



**FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA - UNIFOR
Diretoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Mestrado em Educação em Saúde**

ÉRIKA PORTO XAVIER

**ORIENTAÇÕES EDUCATIVAS AO ACIDENTADO NO TRÂNSITO NO
CONTEXTO DA HOSPITALIZAÇÃO-REABILITAÇÃO**

FORTALEZA

2006

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

ÉRIKA PORTO XAVIER

**ORIENTAÇÕES EDUCATIVAS AO ACIDENTADO NO TRÂNSITO NO
CONTEXTO DA HOSPITALIZAÇÃO-REABILITAÇÃO**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Universidade de Fortaleza - UNIFOR, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Educação em Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Luiza Jane Eyre de Souza Vieira

FORTALEZA

2006

Este projeto integra a produção de conhecimentos do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Acidentes e Violência - **NEPAV**.

O trabalho contou com auxílio material do **Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq**, entidade governamental brasileira promotora do desenvolvimento científico e tecnológico.

ÉRIKA PORTO XAVIER

**ORIENTAÇÕES EDUCATIVAS AO ACIDENTADO NO TRÂNSITO NO
CONTEXTO DA HOSPITALIZAÇÃO-REABILITAÇÃO**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Universidade de Fortaleza - UNIFOR, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Educação em Saúde.

Aprovada em _____

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª Luiza Jane Eyre de Souza Vieira - UNIFOR
Orientadora

Profª Drª Edinilsa Ramos de Souza - FIOCRUZ
Examinadora

Profª Drª Consuelo Helena Aires Freitas Lopes - UECE
Examinadora

Profª Drª Augediva Maria Jucá Pordeus - UNIFOR
Suplente

Dedico este estudo a vida, que impõe os desafios necessários para o amadurecimento pessoal.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, a Cecília e o Heitor, por toda a proteção.

A minha família, em especial a mamãe Hélia e única irmã Carla, peço desculpas pelas minhas ausências.

A Jane Eyre, pela dedicação e carinho.

A Samira, pelo seu desprendimento em me auxiliar nos momentos difíceis.

A professora Zélia, minha primeira orientadora, ao me despertar para a inviabilidade do meu trabalho.

Ao João, ao dividir momento desta fase de minha vida.

Aos meus grandes amigos, Adriana Pontes, Hermelinda Maia, Joana Mary, Liana, Maria Tereza Morano, Paulo Henrique.

Aos meus alunos, que os guardo em lugar especial em meu coração.

Ao Grupo Nepav, pelo aprimoramento do conhecimento.

Aos professores e funcionários do Mestrado em Educação em Saúde, pelo aperfeiçoamento intelectual.

Aos meus companheiros de turma, amizades sinceras que levarei para toda a minha vida.

Aos companheiros do Crefito, pela compreensão.

À Faculdade Integrada do Ceará e Faculdade Christus, pela compreensão na figura das respectivas coordenadoras Michelle Rabelo e Ediará Rios.

Aos amigos, colegas e parentes que de alguma forma contribuíram para a concretização deste estudo.

Por fim, aos órgãos, bibliotecas, estudiosos e autores de obras citadas.

SUMÁRIO

RESUMO	7
APRESENTAÇÃO	9
1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	16
2.1 Geral	16
2.2 Específicos	16
3 ARTIGOS	18
3.1 Orientações educativas ao acidentado no trânsito no contexto da hospitalização-reabilitação	18
3.2 Concepções da equipe de saúde sobre orientações educativas ao vitimado no trânsito	41
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS (reflexões conclusivas)	62
REFERÊNCIAS	64
APÊNDICES	69

RESUMO

O acidente de trânsito (AT) é considerado um grave problema de saúde pública, pois origina elevado índice de morbimortalidade, sérias repercussões individuais e familiares e altos custos para o sistema de saúde. Além disso, as incapacidades funcionais decorrentes dos traumas múltiplos podem causar seqüelas que impossibilitam o retorno às atividades diárias e estas podem ser minimizadas com uma prática educativa mediando o processo terapêutico. Nessa perspectiva, o estudo descreve as orientações educativas da equipe de saúde no processo da hospitalização-reabilitação a pessoa vitimada no trânsito, com traumas musculoesqueléticos. Com abordagem qualitativa e caracterizando-se como um estudo descritivo, este foi realizado com 10 acidentados no trânsito e 10 membros da equipe de saúde, em um hospital público de emergência, Fortaleza, Ceará, Brasil, em 2006. A entrevista semi-estruturada foi a técnica de coleta de dados e estes foram submetidos a análise categorial. Para os profissionais, a concepção de orientações educativas convergiu para o caráter preventivo, perpassando também pelos significados de informação, ocorrência e norma. Estes percebem que a assistência da equipe de saúde deve ser aprimorada tanto na hospitalização-reabilitação quanto no atendimento pré-hospitalar, e que deve responder as demandas dos pacientes. De acordo com as pessoas acidentadas, as orientações educativas oferecidas pela equipe de saúde foram classificadas como boa, porém com restrições ao atendimento, comunicação e acolhimento por parte dos profissionais. Diante dos achados, vislumbra-se a necessidade de reorientação da prática da equipe de saúde quanto à complexidade do cuidado a vítima de acidente de trânsito para minimizar as limitações funcionais. Esta prática pede uma atuação integralizada e interdisciplinar mediada pela Educação e Promoção da Saúde, priorizando os valores da vida, solidariedade, eqüidade, democracia e cidadania, oferecendo maior suporte aos vitimados no trânsito, bem como lembrando-lhe que este "vitimado" também é co-responsável por um trânsito seguro e saudável.

Descritores: Acidente de Trânsito, Hospitalização, Reabilitação, Promoção da Saúde, Educação em Saúde, Equipe Interdisciplinar de Saúde.

ABSTRACT

The traffic accident (TI) is considered a severe public health problem, since it raises morbidity and mortality rates, serious individual and family repercussions and high costs to the health system. Furthermore, functional disabilities due to multiple traumas can cause sequelae that make it impossible the return to daily activities, but which can be minimized by an instructional practice mediating the therapeutic process. In this approach, the study describes educative orientations of the team of health providers during hospitalizations and rehabilitation of victims of traffic incidents, with musculoskeletal trauma. Based on a qualitative approach and featured as descriptive, the study was carried out with 10 traffic incident victims and 10 integrants of the team of health providers, in a public ER, in Fortaleza, Ceará, Brazil. The semi-structured interview was the technique of data collection, and these data were submitted to categorical analysis. To the professionals, this educational orientation approach converged to prevention, passing also through the senses of information, occurrence, and norm. They realize that assistance provided by the team of health providers shall be improved both in hospitalization and rehabilitation, as well as in pre-hospital survey, which has to feedback patients' demands. According to incident victims, instructional orientations provided by the team of health providers were classified as good, but with restrictions to the primary survey, communication, and receptiveness from professionals. Face to the findings, it is desired to reorient the team's practice related to incident victim's care to minimize functional restrictions. Such practice demands an integral and interdisciplinary actuation mediated by Health Education and Promotion, giving priority to life values, solidarity, equity, democracy, and citizenship, offering greater support to traffic victims, as well as remembering them that this victim is also a co-responsible for a safe and healthy traffic.

Descriptors: Traffic accident, Hospitalization, Rehabilitation, Health Promotion, Health Education, Interdisciplinary Health Team.

APRESENTAÇÃO

O ato de pesquisar sobre acidente de trânsito foi motivado pelo fato da autora exercer a supervisão de estágio do curso de Fisioterapia, há cerca de 3 anos, em um hospital de emergência na cidade de Fortaleza. Diante dessa realidade, surgiram inquietações, que suscitantas de novas pesquisas, culminaram com a elaboração deste trabalho.

Na introdução, visualiza-se a problemática do acidente de trânsito, evidenciando alguns dados epidemiológicos e a complexidade que circunda este tipo de agravo externo com as diversas dimensões que comprometem o nível individual e coletivo. Ressalta-se, também, a importância da educação e da promoção da saúde como possibilidade de minimizar a instalação de seqüelas musculoesqueléticas, no contexto da hospitalização-reabilitação, de pessoa acidentada no trânsito.

Nessa perspectiva, foram delineados como objetivos: (1) investigar o sentimento de vitimados no trânsito a se perceberem acidentados necessitando de hospitalização-reabilitação, e as percepções destes sobre as orientações educativas recebidas da equipe de saúde no âmbito da hospitalização-reabilitação; e (2) as concepções da equipe de saúde sobre orientações educativas ao vitimado no trânsito na minimização da instalação de seqüelas, em um hospital de emergência.

Na consecução desses objetivos, adotou-se a abordagem qualitativa e optou-se pelo estudo descritivo. Este foi realizado com 10 pessoas acidentadas no trânsito e com 10 profissionais da equipe de saúde, de um hospital público de emergência, em Fortaleza, Ceará, Brasil, em 2006. A entrevista semi-estruturada foi a técnica de coleta de dados, os quais foram submetidos à análise categorial.

Os resultados são apresentados na formatação de artigos. No primeiro, os dados respondem ao entendimento do acidentado no trânsito sobre as orientações educativas no contexto da hospitalização-reabilitação, ampliando-se para as orientações fornecidas, como também os “tipos” de orientações desejadas diante da situação de adoecimento vivida. Responde ainda qual é a percepção desse paciente sobre sentir-se vitimado no trânsito.

O segundo texto evidencia as concepções da equipe de saúde sobre orientações educativas ao vitimado no trânsito para contribuir com a minimização de

seqüelas, em um hospital de emergência, trazendo à tona a necessidade de uma prática interdisciplinar, educadora e promotora de saúde, acompanhando os níveis de complexidade do cuidado.

Ao final, o estudo traz algumas ponderações que respondem as inquietações iniciais e origina lacunas que devem ser objeto de estudo de novas investigações.

1 INTRODUÇÃO

O acidente de trânsito (AT) é entendido como todo evento não intencional e evitável que envolva o veículo, a pessoa humana ou animais, propiciando lesões físicas e/ou emocionais no âmbito doméstico ou nos outros ambientes sociais (BRASIL, 2002a; BRASIL, 2005).

Esta afirmação pode ser alicerçada nos dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) que assinalam cerca de 1,2 milhão de mortes ocasionadas pelo trânsito, sendo responsável por 2,2% da mortalidade mundial e 2,8% de óbitos, ocasionadas pelas incapacidades. A previsão é de que, até o ano de 2020, haverá um acréscimo de 67% na taxa de mortalidade, representando 8,4 milhões de pessoas vitimadas pelo trânsito (OMS, 1998; OPAS, 2004).

Além dos índices de mortalidade, de acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), 6% das deficiências físicas registradas no mundo são ocasionadas por acidentes de trânsito (MARÍN; QUEIROZ, 2000). Neste contexto, a literatura científica mundial se mostra abrangente no que se refere à efetividade de medidas preventivas que propiciem redução nos índices de morbimortalidade por acidentes de trânsito, ou seja, decréscimo de até 40% no número dos mesmos por intermédio de campanhas que alertam quanto a utilização do álcool e o seu limite máximo permitido no sangue e sua associação com a direção de automóveis (SURIYAWONGPAISAL et al, 2002; SCHMUKLE et al, 2005).

No Brasil, são registrados 750.000 acidentes de trânsito anualmente. Participando com apenas 3,3% do número de veículos da frota mundial, este é responsável por 5,5% dos acidentes com vítima fatal, documentados em todo mundo, sendo, portanto, responsável por 45.000 mortes/ano, provocando 376.589 mil feridos/ano, enquanto que 60% dos feridos ficam com lesões permanentes (PORTAL DO TRÂNSITO, 2003).

Circundando a esfera local, no ano de 2004, foram registrados 22.386 acidentes de trânsito no Estado do Ceará, sendo 16.869 relacionados à cidade de Fortaleza, perfazendo um total de 1.369 mortes (DETRAN, 2005). Nesse sentido, é importante tratar o tema acidente de trânsito com relevância, pois, ao ser acidentada no trânsito, a pessoa se torna portadora de trauma ou politraumas e arca com as conseqüências de um adoecimento que varia em gravidade, tempo de tratamento e hospitalização, instalação de seqüelas, incertezas no prognóstico, dentre outros

aspectos que interferem no cotidiano. Ressaltam-se, também, as dificuldades que surgem em relação ao desempenho das atividades laborais, sociais e culturais.

A literatura retrata a importância de se investigar sobre o tema, correlacionando o perfil destas vítimas, número de atendimentos e avaliação dessa assistência (REZENDE, 2002; CONTO et al, 2003). Vale ressaltar que, no estudo, a hospitalização significa a entrada do indivíduo no modelo hospitalar, e a reabilitação, a devolução de habilidades às pessoas que as tenham perdido e a readaptação ao seu meio ambiente (GABRIEL; PETIT; CARRIL; 2001; DESLANDES, 2002).

Adentrando no contexto da hospitalização-reabilitação, o tratamento de pessoas vitimadas por AT envolve intervenções precisas, rápidas, tecnicamente qualificadas, apropriando-se de recursos humanos, equipamentos e uma atuação interdisciplinar sincronizada em acordo com os princípios da universalidade, integralidade e equidade das ações de saúde, no intuito de preservar os parâmetros vitais e reduzir a instalação de seqüelas (CRANDON et al, 1994; GROSS, 1998; FRIEDLAN; DAWSON, 2001).

Essa assistência integral vai ao encontro das diretrizes da Política de Humanização e da Política de Atenção em Traumatologia-Ortopedia de Alta Complexidade, pois estas se inserem na realidade retromencionada, estabelecendo mecanismos de regulação, fiscalização, controle e avaliação da assistência ao cliente portador de uma disfunção física-social (BRASIL, 2004a; BRASIL, 2004b).

Sendo assim, a saúde enfatiza recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas, e para isso a Promoção da saúde surge como processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo (Brasil, 2002b).

Corroborando o universo do acidentado de trânsito, o discurso prevalente no campo de promoção da saúde é caracterizado pela integralidade no entendimento ou resolução dos problemas do processo saúde-doença-cuidado no interior dos sistemas de saúde, vivenciando os valores da vida, solidariedade, equidade, democracia, cidadania e parceria (CZERESNIA; FREITAS, 2003).

Neste sentido, a elaboração de programas educativos surge como alternativa que viabilize a Promoção da Saúde aos pacientes vítimas de AT no desenvolvimento de suas habilidades pessoais com vistas à autonomia diante das limitações físicas temporárias, entendendo que o cuidado curativo deve ser potencializado com as ações preventivas.

Vale salientar que a educação em saúde envolve a transmissão de informações relativas à saúde que requeiram a elaboração de estratégias de foro ambiental, econômico, sociocultural e legislativo, com o intuito de efetivar a mudança de comportamento e adoção de estilo de vida saudável. Implantar esse processo de promover saúde mediante a educação, todavia, não constitui tarefa simples, pois o modelo de formação ainda se encontra fundamentado na intervenção biomédica, apesar das novas demandas em saúde (CARVALHO, 2004).

Neste contexto, Barroso, Vieira e Varela (2003) afirmam que a educação em saúde é uma reflexão-ação de conhecimentos técnico-científicos e populares, capazes de provocar mudanças individuais, ampliando sua capacidade de compreensão da complexidade dos determinantes de ser saudável e contribuindo para a transformação social.

É importante a ação conjunta dessas atividades de promoção da saúde e educação em saúde, em que a primeira possui uma característica formativa e a segunda a técnica para que haja uma transformação das práticas no sentido da reflexão crítica sobre a realidade da instituição, profissionais e redes de serviços (ADORNO, 1989; AITKEN, 2004).

Talvez possa ser paradoxal falar em saúde diante de um quadro de morbidade, mas, apropriando-se dos níveis de atenção à saúde, a prevenção terciária é tão importante quanto a primária, no que diz respeito à atenção, bem como à otimização dos recursos e custos despendidos pelo sistema. A literatura enfatiza o fato de que os custos do SUS com internações hospitalares por acidentes de transporte no Brasil ocasionaram, no ano de 2000, 29.803 internações, com o tempo médio de permanência de 5,7 dias e valor pago por dia de internação de R\$132,18 (MELLO-JORGE; KOIZUMI, 2000).

A citação acima reforça a necessidade de inserção da Promoção e a Educação em Saúde ao nível terciário por oferecerem o conhecimento, e a mudança de atitude e comportamento do vitimado no trânsito na busca pela minimização na instalação das incapacidades funcionais.

A Internacional Classification of impairments, disabilities, and handicaps: a manual of classification relating to the consequences of disease (OMS, 1993) propõe uma classificação da conceituação de incapacidade que pode ser aplicada a vários aspectos da saúde e da doença, sendo um referencial unificado para a área: restrição, resultante de uma deficiência, da habilidade para desempenhar uma

atividade considerada normal para o ser humano. Surge como conseqüência 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.

Diante disso, a participação da equipe de saúde no adoecimento é fundamental e, ao mesmo tempo, complexa, porque precisa oferecer uma “base de sustentação” ao vitimado pelo trânsito, compreender os múltiplos determinantes do comportamento humano dessas pessoas, bem como as suas inúmeras experiências de aprendizagem. Esse *background* deve favorecer a adoção de atitudes positivas, bases formadoras do autocuidado e gestão da própria saúde diante das limitações traumato-ortopédicas ou condições de adoecimento por meio da assistência centrada nas orientações educativas.

Nesse contexto, o fisioterapeuta se une a equipe assistencial ao explicar sobre o processo patológico, ensinar modalidades de tratamento que podem ser executados independentemente pelo acidentado no trânsito, instrução na utilização de equipamentos, informações quanto a disponibilidade de serviços sociais, inserção e desenvolvimento de atitudes de autovalor e confiança (PRYOR; WEBER, 2002).

É faz-se importante perceber o trauma como uma das maiores causas de morbidade e mortalidade pelo trânsito, analisando sua casuística e as necessidades do cuidado a este vitimado (RASHEED, 1994; LIBERMAN; MULDER; SAMPALIS, 2003). A experiência de supervisionar estágio supervisionado do curso de Fisioterapia, em um hospital de referência terciária em urgência e emergência, em Fortaleza, Ceará, possibilitou aproximar-se de uma realidade que se encontra permeada por sentimentos de incerteza, medo e insegurança, vivenciados e verbalizados por estes indivíduos, diante da sua nova condição de saúde-adoecimento.

Este estudo preconiza a hospitalização-reabilitação como um espaço interdisciplinar, em contraposição à racionalidade biomédica organizacional. Vale acrescentar que se adotará o conceito de orientações educativas das Cartas de Promoção da Saúde (Ottawa, México, Alma-Ata, Adelaide, Sundsvall, Santa Fé de Bogotá, Jacarta e Rede de Megapaíses), ou seja, melhoria da qualidade de vida e saúde por intermédio da capacitação desta comunidade ante as suas limitações traumato-ortopédicas (BRASIL, 2002b).

Apropriando-se das considerações de autores que advogam a educação

em saúde como meio para o alcance da promoção em saúde (CANDEIAS, 1997; L'ABBATE, 1999; BUSS, 2003), na hospitalização-reabilitação do vitimado no trânsito, portador de lesão traumato-ortopédica, questiona-se: como se sente por ter sido vitimado no trânsito? Como a pessoa acidentada no trânsito se percebe no contexto da hospitalização-reabilitação? Como a equipe de saúde concebe orientações educativas sobre: posicionamento no leito, mobilização, atividades diárias, alimentação, hidratação, etc? Como estão sendo desenvolvidas as orientações educativas para que o acidentado no trânsito tenha a possibilidade de minimizar a instalação de seqüelas durante a hospitalização-reabilitação? As orientações educativas estão voltadas para o autocuidado?

Trilhando nessas inquietações, esta proposta investigativa focaliza a educação em saúde como estratégia de promoção da saúde no decorrer da hospitalização-reabilitação à vítima de AT, mediante o desempenho da equipe de saúde, da partilha de saberes na complementaridade das ações curativas, preventivas e promotoras de saúde, com vistas a minimizar ou evitar a instalação das seqüelas em pessoas vítimas de AT, portadoras de lesão traumato-ortopédica.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar as orientações educativas da equipe de saúde no contexto da hospitalização-reabilitação à pessoa vitimada no trânsito.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Investigar o sentimento de vitimados no trânsito a se perceberem acidentados necessitando de hospitalização-reabilitação.
- Investigar as percepções de vitimados no trânsito sobre as orientações educativas recebidas da equipe de saúde no âmbito da hospitalização-reabilitação.
- Buscar as concepções da equipe de saúde sobre orientações educativas ao vitimado no trânsito na minimização da instalação de seqüelas, em um hospital de emergência.

ARTIGOS

**ORIENTAÇÕES EDUCATIVAS AO ACIDENTADO NO TRÂNSITO NO CONTEXTO
DA HOSPITALIZAÇÃO-REABILITAÇÃO***

**EDUCATIONAL ORIENTATIONS TO THE ACCIDENT VICTIM IN THE TRAFFIC IN
THE CONTEXT OF HOSPITALIZATION-REHABILITATION**

Érika Porto Xavier¹

Luiza Jane Eyre de Souza Vieira¹

1

1. Centro de Ciências da Saúde. Mestrado em Educação em Saúde da Universidade de Fortaleza, Unifor.

Correspondência

Universidade de Fortaleza, Unifor. Av. Washington Soares, 1321, Bloco S, sala 01. Fortaleza, CE. CEP: 60.811-905. E-mail: erikaporto@ibest.com.br.

* Compilado da dissertação Orientações educativas no trânsito no contexto da hospitalização-reabilitação. (Xavier, E.P.) apresentada à Universidade de Fortaleza, em 2006. Contou com auxílio material e financeiro do CNPq. Processo n. 04537/06.

Resumo: O acidente de trânsito (AT) é considerado um grave problema de saúde pública, pois origina elevado índice de morbimortalidade, sérias repercussões individuais e familiares e altos custos para o sistema de saúde. Além disso, as incapacidades funcionais decorrentes dos traumas múltiplos podem causar seqüelas que impossibilitam o retorno às atividades diárias e estas podem ser minimizadas com uma prática educativa mediando o processo terapêutico. Neste sentido este artigo objetivou investigar o sentimento de vitimados no trânsito a se perceberem acidentados necessitando de hospitalização-reabilitação, e as percepções destes sobre as orientações educativas recebidas da equipe de saúde no âmbito da hospitalização-reabilitação. Estudo descritivo, realizado com 10 acidentados no trânsito e internados em um hospital público de emergência, em Fortaleza, Ceará, Brasil, em 2006. Utilizou-se uma entrevista semi-estruturada na coleta de dados e estes foram submetidos a análise temática e discutidos à luz da literatura vigente. Diante da responsabilidade do acidente, os pacientes declararam serem parcialmente culpados pelo acidente. Estes reproduziram sentimentos de impotência e tristeza ao seu estado de saúde e a hospitalização-reabilitação, como também incertezas sobre sua nova condição. Os sujeitos demonstraram percepção relativa das orientações educativas oferecidas pela equipe de saúde, classificando-as de boas, porém com restrições ao atendimento, comunicação e acolhimento pelos profissionais.

Palavras-chave: Acidente de Trânsito, Hospitalização, Reabilitação, Trauma, Educação em Saúde.

Abstract: The traffic accident (AT) is considered a serious problem of public health, therefore it originates high index of morbimortalidade, serious individual and familiar repercussions and high costs for the health system. Moreover, the decurrent

functional incapacities of the multiple traumas can cause sequels that disable the return to the daily activities and these can be minimized with one practical educative one mediating the therapeutical process. In this direction the article objectified to investigate the feeling in the accident victim in the traffic if perceiving victim of an accident rough needing hospitalization-rehabilitation, and the perceptions of these on the educative orientation received from the team of health in the scope of the hospitalization-rehabilitation. Descriptive study, carried through with 10 caused an accident in the transit and interned in a public hospital of emergency, in Fortaleza, Ceará, Brazil, in 2006. An interview half-structuralized in the collection of data was used and these had been submitted the thematic and argued analysis to the light of effective literature. Ahead of the responsibility of the accident, the patients had declared to be partially guilty for the accident. These had reproduced feelings of impotence and sadness to its state of health and the hospitalization-rehabilitation, as well as uncertainties on its new condition. The citizens had demonstrated relative perception of the educative orientatation offered by the health team, classifying them of good, however with restrictions to the attendance, communication and shelter for the professionals.

Key words: Traffic Accident, Hospitalization, Rehabilitation, Trauma, Health Education.

Introdução

O acidente de trânsito (AT) deve ser tratado como problema de saúde pública. Estudiosos acentuam que, na consulta ao Oxford Textbook of Public Health, um importante problema de saúde pública deve considerar a carga de mortalidade, morbidade e sofrimento causados pela condição; tal problema é representado pelo impacto dos anos potenciais de vida perdidos, a extensão de incapacidades, dor e

desconforto, as repercussões sobre a família, e o custo do tratamento para o indivíduo e sociedade (GAWRYSZENSKI; MELLO JORGE, 2000; DESLANDES; SILVA, 2000; COSTA; VICTORA, 2006).

Sendo assim, os custos que os AT's originam para o sistema de saúde restringem os investimentos intersetoriais que devem responder pela prevenção desse agravo externo, a exemplo da educação, da infra-estrutura da malha viária, dos mecanismos de regulação e fiscalização de motoristas e pedestres, dentre outros que intervêm na gênese do AT (BRASIL, 2005).

Vislumbrando a diminuição nos índices de pessoas vitimadas pelo trânsito e, conseqüentemente, de anos potenciais de vida perdidos, a Política de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violência (BRASIL, 2002a), corroborada pelo Relatório Mundial de Prevenção de Acidentes de Trânsito da Organização Mundial da Saúde (OMS, s/d), e o Programa de Redução de Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2000) estabelecem diretrizes e responsabilidades institucionais articuladas com os diferentes segmentos sociais.

A vítima do trânsito se torna portadora de lesões traumato-ortopédicas que necessitam de intervenções técnicas, rápidas, precisas, equipamentos e recursos humanos qualificados em ação interdisciplinar para preservar os parâmetros vitais e minimizar a instalação de seqüelas na esfera da hospitalização-reabilitação.

Além disso, a realidade que se descortina ao acidentado no trânsito, pela complexidade, repercute em sua dinâmica laboral, social e cultural, potencializa sentimentos de fragilidade e impotência que não podem ser dissociados do contexto de vida e precisam de resolubilidade, ou pelo menos, que se estabeleça uma interlocução da equipe de saúde com a pessoa acidentada, em relação as suas demandas sociais.

Faz-se necessária, então, uma interação terapêutica do vitimado pelo trânsito com a equipe de saúde, que dele cuida, no sentido de identificar, entender e gerenciar as dificuldades do processo saúde-doença-cuidado, priorizando os valores da vida, solidariedade, equidade, democracia, cidadania e parceria (CZERESNIA; FREITAS, 2003). Estas categorias são um dos pilares das Políticas de Humanização e da Promoção da Saúde e fazem interface com a de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência (BRASIL, 2002a; BRASIL, 2002b; BRASIL, 2004).

Sendo assim, a saúde enfatiza recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas, e para isso a Promoção da saúde surge como processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo (BRASIL, 2002b).

Neste contexto, Barroso, Vieira e Varela (2003) afirmam que a educação em saúde é uma reflexão-ação de conhecimentos técnico-científicos e populares, capazes de provocar mudanças individuais, ampliando sua capacidade de compreensão da complexidade dos determinantes de ser saudável e contribuindo para a transformação social.

Destarte, a parceria entre Educação e Promoção da Saúde encontra-se mediada pelos profissionais de saúde que possibilitam ao paciente vítima de acidente de trânsito o desenvolvimento de habilidades pessoais com vistas à autonomia diante das limitações físicas temporárias, entendendo que o cuidado curativo pode e deve ser potencializado com as ações preventivas e educativas.

Desse modo, o artigo investiga o sentimento de vitimados no trânsito a se perceberem acidentados necessitando de hospitalização-reabilitação, e as percepções destes sobre as orientações educativas recebidas da equipe de saúde

no âmbito da hospitalização-reabilitação.

Materiais e método

Esta pesquisa adotou uma abordagem qualitativa em razão da necessidade de originar elementos que ampliem e aprofundem conhecimentos, habilidades, atitudes, expectativas e percepções, neste estudo, de vítimas de acidentes de trânsito em direção à mudança de comportamento. Estudiosos na área advogam a idéia de que essa abordagem é adequada para se aproximar a subjetividade do indivíduo (MINAYO, 2004; TANAKA; MELO, 2004).

Diante desse pressuposto, abordamos um estudo de caso, ou seja, uma investigação de uma situação tecnicamente única em que haverá muito mais variáveis de interesse do que pontos de dados em várias fontes de evidências, beneficiando o desenvolvimento prévio de proposições teóricas para conduzir a coleta e análise de dados (YIN, 2001).

A pesquisa foi realizada em um hospital público de urgência e emergência, na cidade de Fortaleza, Ceará, Brasil que apresenta como casuística anual de 14.699 acidentes de trânsito. O encontro com esta realidade e os potenciais sujeitos do estudo, no entanto, acontece desde o ano de 2004, no acompanhamento de alunos da prática de Fisioterapia Supervisionada II.

Os sujeitos do estudo foram selecionados aleatoriamente durante os meses de setembro e outubro de 2006, posterior a liberação do Comitê de Ética da instituição, de acordo com os critérios de inclusão: indivíduo vitimado pelo trânsito e internado nas unidades de Traumatologia, portador de trauma musculoesquelético, no qual necessitasse de hospitalização-reabilitação sem distinção de idade, sexo, cor e raça. A exclusão foi referente a pacientes que não apresentaram este tipo de trauma e que se encontraram incapacitados de estabelecer diálogo e que,

porventura, não aceitassem o convite para integrar a pesquisa. Nesse contexto, dos 69 pacientes internados nas unidades de traumatologia do hospital, realizou-se entrevista semi-estruturada com 10 vítimas do acidente de trânsito para investigar os sentimentos de vitimados no trânsito a se perceberem acidentados necessitando de hospitalização-reabilitação.

Além desse ponto, investigou-se ainda como ocorriam as orientações educativas da equipe de saúde aos acidentados no trânsito no contexto da hospitalização-reabilitação, obedecendo ao critério de saturação dos dados, em que as buscas de novos sujeitos não acrescentaram novos significados à coleta realizada. Estas entrevistas foram gravadas, transcritas na íntegra e complementadas com observação e anotações no diário de campo.

Portanto, os questionamentos foram respondidos a partir dos temas predefinidos: (1) acidentado no trânsito e a hospitalização-reabilitação; (2) assistência da equipe de saúde e (3) orientações educativas recebidas e desejadas. Posteriormente, os dados foram organizados em categorias específicas que foram emergindo no decorrer da análise temática (BARDIN, 2004).

Esse procedimento, como um todo, incluiu leitura flutuante do material coletado, organização e reflexão sobre o tema, considerando, também, com os conceitos de hospitalização-reabilitação (GABRIEL; PETIT; CARRIL, 2001; DESLANDES, 2002) mediada pela Educação e Promoção da Saúde.

O estudo obedeceu aos preceitos éticos preconizados pela Resolução 196/96 (BRASIL, 1996), sendo avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos - COÉTICA da instituição do estudo. Antes do início das atividades de pesquisa os participantes foram informados dos objetivos, de que poderiam se desligar em qualquer momento de sua realização e, após manifestarem intenção de

participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Pós-Esclarecido, foram garantidos o sigilo da identificação pessoal, o anonimato e a ausência de riscos aos participantes.

Resultados e discussões

Dos dez pacientes entrevistados, sete eram do sexo masculino. Quanto à faixa etária, esta se enquadrou entre 17 a 46 anos, com média 31,4 anos. Sobre estado civil, a metade se denominou solteira e a outra casada, ou com relacionamento estável. A propósito, a literatura relata que o alto índice de morbimortalidade de acidentes de trânsito em homens ocorre na idade produtiva (DENATRAN, 2002; DETRAN, 2005).

Quanto à escolaridade, dois referiram que não eram alfabetizados; um disse ter o Ensino Fundamental; três sujeitos afirmaram ter o Ensino Médio incompleto e três sujeitos afirmaram ter concluído; e outro o Ensino Superior. A renda familiar dos participantes se enquadrou entre: 1 e 2 salários mínimos (4), acima de 2 e menos de 3 (4), entre 3 e 4 salários mínimos (1) e acima de cinco salários, apenas 1 pessoa.

Quanto à ocupação, duas pessoas referiram ser vendedores, duas disseram que ainda eram estudantes, e os outros seis participantes ficaram distribuídos nas seguintes ocupações: segurança (01), agricultor (01), professor (01), vigilante (01), bombeiro hidráulico (01) e servente (01). De acordo com a quantidade de pessoas residentes no domicílio, esta evidenciou de 1 a 7 membros com média de 4,1 pessoas. Quanto à preferência religiosa, oito participantes referiram o catolicismo como religião, um relatou ser evangélico e o outro testemunha de Jeová.

De acordo com a inter-relação renda familiar, escolaridade e atividade profissional, em pesquisa do Banco Mundial, de cada cem pessoas mortas em AT no mundo, 70 são habitantes de países subdesenvolvidos, o que nos faz repensar a

interdependência direta e indireta da problemática do trânsito com o modo de produção econômica e social, ou seja, ritmo de vida acelerado, o individualismo, o desemprego, a competição e condições de trabalho (MARIN; QUEIROZ, 2002; QUEIROZ, OLIVEIRA, 2003; BRAGA JUNIOR, 2005).

Sobre a especificidade do AT, a pesquisa demonstrou que oito pacientes foram vítimas de colisão e dois de atropelamentos, dentre os quais cinco envolvendo motocicleta, três carro, um caminhão e o outro uma “*topic*”, ou seja, um tipo de microônibus padronizado para o transporte alternativo de Fortaleza. Sobre as especificidades desses acidentes, a colisão se mostrou predominante entre os entrevistados, salientando-se a motocicleta (CARVALHO et al, 2005). Corroborando com estas informações, estudos argumentam que o uso crescente da motocicleta é decorrente de seu emprego como meio de trabalho e o estímulo à alta produtividade em razão do rápido deslocamento. Há ainda que considerar que o motociclista não tem estrutura de veículo para protegê-lo, absorvendo toda a energia de impacto e sendo, comumente, ejetado à distância. Além disso, os motociclistas atribuem à sensação de liberdade, independência e adrenalina ao ato de dirigir em altas velocidades (LEÓN; VIZZOTTO, 2003; OLIVEIRA, SOUSA, 2004).

Quanto à presença de alcoolemia no momento do acidente, houve o relato de um participante haver ingerido bebida alcoólica. Evidencia-se também que o comportamento de conduzir sob a influência do álcool é causador de sérios agravos ao ser humano, contribuindo para o acréscimo nos coeficientes de mortalidade e ampliação no número de mutilações e de incapacitados para atividades pessoais e profissionais (SPIRIDIGLIOZZI et al, 2004). Contrariando a literatura, entretanto, neste estudo, apenas um participante afirmou ter feito uso de bebida alcoólica no momento do acidente de trânsito.

O uso abusivo do álcool alcançou proporção preocupante, que se comprova pela relação que se estabelece entre o seu consumo e agravos sociais que dele decorrem ou reforçam. De acordo com a OMS, 10% das populações dos centros urbanos, de todo o mundo, consomem abusivamente substâncias psicoativas, independentemente da idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo (BRASIL, 2003a).

Dentre as 10 vítimas de acidente de trânsito, foram diagnosticados 7 tipos de fraturas: úmero (1), cotovelo (2), pelve (1), acetábulo (1), fêmur (3), tíbia (5), fíbula (4). Predominaram as fraturas de membros inferiores – MMII (13), em relação às de membros superiores – MMII (2), acrescentando-se que entre as fraturas de (MMII) uma pessoa necessitou de amputação. Neste estudo, as fraturas de membros inferiores se sobressaíram em relação às de membros superiores, predominando entre elas as fraturas de tíbia, tendo havido a necessidade de uma amputação (BALBACHEVSKY et al, 2005).

O estudo identificou os seguintes temas: acidentado no trânsito e hospitalização-reabilitação, assistência da equipe de saúde e orientações educativas recebidas e desejadas.

Acidentado do trânsito e a hospitalização-reabilitação

Este tema refere-se aos sentimentos dos pacientes como vítimas de acidente de trânsito e no contexto da hospitalização-reabilitação, no qual foram organizadas em duas categorias:

1 – A responsabilidade pelo acidente no trânsito variou da inevitabilidade e negação da culpa do acidentado do trânsito; responsabilidade dos usuários; e reconhecimento pelo vitimado de que não tomou os cuidados necessários para evitar o acidente.

Se eu pudesse evitar eu teria evitado, mas como eu não pude evitar eu não evitei. Praticamente eu não tive culpa porque eu entrei numa via que era muito acesso a carro que eu não vi na hora (Informante 5).

Tem muita gente irresponsável no trânsito porque a gente está trabalhando e vem um irresponsável e faz isso com a gente (Informante 6).

O trânsito desordenado e violento, porém, é fruto das dimensões comportamentais e culturais inapropriadas e inconvenientes de motoristas, pedestres desatentos ou que não obedecem aos sinais, fiscalização omissa, deficiente, complacente e sem objetivos definidos, estradas e ruas inadequadas, sendo, então, caracterizado pela interação de fenômenos sociais, psicológicos, físicos, tecnológicos (BRASIL, 2005; QUEIROZ; OLIVEIRA, 2003).

O vitimado no trânsito precisa assumir sua responsabilidade no controle do seu processo saúde-doença, identificando suas aspirações, visando à satisfação de suas necessidades e à modificação de sua realidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida. Promover saúde não é uma obrigação única do setor saúde, pois vai além de um estilo de vida saudável, no sentido de um bem-estar geral (BARROSO; VIEIRA; VARELA, 2002; CARVALHO, 2004).

2 – Mudanças bruscas no cotidiano provocadas pelo acidente gerando sentimentos diversos, no qual incluem: impotência; dependência dos médicos e da dinâmica do hospital; falta de contato com a família; ausência no trabalho, tristeza pelas perdas de membros e insegurança pela incerteza diante da nova condição.

Eu me sinto triste, eu choro muito porque minha vida era outra (silêncio) e agora mudou. Amputaram minha perna, fui operada desse braço, vou fazer cirurgia de novo (Informante 2).

É muito ruim, eu nunca passei uma situação como essa, acho que a gente

tem que ter muito cuidado ao sair com moto, eu ou ninguém gosta de estar num ambiente como este (Informante 1).

Difícil porque a gente não tem contato nem conhecimento com os médicos, fica dependendo deles, então se torna muito difícil pra gente. Você quer estar em casa, você quer estar trabalhando, estar com a sua família (Informante 4).

A hospitalização significa mudança radical na rotina e hábitos do paciente, ou seja, passa-se do conforto do lar e da família para um ambiente que causa estranheza, contribuindo para uma vulnerabilidade emocional. Os medos e as dificuldades com que as vítimas de acidente de trânsito se deparam estão relacionados com as seqüelas físicas, com a possibilidade de perda de alguma parte do corpo, riscos inerentes ao ato cirúrgico, a morte e a incerteza da recuperação da saúde (QUEIROZ; OLIVEIRA; 2003; COHEN et al; 2004).

Assistência da equipe de saúde

A assistência da equipe de saúde no contexto da hospitalização-reabilitação ao vitimado no trânsito, portador de trauma musculoesquelético, foi atribuída pelos sujeitos num primeiro momento como *boa e/ou muito boa*, ao afirmarem que são bem acompanhados pela equipe de saúde.

Boa, mas acho que poderia ser melhor (Informante 4).

De acordo com o depoimento, o cuidado foi contextualizado como bom, o que remete ao pesquisador compreender que a satisfação do usuário pode ser caracterizada pelo nível de sinceridade exercido pela equipe de saúde e hospitais sobre o cuidado expresso para os seus pacientes (QUEIROZ; OLIVEIRA, 2003; GAZZINELLI et al, 2005).

Em segundo momento, ressaltaram que poderia ser melhor ao relativizar esta assistência, discorrendo sobre:

1 – Problemas no relacionamento entre os profissionais de saúde e acidentados do trânsito.

Têm ótimas pessoas aqui, mas alguns trazem o problema de casa para o trabalho, ou seja, não atende a gente como deve, ou seja, cara fechada, não dá uma boa noite, um bom dia (Informante1).

As descrições dos pacientes contrariam o que preconiza a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004) e a Política de Atenção às Urgências (BRASIL, 2003b) quando estas valorizam a dimensão subjetiva e social do vitimado no trânsito, estimulando a produção de sua saúde, cooperativa e solidária em consenso com a equipe de saúde fortalecida e alicerçada pela informação, comunicação e educação permanente visando ao estabelecimento da autonomia dos protagonistas.

2 – Solidariedade e apoio entre pacientes e acompanhantes.

Dona B, ela ajuda a todos, da colcha de cama a levar ao banheiro, a dar o banho, tudo, tudo, a refeição, ela ajuda a todos, me ajudou bastante (Informante 1).

Vale salientar que, ao mesmo tempo em que os acidentados desejaram estabelecer maior elo com a equipe de saúde, a espera, aliada aos vínculos estabelecidos na partilha de situações de dor e infortúnio, favorece laços de amizade e companheirismo entre os pacientes e acompanhantes (DESLANDES, 2002).

3 – Inabilidade em determinados procedimentos técnicos.

Tem uns que não sabem aplicar o medicamento (Informante 1).

Este relato é importante, pois um serviço de saúde precisa adaptar técnicas e combinar atividades, adequando os recursos escassos aos aspectos sociais, culturais e econômicos presentes na vida diária para propiciar maior acessibilidade a estes serviços e, conseqüentemente, maior acolhimento pela equipe de profissionais comprometidos com a cidadania (SCHMITH; LIMA, 2004).

4 – Falta de presteza às solicitações e lentidão

Por enquanto tá tudo bem, só lento (Informante 9).

Considerando o mérito de se efetivar uma prática consoante com as políticas de saúde, destaca-se que ainda é ínfimo o investimento na qualificação dos trabalhadores, especialmente no que se refere à gestão participativa e ao trabalho em equipe, pois diminui a possibilidade de um processo crítico e comprometido com as práticas de saúde e com os usuários em suas diferentes necessidades, favorecendo um forte desrespeito aos seus direitos. Além do mais, a formação dos profissionais de saúde se mantêm distantes do debate e da formulação das políticas públicas de saúde (BRASIL, 2004).

5 – Ausência de empatia e atenção.

Eu acho que foi mais falta de descuido deles porque eu passei mais de mês pra ir para o centro cirúrgico pra fazer uma limpeza, então a velha infecção aumentou e estou até hoje aqui (Informante 4).

É bom, mas... as enfermeira (Informante 7).

É importante frisar que apesar das narrações dos sujeitos a respeito da negligência do cuidado, o médico se tornou a figura mais presente no processo educativo e a enfermagem com atuação mais ínfima (MARÍN; QUEIROZ, 2000).

Apesar das tentativas de superação do modelo médico-privatista centrado na etiologia, diagnóstico e tratamento das doenças (CARVALHO, 2004), o contexto histórico desta assistência em saúde ainda se encontra enraizado nos participantes do estudo. Sendo assim, a visão antropológica da atenção da enfermagem durante a hospitalização deve inspirar a todos os membros da equipe de saúde quanto ao desenvolvimento de atividades e decisões realizadas com o paciente, os quais, num processo interativo, buscam se conhecer mutuamente, compartilhando e negociando

conhecimentos, crenças, valores em situações de saúde e doença (DESLANDES, 2002; BRAGA JUNIOR et al, 2005; WORTHINGTON, 2004).

Orientações educativas recebidas e desejadas

As orientações educativas são dadas aos pacientes pelos seguintes membros da equipe de saúde: médico, fisioterapeuta, o enfermeiro e assistente social no período da hospitalização-reabilitação durante as intervenções realizadas ao vitimado à beira do leito.

Estudo realizado em Campinas (LATHAN et al, 2006) corrobora com a nossa investigação quando identifica que as orientações da equipe de saúde estão presentes ao discorrerem quanto a gravidade do acidente de trânsito, sobre a necessidade de repouso diante de lesões traumatológicas importantes, o momento para realizar as atividades da vida diária, tais como, sentar, pisar, deambular e usar órteses e próteses.

Eles disseram que o meu acidente foi muito grave (Informante 2).

Eu tô com a bacia quebrada, mas eles disseram que com o tempo eu vou me sentar, depois andar de cadeira de roda, depois andar de muleta e depois botar a perna (Informante 2).

Dr. X disse pra ficar em repouso 90 dias (Informante 8).

Conforme estudo realizado em pronto socorro de ortopedia, de uma metrópole tropical, as lesões traumáticas que acometem o sistema musculoesquelético raramente levam a óbito, porém determinam perdas funcionais importantes (MELIONE, 2004; LINO JUNIOR et al, 2005). Acrescentando, num protocolo fisioterápico para prevenção de complicações funcionais, acrescenta-se o acompanhamento pós-operatório que deve ser direcionado para o quadro algico intenso, infecções superficiais em torno dos fios e pinos, edemas, retrações

musculares, equinismo, hipotrofia muscular, limitação ou rigidez articular, e alteração psicológica (MORAES, FREITAS, MENDES, 2003).

Ressaltaram, ainda, orientações a respeito dos benefícios de uma boa alimentação, a possibilidade do aparecimento da hipotrofia muscular e a importância da realização de exercícios para amenizar o quadro, aumentar a circulação e evitar os bloqueios articulares, além da utilização de incentivadores respiratórios para favorecer o incremento da capacidade pulmonar e o uso de ataduras que previnam a queda plantar.

As orientações que recebi foram do Dr. Y que eu tinha que ter cuidado com a alimentação (Informante 3).

Só recebi uma quando eu fui me operar, meu médico disse assim pode acontecer, seu braço chegar a secar seu ombro, mas isso é de mil operação, uma pode acontecer (Informante 1).

Recebi da fisioterapia que eu devia mexer o pé por causa da circulação (Informante 5).

Fazer bastante movimento nos pés, nas pernas, pra não ficar meio dura, enferrujado (Informante 10).

Pra fazer aquele exercício do aparelho (Informante 8).

Já. Tinha uma época que eu tava com meu pé assim... aí me orientaram para eu puxar uma garra, uma atadura (Informante 7).

Segundo os participantes, ressaltam-se ainda orientações a respeito dos benefícios de uma dieta alimentar que favoreça a cicatrização, prevenção de complicações pulmonares, a possibilidade do aparecimento da hipotrofia muscular e a importância na realização de exercícios para amenizar o quadro, aumentando a circulação e evitando os bloqueios articulares (LATHAN et al, 2006). Diante dos

traumas-ortopédicos, o processo de reabilitação deve promover a manutenção dos sistemas orgânicos, a reeducação e recuperação das funções motoras por intermédio da mobilização das articulações adjacentes e fortalecimento muscular da vítima (SILVEIRA, RBEIRO, 2005; SILVA; ALFIERI, 2006).

Quanto às orientações educativas desejadas, informaram que almejavam saber como se portar estando traumatizados. Dessa forma, intentaram saber como sentar, qual o cuidado com a higiene pessoal, utilização de faixas de imobilização e como proceder no ambiente hospitalar.

Orientações boas, como se deve fazer como deve comportar-se no andar, ir ao banheiro ou alguma coisa parecida (Informante 1).

Você diz então assim a maneira como até se portar dentro do hospital, se mexer, como se curvar, sei lá, não tá tendo nem isso (Informante 1).

As informações também aludiram à minimização de seqüelas nos membros acometidos, na ansiedade pelo ato cirúrgico e na realização de exercícios que possam amenizar o quadro álgico.

Acho que eles podiam me orientar nessa perna pra não ficar igual a outra (Informante 6).

A hora de realizar a cirurgia (Informante 5).

Qualquer movimento que eu fizer dói (Informante 9).

Os depoimentos dos acidentados no trânsito fortalecem a importância dos profissionais de saúde no seguimento das orientações e restrições indicadas quanto a modificações no estilo de vida, com a finalidade de equilibrar a sua saúde (SPIRIDIGLIOZZI et al, 2004).

As narrações dos pacientes vítimas de trânsito reforçam o processo de superação do modelo médico-privatista focado na descentralização e organização

hierarquizada das instituições públicas federais, estaduais e municipais, com o objetivo de universalizar a assistência igualitária e gratuita dos serviços de saúde aos brasileiros dentro dos princípios de Promoção da Saúde (FERREIRA, 2003; CARVALHO, 2004; COHEN et al, 2004).

É importante frisar que a reabilitação fortalecida pelo enfoque educativo restaura ou desenvolve habilidades na participação de atividades funcionais decorrentes da disfunção física, mental ou social, envolvendo processos terapêuticos que visem ao exercício da cidadania, possibilidades de convivência e qualidade de vida (BARCHIFONTAINE, 2002; MORAES; FREITAS; MENDES, 2003).

Alguns pacientes expuseram que precisariam receber mais orientações educativas, porém não souberam informar quais seriam úteis para o processo de reabilitação-hospitalização.

Acho que precisaria sim, mas eu não sei, aí eu perguntaria para uma pessoa que entende (Informante 7).

A alienação cultural experimentada por boa parte das pessoas dentro da sociedade propicia a formação de sentimentos de insegurança, frustração e superficialidade, os quais podem ser revertidos pelo desenvolvimento de um pensamento crítico que aponte para meios que promovam consciência, cidadania e, conseqüentemente, um trânsito mais civilizado (FREIRE, 2001; QUEIROZ; OLIVEIRA, 2003).

A educação tem o papel de capacitar a população a exercer e aumentar o controle sobre a sua saúde, promovendo o bem-estar individual e coletivo mediante o aumento de sua auto-estima e desenvolvimento de sua consciência crítica. Ante tal fato, os profissionais de saúde têm o compromisso de assegurar que todos

aprendam, contribuindo para a humanização e, portanto, para a redução das desigualdades sociais (PIMENTA; ANASATSIU, 2002).

Os anseios das vítimas de AT, deste estudo, e a conseqüente hospitalização-reabilitação perante a este fenômeno clamam por uma atuação mais humanizada, integral e interdisciplinar da equipe de saúde. É educativo e promotor de saúde, contudo, se reforçar a co-participação deste indivíduo na gênese do AT e do seu próprio estado de adoecimento e possibilidades de um futuro com limitações funcionais, laborais, familiares e sociais.

Finalizando, o cuidado conduzido sob a óptica da Educação e Promoção da Saúde propicia maior suporte a esses sujeitos não somente com a minimização de seqüelas, mas também no reacender dos valores da vida, solidariedade, eqüidade, democracia, cidadania.

Considerações finais

A responsabilidade pelo acidente é assumida em parcialidade pelos vitimados gerando sentimentos de negação da culpa do acidente. Neste sentido ocorrendo mudanças no cotidiano do acidentado gerando sentimentos de impotência quanto às atividades diárias; dependência dos médicos e da dinâmica do hospital; ausência de contato com a família; ausência no trabalho, tristeza pelas perdas de membros e insegurança pela incerteza diante da nova condição.

Os vitimados no trânsito demonstraram percepção relativa das orientações educativas oferecidas pela equipe de saúde, classificando-as de boas, porém com restrições ao atendimento, comunicação e acolhimento pelos profissionais.

Neste sentido, torna-se necessária uma discussão interdisciplinar que favoreça um olhar compreensivo sobre a ampliação das práticas dos profissionais de saúde no âmbito da hospitalização-reabilitação na tentativa de enfrentamento desta

realidade.

Colaboradores

LJES Vieira participou na orientação da pesquisa do Mestrado em Educação em Saúde, e SVG Lira e RF Carneiro pela redação final do estudo.

Referências

1. BALBACHEVSKY, D., et al. Como são tratadas as fraturas expostas de tíbia no Brasil? Estudo transversal. **Acta Ortopédica Brasileira**. São Paulo. v. 13, n. 5, p. 229-232. 2005.
2. BARCHIFONTAINE, C. P. Bioética e reabilitação. **O Mundo da Saúde**. São Paulo. v. 26, n. 3, p. 370-375, jul./set. 2002.
3. BRAGA JÚNIOR, M. B. et al. Epidemiologia e grau de satisfação do paciente vítima de trauma músculo-esquelético atendido em hospital de emergência da rede pública brasileira. **Acta Ortopédica Brasileira**. São Paulo. v. 13, n. 3, p. 137-140. 2005.
4. _____. Ministério da Saúde. Resolução 196. **Diretrizes e normas técnicas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília: Editora MS, 1996.
5. _____. Ministério da Saúde. **Programa de redução de morbimortalidade por acidentes de trânsito**. Brasília: Editora MS; 2000.
6. _____. Ministério da Saúde. **Política nacional para redução de morbimortalidade por acidentes e agravos**. Brasília: Editora MS, 2002a.
7. _____. Ministério da Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. Brasília: Editora MS, 2002b.
8. _____. Ministério da Saúde. **Política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Editora MS, 2003a.
9. _____. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção às urgências**. Brasília: Editora MS, 2003b.

10. _____. Ministério da Saúde. **Política nacional de humanização**. Brasília: Editora MS, 2004.
11. _____. Ministério da Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Editora MS, 2005.
12. BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3. ed. Lisboa: Edições 70, 2004.
13. BARROSO, G. T.; VIEIRA, N. F. C.; VARELA, Z. M. V. **Educação em Saúde: no contexto da promoção da saúde**. Ceará: Edições Demócrito Rocha, 2002.
14. CAMERON, I.D. **Coordinated multidisciplinary rehabilitation after hip fracture. Disability and rehabilitation: an international, multidisciplinary journal** Sidney. v. 2, n. 18/19, p. 1081-1090, set./out. 2005.
15. CARVALHO, S.R. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de promoção da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1088-1095, jul./ago. 2004.
16. CARVALHO, R. C. et al. Acidentes de trânsito envolvendo adolescentes: o registro da situação de Feira de Santana, Bahia, em 2001. **Revista Baiana de Saúde Pública**. Bahia, v.29, n.1, p.22-34, jan./jun. 2005.
17. COHEN, S. C. et al. Habitação saudável no programa saúde da família (PSF): uma estratégia para as políticas públicas de saúde e ambiente. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. v. 9, n. 3, p. 807-813. 2004.
18. COSTA, J. S. D.; VICTORA, C. G. O que é um “problema de saúde pública”. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. São Paulo, v. 9, n. 1, p. 144-146. 2006.
19. CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003.
20. DENATRAN. Departamento Nacional de Trânsito. **Anuário 2002**. Disponível em: <<http://www.denatran.gov.br>>. Acesso: 15 set 2005.
21. DESLANDES, S. F. **Frágeis deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

22. 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, ago. 2000.
23. DETRAN. Departamento Estadual de Trânsito do Ceará. **Índice de acidentes 1995-2005**. Disponível em: <<http://www.detran.ce.gov.br>>. Acesso: 15 set. 2005.
24. FERREIRA, A. S. Competências gerenciais para unidades básicas do Sistema Único de Saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. v. 9, n.1, p. 69-76. 2003.
25. FREIRE, P. **Educação e mudança**. 24. ed. São Paulo: Editora Paz e Terra, 2001.
26. GABRIEL, M. R. S., PETIT, J. D., CARRIL, M. L. S. **Fisioterapia em traumatologia ortopedia e reumatologia**. Rio de Janeiro: Editora Revinter, 2001.
27. GAWRYSZENSKI, 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.
28. GAZZINELLI, M. F. et al. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v. 21, n. 1, p. 200-206, jan./fev. 2005.
29. MARIN, L.; QUEIROZ, M. S. Atualidades dos acidentes de trânsito na era da velocidade: uma visão geral. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 7-21, jan./mar. 2000.
30. MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.
31. LATHAM, N. K. et al. Pattern of function change during rehabilitation of patients with hip fracture. **Archives of physical medicine and rehabilitation**. Estados Unidos, v. 87, n. 1, p. 111-116, jan. 2006.
32. LEÓN, L. M.; VIZZOTTO, M. M. Comportamentos no trânsito: um estudo epidemiológico com estudantes universitários. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 515-523, mar./abr. 2003.

33. LINO JUNIOR, W et al. Análise estatística do trauma ortopédico infanto juvenil do pronto socorro de ortopedia de uma metrópole tropical. **Acta Ortopédica Brasileira**. São Paulo. v. 13, n. 4, p. 174-182. 2005.
34. MELIONE, L. P. R. Morbidade hospitalar e mortalidade por acidentes de transporte em São José dos Campos, São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. São Paulo. v. 7, n. 4, p. 461-472. 2004.
35. MORAES, S. A.; FREITAS, N. A. B., MENDES, E. C. Protocolo fisioterápico para prevenção das complicações funcionais do paciente portador de fixador externo de Ilizarov em membro inferior. **Reabilitar**. São Paulo, v. 5, n. 18, p. 4-10, jan./mar. 2003.
36. OLIVEIRA, N. L. B.; SOUSA, R. M. C. Motociclistas frente às demais vítimas de acidentes de trânsito no município de Maringá. **Acta Scientiarum. Health Sciences**. Paraná. v. 26, n. 2, p. 303-310. 2004.
37. OMS. Organização Mundial da Saúde. **Lesiones por accidents de tráfico**. Disponível em: <<http://www.transito.bvs.br>>. Acesso: 12 mar. 2006.
38. PIMENTA, S. G.; ANASATSIU, L. G. C. **Do ensinar a ensinagem**. São Paulo: Editora Cortez; 2002.
39. QUEIROZ, M. S.; OLIVEIRA, P. C. P. Acidentes de trânsito: uma análise a partir das perspectivas das vítimas em Campinas. **Psicologia & Sociedade**. Rio Grande do Sul, v. 15, n. 2, p. 101-123, jul./dez. 2003.
40. SCHMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do programa saúde da família. Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v. 20, n. 6, p. 1487-1494. 2004
41. SILVA, H. O. L.; ALFIERI, F. M. Análise da mobilidade funcional e força muscular em paciente com fratura diafisária de fêmur tratada com fixação interna submetido à reabilitação através da hidrociniesioterapia – relato de caso. **Reabilitar**. São Paulo. v. 30, n. 8, p. 55-58, nov./dez. 2006.
42. SILVEIRA L. M. C.; RIBEIRO V. M. B. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de “ensinagem” para profissionais de saúde e pacientes. **Revista Interface: Comunicação, Saúde, Educação**. São Paulo. v. 9, n.16, p. 91-104, set./fev. 2005.

43. SPIRIDIGLIOZZI, S. et al. Educazione sanitaria come prevenzione dell'alcolismo nella popolazione giovanile. **Clin Ter.** Itália. v. 155, n. 6, p.227-238, 2004.
44. TANAKA, O.U.; MELO, C. Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativa e quantitativa. In: Bosi, M. L. M.; Mercado, F. J. **Pesquisa qualitativa dos serviços de saúde.** Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2004. p. 121-136.
45. YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos.** 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.
46. WORTHINGTON, K. Customer satisfaction in the emergency department. **Emergence Medicine Clinical North American.** Estados Unidos. v. 22, n. 1, p. 87: 87-103. 2004.

CONCEPÇÕES DA EQUIPE DE SAÚDE SOBRE ORIENTAÇÕES EDUCATIVAS

AO VITIMADO NO TRÂNSITO

CONCEPTIONS OF THE TEAM OF HEALTH ABOUT EDUCATIVE

ORIENTATIONS TO THE ACCIDENT VICTIM IN THE TRAFFIC

CONCEPTOS DEL EQUIPO DE LA SALUD SOBRE ORIENTACIONES

EDUCATIVAS A LA VÍCTIMA DEL ACCIDENTE EN EL TRÁFICO

Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação

Érika Porto Xavier¹

Luiza Jane Eyre de Souza Vieira²

1. Fisioterapeuta. Mestre em Educação em Saúde da Universidade de Fortaleza, UNIFOR. Faculdade Integrada do Ceará. Rua Padre Januário Campos, 235, Cidade dos Funcionários, CEP: 60.822-840, Fortaleza, Ceará, Fone: 32711336, erikaporto@ibest.com.br.

2. Enfermeira. Centro de Ciências da Saúde. Mestrado em Educação em Saúde da Universidade de Fortaleza, UNIFOR. Instituto Dr. José Frota, Rua Ceres, 1157, Edson Queiroz, CEP: 60.834-180, Fortaleza, Ceará, Fone: 327357254, janeeyre@unifor.br.

CONCEPÇÕES DA EQUIPE DE SAÚDE SOBRE ORIENTAÇÕES EDUCATIVAS

AO VITIMADO NO TRÂNSITO

CONCEPTIONS OF THE TEAM OF HEALTH ABOUT EDUCATIVE

ORIENTATIONS TO THE ACCIDENT VICTIM IN THE TRAFFIC

CONCEPTOS DEL EQUIPO DE LA SALUD SOBRE ORIENTACIONES

EDUCATIVAS A LA VÍCTIMA DEL ACCIDENTE EN EL TRÁFICO

RESUMO: Retratar as concepções da equipe de saúde sobre orientações educativas ao vitimado no trânsito e a minimização da instalação de seqüelas. Este estudo foi realizado com 10 profissionais da equipe de saúde que trabalham em um hospital público de emergência em Fortaleza, Ceará, Brasil, em 2006. A entrevista semi-estruturada foi a técnica de coleta de dados e estes foram submetidos a análise temática e discutidos à luz da Educação e Promoção da Saúde. Para os participantes a concepção de orientações educativas convergiu para o caráter preventivo, transitando, por informação, esclarecimentos e normas. A assistência da equipe de saúde contraditória deve ser aprimorada no contexto da hospitalização-reabilitação. Vislumbra-se a necessidade de maior reorientação da prática da equipe de saúde quanto à complexidade do cuidado à vítima de acidente de trânsito para minimizar a instalação de seqüelas traumato-ortopédicas.

PALAVRAS-CHAVE: Acidente de Trânsito, Hospitalização, Reabilitação, Equipe Interdisciplinar de Saúde, Promoção da Saúde.

ABSTRACT: To portray the conceptions of the health team on educative orientation to the accident victim in the traffic and the minimization of the installation of sequels. This study it was carried through with 10 professionals of the health team who work in a public hospital of emergency in Fortaleza, Ceará, Brazil, in 2006. The half-

structuralized interview was the technique of collection of data and these had been submitted the analysis thematic and argued to the light of the Education and Promotion of the Health. To the participants the conception of educative orientation converged to the preventive character, transiting, for information, clarifications and norms. The assistance of the team of contradictory health must be improved in the context of the hospitalization-rehabilitation. It is glimpsed necessity of bigger reorientation of the practical one of the team of health how much to the complexity of the care to the accident victim in the traffic to minimize the installation of traumato-ortopédicas sequels.

KEYWORDS: Traffic Accident, Hospitalization, Rehabilitation, Interdisciplinary Health Team, Health Promotion.

RESUMEM: Para retratar los conceptos del equipo de la salud en la orientación educativa a la víctima del accidente en el tráfico y la minimización de la instalación de consecuencias. Este estudio fue llevada a través con 10 profesionales del equipo de la salud que trabajan en un hospital público de la emergencia en Fortaleza, Ceará, el Brasil, en 2006. La entrevista de la mitad-structuralized era la técnica de la recogida de datos y éstos habían sido sometidos el análisis temático y discutidos a la luz de la educación y de la promoción de la salud. A los participantes el concepto de la orientación educativa convergió al carácter preventivo, transiting, para la información, clarificaciones y normas. La ayuda del equipo de la salud contradictoria se debe mejorar en el contexto de la hospitalización-rehabilitación. Es necesidad glimpsed de una reorientación más grande de la práctica del equipo de la salud cuánto a la complejidad del cuidado a la víctima del accidente en el tráfico para reducir al mínimo la instalación de las consecuencias de los traumato-ortopédicas.

PALABRAS-CLAVE: Accidente de Tráfico, Hospitalización, Rehabilitación, Equipo

Interdisciplinario de Salud, Promoción de la Salud.

Introdução

Relatório da Organização Mundial de Saúde mostra que o acidente de trânsito provoca impacto tanto na saúde como na economia, ao acompanhar os dados de morbimortalidade, a reestruturação das estradas, repressão das infrações e, principalmente, na ampliação de programas educativos que sensibilizem a população quanto à prevenção dos fatores de riscos (OMS, 1998; OMS, 2004; BRASIL, 2005).

O sinistro de trânsito assume importante magnitude para a saúde coletiva, pois além de atingir uma população jovem é considerado, teoricamente, totalmente prevenível (BRASIL2002a; BARROS, 2003; SALTER; STALLARD, 2004).

A pessoa vitimada pelo trânsito, como preconiza a Política de Urgência e Emergência, será assistida, inicialmente, pelo atendimento pré-hospitalar e, em seguida, encaminhada aos serviços de emergência para que possa manter e restabelecer sua integridade física. Diante disso, ressalta-se a importância da reabilitação, pois é preciso restaurar ou desenvolver, novamente, habilidades funcionais que ficaram comprometidas como consequência do acidente.

O custo despendido com a hospitalização-reabilitação também é um fator que deve ser discutido, pois exige recurso material e humano qualificado. Faz-se, todavia, necessária uma reorientação na formação dos profissionais da saúde para que possam ser sujeitos do processo educativo, com o intuito de responder às novas demandas impostas pelo vitimado no trânsito (Brasil, 2004a).

A díade hospitalização-reabilitação se concretiza na medida em que os profissionais que estruturam e operacionalizam o cuidado ao paciente politraumatizado transcendem os aspectos biomédicos e sinalizam uma prática

orientada para o modelo de atenção à saúde, que tenta sua consolidação. Este modelo preconiza a cadeia do cuidado complexo e a visão da clínica ampliada no alcance da cura ou no convívio com limitações (BRASIL, 2004b).

Sendo assim, a saúde enfatiza recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas, e para isso a Promoção da Saúde surge como processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo (BRASIL, 2002b).

Neste contexto, Barroso, Vieira e Varela (2003) afirmam que a educação em saúde é uma reflexão-ação de conhecimentos técnico-científicos e populares, capazes de provocar mudanças individuais, ampliando sua capacidade de compreensão da complexidade dos determinantes de ser saudável e contribuindo para a transformação social.

Nessa perspectiva, o enfoque problematizador da educação oferece os subsídios necessários para o exercício interdisciplinar da equipe de saúde no aprimoramento de sua assistência, ao compartilhar conhecimentos, habilidades e atitudes com o intuito de minimizar a instalação de seqüelas traumato-ortopédicas decorrentes dos acidentes de trânsito (SAUPE et al, 2005).

Entretanto, a participação da equipe de saúde no processo de saúde-doença do acidentado no trânsito é complexa porque precisa oferecer a sustentação a esta vítima, trabalhando seus sentimentos de incerteza, medo e insegurança diante da sua nova condição, ou seja, as limitações traumato-ortopédicas em relação ao retorno das suas atividades em detrimento dos seus sonhos e perspectivas.

Nesta contextura, o ambiente hospitalar evidencia a busca de modelos de atenção a saúde que extrapolem a assistência médico-curativa, desenvolvendo

bases formadoras do autocuidado do acidentado no trânsito e, conseqüentemente, gestão de própria saúde, priorizando sua atuação nos determinantes de doença e não apenas em sua ausência (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003).

Corroborando maior entendimento sobre o assunto, neste artigo investigam-se as concepções de profissionais sobre orientações educativas ao vitimado no trânsito e a minimização da instalação de seqüelas musculoesqueléticas.

Metodologia

Com abordagem qualitativa, procura-se responder às questões particulares, com nível de realidade que não pode ser quantificada, ou seja, não pode ser compreendida apenas pelos cientistas sociais que trabalham com Estatística, pois o pesquisador qualitativo se aprofunda no mundo subjetivo das ações humanas e aspectos não perceptíveis ou captados por medidas e equações estatísticas (MINAYO, 2004).

Este método de investigação permite ao pesquisador aproximar-se de uma gama de informações (explícitas ou encobertas na vida cotidiana das pessoas), pois as ações humanas estão baseadas e incorporadas por significados sociais: intenções, motivos, atitudes e crenças (HAMMERSLEY; ATKINSON, 1994).

Optou-se pelo estudo de caso, ou seja, uma investigação de uma situação tecnicamente única em que haverá muito mais variáveis de interesse do que pontos de dados em várias fontes de evidências, beneficiando o desenvolvimento prévio de proposições teóricas para conduzir a coleta e análise de dados. (YIN, 2001).

A pesquisa foi realizada em um hospital público de urgência e emergência, na cidade de Fortaleza, Ceará, Brasil que apresenta como casuística anual de 14.699 acidentes de trânsito. O encontro com esta realidade e os potenciais sujeitos do estudo, no entanto, acontece desde o ano de 2004, no acompanhamento de

alunos da prática de Fisioterapia Supervisionada II.

Os profissionais da equipe de saúde como sujeitos do estudo foram selecionados aleatoriamente durante os meses de setembro e outubro de 2006, posterior a liberação do Comitê de Ética da instituição, de acordo com os critérios de inclusão: desenvolverem a profissão de médico, fisioterapeuta, enfermeiro ou assistente social; possuir escala fixa na instituição ou estar cursando residência em traumatologia (médico), trabalhar nas unidades de traumatologia e aceitar participar do estudo, de forma espontânea. A exclusão foi referente a profissionais recém-contratados pela instituição e que em sua dinâmica profissional não estabelecem vínculos com o acidentado no trânsito e, que, porventura, não aceitassem o convite para integrar a pesquisa.

Neste contexto, realizou-se uma entrevista semi-estruturada com 10 membros da equipe de saúde, sendo que destes, 3 eram médicos, 3 fisioterapeutas, 2 enfermeiros e 2 assistentes sociais, no intuito de investigar as concepções sobre orientações educativas ao vitimado no trânsito, com o objetivo de minimizar seqüelas.

Estas entrevistas foram gravadas, transcritas na íntegra e complementadas com observação e anotações no diário de campo. Portanto, os questionamentos foram respondidos a partir de temas predefinidos agrupadas com as categorias específicas que emergiram da análise temática de acordo com Bardin (2004).

Esse procedimento, como um todo, incluiu leitura flutuante do material coletado, organização e reflexão sobre o tema, orientado pelos conceitos de Promoção da Saúde (Brasil, 2002a). De acordo com essa análise, configuraram-se os seguintes temas: (1) concepções e práticas de orientações educativas; (2) percepção sobre a hospitalização-reabilitação; (3) impressões do desempenho na

equipe de saúde.

O estudo obedeceu aos preceitos éticos preconizados pela Resolução 196/96, sobre pesquisa envolvendo seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), sendo avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos - COÉTICA da Instituição locus do estudo. Antes do início das atividades de pesquisa, os participantes foram informados dos objetivos, de que poderiam se desligar em qualquer momento de sua realização e, após manifestarem intenção de participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Análise e discussão dos resultados

Dos dez profissionais entrevistados, seis eram do sexo feminino. A faixa etária inseriu-se entre o intervalo de 24 a 59 anos, com idade média 42,4 anos. Os dez participantes ficaram distribuídos nas seguintes categorias profissionais: Fisioterapia (03), Medicina (03), Serviço Social (02) e Enfermagem (02). Quanto ao tempo de formação e de serviço na Instituição, os profissionais afirmaram ter entre 8 meses e 33 anos, com média, respectivamente, de 15,6 anos e 14 anos.

Quanto ao trabalho em mais de uma instituição, foi dividido em: exclusivamente no hospital em estudo (6) e o desenvolvimento de atividades no hospital do estudo e em outras instituições, dentre eles: hospital do Estado (1), rede privada (1), hospital filantrópico (1) e em outro órgão municipal de saúde (1). Em relação ao conhecimento sobre políticas públicas que discutem acidentes e violência, dentre os dez profissionais, seis relataram ter ciência destas. Deslandes et al (2006) ressaltam que na caracterização diagnóstica dos serviços que atendem a vítimas de acidentes e violências em cinco capitais brasileiras, o texto da Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências é pouco conhecido.

Diante da análise dos dados, o estudo evidenciou as categorias emergidas dos respectivos temas: concepções e práticas das orientações educativas, percepção sobre a hospitalização-reabilitação e impressões do desempenho na equipe de saúde.

Para os sujeitos do estudo, a **concepção de orientações educativas** convergiu para o caráter preventivo no contexto da hospitalização-reabilitação, acrescido de informações, esclarecimentos e normas.

É uma maneira de você orientar as pessoas, o paciente sobre as formas de prevenção (Fisioterapeuta 1).

De acordo com Barroso, Vieira e Varela (2003) a Educação em Saúde não se restringe apenas à prevenção de doenças, e sim num processo de qualificação do indivíduo norteado por valores humanísticos para o exercício da cidadania e na promoção da qualidade de vida.

As formas de prevenção devem ser por intermédio de uma ação interdisciplinar produtiva da equipe de saúde, que vise à redução no número de acidentes de trânsito, retratando o alcoolismo e a alta velocidade como fatores de risco, e o reforço da noção de perigo ante as atitudes cotidianas. Na perspectiva dos entrevistados, *“eu entendo que deve ser prevenção pras pessoas pra evitar determinados acidentes, como por exemplo, a questão do alcoolismo, da alta velocidade misturando essas duas coisas, por conta disso que acontece o acidente”* (Assistente Social 1).

A ação conjunta de profissionais de saúde deve priorizar as dimensões comportamentais e culturais dos indivíduos envolvidos na busca de soluções para a problemática do acidente de trânsito, sugerindo a implementação de políticas públicas relativas que valorizem programas de educação para o trânsito (BRASIL,

2005; QUEIROZ; OLIVEIRA, 2003).

A equipe multiprofissional deve enfatizar o trabalho educativo nos diversos níveis de atenção à saúde destacando a promoção e prevenção, *“as orientações educativas podem ser preventivas: prevenção primária, secundária e terciária”* (Médico 2), preconizadas pelas diretrizes das políticas de saúde.

Corroborando com este entendimento, a literatura retrata que, todavia, uma prática educativa que atenda as necessidades dos diversos níveis de atenção à saúde deve ser sustentada por quatro pilares, isto é, ensino, gestão, atenção e controle social (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

As orientações educativas devem possuir como fundamento os quatro pilares, que ao estarem unidos, fortalecem a capacitação dos profissionais quanto à comunicação *“informações fidedignas e recentes (...) cientificamente pra você repassar”* (Fisioterapeuta 3), diante disso, este processo elucida atos negligentes no trânsito no intuito de favorecer uma mudança no comportamento das pessoas *“conseqüências de atos, atitudes (...) vão dar como conseqüência de algo”* (Médico 2), possuindo o apoio do governo que por intermédio das normas instrui os profissionais e melhora a vida da sociedade.

O Programa de Redução de Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito (2000) visa a sensibilizar os gestores quanto a sua responsabilidade perante o significativo impacto econômico e social desta problemática na saúde. É exigido esforço considerável de integração, envolvendo órgãos federais, estaduais e municipais, concentrando esforços em um plano que envolva o indivíduo desde a escola primária até a vida adulta sem interrupção (QUEIROZ; OLIVEIRA, 2002).

Quanto à **prática das orientações educativas**, pela equipe de saúde, no estudo identificou-se que além da reabilitação funcional do seguimento acometido

alcançado pela aprendizagem de exercícios, o contexto psicológico não pode ser esquecido, oferecendo um grau de motivação ao paciente em busca da resolubilidade de sua seqüela, portanto, sendo mencionado por um dos participantes, *“nós sempre orientamos uma reabilitação funcional do segmento acometido e a reabilitação psicológica se necessário. O grau de motivação”* (Médico 3). Este momento deve ser compartilhado com a família no sentido de favorecer ao vitimado do trânsito sua melhora e conseqüente rapidez na reabilitação.

Para oferecer maiores subsídios a reabilitação, faz-se necessária uma visão humanística do profissional de saúde no sentido de delinear uma práxis assistencial mais efetiva pautada na alteridade e diálogo (DESLANDES, 2004).

Na humanização do tratamento, o profissional deve abordar desde a assistência da lesão até a inserção do indivíduo na sociedade, *“operar é o primeiro ponto até aquele objetivo final que seria o retorno as atividades anteriores ao acidente”* (Médico 1), enfatizando o regresso a sua vida cotidiana.

Visando o máximo de independência do paciente mediante as atividades da vida diária, a equipe de saúde valorizando a biomecânica articular minimizaria as incapacidades funcionais *“ele vai sentir dores no joelho devido o medo de movimentar e vai apresentando bloqueio, vai apresentando edema, se ele movimenta esta articulação ele já vai melhorar no dia-a-dia”* (Fisioterapeuta 1), na qual seria importante o estabelecimento de protocolos de reabilitação padronizados aos vitimados pelo trânsito (SAAD; ZAMBON, 2001; BOSCO et al, 2004; BEAUPRE et al, 2005; MACLEOD et al, 2005).

A utilização dos protocolos questionaria quanto à responsabilidade do paciente frente ao processo de reabilitação *“nós avaliamos em relação ao sistema musculoesquelético, a gente observa (...) a sua seqüela que está sendo resolvida”*.

(Médico 3), de acordo com o tipo de lesão e as orientações fornecidas através do acompanhamento mensal pela equipe de saúde.

Ao restaurar ou desenvolver habilidades na participação de atividades funcionais decorrentes da disfunção física, mental ou social, contrariando a cultura da medicalização, que impõe um declínio da capacidade de enfrentamento autônomo da maior parte dos adoecimentos e dores cotidianas, fortalecem enfoque educativo na reabilitação, (BARCHIFONTAINE, 2002; MORAES; FREITAS; MENDES; 2003; TESSER, 2006).

Os relatos demonstraram que alguns pacientes expuseram objeções na concretização do processo educativo realizado pela equipe multiprofissional, *“não acreditam às vezes no que a gente diz. Com o médico já é diferente, eles sempre questionam ‘mas o médico disse que era assim”* (Enfermeira 2), ou seja, o pouco conhecimento por parte dos pacientes dificulta a apreensão das orientações.

Outro problema é o hiato no exercício da prática interdisciplinar, decorrente da fragmentação da equipe de saúde aliada a grande demanda em detrimento ao número reduzido de profissionais, *“é muito diferente do que eu vi aí fora, se trabalha com paciente, se trabalha com uma equipe, (...) esse paciente faz parte de uma equipe, você faz sua parte, eu faço a minha, fulano de tal faz a sua”*. (Fisioterapeuta 2), repercutindo nas condições adequadas de trabalho.

As dificuldades decorrentes da hospitalização prolongada aliada à dissociação dos profissionais tornam o atendimento em saúde dependente da dinâmica administrativa da instituição, do gerenciamento dos diversos serviços e das possibilidades oferecidas para efetivar os princípios de humanização, trazendo a noção de que a assistência em saúde demanda participação interdisciplinar, pois nenhuma categoria contempla, por si só, a totalidade humana na vivência do

processo saúde-doença (HOGA, 2003).

Diante do processo hospitalar, os funcionários da Instituição devem exercer a prática humanística ao vitimado, proporcionando um atendimento eficaz e eficiente englobando informações referentes aos seus direitos após sofrer o acidente de trânsito, “*DPVAT, que às vezes o paciente recebe dentro do hospital por estar muito tempo no hospital*” (Assistente Social 2), ou seja, Seguro de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Vias Terrestre.

A comunicação entre profissional de saúde e paciente deve ser baseada no diálogo e partilha do conhecimento científico, ocasionando um feedback positivo entre ambos. Sendo assim, o acidentado no trânsito pode usufruir seus direitos e deveres, para tomar decisões quanto à mudança de atitudes em relação às suas incapacidades (DESLANDES, 2002).

Neste sentido, é imprescindível que a equipe multiprofissional exerça papel ativo frente à redução das seqüelas, buscando compreender a **percepção sobre a hospitalização-reabilitação**, “*acho que são coisas que andam bem conjuntas, você não pode separar uma coisa da outra*” (Assistente social 2), que devem priorizar os princípios básicos da Bioética, ou seja, autonomia, não-maleficência, beneficência e justiça, para que ofereçam às vítimas de acidente de trânsito a realização das atividades cotidianas (BARCHIFONTAINE, 2002)

Todavia, o processo de hospitalização-reabilitação, inicia com chegada e permanência do acidentado no ambiente hospitalar, “*à hospitalização eu acho que tem que entrar por um sistema de urgência e emergência que funcione adequadamente*” (Médico 3), proporcionando atendimento padronizado em tempo hábil ao politraumatizado, “*(...) avaliadas as lesões mais graves quem ofereciam risco a vida e depois as lesões musculoesqueléticas que causavam maior*

comorbidade” (Médico 1).

A dinâmica de socorro e atendimento mais ágil e eficaz às vítimas de acidente de trânsito demanda uma reorganização das equipes dos serviços de emergência para garantir um atendimento de maior complexidade, a fim de dar continuidade ao atendimento aos que sofreram seqüelas e precisarão de apoio para a reabilitação (DESLANDES, 2002).

Portanto, o pronto atendimento oportunizaria a equipe de saúde, principalmente médico e fisioterapeuta, por serem figuras mais notáveis na reabilitação, *“médico tá preocupado (...) em salvar a vida de imediato (...), a gente tá pra ver qual a postura (...), que tipo de lesão”* (Fisioterapeuta 2), a estarem centrado na devolução da vida, re aquisição da capacidade funcional e no acolhimento (BASTOS; ANDRADE; SOARES, 2005).

Conforme está ligação, é necessária à comunicação direta entre o médico e o fisioterapeuta para fornecer subsídios ao paciente que carecem de maior período de hospitalização, *“o que pode acontecer é uma simbiose entre eu e você”* (Fisioterapeuta 2), é importante considerar o trabalho interdisciplinar para que se estabeleça de forma natural e solidária, ultrapassando a arrogância pessoal, exercício do poder e a centralização de um profissional sobre o outro (SAUPE et al, 2005).

Um projeto de educação continuada surge como possibilidade promissora no desenvolvimento de maior competência por parte da equipe de saúde, articulando responsabilidade, liberdade e compromisso em relação ao desconhecimento das distintas práticas em saúde (L'ABBATE, 1999).

A implementação desse projeto capacita os profissionais perante as limitações traumato-ortopédicas, *“mobilizações no leito para tentar evitar as escaras*

do paciente, sentá-lo na posição confortável tentando evitar prejudicar os tecidos que estão comprometidos”, (Fisioterapeuta 1), com o intuito de propiciar o autocuidado ao vitimado, prevenindo deficiências ou comprometimentos além dos existentes.

Um programa de reabilitação multidisciplinar mostra-se como alternativa para evitar possíveis complicações decorrentes da imobilização no leito, auxiliando na re aquisição da mobilidade funcional (BLANES, 2005; LATHAM et al, 2005).

A precocidade na reabilitação no acompanhamento ao acidentado exige uma atuação contínua e, muitas vezes, a longo prazo, “(...) *a reabilitação psicológica, social do paciente, e também a reabilitação dos outros sistemas fisiológicos que não musculoesquelético*” (Médico 3), propiciando o retorno mais imediato às suas atividades, entretanto, o seu corpo doente não pode ser alvo de manipulações diversas e fragmentadas realizadas pela equipe de saúde (Pereira et al, 2004).

Diante ao processo de reabilitação, a equipe de saúde deve estar preparada para proporcionar uma melhor assistência ao paciente politraumatizado, “(...), *mas só que eles não têm conhecimento, mas não são todos*” (Enfermeira 1), visando na educação permanente uma opção na reestruturação e desenvolvimento do serviço de saúde por intermédio da qualificação dos profissionais de saúde, sem deixar de visualizar as competências existentes (Brasil, 2004c).

A qualificação dos profissionais na prestação da assistência aliada ao entrosamento da equipe repercute nas **impressões do desempenho na equipe de saúde**, ao compartilhar o conhecimento mais específico das distintas áreas para saber o que se passa com o paciente, “(...) *acho interessante você estar sabendo o que está passando com o paciente dentro das outras disciplinas*” (Enfermeira 2).

Uma equipe solidificada implica na não-invasão na área do outro, “(...), *mas você chegando, está ocupada, dando pra eu fazer, cada um teria que ter um pouquinho do outro, o paciente agradeceria*” (Enfermeira 2), assim nenhum bom profissional perde o seu espaço.

O autoconhecimento do profissional de saúde é vital para o estabelecimento do relacionamento interpessoal adequado com os clientes no processo de cuidar, tomando ciência de que as diferentes características individuais das pessoas fazem parte da natureza humana. Além disso, esta consciência facilita a adoção de atitudes de maior tolerância quanto aos seus próprios limites, possibilidades de erro, e de suportar certas circunstâncias de vida e de trabalho difíceis (BACKES, 2005; PEREIRA; AZEVEDO, 2005).

Apesar da equipe de saúde trabalhar integrada, vislumbra-se uma assistência fragmentada, “*não tem nada de ninguém com ninguém, você chega aqui faz o seu trabalho*” (Fisioterapeuta 2), reforçada pela má remuneração dos profissionais de saúde, que se desmotivam a exercer a sua função, ao adentrar o serviço público, apesar das boas intenções iniciais, “*Que estímulo você tem aqui pra ganhar R\$370,00?*” (Fisioterapeuta 2).

Backes (2005) relata que a instituição hospitalar constitui um ambiente onde o trabalhador libera suas potencialidades e compartilha uma meta coletiva, para atender à nova tendência caracterizada pela integralidade, em contraposição a fragmentação de especialidades e na dissociação de conhecimentos (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Essas barreiras encontradas na Instituição podem estar associadas à demanda de pacientes, na qual os profissionais se vêem ‘obrigados’ a priorizar o atendimento, “(...) *você tem selecionar o mais grave do menos grave*”

(Fisioterapeuta 3), apontando para a reversão das limitações traumato-ortopédicas de pessoas vitimadas pelo trânsito.

A Promoção da Saúde desponta como uma resposta aos desafios sanitários contemporâneos impostos pelas mudanças sociais, políticas e culturais. Sendo assim, faz-se necessária uma reorientação do modelo biomédico, incorporando princípios e diretrizes do autocuidado até mesmo no nível de atenção terciário por parte dos acidentados no trânsito (CARVALHO, 2004). Os princípios promotores de saúde vão ao encontro do que preconiza o conceito de Clínica Ampliada, do Ministério da Saúde (2004), quando propõe que o profissional de saúde desenvolva a capacidade de prestar assistência às pessoas não apenas no combate às doenças, mas também no sentido de oferecer-lhes a possibilidade de transformação, de modo que a doença, mesmo sendo um limite, não as impeça de viver em outras coisas em sua vida.

Considerações Finais

A concepção de orientações educativas convergiu para o caráter preventivo, informações, ocorrências e normas, todavia, os conceitos de Educação e Promoção da Saúde tornam-se mais amplos quanto à assistência aos vitimados pelo trânsito, ao estabelecer uma capacitação destes indivíduos sobre uma abordagem socioeducativa que assegure conhecimento, habilidade e formação de consciência crítica ante a minimização de seqüelas musculoesqueléticas.

A intervenção da equipe de saúde deve ser aprimorada, tanto no contexto da hospitalização-reabilitação quanto no atendimento pré-hospitalar e sistema de saúde, com protocolos, vislumbrando uma atenção mais integral à vítima de acidente de trânsito.

Vislumbra-se a necessidade de maior reorientação da prática da equipe de

saúde dentro do enfoque interdisciplinar para oferecer suporte ao vitimado no trânsito no desempenho das atividades laborais, sociais e culturais. Vale salientar que, contrariando a literatura de outros países, neste estudo, foi evidenciado que o papel do enfermeiro no processo de reabilitação ainda é tênue e apresentou pouca visibilidade, salientando-se, portanto, a prática médica e fisioterapêutica.

A alternativa para promover uma assistência integral ao acidentado no trânsito seria o desenvolvimento de sessões científicas entre os profissionais de saúde, com o intuito de compartilhar os diversos saberes. Apesar das contradições nos discursos dos membros da equipe de saúde quanto às orientações educativas, foram identificados atributos que desmistificam a promoção da saúde apenas na atenção primária, mostrando que esta pode acompanhar a cadeia do cuidado complexo ao cidadão, até quando este se encontra em situação de adoecimento no nível terciário.

Referências

1. BACKES, D. S. O processo de humanização do ambiente hospitalar centrado no trabalhador. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v.40, n.2, p.221-227. 2005.
2. BARCHIFONTAINE, C. P. Bioética e reabilitação. **O Mundo da Saúde**. São Paulo, v.26, n.3, p.370-375, jul./set. 2002.
3. BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3. ed. Lisboa: Edições 70, 2004.
4. BARROS, A. J. D. et al. Acidentes de trânsito com vítimas: sub-registro, caracterização e letalidade. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.19, n.4, p.979-986, jul./ago. 2003.
5. BASTOS, Y. G. L. Características dos acidentes de trânsito e das vítimas atendidas em serviço pré-hospitalar em cidade do Sul do Brasil, 1977/2000, aspectos filosóficos da reabilitação. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.3, p.815-822, mai./jun. 2005.

6. BARROSO, G. T.; VIEIRA, N. F. C.; VARELA, Z. M. V. **Educação em Saúde: no contexto da promoção da saúde**. Ceará: Edições Demócrito Rocha, 2002.
7. BEAUPRE, L. A. et al. Does standardized rehabilitation and discharge planning improve function recovery in elderly patients with hip fracture. **Archives of physical medicine and rehabilitation**. Estados Unidos, v.86, n.12, p.2231-2239, dez. 2005.
8. BLANES, L. Avaliação clínica e epidemiológica das úlceras pressão em pacientes internados no Hospital Paulo. **Revista da Associação Médica Brasileira**. São Paulo, v.50, n.2, p.182-187, abr./jan. 2004.
9. BOSCO, R. et al. O efeito de um programa de exercício físico aeróbio combinado com exercícios de resistência muscular localizada na melhora da circulação sistêmica e local: um estudo de caso. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 56-62, jan./fev. 2004.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional para redução de morbimortalidade por acidentes e agravos**. Brasília: Editora MS, 2002a.
11. _____. Ministério da Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. Brasília: Editora MS, 2002b.
12. _____. Ministério da Saúde. **Política nacional de humanização**. Brasília: Editora MS, 2004a.
13. _____. Ministério da Saúde. **Clínica ampliada**. Brasília: Editora MS, 2004b.
14. _____. Ministério da Saúde. **Política nacional de educação permanente**. Brasília: Editora MS, 2004c.
15. _____. Ministério da Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Editora MS, 2005.
16. _____. Ministério da Saúde. Resolução 196. **Diretrizes e normas técnicas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília: Editora MS, 1996.
17. CARVALHO, S.R. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de promoção da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.20, n.4, p.1088-1095, jul./ago. 2004.

18. CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O Quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Revista Interface: Comunicação, Saúde, Educação**. São Paulo, v.14, n.1, p.41-65. 2004.
19. _____. **Frágeis deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.
20. DESLANDES, S. F. A Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar, São Paulo, Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.9, n.1, p.7-14. 2004.
21. DESLANDES S. F. et al. Diagnostic characterization of services providing care to victims of accidents and violence in five Brazilian state capitals. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.11, n.2, p.385-396, set./dez. 2006.
22. HAMMERSLEY, M; ATKINSON, P. **Etnografia: métodos de investigación**. 1. ed. Buenos Aires: Ediciones Paidó, 1994.
23. HOGA, L. A. K. A dimensão subjetiva do profissional na humanização da assistência à saúde: uma reflexão. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v.38, n.1, p.13-20, 2004.
24. L'ABBATE, S. Educação e serviços de saúde: avaliando a capacitação dos profissionais. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.15, n.2, p.15-27. 1999.
25. LATHAM, N. K. et al. Pattern of function change during rehabilitation of patients with hip fracture. **Archives of physical medicine and rehabilitation**. Estados Unidos, v.87, n.1, p.111-116, jan. 2006.
26. MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.
27. MACLEOD, M. et al. To what are carers involved in the care and rehabilitation of patients with hip fracture? **Disability and rehabilitation: an international, multidisciplinary journal**. Estados Unidos, v.27, n.18/19, p.1117-1122, set./out. 2005.
28. MORAES, S. A.; FREITAS, N. A. B., MENDES, E. C. Protocolo fisioterápico para prevenção das complicações funcionais do paciente portador de fixador externo de Ilizarov em membro inferior. **Reabilitar**. São Paulo, v.5, n.18, p.4-

- 10, jan./mar. 2003.
- 29.OMS. Organização Mundial da Saúde. **Lesiones por accidents de tráfico**. Disponível em: <<http://www.transito.bvs.br>>. Acesso: 12 mar. 2006.
- 30.OMS. Organização Mundial da Saúde. **World report on road traffic injury prevention**. Geneva, 2004.
- 31.PEREIRA, M. G. A.; AZEVÊDO, E. S. A relação médico-paciente em Rio Branco/AC sob a ótica dos pacientes. **Revista da Associação Médica Brasileira**. São Paulo, v.51, n.3, p.153-157. 2005.
- 32.QUEIROZ, M. S.; OLIVEIRA, P. C. P. Acidentes de trânsito: uma visão qualitativa no município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.18, n.5, p.1179-1187, set./out. 2002.
- 33._____. Acidentes de trânsito: uma análise a partir das perspectivas das vítimas em Campinas. **Psicologia & Sociedade**. Rio Grande do Sul, v.15, n.2, p.101-123, jul./dez. 2003.
- 34.SAAD, I. A. B.; ZAMBON, L. Variáveis clínicas de risco pré-operatório. **Revista da Associação Médica Brasileira**. Lugar, v.47, n.12, p.117-124, abr./jun. 2001.
- 35.SALTER E.; STALLARD P. Young people's experience of emergency medical services as road traffic accident victims: a pilot qualitative study. **Journal Child Health Care**. Arabia Saudita, v.8, n.4, p.301-11, dez. 2004.
- 36.SAUPE, R. et al. Competence of health professionals for interdisciplinary work. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**. São Paulo, v.9, n.18, p.521-536, set./dez. 2005.
- 37.SÍCOLI, J. L.; NASCIMENTO, P. R. Health promotion: concepts, principles and practice. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**. São Paulo, v.7, n.12, p.91-112. 2003.
- 38.TESSER, C. D. Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**. São Paulo, v.10, n.19, p.61-76, jan./jun. 2006.
- 39.YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS (reflexões conclusivas)

Retomando as inquietações do estudo sobre como estão sendo concebidas e reproduzidas as orientações educativas para o cidadão vitimado no trânsito, durante a hospitalização-reabilitação, circunscritas em um hospital de emergência, pela equipe de saúde, o estudo traz algumas ponderações.

Os discursos da equipe de saúde demonstraram que está em elaboração a perspectiva visão ampliada de orientação educativa, que vai no alcance da Promoção da Saúde. Ao externar a primazia do caráter preventivo em detrimento da dimensão promotora de saúde, no entanto, essa equipe recria um hiato na operacionalização de um cuidado integral e eqüitativo ao vitimado do trânsito, comprometendo seu papel, ativo e mediador, junto a este paciente, que é também vítima (às vezes co-autor) de uma das facetas da violência – o acidente de trânsito.

Desse modo, a assistência dos profissionais de saúde ainda se encontra permeada de contradições, vislumbrando a necessidade de reorientação desta prática subsumida pela formação acadêmica centrada nos pilares da integralidade e interdisciplinaridade. Desse modo, uma formação acadêmica comprometida com a consolidação do modelo vigente de atenção à saúde possibilita a devolução, para a sociedade, de profissionais empenhados em transformar a realidade sanitária brasileira, ou seja, contribuir com a efetivação dos princípios filosóficos e operacionais do Sistema Único de Saúde.

A percepção inadequada do indivíduo vítima de acidente de trânsito em relação a sua co-responsabilidade na gênese desse tipo de violência, que se configura num processo de adoecimento, temporário ou permanente, com níveis crescentes de complexidade (individual, familiar, social), é verbalizada como impotência, medo e insegurança. Estes sentimentos se mesclam com a incerteza do prognóstico e das possibilidades de voltar a desenvolver atividades inerentes ao cotidiano.

O desconhecimento ou o conhecimento inadequado desse conjunto, paciente e equipe de saúde, pode originar barreiras à minimização de seqüelas (neste estudo, musculoesqueléticas), quando não há uma terapêutica dialógica, sensível e com a criação e recriação de vínculos e parcerias.

Desse modo, as orientações educativas no contexto da hospitalização-

reabilitação encontram-se em decurso da elaboração de forma fragmentada, orientada pelas visões de mundo de cada profissional, deparando-se com as limitações pessoais, estruturais, culturais, organizacionais. Estas limitações interferem na qualidade do atendimento, na comunicação entre pacientes e profissionais, além de que dificultam o gerenciamento do autocuidado, pelo paciente, relativamente a sua condição de adoecimento.

Finalizando, o exercício interdisciplinar mediado pela Educação e Promoção da Saúde, na equipe de saúde nos serviços de urgência e emergência, propicia a recriação de um ambiente necessário para o estabelecimento de vínculos alicerçados pelos valores da vida, solidariedade, equidade, democracia e cidadania.

REFERÊNCIAS

1. ADORNO, R. C. F. **Educação em saúde, conjuntura política e violência no trânsito: o caso da Cidade de São Paulo.** **Cadernos de Saúde Pública.** São Paulo: (s.d.). 1989. Disponível em: <<http://www.bireme.br>>. Acesso: 19 mai. 2006.
2. AITKEN, M. E. et al. All-terrain vehicle injury in children: strategies for prevention. **Injury Prevention.** Estados Unidos, v. 10, n. 5, p. 306-307. 2004. Disponível em: <<http://www.bireme.br>>. Acesso: 19 mai. 2006.
3. BARROSO, G. T.; VIEIRA, N. F. C.; VARELA, Z. M. V. **Educação em saúde: no contexto da promoção humana.** Fortaleza: Edições Demócrito Rocha, 2003.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução 196. **Diretrizes e normas técnicas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.** Brasília: Editora MS, 1996.
5. _____. Ministério da Saúde. **Política nacional para redução de morbimortalidade por acidentes e violências.** Brasília: Editora MS, 2002a.
6. _____. Ministério da Saúde. **As cartas da promoção da saúde.** Brasília: Editora MS, 2002b.
7. _____. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção em traumatologia ortopédia de alta complexidade.** Brasília: Editora MS, 2004a.
8. _____. Ministério da Saúde. **Política nacional de humanização.** Brasília: Editora MS, 2004b.
9. _____. Ministério da Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros.** Brasília: Editora MS, 2005.
10. BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Revista de Ciência e Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, abr. 2000.
11. CANDEIAS, N. M. F. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e organizacionais. **Revista de Saúde Pública.** São Paulo, v. 32, n. 2, p. 209-213, abr. 1997.

12. CARVALHO, S. R. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de promoção da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1088-1095, jul./ago. 2004.
13. CONTO, F. et al. Levantamento epidemiológico das fraturas de face no hospital São Vicente de Paulo, Passo Fundo, RS. **Revista da Faculdade Odontológica da Universidade de Passo Fundo**. Rio Grande do Sul, v. 8, n. 2, p. 80-84, jul. 2003. Disponível em: <<http://www.bireme.br>>. Acesso: 19 mai. 2006.
14. CRANDON, I. W.; CARPENTER, R. A.; MCDONALD, A. H. Resultados del tratamiento de 588 pacientes con trauma múltiple. **West Indian Medicine Journal**. Índia, v. 43, n. 4, p. 117-120, dez. 1994. Disponível em: <<http://www.bireme.br>>. Acesso: 19 mai. 2006.
15. CZERINA, D; FREITAS, C. M. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.
16. DESLANDES, S. F. **Promoção frágeis deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.
17. DETRAN. Departamento Estadual de Trânsito do Ceará. **Índice de acidentes 1995-2005**. Disponível em: <<http://www.detran.ce.gov.br>>. Acesso: 15 set. 2005.
18. FRIEDLAN, J. F.; DAWSON D. R. Resultados del tratamiento de 588 pacientes con trauma múltiple. **J Nerv Ment Dis**. v. 189, n. 7, p. 426-434, jul. 2001. Disponível em: <<http://www.bireme.br>>. Acesso: 19 mai. 2006.
19. GABRIEL, M. R. S.; PETIT, J. D.; CARRIL, G. D. **Fisioterapia em traumatologia ortopedia e reumatologia**. Rio de Janeiro: Editora Revinter, 2001.
20. GROSS, R. S. et al. Resultados del tratamiento de 588 pacientes con trauma múltiple. **Revista Médica do Chile**. Chile, v. 143, n. 4, p. 117-120. 1998. Disponível em: <<http://www.bireme.br>>. Acesso: 19 mai. 2006.
21. L'ABBATE, S. Educação e serviços de saúde: avaliando a capacitação dos profissionais. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 15-27, jul./ago. 1999.
22. LIBERMAN, M.; MULDER, D. S.; SAMPALIS, J. S. Increasing volume of

- patients at level I trauma centres: is there a need for triage modification in elderly patients with injuries of low severity? **Canada Journal Surgery**. Canadá, v. 46, n. 6, p. 446-452, dez. 2003.
23. MARÍN, L.; QUEIROZ, M. S. A atualidade dos acidentes de trânsito na era da velocidade: uma revisão geral. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 7-21, jan./mar. 2000.
24. MELLO-JORGE, M. H. P.; KOIZUMI, M. S. Gastos governamentais do SUS com internações hospitalares por causas externas: análise no Estado de São Paulo, 2000. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. São Paulo, v. 7, n. 2, p. 228-238. 2004.
25. OMS. Organização Mundial da Saúde. **Lesiones por accidents de tráfico**. Disponível em: <<http://www.transito.bvs.br>>. Acesso: 12 mar. 2006.
26. OMS. Organização Mundial da Saúde. **International classification of impairments, disabilities, and handicaps: a manual of classification relating to the consequences of disease**. Geneva, 1993.
27. OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Discurso de Horácio Toro, Representante OPAS/OMS, na Caminhada do Dia Mundial da Saúde**. Disponível em: <<http://www.transito.bvs.br>>. Acesso: 12 mar. 2006.
28. PORTAL DO TRÂNSITO. **Acidentes de trânsito: causa de acidentes**. Disponível em: <<http://www.transito.com.br>>. Acesso em: 20 set. 2005.
29. PRYOR, J. A.; WEBBER, B. A. **Fisioterapia para problemas respiratórios e cardíacos**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.
30. RASHEED, U. et al. Improving trauma care in Trinidad and Tobago. **West Indian Medicine**. Índia, v. 43, n. 2, p. 36-38, jun. 1994.
31. REZENDE, M. S.; KRAETHER NETO, L.; KOEPP, J. O perfil das vítimas de trauma atendidas na esfera hospitalar no município de Santa Cruz do Sul: Rio Grande do Sul. **Nursing**. Rio de Janeiro, v. 5, n. 55, p. 18-22, dez. 2002. Disponível em: <<http://www.bireme.br>>. Acesso: 19 mai. 2006.
32. SCHMUKLE V. et al. Content and efficacy of remedial interventions with drinking and driving offenders. **Review Medicine Suisse**. Suíça, v. 1, n. 26, p. 1717-1720, jun. 2005. Disponível em: <<http://www.bireme.br>>. Acesso: 19 mai. 2006.

33. SURIYAWONGPAISAL, P. et al. Application of 0.05 per cent legal blood alcohol limits to traffic injury control in Bangkok. **Journal Medicine Association Thailand**. Tailândia, v. 84, n. 4, p. 496-501, abril. 2002. Disponível em: <<http://www.bireme.br>>. Acesso: 19 mai. 2006.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO

Pelo presente instrumento, que atende às exigências legais, o Sr. _____, coordenador das Unidades de Traumatologia - 13 e 21 do Hospital Instituto Dr. José Frota (IJF), após ter tomado conhecimento do protocolo de pesquisa *Orientações educativas ao acidentado no trânsito no contexto da hospitalização-reabilitação*, que tem por objetivo investigar o sentimento de vitimados no trânsito a se perceberem acidentados necessitando de hospitalização-reabilitação, investigar as percepções de vitimados no trânsito sobre as orientações educativas recebidas da equipe de saúde no âmbito da hospitalização-reabilitação, e buscar as concepções da equipe de saúde sobre orientações educativas ao vitimado no trânsito na minimização da instalação de seqüelas, em um hospital de emergência, vem, na melhor forma de direito, autorizar o acesso aos prontuários, sendo permitida a coleta de dados que se encontram sob sua total responsabilidade.

Fica claro que o Sr. _____ pode a qualquer momento retirar sua autorização e que fica ciente de que todas as informações prestadas se tornarão confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional.

Fortaleza, _____ de _____ de 2006.

Assinatura do Fiel Depositário

Assinatura do Pesquisador Responsável

Na necessidade de aclarar qualquer dúvida, poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável, pelo telefone: 3477 -3280 - Érika Porto Xavier.

APÊNDICE B - IDENTIFICAÇÃO DOS PARTICIPANTES

1) Acidentado

Nome: _____

Idade: _____ Sexo: () M () F

Endereço: _____

Bairro: _____ Telefone: _____

Situação conjugal: _____

Religião: _____

Escolaridade: () não alfabetizado () 1º grau () 2º grau () superior

Profissão: _____

Renda familiar em torno de: () menos de um salário mínimo
() um salário mínimo
() mais de dois salários mínimos
() mais de cinco salários mínimos
() outros

Tipo de acidente: _____ Tipo de veículo: _____

() Condutor () Passageiro () Pedestre

Utilização de álcool: () Sim () Não

Tipo de fratura: _____

Quantidade de pessoas residentes no domicílio: _____

2) Profissional de saúde

Nome: _____

Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino

Profissão: _____

Formação complementar: _____

Tempo de serviço: _____

Trabalha em outra instituição/serviço: _____

Conhecimento das políticas de saúde que discutem Acidentes/Violência: _____

APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA

1) Acidentado

- 1) Na sua visão, como é ser um “acidentado no trânsito”?
- 2) E como é para você estar hospitalizado?
- 3) Na sua opinião, como percebe seu atendimento/tratamento?
- 4) Durante este período de hospitalização-reabilitação, diga as orientações (educativas) que recebeu da equipe de saúde para não ficar defeituoso (seqüelado).
- 5) Relate quais as orientações que gostaria de receber para apressar seu tratamento e evitar a instalação das seqüelas (defeitos)?

2) Profissional de saúde

- 1) Descreva sua concepção a cerca de orientações educativas.
- 2) Descreva as orientações (educativas) que oferece aos pacientes vítimas de acidentes de trânsito para evitar a instalação das seqüelas.
- 3) Na sua percepção, como deve ser a hospitalização-reabilitação de um acidentado no trânsito portador de trauma musculoesquelético?
- 4) Como é o seu trabalho junto à equipe de saúde?

APÊNDICE D - CARTA DE INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE

Eu Érika Porto Xavier portadora de RG 96002642900 aluna do Curso de Mestrado em Educação em Saúde da Universidade de Fortaleza - UNIFOR, estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada: Orientações educativas ao acidentado no trânsito no contexto da hospitalização-reabilitação. O estudo tem como objetivos:

- Investigar o sentimento de vitimados no trânsito a se perceberem acidentados necessitando de hospitalização-reabilitação.
- Investigar as percepções de vitimados no trânsito sobre as orientações educativas recebidas da equipe de saúde no âmbito da hospitalização-reabilitação.
- Buscar as concepções da equipe de saúde sobre orientações educativas ao vitimado no trânsito na minimização da instalação de seqüelas, em um hospital de emergência.

Informo que, antes e durante a pesquisa, o Sr.(^a) será esclarecido de que não haverá riscos ou desconforto durante a realização dos procedimentos da pesquisa; poderá recusar-se a participar ou se retirar-se da pesquisa em qualquer fase, sem nenhum tipo de problema, bem como o Sr. (a) não terá prejuízo na sua atividade profissional e financeira. A pesquisadora garante que prestará esclarecimentos a qualquer momento da pesquisa. O segredo das informações e o seu anonimato são garantias deste estudo.

Importante é esclarecer que a sua participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Em caso de dúvida quanto aos seus direitos, escreva para o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos - COÉTICA/UNIFOR. Endereço: Av. Washington Soares, 1321. CEP: 60.811-905 - Fortaleza - Ceará ou coetica@unifor.br. Sendo necessário, contate com a pesquisadora responsável.

Érika Porto Xavier

Endereço: Av. Washington Soares, 1321 Fone: 3477 -3280

CEP: 60.811-905 - Fortaleza - Ceará.

Participante

Pesquisadora

APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr. (a) _____ portador (a) da cédula de identidade _____, após leitura minuciosa da CARTA DE INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE, devidamente explicada pela pesquisadora em seus detalhes, ciente do tipo de participação neste estudo, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO, concordando em participar da pesquisa proposta.

Assim estou ciente dos meus direitos, abaixo relacionados, como tendo:

- a garantia de receber informações gerais sobre o significado, justificativa, objetivos e os procedimentos que serão utilizados na pesquisa, bem como o esclarecimento e orientação a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa.
- a liberdade de retirar o meu consentimento a qualquer momento e/ou deixar de participar deste estudo, sem que isto traga nenhum tipo de penalidade.
- a segurança de que não serei identificado e que serão mantidos sigilo e o caráter confidencial da informação prestada.
- a garantia da não-existência de danos e riscos a minha pessoa.
- a garantia de que não terei gastos financeiros durante a pesquisa. Portanto, declaro o meu consentimento de usar as respostas gravadas em fita K-7, para esta pesquisa, podendo torná-las públicas. Concordo em participar desta pesquisa, levando em consideração todos os elementos acima mencionados.

Reafirmo que resta claro que o participante e/ou seu representante legal pode a qualquer momento retirar seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO e deixar de participar desta pesquisa e ciente de que todas as informações prestadas se tornam confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional.

E, por estarem de acordo, assinam o presente termo.

Fortaleza-CE, _____ de _____ de _____ .

Participante ou Representante Legal

Pesquisadora

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)