados são compatíveis com a hospitalização e com o uso de órtese ambos apontando para a ocorrência de lesão de maior gravidade. A hospitalização requereu, certamente, confinamento ao leito e, portanto, restrição temporária para as atividades da vida diária. O uso da órtese, dependendo obviamente do tipo — muletas, cadeira de rodas, fixador externo ou a imobilização com o gesso, também impõe restrição ao indivíduo, de forma mais ou menos intensa, para as atividades da vida diária.

TABELA – 19 Restrição permanente para o desempenho das atividades da vida diária de 7vítimas de acidentes de trânsito atendidas em clínicas de reabilitação, em relação às variáveis sócio-demográficas, categoria no trânsito, assistência à saúde recebida e restrição temporária. Fortaleza, 2002-2003.

Variáveis	Restrição permanente		χ^2	p
	Sim	Não		
Tipo de clínica				
SUS	72	62	0,41	0,524
Particular	25	16		
Sexo				
Masculino	74	67	1,97	0,160
Feminino	23	11		
Faixa etária (anos)				
< 40	55	53	1,86	0,172
40 ou +	42	25		
Estado civil				
Casado	43	34	0,003	0,956
Outros	54	44		
Renda (SM)				
< 4	50	37	0,15	0,698
≥4	47	41		
Categoria no trânsito				
Motociclista	48	50	3,18	0,075
Outras	49	28		
Socorro recebido				
Grupo de socorro	33	27	0,006	0,938
Outros	64	51		
Hospitalização				
Sim	86	57	6,021	0,014
Não	11	21		
Dias de tratamento				
< 15	22	31	4,83	0,028
≥ 15	65	41		
Uso de órtese				
Sim	77	58	0,37	0,545
Não	20	20		
Restrição temporária				
Sim	97	72	p de Fisher (0,018)	
Não	-	6		

A análise univariada da restrição permanente para as atividades da vida diária, contemplando as variáveis sócio-demográficas, do acidente, de utilização de serviços de saúde e do estado de saúde (Tabela 19), mostrou que essa foi estatisticamente significativa para os que não acreditavam em restrição permanente para as atividades da vida diária, e não foram hospitalizados ($p < 0,014$), para o tempo de tratamento, maior ou

igual que 15 dias ($p < 0,028$), e para a restrição temporária ($p < 0,018$). Após a análise por regressão logística, essa associação permaneceu significativa apenas para o tempo de tratamento maior ou igual que 15 dias, odds ratio 1,70 (Tabela 20).

A crença de que poderiam desenvolver restrição permanente para as atividades da vida diária foi 1,7 vezes maior entre aqueles que estavam há 15 dias ou mais realizando fisioterapia (Intervalo de Confiança 95% 1 a 2,93).

TABELA – 20 Análise por regressão logística de restrição permanente para desempenhar atividades normais na vida diária de vítimas de acidentes de trânsito atendidas em clínicas de reabilitação. Fortaleza, 2002-2003.

Variáveis	Odds ratio	Intervalo de confiança 95%
Hospitalização		
Não	1,00	
Sim	1,72	0,80 – 3,66
Dias de tratamento		
< 15	1,00	
≥ 15	1,70	1,00 – 2,93
Restrição temporária		
Não	1,00	
Sim	0,38	0,18 – 0,79

A realização de fisioterapia, por tempo superior a 15 dias, via de regra, é indicada para lesões traumáticas de maior gravidade. Como grande parte dessas lesões requereu hospitalização, cirurgia, uso prolongado de órtese e impôs restrições para as atividades da vida diária, é de se supor que a ida à clínica de reabilitação, por mais de duas semanas, fez com que o paciente perdesse a esperança de recuperação plena.

A ocorrência de seqüela, após o acidente, foi referida por 81,9% dos acidentados, sendo que 58,4% acreditavam que esta seria permanente (Tabela 16). Aqueles que referiram que desenvolveriam alguma restrição permanente ou seqüela, certamente sofreram influência do conjunto, ou de alguns dos fatores referidos anteriormente (WHO,2001).

Vale acrescentar que as seqüelas mais referidas pelos participantes do estudo, foram: cicatriz na pele, em decorrência do trauma, ou em conseqüência da cirurgia, restrição ou perda de movimento de braço, perna, mão ou do pé.

TABELA – 21 Seqüela desenvolvida por vítimas de acidente de trânsito atendidas em clínicas de reabilitação, em relação às variáveis sócio-demográficas, categoria no trânsito, assistência à saúde recebida e restrição. Fortaleza, 2002-2003.

Variáveis	Deixou seqüela		χ^2	p
	Sim	Não		
Tipo de clínica				
SUS	149	28	2,39	0,122
Particular	32	12		
Sexo				
Masculino	142	33	0,13	0,722
Feminino	39	7		
Faixa etária (anos)				
< 40	116	26	0,01	0,941
40 ou +	65	14		
Estado civil				
Casado	102	24	0,06	0,806
Outras	79	16		
Renda (SM)				
< 4	100	14	4,60	0,032
≥ 4	81	26		
Categoria trânsito				
motociclista	101	26	0,79	0,374
Outras	80	14		
Socorro recebido				
Grupo de socorro	64	15	0,01	0,941
Outros	117	25		
Hospitalização				
Sim	152	28	3,36	0,067
Não	29	12		
Dias de tratamento				
< 15	53	18	2,50	0,114
≥ 15	107	19		
Uso de órtese				
Sim	142	31	0,01	0,937
Não	39	9		
Restrição temporária				
Sim	178	37	p de Fisher 0,128	
Não	3	3		
Restrição permanente				
Sim	93	4	27,12	0,000
Não	50	28		

Para os que afirmaram que a lesão sofrida no acidente de trânsito deixou seqüela, a análise univariada mostrou que somente nas variáveis renda familiar < 4 salários mínimos ($p < 0,032$), e restrição permanente para as atividades da vida diária ($p < 0,001$), foi identificada associação estatisticamente significativa. Estas associações deixaram de existir quando analisadas por regressão logística (Tabelas 21 e 22).

TABELA – 22 Análise por regressão logística da seqüela deixada pela lesão nas vítimas de acidentes de trânsito atendidas em clínicas de reabilitação. Fortaleza, 2002-2003

Variáveis	Odds ratio	Intervalo de confiança 95%
Renda familiar (SM)		
≥ 4	1,00	
< 2	1,00	0,99 – 1,00
Restrição permanente		
Não	1,00	
Sim	2,70	0,56 – 12,89

A análise univariada da perspectiva de desenvolver seqüela foi estatisticamente significativa para a restrição permanente nas atividades da vida diária ($p < 0,0001$), e para aqueles que declararam que a lesão deixou seqüela ($p < 0,0001$) (Tabela 23).

TABELA – 23 Perspectiva de desenvolver seqüela declarada por vítimas de acidente de trânsito atendidas em clínicas de reabilitação, em relação às variáveis sócio-demográficas, categoria no trânsito, assistência à saúde recebida, restrição e seqüela. Fortaleza, 2002-2003.

Variáveis	Deixará seqüela		χ^2	p
	Sim	Não		
Tipo de clínica				
SUS	108	31	0,88	0,347
Particular	21	10		
Sexo				
Masculino	100	34	0,27	0,604
Feminino	29	7		
Faixa etária (anos)				
< 40	79	23	0,16	0,687
40 ou +	50	18		
Estado civil				
Casado	54	20	0,36	0,550
Outros	75	21		
Renda				
< 4 SM	74	17	2,56	0,110
≥ 4 SM	55	24		
Categoria trânsito				
Motociclista	71	23	0,01	0,951
Outras	58	18		
Socorro recebido				
Grupo de socorro	48	12	0,55	0,460
Outros	81	29		
Hospitalização				
Sim	108	29	2,58	0,108
Não	21	12		
Dias de tratamento				
< 15	37	19	3,50	0,061
≥ 15	77	18		
Uso de órtese				
Sim	104	30	0,64	0,425
Não	25	11		
Restrição temporária				
Sim	127	38	p de Fisher 0,170	
Não	2	3		
Restrição permanente				
Sim	72	5	30,86	0,000
Não	35	33		
Deixou seqüela				
Sim	126	13	86,43	0,000
Não	3	28		

Já na análise por regressão logística, a associação referida anteriormente permaneceu para os que declararam que a lesão adquirida no acidente de trânsito deixou seqüela, odds ratio 1,79 (Intervalo de Confiança 95% 1,17 a 2,74) (Tabela 24). A crença de ocorrência de futura lesão aumentou 1,79 vezes para os que afirmaram que a lesão havia deixado seqüela (Tabela 23).

TABELA – 24 Análise por regressão logística da seqüela que poderá ocorrer em consequência da lesão sofrida pelas vítimas de acidentes de trânsito atendidas em clínicas de reabilitação. Fortaleza, 2002-2003.

Variáveis	Odds ratio	Intervalo de confiança 95%
Restrição permanente		
Não	1,00	
Sim	1,65	0,89 – 3,03
Deixou seqüela		
Não	1,00	
Sim	1,79	1,17 – 2,74

Ao se fazer uma reflexão acerca das implicações da lesão sofrida no acidente de trânsito, sobre o dia-a-dia das vítimas, como restrição temporária ou permanente para as atividades da vida diária, torna-se bem visível que o significado social das incapacidades por acidentes de trânsito é muito maior do que o que tem sido registrado, podendo-se mesmo afirmar que é imensurável.

A impossibilidade de realizar, sem ajuda, atividades como: comer, trocar de roupa, cuidar da higiene pessoal, deambular, cozinhar, além da restrição para tocar uma vida normal no trabalho e/ou na escola, na vida social e comunitária, como será visto mais adiante, é uma consequência da incapacidade que, além de contribuir para a queda da qualidade de vida das vítimas, gera alto custo social.

Para Murray (1995), o custo de uma doença ou agravamento da saúde pode ser determinado pelo tempo agregado vivido com incapacidade que essa doença ou agravamento gera para uma sociedade, ou através da avaliação do tempo vivido com incapacidade, em cada idade, em associação a variáveis relacionadas às funções físicas e mentais.

Se for levado em conta o tempo agregado vivido com incapacidade para as atividades da vida diária, que os participantes deste estudo vivenciaram, até o momento

da coleta de dados, associado ao fato de que a grande maioria das vítimas encontrava-se em sua fase de vida mais produtiva, fácil será traçar uma dimensão aproximada das lesões por acidentes de trânsito, para a sociedade.

Acerca da incapacidade, a OMS afirma em documento sobre estratégias de cinco anos para prevenção de acidentes de trânsito, que ela não é um atributo da pessoa, senão um complicado conjunto de condições, muitas das quais criadas pelo contexto/entorno social. Indica, também, que uma vez aceita a idéia de que o controle de traumas é um problema de saúde pública, que se tem uma responsabilidade ética para oferecer segurança aos indivíduos, e que as atividades de controle de traumas envolvem os mesmos princípios que qualquer outro problema de saúde pública, devem ser instituídas políticas e programas para a promoção da segurança dos cidadãos. Dessa forma, o conhecimento até então gerado, nacional ou internacionalmente, sobre a origem e prevenção dos acidentes de trânsito, se aplicado à realidade atual, resultará na promoção da saúde dos cidadãos (WHO, 2003).

Qualificação da saúde

Em relação à qualificação da saúde pelos participantes do estudo, antes, logo após e depois do acidente, 95,9% declararam que antes do acidente possuíam uma saúde muito boa, ou boa. Logo após o acidente, 61,1% passaram a classificá-la como ruim, ou muito ruim; 37,5% disseram que passou a ser boa ou moderada. Já a saúde atual foi qualificada como moderada, por 43,9%; boa, por 37,5%; e ruim, por 11,8% (Tabela 25). Esses dados mostram um evidente declínio na condição de saúde das vítimas, em comparação com o momento anterior ao acidente.

TABELA – 25 Distribuição percentual das vítimas de acidentes de trânsito atendidas em clínicas de reabilitação, segundo qualificação da saúde antes do acidente, logo após e atual. Fortaleza, 2002-2003.

Qualificação saúde	Antes		Logo após		Atual	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Muito boa	94	42,5	2	0,9	10	4,5
Boa	118	53,4	41	18,6	83	37,5
Moderada	8	3,6	42	19,1	97	43,9
Ruim	1	0,5	78	35,5	26	11,8
Muito ruim	-	-	57	25,9	5	2,3
Total	221	100,0	220	100,0	221	100,0

Nota: Uma pessoa deixou de qualificar a saúde logo após o acidente.

Acerca da auto-avaliação da condição de saúde, Neri e Soares (2002) afirmam que esse é um critério subjetivo que depende da percepção do indivíduo sobre seu estado, mas que, freqüentemente, a literatura avalia como uma importante medida de necessidade de saúde, uma vez que pode ser vista como uma escala de bem-estar geral do indivíduo.

Luz (2000) argumenta que a qualificação da saúde depende do ambiente e do contexto social em que se insere o indivíduo. Segundo o autor, se ter saúde ou estar saudável, é romper com o isolamento provocado por situações impostas pela sociedade contemporânea a seus componentes, por conta de fatores como idade, doença, desemprego ou pobreza, ter saúde também é poder ter alegria, disposição para a vida, recuperar o prazer das coisas cotidianas e poder estar com os outros, familiares e amigos. Afirma ainda que a saúde é contextual, depende do momento e das circunstâncias vivenciadas e que, na atualidade, para muitos indivíduos da América do Norte ou Europa, América do Sul ou Ásia, ter saúde significa, muitas vezes, não poder adoecer mais, e não mais ter esse direito, é correr o risco de perder o emprego, de perder o poder aquisitivo, de cair abaixo da linha de pobreza.

No presente estudo, o sofrimento vivenciado pelas vítimas, representado por hospitalizações, intervenções cirúrgicas, comparecimento freqüente ao consultório de vários outros profissionais de saúde, incapacidade temporária ou permanente e modificações na dinâmica familiar, indicam um evidente declínio nas condições de saúde dos sujeitos, o que torna perfeitamente compreensível que a maioria deles considere que sua saúde tenha passado de um condição muito boa, ou boa, para moderada, ruim, ou muito ruim, após o acidente.

Necessidade de assistência

Grande parte dos participantes do estudo — 92,3%, necessitou de assistência pessoal após o acidente, como de alguém para ajudar a tomar banho, ou mesmo banhar, ajudar a se vestir e comer. Também foi referida a necessidade de alguém cuidar das atividades domésticas, além de um número significativo das vítimas haver declarado que precisou de acompanhante nas idas às consultas médicas ou às compras e passeios (Tabela 26).

Além da necessidade de assistência pessoal, as dificuldades no desempenho de atividades domésticas foram referidas por 42,1% dos estudados, no momento da coleta de dados, enquanto a mesma proporção referiu que, normalmente, não realizava tais atividades, não havendo, portanto, interferência da lesão sofrida no acidente de trânsito no seu desempenho dessas atividades. Enquanto isso, 15,8% declararam não sentir dificuldade nesse exercício (Tabela 26).

TABELA – 26 Distribuição percentual das vítimas de acidentes de trânsito atendidas em clínicas de reabilitação, segundo necessidade de assistência pessoal após o acidente. Fortaleza, 2002-2003.

Dificuldades em casa	Nº	%
Necessitou de assistência pessoal após acidente (n=221)		
Sim	204	92,3
Não	17	7,7
Tipo de assistência que necessitou (n=204)		
Cuidado pessoal	198	97,1
Atividade doméstica	64	31,4
Acompanhamento consulta médica, compras e passeio	184	90,2
Outras	3	1,5
Apresenta dificuldade no desempenho de atividade doméstica no momento (n=221)		
Sim	93	42,1
Não	35	15,8
Normalmente não realiza	93	42,1
Tipo de dificuldade doméstica que apresentava no momento (n=93)		
Lavar roupa, prato	56	60,2
Varrer	58	62,4
Cozinhar	44	47,3
Jardinagem	17	18,3
Outro	26	27,9
Número de dificuldades (n=93)		
Uma	37	39,8
Duas	18	19,3
Três	26	27,9
Quatro	10	10,7
Cinco	2	2,2
Desempenho nas atividades domésticas em relação a antes do acidente (n=221)		
Igual	18	8,1
Melhor	1	0,5
Pior	109	49,3
Não se aplica	93	42,1

Dentre os 93 participantes do estudo que informaram desempenhar, normalmente atividades domésticas, a lavagem de roupa e de prato e varrer a casa foram as mais citadas. A par disso, 47,3% referiram dificuldade para cozinhar, e 18,3% para a prática de jardinagem. O número de dificuldades variou entre uma e cinco, havendo maior concentração entre os que declararam entre uma e três (Tabela 26).

Na auto-avaliação do desempenho nas atividades domésticas, em relação a antes do acidente, quase metade disse estar pior; 8,1% consideraram igual e apenas um afirmou estar melhor que antes. É importante chamar a atenção para o reflexo da lesão sofrida no acidente de trânsito sobre a funcionalidade e o cotidiano das vítimas estudadas, retratado no número de pessoas que necessitaram ou ainda estavam necessitando de assistência pessoal para comer, vestir-se, tomar banho, caminhar e ter acompanhamento para tratar de sua saúde, ou passear (Tabela 26).

Murberg (1993) citado por Rabelo e Padilha (1999), discutindo a qualidade de vida, afirma ser um constructo multifacetado que integra o comportamento individual às capacidades cognitivas, o bem-estar emocional e físico, manifestado na performance doméstica, profissional e nos papéis sociais das pessoas. Enquanto isso, Hanestad (1989), também citada pelas duas autoras, refere que a doença, por si só, não diminui, necessariamente, a qualidade de vida da pessoa, mas é uma variável capaz de influenciar nessa qualidade, pois interfere nas atividades, relações interpessoais e auto-estima.

Para Gaíva (1998), ao ser discutida a qualidade de vida, apresenta-se um leque muito grande de definições, variáveis segundo o contexto em que se vive e se discute. Em situação de pobreza, por exemplo, qualidade de vida pode expressar segurança no dia-a-dia do indivíduo, segurança de teto, trabalho, saúde, estar livre da violência. No outro extremo, em situação de estabilidade financeira, a qualidade de vida assume aspectos quase contemplativos, como harmonia da pessoa consigo mesma e com os demais membros da sociedade. A mesma autora afirma que a qualidade de vida está centrada, basicamente, nas necessidades humanas, sejam elas de ordem biológica, social, política ou religiosa, e, como essas necessidades não são únicas e se modificam, ela vai depender do contexto em que o indivíduo está inserido, das expectativas de cada um e de seu momento de vida.

Os dados até aqui analisados, a partir da visão de Gaíva (1998) de qualidade de vida centrada nas necessidades humanas, mostram a perda da qualidade de vida dos participantes do estudo, retratada não somente no desempenho das atividades da vida diária, mas também no número dos que declararam ter sofrido restrição temporária para desempenhar essas atividades, ou no número daqueles que acreditavam que teriam alguma restrição permanente, de ordem fisiológica, psicológica, sensorial ou anatômica. A

própria qualificação da saúde antes do acidente, logo após esse, e na ocasião da coleta de dados, expressa as conseqüências do acidente sofrido sobre a vida e o cotidiano dessas pessoas, como foi discutido anteriormente.

Vale salientar que o momento de vida dos participantes do estudo, quando a coleta de dados, era não só de dor e de sofrimento, mas também de esperança, até porque se encontravam nas clínicas de reabilitação, em tratamento, buscando o restabelecimento da saúde.

Desempenho funcional

Definida pela OMS como a capacidade do indivíduo de realizar e desempenhar atividades consideradas normais para um ser humano, a funcionalidade está relacionada às características do indivíduo, como idade, sexo, condição de saúde, forma física, hábitos e estilo de enfrentar os problemas. Segundo a organização, ela é medida através dos qualificadores de atividade e limitação da atividade, dificuldades que o indivíduo pode ter para executar uma atividade, e de restrição de participação, correspondendo aos problemas que a pessoa pode enfrentar, quando do seu envolvimento com situações vitais (OMS, 2001).

A análise do desempenho funcional dos participantes do estudo, durante a coleta de dados, no que concerne à capacidade para percorrer distâncias de um quilômetro ou mais, mostrou o seguinte: 24,4% disseram que as percorriam com muita dificuldade; 15,4% afirmaram que não poderiam vencer o percurso, sem a assistência de alguém, ou que de forma alguma conseguiriam isso. Entre os 32,1% que declararam sentir dificuldades para caminhar longas distâncias, um quilômetro ou mais no bairro em que moravam, as barreiras físicas foram as mais citadas como fatores que interferiam no desempenho funcional, incluindo-se nisso, as calçadas altas, a existência de batentes e buracos e o tipo de calçamento. Eles também foram unânimes em dizer que por conta de sua condição de saúde, tais obstáculos tornaram-se bem piores (Tabela 27). Esses fatores, associados a outros, como será visto adiante, certamente interferiram na qualidade de vida dos participantes do estudo.

TABELA – 27 Distribuição percentual das vítimas de acidentes de trânsito atendidas em clínicas de reabilitação, segundo o desempenho funcional. Fortaleza, 2002-2003.

Desempenho funcional no presente estado de saúde	Nº	%
Dificuldade para percorrer longas distâncias (n=221)		
Não tem dificuldade	74	33,5
Pouca dificuldade	59	26,7
Muita dificuldade	54	24,4
Não consegue, sem assistência	8	3,6
Não consegue de forma alguma	26	11,8
Dificuldades no bairro que mora para caminhar longas distâncias (n=221)		
Sim	71	32,1
Não	138	62,5
Está impossibilitado de caminhar	12	5,4
Por conta de sua condição de saúde os obstáculos tornaram-se (n=71)		
Piores	71	100,0
Melhores	-	-
Em casa o problema de saúde tem trazido dificuldades para se locomover		
Sim	40	18,1
Não	181	81,9
Tipo de dificuldade em casa (n=40)		
Disposição dos móveis	10	25,0
Largura das portas	2	5,0
Tipo de piso	11	27,5
Existência de batentes	27	67,5
Outros	9	22,5

Os fatores ambientais são aqueles externos aos indivíduos, e podem ter influência negativa ou positiva no seu desempenho e realização, como membros da sociedade. Esses fatores são constituídos pelo ambiente físico e social em que as pessoas vivem e desenvolvem suas atividades, e podem interferir na capacidade, estrutura e funções corporais dos mesmos. Certamente, um planejamento adequado de calçadas, nesta capital, a existência de rampas tecnicamente construídas, em locais de difícil acesso, para pessoas portadoras de alguma incapacidade motora, dentre outros investimentos, em muito contribuiriam para o melhor desempenho funcional dos portadores de alguma incapacidade física.

Goffman (1988) afirma que a diferença básica entre a boa e a má qualidade de vida das pessoas com deficiência, reside no fato de que, aquelas com incapacidade

severa, têm maior dificuldade de superar as barreiras que encontram, para que possam se reintegrar ao meio social, enquanto os menos incapacitados gozam de mais facilidades para sua a reintegração. Dentre os muitos desafios para a reintegração das pessoas com deficiência, está o universo físico, cujas dificuldades estão ligadas à necessidade que têm de um tempo maior de preparação para ir ao trabalho, de acesso ao transporte público, considerado limitante, e de estacionamento para os que possuem transporte próprio. As barreiras arquitetônicas, as condições da moradia e as dificuldades para a recreação são outros desafios impostos às vítimas de acidentes de trânsito.

A OMS, através da CIF, relaciona também, como fatores ambientais que interferem na funcionalidade do indivíduo e em sua qualidade de vida, a casa, o local de trabalho e a escola, incluindo-se, nesses espaços, as propriedades físicas e materiais do ambiente com o qual o indivíduo terá que se enfrentar e não somente as barreiras arquitetônicas. Cita ainda que distintos ambientes podem ter distintos efeitos em um indivíduo com uma determinada condição de saúde, servindo de exemplo o fato de um ambiente com barreiras ou sem facilitadores, poder restringir o desenvolvimento /realização do indivíduo, enquanto outros podem incrementá-lo (OMS, 2001).

Para 18% dos participantes do estudo, não só as barreiras físicas encontradas no bairro em que viviam, mas também a existência, em casa, de batentes, junto ao tipo de piso e disposição dos móveis, foram, segundo os próprios, os fatores que mais interferiram na sua locomoção (Tabela 27).

Relacionamento familiar e social

A família consiste no grupo social básico que praticamente define a sobrevivência do indivíduo, pois é formada por pessoas que, além de compartilharem o local de moradia, são solidários na satisfação de uma série de necessidades básicas, tanto no que se refere à saúde, à alimentação e à educação, quanto à inserção de seus membros no mercado de trabalho (TROYANO *apud* MATSUO, 2002, p.181).

A família, como grupo social, além de definir a sobrevivência é um espaço potencial de processos interativos dinâmicos, pela própria relação existente entre seus membros.

Para Boyd (1990) a família é um sistema social humano, aberto, e, por isso mesmo, continuamente sujeito a modificações. A concordância entre os valores da família e o meio social que a circunda diminui os conflitos internos e permite fronteiras mais abertas.

Cada família enfrenta períodos de transição, durante os quais ocorrem trocas que alteram a estrutura familiar. Existem dois tipos de acontecimentos que iniciam a transformação intrafamiliar: os acontecimentos normativos e os paranormativos. Os primeiros dizem respeito aos acontecimentos que se sucedem, regularmente, em quase toda família, e que surgem das funções da procriação e da criação dos filhos, como, o casamento, o nascimento, o ingresso na escola, a aposentadoria, dentre outros. Entre os acontecimentos paranormativos, que são freqüentes, incluem-se o aborto, o divórcio, a doença ou a invalidez, a morte prematura, etc. A transição da família, ao longo de tais acontecimentos, é chamada de ciclo vital da família.

Como sistema aberto de processos interativos, são encontradas justificativas para as afirmações dos participantes do estudo de que a lesão sofrida no acidente de trânsito, do qual foram vítimas, interferiu no relacionamento e na dinâmica familiar.

A interferência da condição de saúde dos participantes do estudo, no relacionamento familiar, foi citada por 27,1% deles, sendo as relações pessoais e a rotina, as mais referidas (Tabela 28).

Os períodos de transição, para Boyd (1990), caracterizam-se por frustrações, atribuindo-se a estes o rompimento da estabilidade familiar. As atitudes frente à saúde, as crenças, e as práticas, originam-se, normalmente, na família, e recebem influência de fatores étnicos, culturais e socioeconômicos.

No que concerne à dinâmica familiar, 31,2% declararam que houve interferência, sendo as mais importantes a necessidade de alguém para cuidar do acidentado, auxiliando-o em atividades como banhar-se, comer, caminhar, suprir sua dependência para realização de atividades domésticas e acompanhá-lo às consultas médicas ou compras (Tabela 28).

TABELA – 28 Distribuição percentual das vítimas de acidentes de trânsito atendidas em clínicas de reabilitação, segundo interferência no relacionamento familiar e social. Fortaleza, 2002-2003.

Relacionamento familiar e social	Nº	%
Interferência no relacionamento familiar (n=221)		
Sim	60	27,1
Não	161	72,9
Formas de interferência no relacionamento familiar (n=60)		
Rotina	11	18,3
Relacionamento interpessoal	21	35,0
Outros	36	60,0
Interferência na dinâmica familiar (n=221)		
Sim	69	31,2
Não	152	68,8
Dificuldade de fazer novos amigos (n=221)		
Sim	35	15,8
Não	186	84,2
Capacidade de conquistar amigos em relação a antes do acidente (n=221)		
Igual	154	69,7
Melhor	29	13,1
Pior	38	17,2

Dos 36 depoimentos registrados dos participantes do estudo, acerca das formas de interferência no relacionamento familiar, as categorias que emergiram foram: mudança no estado de humor, 55,6%; solidariedade familiar, 25,0%; estresse por não poder trabalhar e problemas financeiros, 11,1% e 8,3%, respectivamente (Figura 3).

Essas categorias mostram como a lesão sofrida no acidente de trânsito interferiu no cotidiano da vítima e de seus familiares, sendo de se ressaltar que todos precisaram passar por um processo de adaptação à nova condição de vida instalada na família.

A mudança de humor representada por "irritação" e "nervosismo", aumento da sensibilidade psicológica e estresse, foram relacionados pelos que estiveram incapacitados para o trabalho, ao fato de ter que ficar em casa. Isso, segundo os sujeitos, interferiu, de forma negativa, no relacionamento familiar. Já para aqueles que declararam que houve aumento da solidariedade familiar, a lesão sofrida no acidente teve influência positiva nesse relacionamento, pois a família ficou mais unida, ajudando-se mutuamente.

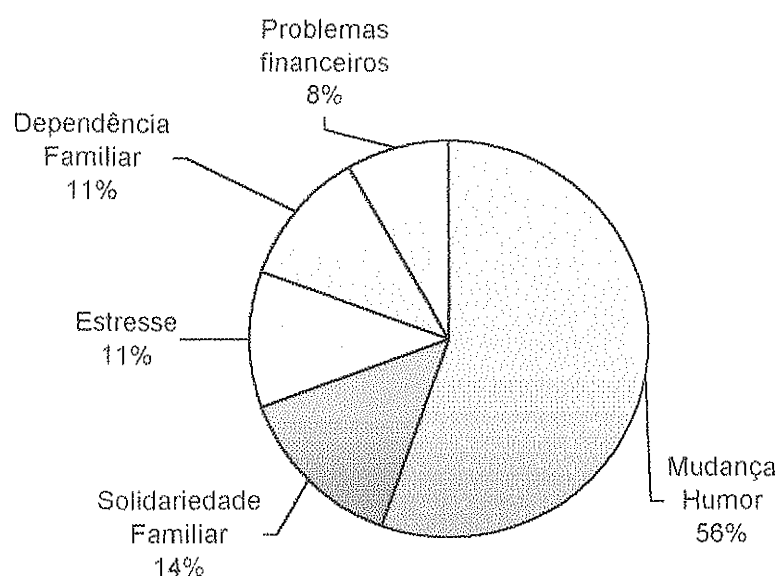


FIGURA – 3 Distribuição percentual das vítimas de acidentes de trânsito atendidas em clínicas de reabilitação, segundo interferência da lesão no relacionamento familiar. Fortaleza, 2002-2003.

A interferência da lesão sofrida no acidente de trânsito, sobre a dinâmica familiar, declarada por 69 participantes do estudo, está retratada nas categorias que emergiram dos depoimentos registrados, tais como faltas constantes de algum familiar, ao trabalho ou à escola; abandono de emprego ou escola, por familiar; inversão do papel do cônjuge, na família; maior disponibilidade de tempo, por parte de familiar; e deslocamento de familiar, de sua residência, a da cuidar da vítima, a fim de lhe prestar cuidado (Figura 4).

Dentre essas categorias, merecem destaque a maior disponibilidade de tempo que a condição de saúde da vítima do acidente requereu, por parte de familiar, com 47,8% referindo essa necessidade. Além disso, 27,5 % declararam que o abandono do emprego ou das atividades escolares, para que o familiar pudesse prestar assistência ao acidentado, foi um fator interveniente na dinâmica familiar. Em 26,1% dos casos, também ocorreram faltas constantes do familiar ao trabalho, ou à escola (Figura 4).

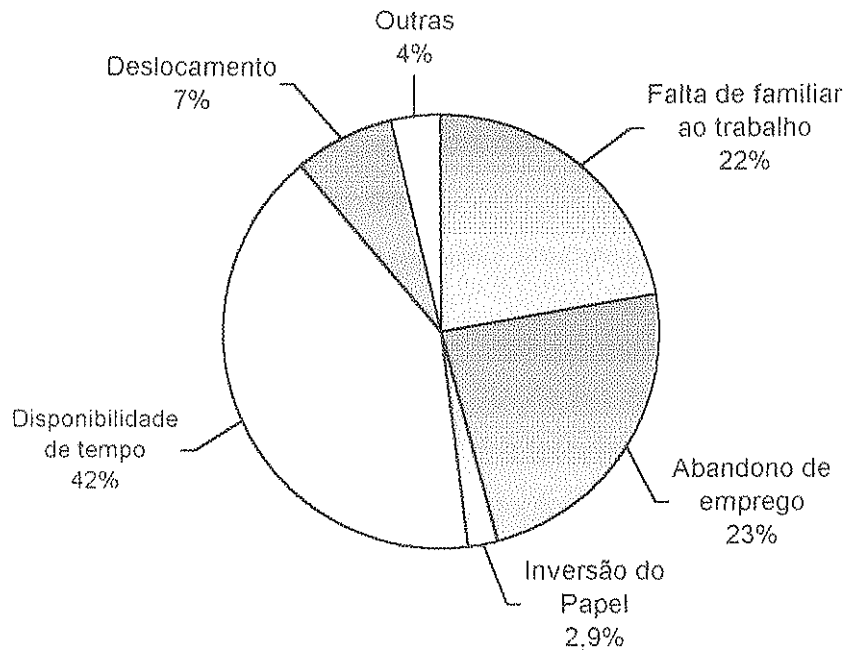


FIGURA – 4 Distribuição percentual das vítimas de acidentes de trânsito atendidas em clínicas de reabilitação, segundo interferência da lesão na dinâmica familiar. Fortaleza, 2002-2003.

Cavalcante (2003), em estudo com portadores de deficiência, demonstrou que, em circunstâncias de saúde, ocorre um processo dialético, em que a pessoa deficiente e a família interagem a partir de práticas mediadas por instituições sociais, influenciando-se mutuamente, ao ponto de fazer emergir a dimensão de “pessoa” do portador de deficiência, por um lado, e a “reinvenção da família”, por outro.

No caso dos participantes deste estudo, que informaram ocorrência de modificações na dinâmica familiar, essa “reinvenção da família” foi positiva, para alguns, no sentido de que houve solidariedade por parte de seus membros, os quais, para assistir àquele que necessitava de cuidado especial, deslocaram-se de outra residência, ou renunciaram a parte de seu tempo, para esse cuidado. Para outros, no entanto, ela foi negativa, isso por provocar prejuízos profissionais ou escolares, a curto e longo prazos, tidos como incalculáveis. No caso dessas últimas famílias, em se tratando de dinâmica familiar, esse processo seria chamado de “desarticulação familiar” e não “reinvenção da família”, como afirma Cavalcante (2003).

Além das interferências no relacionamento e na dinâmica familiar, citadas por alguns, a dificuldade de fazer novos amigos, a partir do acidente, foi referida por 15,8%

enquanto para 17,2% ficou pior, e melhorada para 13,1% (Tabela 29). Os que declararam que a capacidade de conquistar novos amigos ficou melhor, apontaram que o convívio com outras pessoas nas clínicas de reabilitação, durante as sessões de fisioterapia, havia contribuído para que conhecessem novas pessoas e criassem laços de amizade com elas. Já os que disseram ter piorado, declararam, informalmente, durante a coleta de dados, que o fato de não estarem saindo de casa, acabou por dificultar o relacionamento social.

Para Luz (2000), as práticas ou atividades de saúde propiciadas pelos sistemas religiosos, umbanda, igreja, candomblé e terapias alternativas, sejam coletivas ou não, favorecem o estabelecimento da comunicação e de interações sociais, a formação de grupos e de redes. A relação de solidariedade ou de cooperação e apoio mútuo, ressalta o autor, embora localizada, restritamente, ao espaço onde se desenvolvem as atividades de saúde, tende a se firmar, convertendo-se em ponto de partida para a renovação da sociabilidade, para a constituição de novos amigos e de intercâmbios sociais.

Essas práticas são um espaço propício à troca de informações, experiências, conselhos e orientações. O tipo de relacionamento mantido, embora esteja especialmente favorecido pelas atividades antes citadas, pode estar também presente em atividades desenvolvidas em instituições médicas, como hospitais e ambulatórios.

O setor de fisioterapia das clínicas de reabilitação, tal como foi identificado nas afirmações de 13,1% dos participantes do estudo, favoreceu a comunicação e sociabilidade para a constituição de novos amigos (Tabela 28). Foram horas e horas, dias e dias convivendo em um mesmo espaço, com tempo cronometrado e precioso para a recuperação da saúde requerendo determinação e boa vontade por parte de todos os que ali se encontram, sejam profissionais ou pacientes. Os momentos compartilhados na crioterapia, no aparelho de ondas curtas, em exposição aos raios ultravermelho, ao laser, nos exercícios passivos e/ou ativos, no turbilhão de água, entre tantas outras formas terapêuticas, são, no conjunto, imprescindíveis aos que ali comparecem. O ambiente da clínica de reabilitação pode ter propiciado, na conformidade do que afirma Luz (2000), pode ter propiciado intercâmbios sociais e a constituição de novos amigos, para alguns dos participantes do estudo.

pode ter propiciado intercâmbios sociais e a constituição de novos amigos, para alguns dos participantes do estudo.

Repercussões financeiras

Cerca de um terço dos participantes do estudo declararam que houve muita repercussão financeira do acidente, tanto sobre si, como sobre sua família; 23,5% disseram que essa repercussão foi regular sobre suas finanças pessoais e 18,6% declararam que foi regular, em relação à família; enquanto isso, 23,5% afirmaram que não houve interferência pessoal, e 38,4% que não houve interferência no âmbito familiar (Figura 5).

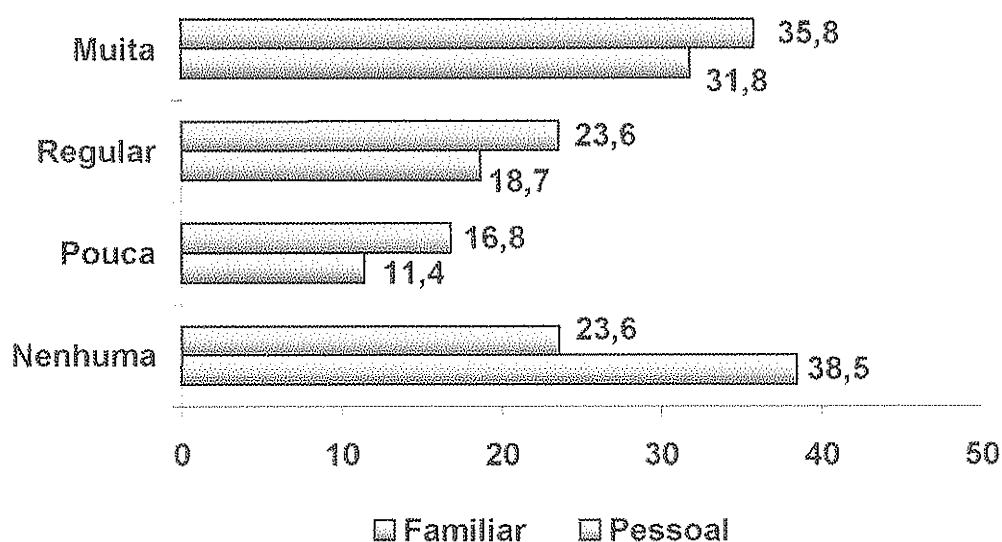


FIGURA – 5 Distribuição percentual das vítimas de acidentes de trânsito atendidas em clínicas de reabilitação, segundo repercussão financeira pessoal e familiar. Fortaleza, 2002-2003.

Sobre o reflexo da doença ou do agravamento da saúde sobre a renda familiar, Matsuo (2002), em pesquisa com acidentados de trabalho, em São Paulo, identificou que a diminuição do rendimento mensal interferiu diretamente na qualidade de vida do acidentado e na mudança dos papéis familiares, após o acidente.

No período de afastamento do trabalho, enfoca o autor, o acidentado recebia o auxílio-doença, por acidente, da Previdência Social, o que significava o não recebimento integral do salário. As repercussões financeiras do acidente de trânsito, em nível pessoal, estão demonstradas nos dados atrás referenciados. Além da redução do salário que os participantes deste estudo e também pertencentes à economia formal podem ter sofrido, tem-se o caso daqueles que eram autônomos, e, como não possuíam vínculo empregatício, possivelmente não tiveram direito de requerer licença à previdência social (Figura 5).

Além da perda ou redução no salário, outros gastos se somaram à repercussão financeira da lesão sofrida no acidente, como aqueles referentes ao transporte, para deslocamento às consultas médicas e à clínica de reabilitação, para compra de medicamentos, pagamento de taxas, dentre outros.

Esses gastos, tidos como extras, no orçamento familiar tiveram, para alguns, interferência negativa no relacionamento familiar, como já foi discutido anteriormente.

TABELA – 29 Repercussão financeira da lesão sofrida no acidente de trânsito sobre a família de vítimas atendidas em clínicas de reabilitação, em relação às variáveis sócio-demográficas, categoria no trânsito e assistência à saúde recebida. Fortaleza, 2002-2003.

Variáveis	Repercussão		χ^2	p
	Sim	Não		
Tipo de clínica				
SUS	90	87		
Particular	11	33	0,04	0,840
Sexo				
Masculino	88	87		
Feminino	23	23	0,02	0,896
Faixa etária (anos)				
< 40	62	80		
40 ou +	49	30	6,13	0,013
Estado civil				
Casado	53	42		
Outros	58	68	1,69	0,193
Renda				
< 4 SM	64	50		
≥ 3 SM	47	60	2,82	0,093
Categoria no trânsito				
Motociclista	61	66		
Outras	50	44	0,39	0,534
Socorro recebido				
Grupo de socorro	42	37		
Outros	69	73	0,26	0,609
Hospitalização				
Sim	96	84		
Não	15	26	3,11	0,078
Dias de tratamento				
< 15 dias	29	42		
≥ 15 dias	68	58	2,63	0,105
Uso de órtese				
Sim	94	79		
Não	17	31	4,65	0,031
Restrição temporária				
Sim	109	106	p de Fisher 0,671	
Não	2	4		
Restrição permanente				
Sim	51	46		
Não	33	45	1,44	0,230
Deixou seqüela				
Sim	97	84		
Não	14	26	3,82	0,050
Deixará seqüela				
Sim	70	59		
Não	14	27	4,26	0,039
Impedirá de exercer atividade normal				
Sim	38	19		
Não	45	60	7,46	0,006

A repercussão financeira da lesão sofrida no acidente de trânsito, sobre a família, foi estatisticamente significativa para a faixa etária igual ou superior a 40 anos

($p < 0,013$); para os que declararam que não houve repercussão financeira e também não houve uso de órtese ($p < 0,031$); para os que declararam que a lesão sofrida no acidente não deixou seqüela ($p < 0,05$); e para aqueles que afirmaram que a lesão poderia impedi-los de exercer atividades normais no trabalho ou na escola ($p < 0,006$) (Tabela 29).

Na análise por regressão logística, essa associação permaneceu apenas para aqueles que acreditavam que a lesão sofrida seria impeditivo ao exercício de atividades normais no trabalho ou na escola, razão de chance de 2,37 vezes (Intervalo de Confiança 95% 1,21 a 4,63) (Tabela 30).

TABELA – 30 Análise por regressão logística da repercussão financeira da lesão sofrida por vítimas de acidentes de trânsito atendidas em clínicas de reabilitação. Fortaleza, 2002-2003.

Variáveis	Odds ratio	Intervalo de confiança 95%
Faixa etária (anos)		
40 ou +		
< 40	0,99	0,97 – 1,00
Uso de órtese		
Não	1,00	
Sim	1,35	0,76 – 2,40
Deixou seqüela		
Não		
Sim	0,97	0,47 – 2,00
Deixará seqüela		
Não	1,00	
Sim	0,94	0,50 – 1,79
Impedirá de exercer atividades normais		
Não	1,00	
Sim	2,37	1,21 – 4,63

O tempo de incapacidade para o trabalho ou para as atividades da vida diária, os gastos incorridos com a lesão e as repercussões desses gastos sobre a família, certamente interferiram, de modo negativo, na esperança dos participantes do estudo, de recuperação da saúde para o exercício pleno das atividades, laboral ou escolar, antes desenvolvidas.

Trabalho ou escola

As repercussões do acidente sobre o trabalho ou sobre a vida escolar dos participantes do estudo, estão aqui retratadas nos dias que estes ficaram ou estavam sem trabalhar ou estudar, nas licenças médicas e nas faltas constantes.

O acidente de trânsito, por concentrar a maioria de suas vítimas em pessoas nas faixas etárias economicamente ativas, repercutiu fortemente sobre as atividades laborais ou escolares dos participantes do estudo, com 185 deles, ou seja 83%, declarando que ficaram sem trabalhar ou estudar, após o acidente, encontrando-se 133 pessoas — ou 60,2%, no momento da coleta de dados, ainda nessa condição. Por sua vez, 6,8% estavam desempregados quando sofreram o acidente e 7,2% eram pessoas aposentadas ou em idade pré-escolar (Tabela 31).

Embora não tenha sido coletado o número dos participantes do estudo que sofreram acidente de percurso, ou acidente típico no exercício da atividade profissional, o reflexo do acidente sobre o trabalho está demonstrado no número dos que ficaram sem trabalhar ou estudar, e no tempo em que permaneceram afastados dessas atividades.

A maioria dos participantes do estudo, correspondendo a 47,6%, ficou sem trabalhar ou estudar por tempo superior a 90 dias. Há de se destacar, ainda, aqueles que ficaram entre 31 e 60 dias afastados — 17,3%, e entre 61 e 90 dias — 15,1%. Entre as 133 pessoas que na ocasião da coleta de dados disseram que estavam sem trabalhar ou estudar, 59,4% permaneciam nessa condição há mais de 90 dias (Tabela 31).

TABELA – 31 Distribuição percentual das vítimas de acidentes de trânsito atendidas em clínicas de reabilitação, segundo atividades no trabalho ou na escola. Fortaleza, 2002-2003.

Trabalho ou escola	Nº	%
Ficaram sem trabalhar ou estudar após o acidente		
Sim	185	83,7
Não	5	2,3
Estava desempregado antes do acidente	15	6,8
Não se aplica	16	7,2
Dias que ficou sem trabalhar ou estudar (n=185)		
1 – 14	13	7,0
15 – 30	24	13,0
31 – 60	32	17,3
61 – 90	28	15,1
91 e mais	88	47,6
No momento, estavam sem trabalhar ou estudar		
Sim	133	60,2
Não	52	23,5
Não se aplica	36	16,3
Tempo em dias que estavam sem trabalhar ou estudar (n=133)		
1 – 14	2	1,5
15 – 30	10	7,5
31 – 60	19	14,3
61 – 90	23	17,3
91 ou mais	79	59,4

Não foi identificada diferença estatisticamente significativa entre os participantes do estudo das clínicas particulares e os das clínicas credenciadas pelo SUS, ($p < 0,05$) tanto no que se relaciona ao tempo, em dias, que ficaram sem trabalhar, ou estudar, como em relação ao tempo em que estavam sem trabalhar, ou estudar, na ocasião da coleta de dados. Em média, os pacientes das clínicas credenciadas pelo SUS, ficaram 262 dias sem trabalhar, ou estudar, enquanto os das clínicas particulares permaneceram 244 dias, com uma variação em torno da média de 19,6 dias para os das primeiras, e de 27,2 dias para os das clínicas particulares (Tabela 2).

A prevalência de incapacidade para o trabalho ou para as atividades escolares, após o acidente, e no momento da coleta de dados, em relação ao tempo, em dias, foi maior nos grupos etários de 20 a 39 anos e de 40 a 59 anos, à exceção dos afastamentos entre 1 e 14 dias e entre 31 e 60 dias, em que o grupo etário de 1 a 19 anos superou os dois grupos anteriores. A prevalência de incapacidade para o trabalho ou atividade escolar, a partir de 91 dias de afastamento, tanto em relação à incapacidade

após o acidente, como àquela registrada na coleta de dados, foi a mais alta, em todas as faixas etárias (Tabela 32).

TABELA – 32 Prevalência de incapacidades para o trabalho ou na escola após o acidente e no momento da coleta de dados. Fortaleza, 2002-2003.

Tempo (dias)	Faixa etária (anos)								Total	
	1 – 19		20 – 39		40 – 59		60 – 81			
	Após ac.	Mo-mento	Após ac.	Mo-mento	Após ac.	Mo-mento	Após ac.	Mo-mento	Após ac.	Mo-mento
1 – 14	10,0	-	4,5	0,8	6,3	1,6	-	-	5,0	0,9
15 – 30	10,0	10,0	9,9	3,8	15,9	6,3	-	-	10,9	4,5
31 – 60	20,0	-	16,0	10,7	11,1	7,9	6,7	-	14,0	8,6
61 – 90	-	-	16,0	13,7	11,1	7,9	-	-	12,7	10,4
91 – 4.195	30,0	20,0	43,5	37,4	34,9	34,9	40,0	40,0	39,8	35,7

Prevalência por cada 100 acidentados da faixa etária

A condição de saúde dos participantes do estudo gerou sérias conseqüências para suas atividades laborais ou escolares, dentre as quais ganham destaque, as faltas constantes ao trabalho, a diminuição no rendimento diário, e as freqüentes licenças médicas, sendo estas últimas referidas por 82 pessoas (Tabela 33).

No momento da coleta de dados, 18,6% dos participantes do estudo referiram que a condição de saúde em que se encontravam, impedia-os de desenvolver atividade normal no trabalho ou escola; 41,2% estavam de licença médica, e 14,5% estavam sem trabalhar, por se encontrarem na situação de desempregados (Tabela 33).

Quando questionados sobre a perspectiva de voltarem a exercer atividades normais no trabalho ou escola, 47,5% declararam que a lesão não iria impedi-los disso; 25,8% acreditavam que não teriam como voltar às atividades produtivas, e 19,5%, responderam que não sabiam (Tabela 33).

As categorias atividade física que o trabalho requer, e a diminuição da força física, que emergiram dos discursos, pusseram à mostra a preocupação dos participantes do estudo com a perda da funcionalidade, e por cuja razão acreditavam que não mais exerceriam, do mesmo modo, suas atividades no trabalho e na escola.

Tais preocupações também foram identificadas em estudo desenvolvido com vítimas de acidente de percurso internadas em hospitais públicos do Rio de Janeiro, havendo, no entanto, diferença na perspectiva para os trabalhadores da economia formal e informal. Para os que tinham direitos trabalhistas assegurados, na maioria das vezes, a

perspectiva era de retorno ao trabalho, enquanto para os trabalhadores da economia informal, a preocupação era com a sobrevivência do núcleo familiar e o constrangimento frente à possibilidade de dependência econômica, em relação a parentes (MINAYO-GOMEZ e THEDIM-COSTA, 2000).

Uma outra pesquisa desenvolvida com portadores de deficiência física, também identificou que para aqueles que antes da instalação da deficiência tinham condições econômicas regulares, e vínculo de trabalho formal, o drama da expulsão do mercado de trabalho, ao que parece, teria sido adiado.

Para Almeida (1993), a condição econômica, associada ao vínculo formal de trabalho, constitui-se elemento facilitador de manutenção do exercício profissional, para algumas das pessoas por ela estudadas.

TABELA – 33 Distribuição percentual das vítimas de acidentes de trânsito atendidas em clínicas de reabilitação, segundo as conseqüências da lesão no trabalho ou na escola. Fortaleza, 2002-2003.

Conseqüências no trabalho ou na escola	Nº (n=221)	%
Conseqüências para o trabalho ou escola		
Faltas constantes ao trabalho	11	5,0
Diminuição no rendimento diário	18	8,1
Freqüentes licenças médicas	82	37,1
Outros	53	24,0
Não se aplica	57	25,8
No estado atual a lesão tem impedido de desenvolver atividades normais no trabalho ou escola		
Sim	41	18,6
Não	37	16,7
Está de licença médica	91	41,2
Está sem trabalhar	32	14,5
Outros	20	9,0
A lesão impedirá de exercer atividades normais no trabalho ou escola		
Sim	57	25,8
Não	105	47,5
Não sabe	43	19,5
Não se aplica	16	7,2

Entre os 25,8% que não acreditavam que voltariam a exercer atividades normais no trabalho, ou na escola, os motivos que emergiram da afirmação foram: a atividade física requerida pelo trabalho, não poderia ser cumprida, 35,1%; diminuição da

capacidade funcional do órgão atingido, 29,8%; diminuição da força física, 19,3%; presença de dor crônica, 15,8% (Figura 6).

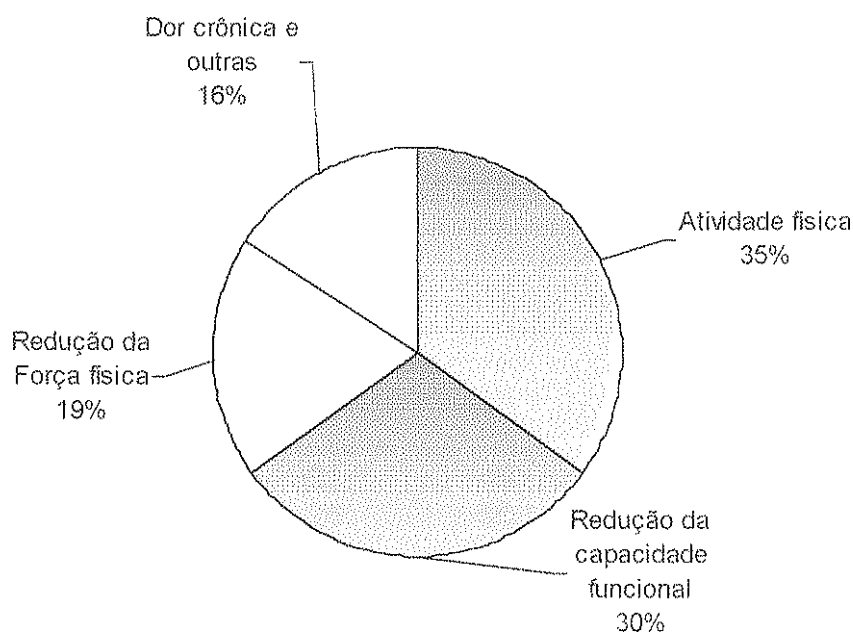


FIGURA – 6 Distribuição das vítimas de acidentes de trânsito atendidas em clínicas de reabilitação e motivos impeditivos ao exercício de atividades normais no trabalho ou na escola. Fortaleza, 2002-2003.

A análise univariada da associação entre aqueles que não acreditavam que a lesão sofrida no acidente de trânsito iria impedi-los de exercer atividades normais no trabalho ou na escola, foi estatisticamente significativa para a faixa etária < 40 anos ($p < 0,005$), renda familiar superior a quatro salários mínimos ($p < 0,041$), para os motociclistas ($p < 0,004$), e dias de tratamento menor que 15 dias ($p < 0,002$); o mesmo ocorreu para os que não acreditavam no desenvolvimento de restrição permanente para as atividades consideradas normais na vida diária ($p < 0,0001$), para os que afirmaram que a lesão deixou seqüela ($p < 0,0001$), e para os que declararam que não ficariam com seqüela ($p < 0,0001$) (Tabela 34).

TABELA – 34 Perspectivas de impedimento de exercer atividades normais no trabalho ou na escola em vítimas de acidentes de trânsito atendidas em clínicas de reabilitação, em relação às variáveis sócio-demográficas e de saúde. Fortaleza, 2002-2003.

Variáveis	Impedirá		χ^2	p
	Sim	Não		
Tipo de clínica				
SUS	48	75	2,64	0,104
Particular	9	30		
Sexo				
Masculino	49	87	0,08	0,771
Feminino	8	18		
Faixa etária (anos)				
< 40	28	76	7,71	0,005
40 ou +	29	29		
Estado civil				
Casado	31	49	0,599	0,439
Outros	26	56		
Renda (SM)				
< 4	32	40	4,16	0,041
≥ 4	25	65		
Categoria no trânsito				
motociclista	27	75	8,17	0,004
Outras	30	30		
Socorro recebido				
Grupo de socorro	20	42	0,20	0,656
Outros	37	63		
Hospitalização				
Sim	50	78	3,25	0,071
Não	7	27		
Dias de tratamento				
< 15	9	43	9,58	0,002
≥ 15	42	53		
Uso de órtese				
Sim	42	80	0,03	0,871
Não	15	25		
Restrição temporária				
Sim	57	99	p de Fisher 0,160	
Não	-	6		
Restrição permanente				
Sim	43	28	29,41	0,000
Não	9	56		
Deixou seqüela				
Sim	55	72	15,40	0,000
Não	2	33		
Deixará seqüela				
Sim	45	47	22,98	0,000
Não	2	33		

Na análise por regressão logística, apenas a variável não restrição permanente para as atividades consideradas normais na vida diária permaneceu associada àqueles que não acreditavam que a lesão iria impedi-los exercendo atividades normais no trabalho, ou na escola (Intervalo de Confiança 95% 2,04 a 8,7) (Tabela 35).

TABELA – 35 Análise por regressão logística de lesão que impeditiva ao exercício de atividade normal no trabalho, em vítimas de acidentes de trânsito atendidas em clínicas de reabilitação. Fortaleza, 2002-2003.

Variáveis	Odds ratio	Intervalo de confiança 95%
Faixa etária (anos)		
40 ou +	1,00	
< 40	0,97	0,95 – 0,99
Renda (SM)		
< 4	1,00	
≥ 4	1,35	0,76 – 2,38
Categoria no trânsito		
Outras	1,00	
Motociclista	0,84	0,77 – 0,93
Dias de tratamento		
< 15		
≥ 15	1,47	0,75 – 2,89
Restrição permanente		
Não	1,00	
Sim	4,22	2,04 – 8,70
Deixou seqüela		
Não	1,00	
Sim	0,48	0,18 – 1,29
Deixará seqüela		
Não	1,00	
Sim	1,99	0,91 – 4,37

O fato de o indivíduo não acreditar que a lesão sofrida no acidente produziria, como conseqüência, alguma restrição permanente às atividades da vida diária, aumentou em 4,22 vezes a chance dele também acreditar que voltaria a exercer as atividades normais no trabalho, ou na escola (Tabela 35).

O custo social do acidente de trânsito também está retratado nos dias em que as vítimas estiveram ou estavam sem trabalhar, ou estudar. As conseqüências dos dias

sem trabalhar, ou estudar, sobre a vida dessas pessoas, estão demonstradas nas categorias analisadas anteriormente.

Segundo Mendes e Dias (1999), uma forma de organizar o impacto do trabalho sobre a saúde, seria pela natureza ou gravidade das conseqüências sobre a vida ou saúde dos trabalhadores atingidos. Essa organização permite hierarquizar a gravidade dessas conseqüências, incluindo a produção de incapacidade para o trabalho, permitindo, assim, priorizar as intervenções necessárias.

Referidos autores consideram os agravos com incapacidade temporária longa, aqueles que mantêm o trabalhador por mais de 15 dias afastados do trabalho, enquanto os que requerem afastamento das atividades laborais, por tempo inferior a 15 dias, são considerados agravos com incapacidade temporária curta. Se for aplicada a classificação desses autores, aos participantes do estudo, em relação ao tempo em que ficaram afastados do trabalho, após o acidente, ou que na ocasião da coleta de dados, permaneciam afastados do trabalho, fácil será constatar que para a sua maioria, a incapacidade para o trabalho foi longa.

Entre os que declararam que ficaram sem trabalhar, o afastamento foi longo, para 93%, enquanto para os 133 que na ocasião da coleta de dados permaneciam sem trabalhar, a classificação de afastamento longo se aplicava a 98,5% deles (Tabela 31).

Vida social

Falar de vida social implica fazer referência à cultura, aos valores e crenças, às relações interpessoais e à conduta dos indivíduos.

Muitas são as barreiras que portadores de incapacidade fisiológica, sensorial, psicológica ou anatômica podem enfrentar no convívio social. Para Pantano (1993), elas podem ter origem cultural, econômica, de produção ou de consumo, política, educacional e arquitetônica.

No que se refere às dificuldades apontadas para participar das atividades sociais, por conta da condição de saúde, 45,7%, referiram muita dificuldade, 11,8% dificuldade regular, e 12,2% pouca dificuldade (Tabela 36).

Antes do acidente, a participação em atividades sociais era freqüente para 63,8%, rara para 33,9% e apenas 2,3% nunca participavam dessas atividades, confirmando, esses achados, a interferência da lesão sofrida no acidente, sobre a vida social do indivíduo. O desenvolvimento da incapacidade fisiológica temporária ou permanente para as atividades da vida diária, contribuiu, também, para que as pessoas estudadas sofressem restrições quanto à participação de atividades sociais.

TABELA – 36 Distribuição percentual das vítimas de acidente de trânsito atendidas em clínicas de reabilitação, segundo a participação na vida social. Fortaleza, 2002-2003.

Vida social	Nº (n=221)	%
Dificuldade para participar de atividades sociais em função da condição de saúde		
Nenhuma	67	30,3
Pouca	27	12,2
Regular	26	11,8
Muita	101	45,7
Antes do acidente participava de atividades sociais		
Nunca	5	2,3
Raramente	75	33,9
Freqüentemente	141	63,8
A condição de saúde tem gerado situação socialmente desagradável		
Sim	65	29,4
Não	156	70,6
Tipo de situação desagradável (n=65)		
As pessoas ficam perguntando o que foi	25	38,5
Servindo de piada	17	26,1
As pessoas ficam olhando e se sente constrangido	15	23,1
Outras	13	20,0

Entre aqueles que referiram constrangimentos, os destaques correm por conta do seguinte: as vítimas são freqüentemente indagadas sobre o que aconteceu, 38,5%; outras sentem-se desconfortáveis, socialmente, porque se percebem motivo de piada, 26,1%; e ainda existem as que ficam constrangidas, porque são alvo de olhares curiosos e insistentes de outras pessoas, 23,1% (Tabela 36).

França (2000) enfatiza que quando uma pessoa possui um atributo em discordância com a imagem social aceita por seu grupo, e não consegue acobertar esse atributo, passa a ser desacreditado pelo mesmo. É da discrepância entre a identidade real e a socialmente aceita, que nasce a discriminação social, o estigma.

Para a autora, a exclusão, pelo estigma, não se dá apenas pelo grupo social; o próprio estigmatizado se auto-exclui, por interiorizar as crenças e valores daqueles que o circundam, o que caracteriza a vitimização típica de um processo excludente. "O impacto da exclusão pode cristalizar a identidade das pessoas com deficiência, principalmente daquelas cujo defeito é visível e, portanto, consideradas desacreditadas" (FRANÇA, 2000, p.25).

Sendo assim, é evidente que o uso do gesso, do fixador externo, das muletas, da bengala e da cadeira de rodas que alguns dos participantes do estudo fizeram uso, contrasta com a imagem idealizada pelo grupo social em que se inserem, passando esses a discreparem da identidade do grupo, pelo que se tornam alvo potencial de estigma. A inibição por estar em público, utilizando alguma órtese, e ainda ser centro da curiosidade das pessoas, expressa nos olhares insistentes e nas perguntas, em associação à própria condição de saúde, certamente que contribuíram para que os participantes do estudo diminuíssem sua participação em atividades sociais.

O aparelho ortopédico apareceu nos relatos de pesquisa desenvolvida com deficientes físicos, por Almeida (1993), como elemento de pouca aceitação. Seu uso para deambulação foi rejeitado, enquanto que para a manutenção da funcionalidade foi reconhecido.

TABELA – 37 Participação em atividades sociais das vítimas de acidente de trânsito atendidas em clínicas de reabilitação, em relação às variáveis sócio-demográficas, do acidente e de saúde. Fortaleza, 2002-2003.

Variáveis	Participação		χ^2	p
	Sim	Não		
Tipo de clínica				
SUS	103	51		
Particular	24	16	0,40	0,529
Sexo				
Masculino	99	51		
Feminino	28	16	0,01	0,913
Faixa etária				
< 40	83	40		
40 ou +	44	27	0,39	0,540
Estado civil				
Casado	49	32		
Outras	78	35	1,17	0,280
Renda (SM)				
< 4	71	33		
≥ 4	56	34	0,54	0,464
Categoria no trânsito				
motociclista	75	32		
Outras	52	35	1,83	0,176
Socorro recebido				
Grupo de socorro	54	15		
Outros	73	52	6,90	0,009
Hospitalização				
Sim	112	44		
Não	15	23	12,73	0,000
Dias de tratamento				
< 15	40	26		
≥ 15	70	37	0,23	0,634
Uso de órtese				
Sim	112	43		
Não	15	24	14,28	0,000
Restrição temporária				
Sim	127	63		
Não	—	4	p de Fisher 0,024	
Restrição permanente				
Sim	52	33		
Não	41	26	0,027	0,869
Deixou seqüela				
Sim	105	55		
Não	22	12	0,01	0,923
Deixará seqüela				
Sim	71	42		
Não	22	13	0,04	0,843
Impedirá de exercer atividade normal				
Sim	37	12		
Não	54	37	2,98	0,084
Repercussão Financeira				
Sim	78	21		
Não	49	46	14,69	0,000

A análise univariada da participação em atividades sociais, foi estatisticamente significativa em associação com: o socorro recebido ($p < 0,009$); a hospitalização ($p < 0,0001$); o uso de órtese ($p < 0,0001$); a restrição temporária ($p < 0,024$); e a repercussão financeira ($p < 0,0001$) (Tabela 37). Na análise por regressão logística, esta se manteve associada ao uso de órtese, razão de chance de 2,53 (Intervalo de Confiança 95%, 1,22 a 5,24) e com a repercussão financeira, razão de chance de 2,15 (Intervalo de Confiança 95%, 1,12 a 4,10). A dificuldade de participação das pessoas estudadas, em atividades sociais, esteve associada ao uso da órtese e à repercussão financeira sofrida, a partir do acidente (Tabela 38).

TABELA – 38 Análise por regressão logística de repercussão da lesão na participação em atividades sociais de vítimas de acidentes de trânsito atendidas em clínicas de reabilitação. Fortaleza, 2002-2003 .

Variáveis	Odds ratio	Intervalo de confiança 95%
Hospitalização		
Não	1,00	
Sim	1,56	0,72 – 3,38
Uso de órtese		
Não	1,00	
Sim	2,53	1,22 – 5,24
Restrição temporária		
Não	1,00	
Sim	0,32	0,10 – 1,05
Repercussão financeira		
Não	1,00	
Sim	2,15	1,12 – 4,10

Para Pantano (1993), qualquer que seja a origem da incapacidade, a limitação que ela gera é um problema social. Essa limitação não depende somente do indivíduo que a possui, mas das possibilidades de integração e promoção que a comunidade oferece.

Como já foi discutido, anteriormente, além da limitação funcional e das barreiras arquitetônicas existentes no ambiente físico, o uso da órtese pode motivar a reclusão social devido ao estigma, o que parece justificar a redução da participação social entre os que fizeram uso da mesma.

Também a repercussão financeira negativa sofrida pela família, a partir do acidente, aumentou a chance das vítimas de diminuírem sua participação em atividades sociais. Tomando por base a classificação de Pantano (1993), as barreiras enfrentadas por essas pessoas, para participação em atividades sociais, foram de origem funcional, cultural arquitetônica e econômica.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa, com o objetivo principal de analisar o custo social das incapacidades por acidentes de trânsito, partiu da tese de que não somente para o indivíduo, mas para a sua família e para a sociedade, são elevados os custos de uma incapacidade por este agravo.

O interesse por essa temática surgiu no início dos anos 90, quando do trabalho desenvolvido no Núcleo de Epidemiologia da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Várias, eram então as lacunas no conhecimento, e os questionamentos feitos àquela época, acerca do crescimento assustador dos homicídios e dos acidentes de trânsito, no Ceará, desencadearam o interesse pelo desenvolvimento de pesquisas sobre a temática, tendo como fontes os dados do DETRAN-CE e de hospitais e clínicas de reabilitação, de Fortaleza e da Região Metropolitana.

Nas clínicas pesquisadas, constatou-se que as vítimas de causas externas representavam cerca de 23% dos atendimentos realizados, o que reforçou a necessidade de maior aproximação da realidade vivenciada pelas vítimas de acidentes de trânsito após a alta hospitalar, com o propósito de dimensionar o custo social das incapacidades adquiridas.

Realizou-se, por oportuno, um estudo de corte transversal em 16 clínicas de reabilitação de Fortaleza, sendo oito da Rede SUS, e oito particulares, localizadas em doze bairros de Fortaleza. Durante um período de três meses foi preenchido um formulário de coleta de dados, junto a 221 vítimas de acidentes de trânsito que se encontravam realizando fisioterapia em clínicas especializadas.

O móvel dessa pesquisa foi verificar quantas das vítimas de acidentes de trânsito haviam desenvolvido algum tipo de incapacidade e qual o custo das incapacidades para a vida dessas pessoas, de suas famílias e para a sociedade. Todo o esforço despendido centrou-se na pretensão de estudar os indivíduos como seres bio-psico-sociais, levantando as incapacidades geradas por acidentes de trânsito, sob o prisma econômico, de dor e de sofrimento, não sem contemplar suas repercussões na vida das vítimas.

A análise do perfil sociodemográfico das vítimas e das informações do acidente, revelou que os adultos jovens do sexo masculino, casados ou em união consensual, e as pessoas com renda familiar entre um e três salários mínimos, foram os que mais requereram atendimentos em saúde, nas clínicas de reabilitação estudadas, destacando-se, como categorias no trânsito, os motociclistas, os pedestres e os ciclistas. Tais achados foram compatíveis com os dados de atendimento de emergência e de internação hospitalar encontrados em estudos levantados na literatura consultada. Tais constatações indicam o alto custo pessoal e comunitário representado pelo fato de pessoas tão jovens acabarem sendo submetidas a importantes restrições funcionais, impostas pelas incapacidades daí decorrentes.

O perfil sócio-demográfico das pessoas estudadas impõe a necessidade urgente de investimentos na promoção da saúde coletiva, e em pesquisas sobre questões relacionadas aos acidentes de trânsito, sua gênese e medidas de prevenção eficazes. A ampliação das pesquisas, dentre outras medidas consideradas também importantes, tenderia a mobilizar atores sociais das mais diversas áreas do conhecimento, alcançando setores da atenção à saúde, com vistas a um engajamento no processo de prevenção e promoção da saúde.

As questões que envolvem a promoção da saúde vão desde o ambiente saudável, como coadjuvante na manutenção da saúde, até a ocorrência dos acidentes e suas conseqüências, sendo, portanto, de interesse e responsabilidade não somente dos governos, mas de toda a sociedade. Tais questões, merecem, pois, as atenções requeridas, conforme indicam as estatísticas de morbimortalidade por acidentes de trânsito, do país e deste Estado, originadas de pesquisas, com dados oficiais, citados ao longo do trabalho, bem assim os resultantes do presente estudo.

Os resultados relacionados ao primeiro objetivo proposto, mostraram que a condição de saúde dos participantes do estudo, após o acidente, trouxe importantes conseqüências para seu cotidiano, interferindo na sua qualidade de vida. Em decorrência da lesão sofrida no acidente, as vítimas, na sua quase totalidade — 97,3%, sofreram incapacidades temporárias, sendo essa incapacidade média de 136 dias. Note-se que 43,9% delas, acreditavam que desenvolveriam alguma restrição permanente para as atividades da vida diária. As implicações das incapacidades, sobre o cotidiano das pessoas, ficaram demonstradas no tempo em que elas estiveram ou estavam sem

trabalhar ou estudar e na dependência de assistência de um familiar para desenvolver as atividades da vida diária, bem como para a locomoção, incluindo ida às consultas médicas e outros tratamentos.

O tempo médio transcorrido, desde o acidente até o momento em que foram coletadas as informações da presente pesquisa, foi de 351 dias, o que dá idéia do período em que essas pessoas estiveram submetidas a procedimentos terapêuticos que se fizeram necessários à sua recuperação. Foram intervenções que requereram hospitalização e consultas médicas, ou que levaram o indivíduo a incapacidades para algumas atividades da vida diária.

Face ao conhecimento gerado com o alcance do primeiro objetivo, é oportuno reiterar a necessidade de investimentos na promoção da saúde. Reconhece-se, também, a complexidade do problema, a partir da compreensão do seu contexto histórico, social, cultural e psicológico. Reconhece-se, ainda, que, para prevenir os acidentes de trânsito, é necessária a soma de esforços de diversos setores, incluindo o econômico e o social, além de educação, saúde, justiça, trabalho e trânsito. No entanto, acredita-se que o saber até agora acumulado pelas várias áreas do conhecimento, acerca da prevenção desses acidentes, se aplicado à presente realidade, certamente terá como produto a redução dos mesmos. A OMS (2001) destaca que o controle de traumas, por acidentes de trânsito, envolve princípios iguais aos de qualquer outro problema de saúde pública, pelo que podem ser instituídos políticas e programas para a promoção da segurança.

Em relação ao segundo objetivo específico, é importante retomar a análise dos custos sociais diretos e indiretos, alusivos às incapacidades geradas pelos acidentes de trânsito.

Ficou demonstrado que o custo social direto desses acidentes, é bastante alto, tendo em vista o número de vítimas que necessitaram de atendimento pré-hospitalar e hospitalar. Confirmam isso, o quantitativo das que foram submetidas a intervenções cirúrgicas e o daquelas que necessitaram de próteses e órteses.

Cerca de um terço dessas vítimas recebeu atendimento pré-hospitalar, por grupo especializado. Mais de 80,0% das pessoas estudadas foram hospitalizadas, por um tempo médio de 24,2 dias, para os pacientes das clínicas da Rede SUS, e de 10,2 dias, para os das clínicas particulares. Tomando-se como parâmetro pesquisa do IPEA

(2003), estima-se que o custo do atendimento pré-hospitalar foi de R\$ 34.048,00, enquanto o da assistência hospitalar, de aproximadamente R\$ 8.565.840,00, e, no caso dos que receberam apenas atendimento de emergência, de R\$ 26.445,00.

Das vítimas internadas, 86,7% foram submetidas à intervenção cirúrgica, das quais 79,5% tiveram prótese implantada. A hospitalização foi estatisticamente significativa para o socorro recebido por grupo especializado ($p < 0,0001$). Além da prótese, 78,2% utilizaram órtese.

Os traumas mais sofridos foram as fraturas da perna, rótula, pé, mão e o traumatismo crânio encefálico. Até o momento da coleta de dados, as pessoas estudadas já tinham recebido, em média, 8,2 consultas médicas, participado de 41 sessões de fisioterapia e 64 de terapia ocupacional. O custo dessa assistência, para os pacientes dos dois sistemas de atenção à saúde, foi, em média, de R\$ 56.475,28. A chance dos participantes que foram hospitalizados, de permanecer por tempo 15 dias, em tratamento fisioterápico, foi 2,25 vezes maior (I.C.95% 1,28 a 3,96).

O elevado custo social direto também ficou demonstrado pelo número de consultas médicas e de acompanhamento em sessões de fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia e psicologia, que a condição de saúde dos participantes do estudo requereu.

Há de se enfatizar, ainda, a compra de medicamentos, o pagamento de taxas, dentre outros procedimentos tidos como necessários. Em média, os pacientes da Rede SUS gastaram R\$ 956,05, enquanto os das clínicas particulares R\$ 1.210,51.

As limitações encontradas para o dimensionamento dos custos da assistência à saúde recebida pelos participantes deste estudo, foram as seguintes: falta de uma base única de dados; autorização da internação hospitalar paga, em separado dos valores desembolsados com próteses; fixação prévia do valor da AIH; e o desconhecimento do tipo de prótese usada. Tais limitações responderam pela adoção, como parâmetro para dimensionamento dos custos, a pesquisa IPEA (2003).

A constatação de que as vítimas estudadas, apenas em pouco mais de um terço, haviam recebido atendimento pré-hospitalar, merece atenção dos gestores de saúde deste Estado e do município de Fortaleza, além do que aponta para a necessidade

de realização de pesquisas, tanto no âmbito gerencial, como no comunitário, para a identificação dos fatores que estão contribuindo para essa baixa cobertura da assistência pré-hospitalar às vítimas de acidente de trânsito.

A diferença identificada no tempo de hospitalização, entre os pacientes da Rede SUS e os das clínicas particulares, também carece de investigação, para que fiquem evidenciados quais os fatores que estão contribuindo para essa realidade. Entre outros aspectos, uma pesquisa, nessa direção, poderia indicar se o poder de resolução dos dois sistemas de atenção à saúde é distinto, se nos serviços particulares ocorre antecipação desejável ou indevida da alta hospitalar, e em que medida as condições socioeconômicas dos pacientes favorecem o abreviamento da permanência hospitalar.

É importante destacar a falta de atenção a outras necessidades, que não as de natureza física e traumatológica, direcionadas às vítimas de acidentes de trânsito, nas clínicas de reabilitação estudadas. Isso emerge do insignificante número de pessoas que foram acompanhadas por psicólogo e terapeuta ocupacional, uma vez que, das vítimas, apenas três participaram de sessões de psicologia, e 37 de sessões de terapia ocupacional. A prestação da assistência à saúde à vítima de acidente de trânsito, como ser integral, tem múltiplas dimensões, princípio que não está sendo observado nas clínicas estudadas.

O alto custo social dos acidentes de trânsito ficou evidenciado também no número significativo daqueles que deixaram de usufruir o direito ao seguro acidente, haja vista apenas vinte pessoas tê-lo recebido. Diante da constatação de que, em alguns casos, o valor desse seguro foi indevidamente destinado ao pagamento de despesas com a assistência médico-hospitalar, cabe aos órgãos competentes investigar e coibir fraudes que porventura estejam ocorrendo. A construção de uma prática social transformadora, com vistas à criação de sujeitos sociais, não pode ignorar o exercício da cidadania, devendo assegurar aos cidadãos, informações precisas e no tempo certo, para que tenham acesso ao seguro que lhes é de direito.

Os elevados custos indiretos dos acidentes de trânsito estão relacionados ao tempo em que as vítimas ficaram incapacitadas para o desempenho de atividades da vida diária, para o trabalho e para frequentar a escola. Também guardaram relação com as implicações que as incapacidades trouxeram à condição de saúde e à estrutura

familiar. Nesse conjunto os destaques ficaram por conta das faltas freqüentes ao trabalho ou à escola, da diminuição no rendimento diário, e das freqüentes licenças médicas.

O tempo médio de restrição, foi de 136 dias. Cerca de 83% das vítimas ficaram sem trabalhar ou estudar e, no momento da coleta de dados, 60,2% ainda estavam sem trabalhar ou estudar.

Mesmo os elevados gastos econômicos pessoais e comunitários com o acidente, dimensionados pelos bens e serviços que foram adquiridos e pela produtividade que foi perdida, não representam as conseqüências dramáticas do acidente para os indivíduos e para suas famílias, vivenciadas na forma de dor, sofrimento e perda da qualidade de vida.

As repercussões financeiras, pessoal e familiar do acidente, foram referidas como muitas, por cerca de 33% das vítimas, enquanto as 67,0% restantes disseram ter sido regular, pouca, ou que não houve.

Na vida familiar e social, o declínio da condição de saúde dos participantes do estudo, teve influência negativa para a maioria. A necessidade de assistência pessoal, após o acidente, envolvendo a ajuda de algum familiar nas atividades domésticas e para fins de acompanhamento às consultas médicas e à clínica de reabilitação, bem como a incapacidade para participar de atividades sociais, comprometeram o cotidiano das vítimas e interferiram na dinâmica de suas famílias.

As vítimas, em sua grande maioria — 92,3%, necessitaram de assistência pessoal, após o acidente, e essa necessidade interferiu no relacionamento, em 27,1% dos casos; e, na dinâmica de suas famílias, em 31,2%. A dificuldade para participar de atividades sociais foi declarada por 45,7%, como muita; 24,0% consideraram essa dificuldade regular e pouca; enquanto 30,3% disseram não ter tido nenhuma dificuldade. A dificuldade de participação nas atividades sociais esteve associada ao uso de órtese e à repercussão financeira negativa do acidente sobre a família. Razão de chance de 2,53 para o uso da órtese (I.C.95% 1,22 a 5,24) e de 2,15 para repercussão financeira (I.C.95% 1,12 a 4,10).

Essas pessoas sofreram abrupto corte na sua rotina, nas atividades profissionais e sociais e nos seus planos de vida imediatos, pois a condição de saúde,

após o acidente, fê-las conviver com restrições que puseram em jogo relações sociais, familiares e culturais com evidentes prejuízos emocionais, antes nunca vivenciados pela maioria, com conseqüências em sua qualidade de vida.

Os achados da presente pesquisa permitem afirmar que ninguém tem o direito de se manter alheio a um evento que se constitui em um sério problema no meio considerado, tanto pelas mortes prematuras, como pelas incapacidades fisiológicas, anatômicas, sensoriais ou psicológicas que geram, para cujo custo social foi tentada uma aproximação, com base no demonstrativo dos custos diretos e indiretos analisados.

As iniciativas do Ministério da Saúde de instituir a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências e o Programa de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito, bem assim as desencadeadas pelo Governo do Ceará de elaborar plano de combate aos acidentes e violências, em seu território, são avanços importantes na construção de um novo paradigma na prevenção de acidentes e violências e na promoção da saúde, mas ainda falta muito (BRASIL, 2001, 2002).

A apropriação de informações que revelem a condição de saúde das vítimas de acidentes de trânsito, após a alta hospitalar, possibilitará o planejamento de intervenções mais adequadas à realidade. Assim sendo, afirmamos aos gestores de saúde deste Estado, a exemplo do que vem ocorrendo nos hospitais de referência para trauma, a necessidade da implantação de um sistema de vigilância epidemiológica dos acidentes e violências, em clínicas de reabilitação. A formulação de proposta para formalizar esse sistema, encontra-se no capítulo anterior. Entende-se que, as informações geradas pelo sistema, se regularmente avaliadas, subsidiarão não somente o setor saúde, mas, também a previdência social, a engenharia de trânsito, a indústria automobilística e o setor de educação do município de Fortaleza.

Os resultados aqui obtidos mostraram algumas nuances do quadro vivenciado por vítimas de acidentes de trânsito, após a alta hospitalar, em Fortaleza. Foi descortinada uma realidade que era menos conhecida, revelando dor, sofrimento, trauma físico e psicológico, mas também determinação, esperança, construção de novos vínculos e retomada da alegria de viver.

Estima-se que o conhecimento produzido sobre as repercussões das incapacidades, na vida das vítimas, tanto no âmbito familiar e social, quanto em sua

autonomia, subsidie a implantação de políticas intra e intersetoriais que visem à prevenção, à promoção da saúde, e à criação das condições de reintegração do indivíduo aos grupos familiar, social, e ao mercado de trabalho.

**8 PROPOSTA DE SISTEMA
DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
DE ACIDENTES E VIOLÊNCIAS
EM CLÍNICAS DE REABILITAÇÃO**

8 PROPOSTA DE SISTEMA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ACIDENTES E VIOLÊNCIAS, EM CLÍNICAS DE REABILITAÇÃO

A - Considerações Preliminares

Ao término desta pesquisa, fica clara a proximidade da autora, com a realidade vivenciada por vítimas de acidentes de trânsito, tratadas em clínicas de reabilitação de Fortaleza, onde foi possível constatar que as mesmas, em grande número, encontravam-se incapacitadas, temporária ou permanentemente, para as atividades consideradas normais na vida diária. Referidas pessoas, na sua maioria jovens, em idade produtiva, para recuperação da sua saúde estavam a necessitar de atenção, no âmbito da reabilitação, uma vez que, em média — 60,2% delas, no momento da coleta de dados estavam sem trabalhar ou estudar.

A partir dos achados da presente pesquisa, de trabalhos já desenvolvidos e da experiência acumulada como epidemiologista nessa temática, é legítimo reiterar a afirmação inicial de que se faz necessária a implantação da vigilância epidemiológica dos acidentes e violências, no âmbito da reabilitação, tornando possível o acompanhamento dos pacientes, após a alta hospitalar, ou daqueles que, durante o tratamento ambulatorial, tenham sido referendados para clínicas de reabilitação.

O conhecimento das seqüelas físicas, psicológicas, sensoriais ou anatômicas, a incapacidade para desempenhar as atividades da vida diária, o tempo longo e a lenta evolução da condição de saúde, são informações que devem ser disponibilizadas em bancos de dados, como já o são aquelas registradas nos sistemas de informação, SIM – Sistema de Informação de Mortalidade, SINASC – Sistema de Informação de Nascidos Vivos, SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica, SINAN – Sistema de Informação de Agravos e Notificação e SIH – Sistema de Informação Hospitalar.

Tais informações devem nortear a implantação e/ou implementação de políticas públicas que previnam esses agravos, ou que reintegrem, o mais breve possível, o indivíduo à sociedade.

As informações geradas nas clínicas de reabilitação ,serão somadas àquelas de mortalidade hospitalar do SIH e às de mortalidade do SIM, as quais serão conjuntamente analisadas para a detecção de mudanças na morbimortalidade por acidentes e violências, dimensionando características, magnitude, determinação do problema social e de saúde pública. Tal medida possibilitará o planejamento e elaboração de ações preventivas, que irão permitir a diminuição e o controle desses agravos.

A constatação de que há unanimidade entre os estudiosos do assunto, quanto à escassez de dados de morbidade por acidentes e violências, e à necessidade de implantação da vigilância epidemiológica desses agravos no âmbito da reabilitação, identificada pelo estudo, foi determinante para a elaboração da presente proposta.

A Vigilância Epidemiológica compreende um conjunto de atividades capazes de contribuir para a atenção integral à saúde, não obstante, suas funções e técnicas operacionais têm espaço limitado, o que precisa ser superado, entendendo-se como imprescindível a disponibilização de métodos que possam ser operacionalizados pelos níveis locais do sistema, para tornar possível a formulação de diagnósticos mais completos das condições de vida e saúde das populações (TEIXEIRA *et al.*, 2003).

No momento atual, há expectativa de avanço na elaboração de modelos de atenção voltados para a melhoria da qualidade da assistência, e a conseqüente resolução de problemas de saúde de grupos populacionais, não limitando as intervenções apenas ao elenco de doenças que compõem a lista de notificação compulsória. A ampliação de informações acerca dos acidentes e violências, no âmbito da reabilitação, levará a um maior conhecimento sobre esses agravos, importante para o planejamento de ações preventivas e de promoção da saúde coletiva.

A presente proposta tem como referência o Sistema de Informação em Saúde para Acidentes e Violências – SISAV, recomendado pelo Ministério da Saúde e hoje implantado em unidades hospitalares de vários estados brasileiros, inclusive em Fortaleza, no IJF. A disponibilização de informações sobre os atendimentos em clínicas de reabilitação, possibilitará, sem dúvida, o monitoramento contínuo, não somente das vítimas de acidentes de trânsito, foco desta pesquisa, mas de todos os outros acidentes e violências cujo trauma motivou atendimento de reabilitação (BRASIL, 2001).

Outra referência para a proposta é a formulação, pelo Ministério da Saúde, da Portaria MS/GM N.º 737, de 16/05/2001, que torna oficial a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, que, entre outras ações, pontua a necessidade de integração entre instituições de pesquisa, universidades e secretarias de saúde. Nessa direção, destaca-se a necessidade de capacitação e mobilização dos profissionais da saúde que atuam em todos os níveis de atendimento do SUS, inclusive nas unidades de urgência e emergência, com vistas a superar os problemas relacionados à investigação e à informação relativa a acidentes e violências. As informações de acidentes de trânsito e violências constituem, para aquele Ministério, uma prioridade, à qual deverá ser concedida atenção especial (BRASIL 2001).

Outra ação a ser destacada é o registro rigoroso e contínuo, padronizado e adequado das informações, visando possibilitar estudos e elaboração de estratégias de intervenção acerca dos acidentes e das violências relacionadas aos diferentes segmentos populacionais, segundo a natureza e o tipo de lesões e de causas. A consolidação desses registros viabilizará a retroalimentação do sistema, contribuindo, assim, para a melhoria do atendimento prestado a esses segmentos e para a elaboração de políticas públicas mais consentâneas com a realidade, enfocando a prevenção. A base para a implementação dessa medida é representada pela elaboração de normas técnicas específicas, adequação de instrumentos de registros, pela introdução de questões específicas para o diagnóstico de acidentes e violências e, também, pela inclusão de novos procedimentos, ou especificação do atendimento realizado durante a reabilitação. Essa consolidação de registros permitirá, sem dúvida alguma, a identificação dos diversos padrões e tipologias dos acidentes e violências.

A sensibilização dos gestores do SUS, dos profissionais de saúde e dos gerentes dos serviços, no caso particular de clínicas de reabilitação, configurará, por outro lado, iniciativa fundamental para a monitorização adequada das ocorrências desses eventos. Isso implicará a adoção de diferentes estratégias, dentre as quais há de se destacar o estímulo à formação de grupos intersetoriais de discussão sobre o impacto dos acidentes e das violências no setor saúde, o planejamento e a execução de estratégias de prevenção, cujas linhas mestras estão assim definidas:

- padronização das fichas de atendimento de reabilitação, de forma a permitir a obtenção do perfil epidemiológico da vítima atendida;

- otimização do sistema de informação de morbidade, de modo a incorporar dados epidemiológicos relativos à diversidade de atendimentos prestados nas clínicas de reabilitação;
- efetivação do disposto na Portaria GM/MS n.º 142/97, quanto à especificação do tipo de causa externa, no prontuário médico hospitalar, para cada Autorização de Reabilitação Ambulatorial – ARA;
- a inclusão das lesões por acidentes e violências, como agravos sujeitos à notificação, o que permitirá o conhecimento de casos atendidos em unidades de reabilitação, no âmbito ambulatorial.

B Princípios norteadores do sistema de vigilância

O sistema deve ser desenvolvido tendo como referência principal a organização do processo de informação do Sistema de Internação Hospitalar do SUS (LESSA *et al.*, 2000). A par disso, deve possuir uma grande base de dados, abrangendo todas as atividades do setor, seja da rede privada ou filantrópica e conveniada com o SUS.

Um suporte essencial para a implantação do sistema de vigilância epidemiológica dos acidentes e violências no âmbito da reabilitação é a prévia formação de um grupo técnico de trabalho. São as seguintes, as funções iniciais desse grupo de trabalho: identificar as fontes de informação existentes; analisar as limitações das informações geradas e eleger as informações a serem utilizadas; dimensionar a cobertura dos dados que se originarão de múltiplas fontes; avaliar a frequência no envio das informações, por parte das clínicas, ao gestor municipal; instituir mecanismos que possibilitem retroalimentar, sistematicamente, as fontes de informações e os gestores de saúde.

Também compete a esse grupo, bem assim às suas assessorias que porventura venham a ser criadas, atentar para uma avaliação regular do sistema de vigilância, com relação aos seguintes aspectos:

Simplicidade - verificar a qualidade, quantidade e confiabilidade das fontes de informação, bem como a existência de dificuldades relativas à estrutura.

Flexibilidade - identificar se há facilidade de adaptação para a operacionalização do Sistema e de adequação do mesmo à realidade encontrada.

Aceitabilidade - auscultar o compromisso e o interesse das instituições e dos profissionais, no que se refere ao funcionamento do sistema de vigilância epidemiológico específico.

Sensibilidade - determinar a capacidade do sistema, para identificar os diversos padrões e tipos de casos, comparando-o a outros métodos, referenciados como de maior credibilidade.

Representatividade - monitorar a abrangência do sistema, tendo em vista a capacidade de cobertura dos serviços de reabilitação.

Agilidade e oportunidade - avaliar se as informações estão sendo geradas com agilidade e em tempo hábil e oportuno à tomada de decisão que os casos requerem.

De acordo com o que vem sendo argumentado, os objetivos do sistema de vigilância, aqui proposto ganharam inspiração nas recomendações da OPS (2001) para esse problema de saúde pública, e assim se expressam: produzir informação confiável e oportuna sobre acidentes e violências, neste caso específico, sobre o processo de reabilitação das vítimas, suas variáveis sócio-demográficas, características e circunstâncias, informação esta que deve estar disponível para análise pelos órgãos competentes; possibilitar o diagnóstico, o seguimento da evolução e a elaboração e revisão de políticas estratégicas para enfrentamento do problema; avaliar o impacto das ações de prevenção e outras que estejam em processo; impulsionar a formação de grupos de trabalho com a participação das instituições que geram informações relativas ao evento objeto de vigilância.

Uma medida importante na busca do sucesso pretendido, é o delineamento do fluxograma do atendimento às vítimas em reabilitação ambulatorial. Referido fluxograma, representado no tópico C desta proposta, será objeto de aprofundamento na sua descrição, nos parágrafos que se seguem.

A entrada da vítima de acidente no Sistema de Informação, ocorre já a partir da *consulta médica*, ocorrente tanto em consultório médico credenciado ou cadastrado no SUS; quanto em unidades ambulatoriais públicas (federais, estaduais, municipais) e privadas (filantrópicas ou lucrativas), integrantes do SUS. Nos dois casos, o médico que realiza a consulta solicitará a autorização de reabilitação, através do laudo médico.

O *Laudo Médico* deve ser preenchido mediante utilização de formulário padronizado, contendo, além da identificação do paciente, outras informações: anamnese, exame físico, exames subsidiários, condições que justifiquem os procedimentos para reabilitação, e diagnóstico. O médico solicitante deve registrar em campo próprio o seu CRM e CPF, assim como o código do procedimento solicitado. O *Laudo Médico* deverá ser preenchido em duas vias, a primeira a ser enviada ao órgão responsável pela emissão da Autorização de Reabilitação Ambulatorial – ARA, e a segunda, para anexão ao prontuário do paciente.

De posse do Laudo Médico, o paciente, ou seu responsável, deverá dirigir-se à Unidade Gestora Local, onde o médico do órgão, responsável pela emissão de Autorização de Reabilitação Ambulatorial, analisará os dados contidos no documento e fará o encaminhamento julgado cabível, emitindo ou não a ARA.

Mediante o reconhecimento da sua necessidade de reabilitação, o paciente tem o direito de escolher a clínica de reabilitação de sua preferência, desde que a mesma faça parte das unidades conveniadas com o SUS. Para essa escolha, o paciente ou seu responsável poderá se servir de informações disponibilizadas pelo gestor local.

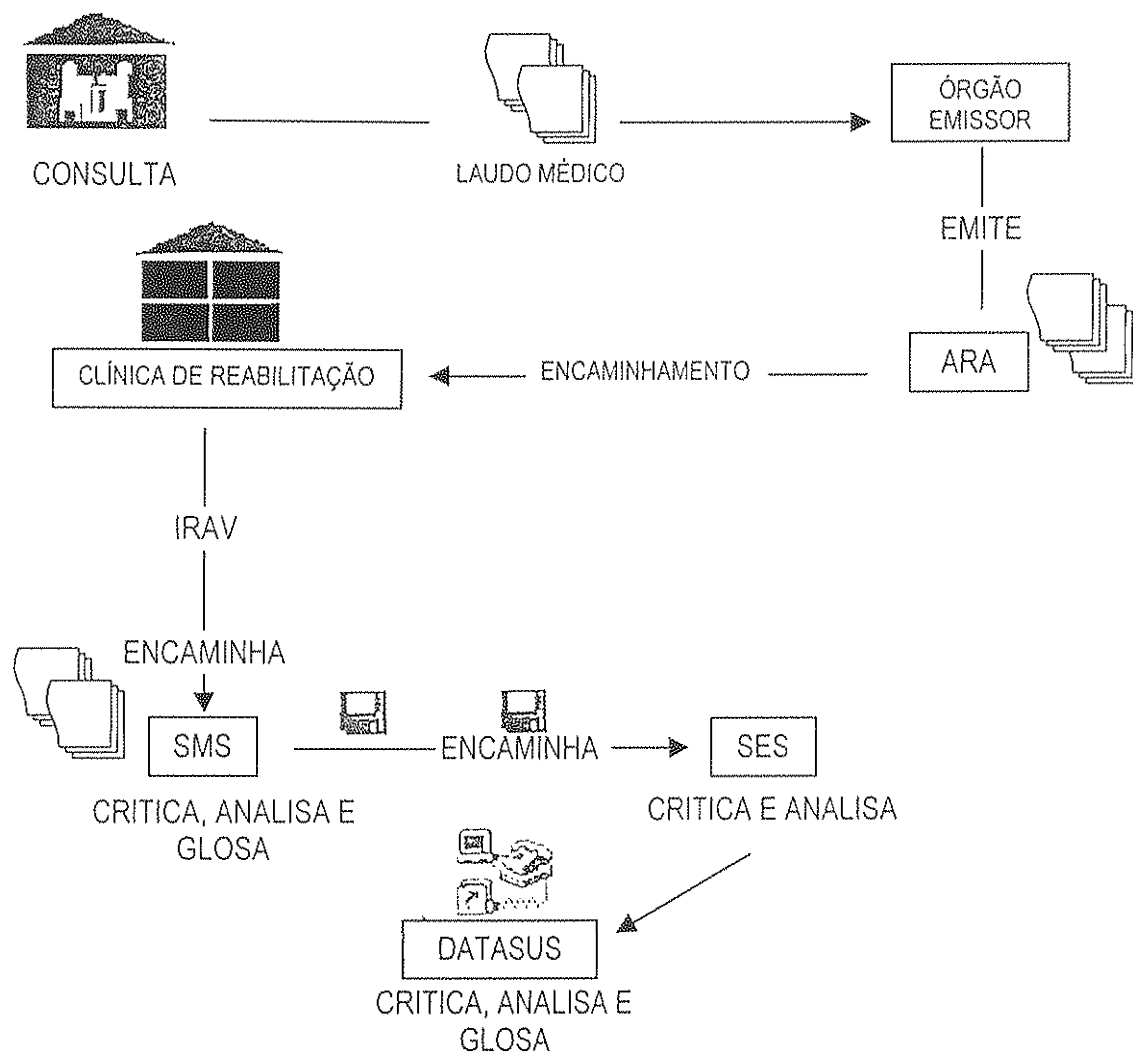
Na clínica, o paciente passará por todos os procedimentos que constituem os cuidados de reabilitação. Findo o tratamento, todos os dados de diagnóstico e evolução devem estar registrados na ficha de Informação de Reabilitação de Acidentes e Violências – IRAV, assim como os dados da clínica que executou o serviço. A ficha de IRAV(tópico D) será, então, assinada pelo diretor da clínica e enviada à Secretaria Municipal da Saúde - SMS. Nessa Secretaria, a IRAV, após passar por análise, para fins de aprovação ou de glosa das despesas geradas, será encaminhada à Secretaria Estadual de Saúde – SES, onde será submetida à crítica e análise competentes, para, finalmente, dar entrada no Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Esse fluxo

da IRAV é válido para as clínicas conveniadas com o SUS. No caso das clínicas particulares, a IRAV segue o mesmo processo, muito embora não fique sujeita à glosa.

Na hipótese de todos os espaços da IRAV serem preenchidos, importantes indicadores de reabilitação, por acidentes e violências, poderão ser gerados, a exemplo de morbidade por causa externa, por sexo e idade e por município de ocorrência. Em relação aos serviços prestados durante a reabilitação, será obtido o número de sessões de fisioterapia, de terapia ocupacional, de fonoaudiologia e de psicologia, permitindo maior precisão na estimativa de gastos gerados no presente e no futuro. Quanto à evolução clínica, é possível obter taxas de incapacidade temporária e permanente, além da de cura. Esses últimos dados, associados às taxas de melhora clínica, de abandono e de óbito, constituem indicadores de maior ou menor resolutividade da reabilitação.

No conjunto, as informações geradas tendem a ser confiáveis e de boa qualidade, favorecendo a formulação e o direcionamento de políticas públicas, visando à prevenção e à promoção da saúde coletiva.

C. Fluxograma das Informações - Sistema de Vigilância Epidemiológica de Acidentes e Violências em Clínicas de Reabilitação



Legenda:

IRAV: Informação de Reabilitação de Acidentes e Violências

ARA: Autorização de Reabilitação Ambulatorial

SMS: Secretaria Municipal de Saúde.

SES: Secretaria Estadual de Saúde.

DATASUS: Departamento de Informática do SUS

D. Ficha de informação de reabilitação ambulatorial de acidentes e violências				
UF	MUNICÍPIO			
	MUNICÍPIO DE OCORRÊNCIA			
CLÍNICA CÓDIGO			DATA DE INÍCIO DO TRATAMENTO	
INFORMAÇÕES SOBRE O PACIENTE				
NOME				
IDADE	SEXO	PROFISSÃO		
CID	CIF			
ORIGEM DA LESÃO POR CAUSA EXTERNA				
ACIDENTE DE TRÂNSITO	TENTATIVA DE SUICÍDIO			
TENTATIVA DE HOMICÍDIO	QUEDA			
ACIDENTE DE TRABALHO	OUTRAS			
DATA DA OCORRÊNCIA	HOSPITALIZAÇÃO SIM NÃO			
REABILITAÇÃO REALIZADA				
N.º DE SESSÕES DE FISIOTERAPIA	N.º DE SESSÕES DE TERAPIA OCUPACIONAL			
N.º DE SESSÕES DE FONOAUDIOLOGIA	N.º DE SESSÕES DE PSICOLOGIA			
EVOLUÇÃO CLÍNICA APÓS O TRATAMENTO				
INCAPACIDADE TEMPORÁRIA PARA AVD		INCAPACIDADE PERMANENTE PARA AVD		CURA
FISIOLÓGICA	SENSORIAL	FISIOLÓGICA	SENSORIAL	
PSICOLÓGICA	ANATÔMICA	PSICOLÓGICA	ANATÔMICA	
TIPO DE ALTA				
CURA		ABANDONO DO TRATAMENTO		
MELHORIA CLÍNICA		ÓBITO		
DATA DA ALTA				

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- AGRESTI, A. *Categorical data analysis*. 2nd edition. New York: Wiley, 2002.
- AGUDELLO, S. Violencia, cidadania y salud publica. Bogotá, 1995, v. 4, p. 5-41. (Documentos Especiais).
- ALBUQUERQUE, V. L. M.; PORDEUS, A. M. J.; TAVARES, M. S. M. R.; TORRES, R.X. O impacto da violência sobre os serviços de emergência de Fortaleza e seus custos sócio-econômicos. *Revista do Centro de Ciências da Saúde*, Fortaleza, v. 14, p. 21-26, dez. 2001.
- ALMEIDA FILHO, N. O conceito de saúde: ponto-cego da epidemiologia? *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 3, n. 1/3, p. 4-20, abr./dez. 2000.
- ALMEIDA FILHO, N. Intersetorialidade, trans-disciplinariedade e saúde coletiva: atualizando um debate aberto. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 11-34, 2000.
- ALMEIDA FILHO, N; ROUQUAYROL, M. Z. Desenhos de pesquisa em epidemiologia. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia e saúde*. 5. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999. p. 149-181.
- ALMEIDA, M. C. *A pessoa portadora de deficiência física em seu cotidiano: reflexos e reflexões sobre a reabilitação*. São Paulo, 1993. 117 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia)-Universidade de São Paulo, São Paulo, 1993.
- AMIRALIAN, M. L. T.; PINTO, E. B.; GHIRARDI, M. I. G.; LICHTIG, J.; MASINI, E.F.S.; PASQUALIN, L. *Conceituando deficiência*. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 97-103, 2000.
- ANDRADE, S. M; MELLO JORGE, M. H. P. Características das vítimas por acidentes de transporte terrestre em município da Região Sul do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 149-156, 2000.
- BANGDIWALA, S. I.; ANZOLA-PEREZ, E.; GLIZER, M.; ROMER, C. J.; HOLDER, Y. Método epidemiológico estruturado para planear la prevención de los accidentes de tránsito. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, v. 111, p. 186-189, 1991.
- BARBOTTE, E.; GUILLEMIN, F.; CHAU, N. Prevalence of impairments, disabilities, handicaps and quality of life in the general population: a review of recent literature. *Bulletin of the World Health Organization*, v. 79, n. 11, p. 1047-1055, 2001.
- BLINCOE, L; SEAY, A; ZALOSHNIJA, E; MILLER, T; ROMANO, E; LUCHTER, S; SPICER, R. *The economic impact of motor vehicle crashes*, 2000. EUA, 2002. Disponível em: <<http://www.nhtsa.dot.gov/people/economic/economipact2000>>. Acesso em: 5 maio 2002.

BOYD, S. T. Bases conceptual para la intervención de la enfermería con las familias. In: HALL, J. E.; WEAVER, B. R. *Enfermería en la salud comunitaria: un enfoque de sistemas*. Washington, DC: OPAS/OMS, 1990. p. 184-201.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Assistência à saúde no SUS: média e alta complexidade* 2. ed. ampl. Brasília, DF, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências*. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Indicadores e dados básicos para a Saúde - IDB*, Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/1996. *Informe Epidemiológico do SUS*, Brasília, DF, ano 5, n. 2, abr./jun. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito: mobilizando a sociedade e promovendo a saúde: informes Técnicos Institucionais. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 36, n. 1, p. 114-117, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Promoção da saúde: Declaração de Alma – Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santafé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Mega países e Declaração do México*. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Vigilância em Saúde – Dados e indicadores selecionados*. Brasília, DF, 2003.

BRICEÑO–LEÓN, Roberto. Bienestar, salud pública y cambio social. In: BRICEÑO–LEÓN, R; MINAYO, M. C. S; COIMBRA JÚNIOR, C. E. A. *Salud y equidad*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 5-24.

CARVALHO, A. M. P. *O Cenário da políticas sociais no Brasil hoje: gestão e controle social*. Fortaleza, 1996. Mestrado em Avaliação de Políticas Públicas – UFC. (Mimeografado).

CARVALHO, C. C; COTRIM, C. B; SILVA, O. O. A; SANAIA, N. Prevalência de alcoolemia em vítimas de causas externas admitidas em centro urbano de atenção ao trauma. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 36, n. 1, p. 47-54, 2002.

CAVALCANTE, F. G. *Pessoas muito especiais: a construção social do portador de deficiência e a reinvenção da família*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

CEARÁ. Departamento Estadual de Trânsito. *Boletim Refortran*, Fortaleza, Coordenadoria de Planejamento, nov. 2003.

CEARÁ. Secretaria da Saúde. *Núcleo de epidemiologia*. Disponível em: <<http://www.saude.ce.gov.br>>. Acesso em: 25 maio 2002.

CEARÁ. Secretaria Estadual da Saúde. *A saúde no Ceará em grandes números*. Fortaleza, 2002.

CONCEIÇÃO, P. S. A.; NASCIMENTO, I. B. O.; OLIVEIRA, P. S.; CERQUEIRA, M. R. M. Acidentes de trabalho atendidos em serviço de emergência. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p.111-117, 2003.

CONCHA-EASTMAN, A; VILLACES, A. *Guias para el diseño, implementacion y evaluacion de sistemas de vigilancia epidemiologica de violencia y lesiones*. Washington, DC: OPS, 2001. 46 p.

CRUZ NETO, O.; MOREIRA, M. R. A concretização de políticas públicas em direção à prevenção de violência estrutural. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 33-52, 1999.

DESLANDES, S. F. *Frágeis deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

DESLANDES, S. F.; SILVA, C. M. F. P. Análise da morbidade hospitalar por acidentes de trânsito em hospitais públicos do Rio de Janeiro, RJ, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 367-372, 2000.

FARIAS, G. M. *Deficiência, incapacidade e desvantagens decorrentes de causas externas – análise em pacientes internadas no IOT – HCFMUSP*, 1991. 108 f. Tese (Doutorado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1995.

FEIJÓ, M. C. C; PORTELA, M. C. Variação no custo de internações hospitalares por lesões: os casos dos traumatismos cranianos e acidentes por armas de fogo. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 627-637, 2001.

FERNANDES, E. A. M; ANDRADE, L. M. Perfil do paciente vítima de acidente de moto. In: ENCONTRO DE INICIAÇÃO À PESQUISA, 9., 2003, Fortaleza. *Resumos...* Fortaleza: Universidade de Fortaleza, 2003. p. 205.

FRANÇA, I. S. X. *(Re) socialização da pessoa com deficiência adquirida: o processo, os personagens e as máscaras*. João Pessoa: Ed. Idéia, 2000. 93 p.

GAÍVA, M. A. M. Qualidade de vida. *Revista de Enfermagem da UERJ*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 377-382, 1998.

GASPAR, Thiago. A morte sobre duas rodas. *Jornal o Povo*, Fortaleza, 19 jul. 2002. p. 9.

GAWRYSZEWSKII, V. P; MELLO JORGE, M. H. P. Mortalidade violenta no município de São Paulo nos últimos 40 anos. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 3, n. 1/3, p. 50-69, 2000.

GOFFMAN, E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. 158 p.

GOULART, F. A. A. Cenários epidemiológicos, demográficos e institucionais para os modelos de atenção à saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*, Brasília, DF, v. 8, n. 2, p. 17-26, abr./jun. 1999.

HAEGI, M.; CHAUDHRY, B. *Impacto of road death and injury*. Genève, 1995. Disponível em: <<http://www.fevr.worldcom.ch>>. Acesso em: 5 dez. 2002.

HIJAR-MEDINA, M. C.; CARRILLO-ORDAZ, C. E.; FLORES-ALDANA, M. E.; ANAYA, R.; LÓPEZ-LÓPEZ, M. V. Factores de riesgo de lesión por accidentes de tráfico y el impacto de una intervención sobre la carretera. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 33, n. 5, p. 505-512, 1999.

IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), 1998. *Pesquisa nacional por amostra de domicílios*. Rio de Janeiro, 1998.

IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), 2002. *Dados do censo 2000*. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 3 jun. 2002.

IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), 2003. *Síntese de indicadores sociais 2002*. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 2 set. 2003.

IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada), 2003. *Impactos sociais e econômicos dos acidentes de trânsito nas aglomerações urbanas*. Brasília, DF, 2003. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br>>. Acesso em: 28 dez. 2003.

IUNES, R. F. O impacto econômico das causas externas no Brasil: um esforço de mensuração. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 31, n. 4, p. 38-46, 1997. Suplemento.

KERR-PONTES, L. R.; ROQUAYROL, M. Z. A Medida de saúde coletiva In: ROQUAYROL, M. Z; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia e saúde*. 5. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999. p. 31-75.

KLEIN, C. H.; BLOCH, K. V. Estudos seccionais. In: MEDRONHO, R. A. et al *Epidemiologia*. São Paulo: Atheneu, 2002. p. 125-150.

LESSA, F. J. D; MENDES, A. C. G; FARIAS, S. F; SÁ, D. A; DUARTE, P. O; MELO FILHO, D. A. Novas metodologias para vigilância epidemiológica: uso do Sistema de Informações Hospitalares – SIH/SUS. *Informe Epidemiológico do SUS*, Brasília, DF, v. 9, n. 1, p. 3-19, 2000. Suplemento.

LUZ, Madel T. La salud em forma y las formas de la salud: superando paradigmas y racionalidades. In: BRICEÑO-LEÓN, R.; MINAYO, M. C. S; COIMBRA JÚNIOR, C. E. A. *Salud y equidad: una mirada desde las ciências sociales*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 25-39.

MAC MAHON, B.; TRICHOPOILOS, D. *Epidemiologia*. Madrid: Marban, 2001.

MALVESTIO, M. A. A.; SOUSA, R. M. C. Suporte avançado à vida: atendimento a vítima de acidentes de trânsito. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 36, n. 5, p. 584-589, 2002.

MARÍN, L.; QUEIROZ, M. A atualidade dos acidentes de trânsito na era da velocidade: uma visão geral. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 4/6, n. 1, p. 7-21, 2000.

MATSUO, M. *Acidente no trabalho: reabilitação ou exclusão*. São Paulo: Fundacentro, 2002. 238 p.

MELO, J. R. R. *Ocorrência dos acidentes de trabalho no Estado do Ceará no período de 1993 a 2000*. Fortaleza, 2003. 145 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)-Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2003.

MELLO JORGE, M. H. P.; LAURENTI, R. Acidentes e violência no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 31, n. 4, p. 1-4, 1997. Suplemento.

MENDES, R.; DIAS, E. C. Saúde dos trabalhadores. In: ROUQUAYOROL, M. Z; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia e saúde*. 5. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999. p. 431-456.

MINAYO – GÓMEZ, C.; THEDIM – COSTA, S. F. Estrategias de investigación relacionadas com la violencia y la precarización del trabajo. In: *Salud y Equidad*. BRICEÑO – LEÓN, R; MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JR., C. E. A. Rio de Janeiro. FIOCRUZ, 2000, p. 273 – 284.

MINAYO, M. C.; SOUZA, E. R. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo de saúde pública. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 7-32, 1999.

MINAYO, M. C. S. *Condições de vida, desigualdade e saúde a partir do caso brasileiro*. In: BRICEÑO-LEÓN, R.; MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JUNIOR, C. E. A. *Salud y equidad*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 55-71.

MINAYO, M. C. S; SOUZA, E. R. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. *História, Ciências, Saúde*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 3, p. 513-529 1998.

MURRAY, C. J. L.; LÓPEZ, A. D. Cuantificación de la discapacidad: datos, métodos y resultados. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, v. 118, n. 5, p. 429-447, 1995.

MURRAY, C. J. L. Cuantificación de la carga de enfermedad: la base técnica del cálculo de los años de vida ajustados en función de la discapacidad. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, v. 118, n. 3, p. 221-242, 1995.

NERI, M.; SOARES, W. Desigualdade social e saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n. 18, p. 77-87, 2002. Suplemento.

OLINDA, Q. B.; PORDEUS, A. M. J.; VILAR, M. C. P. M.; CUNHA, F. A. B. Epidemiologia dos acidentes de trânsito em Fortaleza, 1986 a 1991. *Revista do Centro de Ciências da Saúde*, Fortaleza, ano 8, v. 7, n. 7, p. 67-75, 1993.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Le directeur general de L'OMS demande un programme d'action complet sur les incapacités*. Communiqués de presse, 1999. Disponível em: <<http://www.oms.int>>. Acesso em: 5 fev. 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL da SAÚDE. *Revisão da classificação Internacional de doenças e problemas relacionados à saúde: CID-10*. São Paulo: USP, 1993.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *La OMS publica unas nuevas directrices para medir la salud*. Comunicado de prensa OMS/48. Ginebra, nov., 2001. Disponível em: <<http://www.who.int>>. Acesso em: 25 maio 2002.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Guías para el diseño, implementación y evaluación de sistemas de vigilancia epidemiológica de violencia y lesiones*. Washington, 2001

PANTANO, L. *La discapacidad como problema social*. Buenos Aires: EUDEGA, 1993. 143 p.

PEIXOTO, M. G. B. *Estudo epidemiológico das vítimas de acidentes de trânsito admitidas em hospital de emergência de Fortaleza*. Fortaleza, 1998. 96 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)-Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 1998.

PEREIRA, J. Glossário de economia da saúde. In: PIOLA, S. F.; VIANNA, S. M. (Org.). *Economia da saúde: conceito e contribuição para a gestão da saúde*. Brasília, DF: IPEA, 1995. p. 271-293.

PEREIRA, M. G. *Epidemiologia: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

PORDEUS, A. M. J.; OLINDA, Q. B.; CHEDZOY, M. E. W.; ARAÚJO, R. L. O peso da morbidade por violência sobre os atendimentos em clínica de reabilitação de Fortaleza e Região Metropolitana. *Revista do Centro de Ciências da Saúde*, Fortaleza, v. 15, n. 1, p. 17-23, jan./mar. 2002 .

PORDEUS, A. M. J. Acidentes de trânsito no Ceará: vigiar é preciso. *Revista do Centro de Ciências da Saúde*, Fortaleza, ano 13, n. 12, p. 87-92, 2000.

PORTUGAL. Secretariado Nacional de Reabilitação. *Classificação internacional das deficiências, incapacidades e desvantagens (Handicaps): um manual de classificação das conseqüências das doenças (CIDID)*. Lisboa: SNR/OMS, 1989.

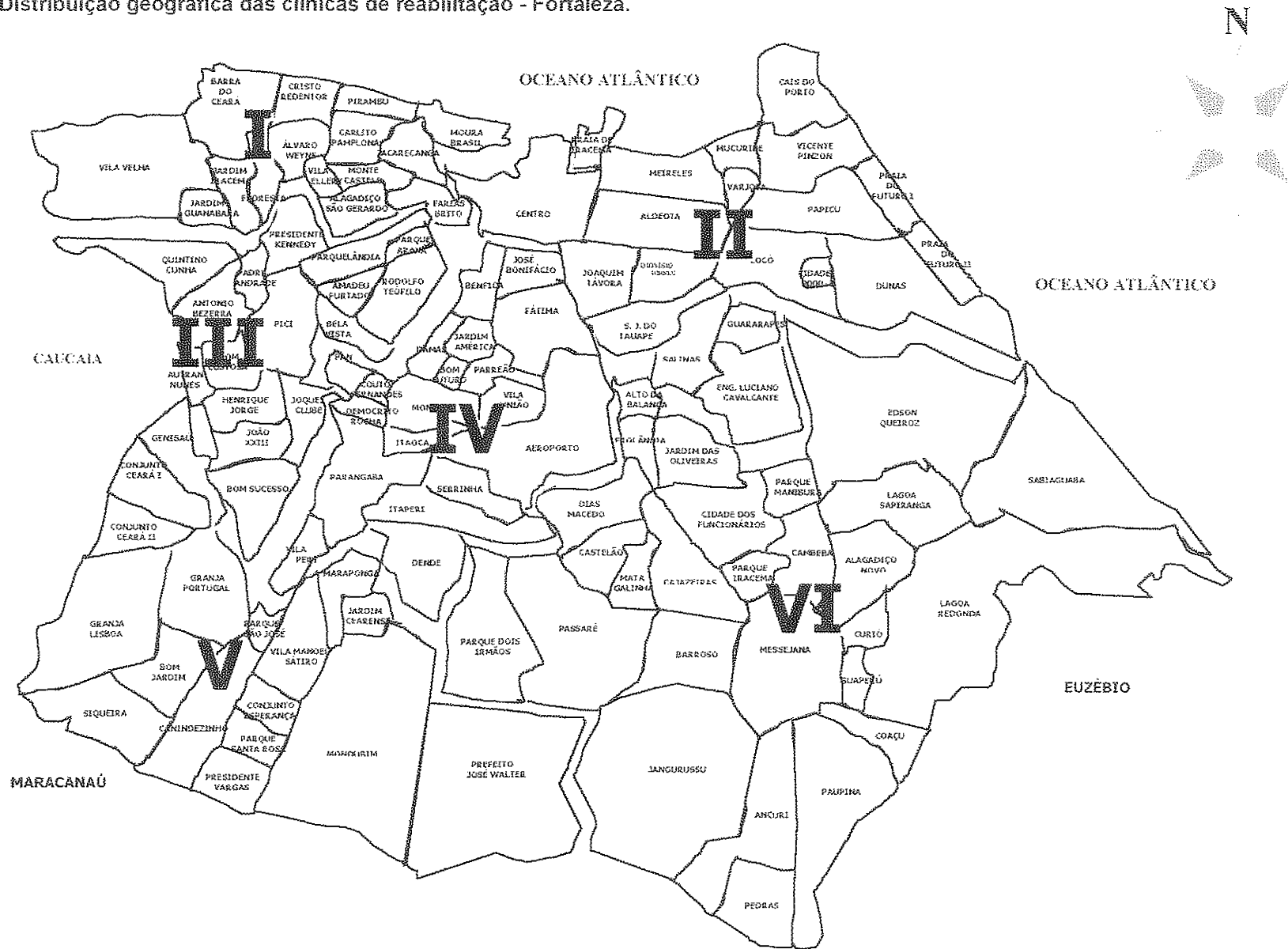
RABELO, S. E.; PADILHA, M. I. C. S. Qualidade de vida de cliente diabético: um desafio para cliente e enfermeira. *Texto e Contexto e Enfermagem*, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 250-262, 1999.

ROCHA, D. Violência assusta o fortalezense. *Diário do Nordeste*, Fortaleza, 12 dez. 1999. Caderno Policial, p. 19.

- ROJAS, A. I. R. *Necessidade e qualidade de vida*. Perú: CELA JS, 1991.
- ROUQUAYROL, M. Z. Epidemiologia descritiva. In: ROUQUAYROL, M. Z; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia e saúde*. 5. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999. p. 77-140.
- RUBIO CEBRIAN, S. *Glosário de la economia de la salud*. Madrid: Diaz de Santos 1995.
- RUFINO NETO, A. Qualidade de vida: compromisso histórico da epidemiologia. *Saúde em Debate*, Brasília, DF, n. 35, p. 63-67, jul. 1992.
- SILVA, M. G. C. Economia da saúde: da epidemiologia à tomada de decisão. In: ROUQUAYROL, M. Z; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia e saúde*. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p. 533-565.
- SLIWIANY, R. M. *Sociometria: como avaliar a qualidade de vida e projetos sociais*. Rio de Janeiro: Vozes, 1997.
- SODERLUND, N.; ZWI, A. B. Mortalidade por accidentes de tránsito en países industrializados y en desarrollo. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, v. 119, n. 6, p. 471-480, 1995.
- SOUZA, E. R.; NJAINE, K; MINAYO, M. C. S. Processos sistemas e métodos de informação em acidentes e violências no âmbito da saúde pública. *Caderno do Programa de Pós-graduação*, Rio de Janeiro, n. 2, p. 104-112, 2001.
- TAPIA-GRANADOS, J. A. 1998. La reducción del tráfico de automóviles: una política urgente de promoción de la salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 3, n. 3, 137-151, 1998.
- TEIXEIRA, M. G; BARRETO, M. L; COSTA, M. P; STRINA, A; MARTINS JÚNIOR, D; PRADO, M. *Áreas sentinelas: uma estratégia e monitoramento em saúde pública*. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, DF, v. 12, n. 1, p. 21-28, 2003.
- THEDIM-COSTA, S. N. F; MINAYO-GOMEZ, C. Estratégias de investigación relacionadas com la violencia y la precarización del trabajo. In: BRICEÑO-LEÓN, R.; MINAYO, M. C. S; COIMBRA JUNIOR, C. E. A. *Salud y equidad: una mirada desde las ciencias sociales*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 273-284.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. A 5 – year WHO strategy for road traffic injury prevention. Geneva, 2001. Disponível em: < <http://www.who.int>>. Acesso em: 19 abr. 2003.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *ICF – Checklist: version 2.1ª*, clinician form for international classification of functioning, disability and health. Geneva, Sept. 2001.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *International classification of functioning, disability and health (ICF)*. Geneva, 2001.

ANEXO

2.1 Distribuição geográfica das clínicas de reabilitação - Fortaleza.



A P Ê N D I C E S

APÊNDICE 1

13.1 Formulário

CUSTO SOCIAL DAS INCAPACIDADES POR ACIDENTES DE TRÂNSITO: HÁ DIFERENÇA ENTRE AS VÍTIMAS?

Nº. Entrevista:	Nº. Entrada:
Entrevistador:	Data Entr: ___/___/___
Nome da Clínica:	Bairro:

I - Informações pessoais

- Iniciais do Nome: 1
1. Procedência: 1. () Fortaleza 2. () Outros
2. Sexo 2
1. () Masculino 2. () Feminino
3. Faixa etária anos 3
4. Estado Civil 4
1. () Solteiro 4. () Separado (divorciado)
2. () Casado 5. () Viúvo
3. () União consensual
5. Qual sua atividade profissional atual: 5
1. () Emprego remunerado
2. () Autônomo
3. () Estudante
4. () Prendas do lar
5. () Aposentado
6. () Trabalho voluntário não pago
7. () Desempregado (outra razão)
8. () Desempregado por razão de saúde:
6. Qual a renda mensal de sua família R\$ 6

II – Dados do Acidente de Trânsito

7. Caracterização do Acidente de Trânsito 7
1. () Motorista (automóvel, ônibus, caminhão) 5. () Ciclista
2. () Passageiro banco da frente 6. () Motociclista
3. () Passageiro banco de trás 7. () Outro:
4. () Pedestre
8. Há quanto tempo sofreu o acidente de trânsito que provocou a atual lesão? 8

Dias:

9. O socorro após o acidente de trânsito foi prestado por quem?
1. () Familiar ou amigo
 2. () GSU ou SOS – Fortaleza
 3. () Populares
 4. () Taxista
 5. () Outro
10. Quais as partes do seu corpo atingidas?
- | | | |
|----------------|----------------------|----------|
| 1. () Cabeça | 8. () Ombro | |
| 2. () Rosto | 9. () Mãos | |
| 3. () Pescoço | 10. () Pés | |
| 4. () Coluna | 11. () Pele | 10 |
| 5. () Bacia | 12. () Olhos | |
| 6. () MM II | 13. () Abdome | |
| 7. () MM SS | 14. () Outro: | |
| | | |
11. Quais as principais causas do acidente?
1. () Uso de álcool ou droga por parte do motorista causador do acidente
 2. () Uso de álcool ou droga por parte da vítima
 3. () Descuido ou irresponsabilidade do motorista causador do acidente
 4. () Desrespeito aos sinais de trânsito do motorista causador do acidente
 5. () Desrespeito aos sinais de trânsito por parte da vítima
 6. () Descuido da vítima
 7. () Má conservação da via (rua, avenida, estrada)
 8. () Má sinalização da via (rua, avenida, estrada)
 9. () Problemas mecânicos no carro (freio, amortecedor, rodas, direção)
 10. () Outros, quais?
12. Quanto você ou sua família já gastou com o acidente?
(hospitalização, consultas médicas, fisioterapia, prótese e etc.)
R\$.....
13. Você já recebeu o seguro acidente?
1. () Sim
 2. () Não
- 13.1. Se sim, Quanto recebeu? R\$
- III – Dados de Saúde**
14. Diagnóstico médico:
15. Lesão sofrida:
16. Implicações futuras:
17. A lesão que você sofreu no acidente de trânsito trouxe alguma restrição temporária ao desempenho de suas atividades consideradas normais na vida diária (fisiológica, psicológica, sensorial ou anatômica)?
1. () Sim
 2. () Não

- 17.1. Se sim: 1.() fisiológica 2.() psicológica 3.() sensorial 17.1
- 4.()anatômica
- 17.2. Se sim, por quanto tempo? (dias) 17.2
18. A lesão que você sofreu no acidente de trânsito poderá lhe trazer, de forma permanente, alguma restrição para desempenhar as atividades consideradas normais na vida de diária (fisiológica, psicológica, sensorial ou anatômica)? 18
1. () Sim
2. () Não
3. () Não sabe
- 18.1. Se sim: 1.() fisiológica 3.() sensorial 18.1
- 2.() psicológica 4.()anatômica
19. A lesão que você sofreu no acidente de trânsito deixou você com alguma seqüela? 19
1. () Sim
2. () Não
- 19.1. () Se sim, qual? 19.1
20. A lesão que você sofreu no acidente de trânsito deixará você com alguma seqüela? 20
1. () Sim
2. () Não
3. () Não sabe
- 20.1. () Se sim, qual? 20.1
21. A lesão que você sofreu no acidente de trânsito levou-o à hospitalização? 21
1. () Sim
2. () Não
- 21.1. Se sim, de quanto tempo? (dias) 21.1
- 21.2. Se sim, foi operado? 21.2
1. () Sim
2. () Não
- 21.3. Se sim, quantas vezes? (Nº de cirurgias) 21.3
- 21.4. Se sim, colocou alguma prótese? 21.4
1. () Sim
2. () Não

22. A lesão que você sofreu no trânsito levou você à busca de consulta médica (ambulatório do hospital, posto de saúde, clínica do médico)? 22
1. () Sim
 2. () Não
- 22.1. Se sim, em média, quantas consultas médicas você recebeu por conta da lesão que você sofreu? 22.1
- Nº. de consultas:
23. A lesão que você sofreu no acidente de trânsito já levou você a quantos dias de tratamento:..... (dias)
- 23.1. () Fisioterápico: (dias de sessões) 23.1
 - 23.2. () Psicológico: (dias de sessões) 23.2
 - 23.3. () Fonoaudiológico: (dias de sessões) 23.3
 - 23.4. () Terapia ocupacional: (dias de sessões) 23.4
 - 23.5. () Está iniciando o tratamento agora 23.5
24. Por quanto tempo ainda você necessitará de tratamento (fisioterápico, psicológico, fonoaudiológico, terapêutico-ocupacional, médico) 24
- Tempo: (dias)
- 24.1. () Fisioterápico: (dias de sessões) 24.1
 - 24.2. () Psicológico: (dias de sessões) 24.2
 - 24.3. () Fonoaudiológico: (dias de sessões) 24.3
 - 24.4. () Terapêutico ocupacional: (dias de sessões) 24.4
 - 24.5. () Não sabe por mais quanto tempo 24.5
25. Antes do acidente, você tinha algum problema de saúde? 25
1. () Sim
 2. () Não
- 25.1. Se sim, qual? 25.1
26. Como você classifica sua condição de saúde antes do acidente? 26.....
1. () Muito boa
 2. () Boa
 3. () Moderada
 4. () Ruim
 5. () Muito ruim
 6. () Outro:

- 27.** Como você classifica sua condição de saúde após o acidente?
1. () Muito boa
 2. () Boa
 3. () Moderada 27.....
 4. () Ruim
 5. () Muito ruim
 6. () Outro:
- 28.** Como você classifica sua condição de saúde atual?
1. () Muito boa
 2. () Boa
 3. () Moderada 28.....
 4. () Ruim
 5. () Muito ruim
 6. () Outro:
- 29.** A lesão sofrida no acidente de trânsito trouxe a você o uso de muletas, cadeira de rodas, ou fixadores?
1. () Sim 29.....
 2. () Não
 3. () Não sabe
- 29.1.** Se sim, qual? 1. () muletas 2. () cad. rodas 3. () fixadores 29.1
 4. () outros
- 29.2.** Se sim, esse uso será 1. () temporário 2. () permanente 29.2
temporário ou permanente? 3. () não sabe
- 29.3.** Se permanente, qual? 1. () muletas 2. () cad. rodas 29.3
 3. () fixadores 4. () outros
- 30.** A partir do acidente você passou a ter alguma pessoa assistindo você, em termos de cuidados pessoais, compras ou outras atividades diárias? 30.....
1. () Sim
 2. () Não
- 30.1.** Se sim, qual: 1.() Cuidados pessoais (banho, vestir-se, comer, etc) 30.1
 2.() Atividades domésticas diárias (cozinhar, lavar roupa, etc)
 3.() Acompanhar nas consultas médicas, compras, passeios
 4.() Outras:

IV – Participação e Atividades (Família, Trabalho e Escola)

31. No seu presente estado de saúde, qual o grau de dificuldade que tem para percorrer longas distâncias (tal como um quilômetro ou mais) sem assistência?

- 1. () Não tem dificuldade 31
- 2. () Pouca dificuldade
- 3. () Muita dificuldade
- 4. () Não consegue sem assistência
- 5. () Não consegue de forma alguma

32. No seu presente estado de saúde, existem obstáculos no bairro em que mora que dificultam você caminhar longas distâncias (tal como um quilômetro ou mais).

- 1. () Sim 32
- 2. () Não
- 3. () Está impossibilitado de caminhar
- 4. () Não procede

32.1. Se sim, por conta de sua condição de saúde, esses obstáculos, nos últimos tempos, tornaram-se:

- 1. () Piores 32.1
- 2. () Melhores
- 3. () Não se aplica

33. Na sua própria casa, o seu problema de saúde tem trazido alguma dificuldade para que você possa se auto-cuidar (o jeito como estão dispostos os móveis, largura das portas, tipo de piso, existência de batentes)? 33

- 1. () Sim
- 2. () Não

33.1.

Se sim, quais? 1.() disposição dos móveis 2.() largura das portas 33.1

3.() tipo de piso 4.() existência de batentes

5.() outros

34. No seu estado atual de saúde, você encontra dificuldades para realizar atividades domésticas, sem assistência de alguém?

- 1. () Sim 34
- 2. () Não
- 3. () Não se aplica

34.1.

Se sim, quais? 1.() lavar roupa, prato 2. () varrer 34.1

3.() cozinhar 4. () cuidar do jardim

5.() outros

6.() Não se aplica

- 35.** Como você compara o seu desempenho nas atividades domésticas, em relação ao de antes do acidente?
1. () Igual 35
2. () Melhor
3. () Pior
4. () Não se aplica
- 36.** O seu estado atual de saúde tem interferido no seu relacionamento familiar? 36
1. () Sim
2. () Não
- 36.1.** Se sim, em que? 36.1
- 1.() rotina 2. () relacionamento interpessoal
- 3.() outros
- 37.** O seu estado atual de saúde provocou alguma modificação na dinâmica de sua família (rotina, relacionamento interpessoal, etc.)? 37
1. () Sim
2. () Não
- 37.1.** Se sim, de que forma?..... 37.1
-
- 38.** No seu estado atual de saúde, você tem tido dificuldades para fazer novos amigos? 38.....
1. () Sim
2. () Não
- 38.1.** Se sim, por que?..... 38.1
- 39.** Como você compara hoje sua capacidade de conquistar novos amigos, em relação a antes do acidente? 39
1. () Igual
2. () Melhor
3. () Pior
- 40.** O seu estado atual de saúde tem levado você a:
- 1.() Faltas constantes no trabalho ou na escola
- 2.() Diminuição no rendimento diário no trabalho ou na escola 40
- 3.() Freqüentes licenças médicas
- 4.() Outros:
- 5.() Não se aplica
- 41.** Você ficou sem trabalhar ou estudar após a lesão?
1. () Sim
2. () Não 41
3. () Não se aplica
4. () Estava desempregado ou sem estudar
- 41.1.** Se sim, quanto tempo ficou sem trabalhar ou estudar? (dias) 41.1

42. No momento, o seu estado de saúde tem impedido você de trabalhar ou estudar? 42
1. () Sim
 2. () Não
 3. () Não se aplica
 4. () Estava desempregado ou sem estudar
- 42.1. Se sim, quanto tempo está sem trabalhar? 42.1
- (dias)
43. Você acha que a lesão que você sofreu irá impedir que volte a exercer sua atividade normal no trabalho ou na escola? 43
1. () Sim
 2. () Não
 3. () Não sabe
 4. () Não se aplica
- 43.1. Se sim, por que?..... 43.1
-
44. No seu estado atual de saúde você tem dificuldades para desenvolver suas atividades no trabalho ou na escola? 44
1. () Sim
 2. () Não
 3. () Está sem trabalhar por licença médica
 4. () Não se aplica
- 44.1. Se sim, quais dificuldades você tem?..... 44.1
-
- 44.2. Se sim, necessita 1. () Sim 2. () Não 44.2
- da ajuda de alguém? 3. () Está de licença médica
45. Para estudar ou trabalhar, você necessita ou necessitará de algum instrumento especialmente adaptado para você? 45
1. () Sim
 2. () Não
 3. () Não se aplica
- 45.1. Se sim, qual?..... 45.1
-
- V – Economia**
46. O seu estado atual de saúde tem trazido alguma repercussão financeira negativa para a sua vida pessoal? 46
1. () Nenhuma
 2. () Pouca
 3. () Regular
 4. () Muita
 5. () Não se aplica (crianças)

47. O seu estado atual de saúde tem trazido alguma repercussão financeira negativa para sua família?

- 1. () Nenhuma 47
- 2. () Pouca
- 3. () Regular
- 4. () Muita

VI – Comunidade, Vida Social e Cívica

48. No seu estado atual de saúde, você tem tido dificuldades para participar de atividades sociais como: festas, reuniões, passeios, cinemas, etc?

- 1. () Nenhuma 48
- 2. () Pouca
- 3. () Regular
- 4. () Muita

48.1. Antes do ocorrido, você participava dessas atividades:

- 1. () Nunca 48.1
- 2. () Raramente
- 3. () Frequentemente

49. O seu estado atual de saúde tem gerado, para você, alguma situação desagradável (não se sente bem, é motivo de piada, insatisfação ou acanhamento) para o convívio social?

- 1. () Sim 49
- 2. () Não
- 3. () Não se aplica

Se sim, de que forma?

.....

APÊNDICE 2

13.2 Termo de consentimento livre esclarecido

Eu,
abaixo assinado, concordo em participar da pesquisa: Custo das Incapacidades por
Acidentes de Trânsito: Há Diferença entre as Vítimas?

Ressalto que estou ciente de que terei garantidos os meus direitos, dentre outros, os assegurados pela Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde / Ministério da Saúde, de:

1. Receber esclarecimento a respeito de qualquer dúvida acerca da pesquisa e do caráter de minha participação;
2. Retirar meu consentimento, a qualquer tempo da pesquisa, sem que isso incorra em penalidade de qualquer espécie;
3. Receber garantia de que não haverá divulgação de meu nome ou de qualquer outra informação que ponha em risco minha privacidade e anonimato;
4. Ter acesso às informações sobre os resultados do estudo.

Fortaleza, de de 2002

.....

APÊNDICE 3

13.3 Termo de consentimento livre esclarecido (Menor de Idade)

Eu,

abaixo assinado, concordo que meu filho participe da pesquisa: Custo das Incapacidades por Acidentes de Trânsito: Há Diferença entre as Vítimas?

Ressalto que estou ciente de que terei garantidos os direitos, dentre outros assegurados pela Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde / Ministério da Saúde, de:

1. Receber esclarecimento a respeito de qualquer dúvida acerca da pesquisa e do caráter da participação do menor sob minha responsabilidade;
2. Retirar meu consentimento, a qualquer momento da pesquisa, sem que isso possa incorrer em penalidade de qualquer espécie;
3. Receber garantias de que não haverá divulgação do nome do menor sob minha responsabilidade, ou de qualquer outra informação que ponha em risco sua privacidade e anonimato;
4. Ter acesso às informações sobre os resultados do estudo.

Fortaleza, de de 2002

.....



Universidade Federal do Ceará
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. Nº 310/02

Fortaleza, 25 de novembro de 2002

Protocolo nº 210/02

Pesquisador responsável: Augediva Maria Jucá Pordeus

Deptº./Serviço: Departamento de Enfermagem/UFC

Título do Projeto: “Custo social das incapacidades por acidentes de trânsito: há diferença entre as vítimas?”

Levamos ao conhecimento de V.S^a. que o Comitê de Ética em Pesquisa e do Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará – COMEPE, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, Resolução nº196 de 10 de outubro de 1996 e Resolução nº 251 de 07 de agosto de 1997, publicadas no Diário Oficial, em 16 de outubro de 1996 e 23 de setembro de 1997, respectivamente, aprovou o projeto supracitado na reunião do dia 21 de novembro de 2002.

Atenciosamente,

Mirian Parente Monteiro

Dra. Mirian Parente Monteiro
Coordenadora Adjunta do Comitê
de Ética em Pesquisa
COMEPE/UWC/UFC