

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

KELIENNY DE MENESES SOUSA

AVALIAÇÃO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO FÍSICA PARA
VÍTIMAS DE ACIDENTES DE TRÂNSITO: CAMINHOS PARA MELHORIA DA
QUALIDADE DO SISTEMA DE SAÚDE

NATAL/RN

2015

KELIENNY DE MENESES SOUSA

AVALIAÇÃO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO FÍSICA PARA
VÍTIMAS DE ACIDENTES DE TRÂNSITO: CAMINHOS PARA MELHORIA DA
QUALIDADE DO SISTEMA DE SAÚDE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Zenewton André da Silva Gama

NATAL/RN

2015

Catálogo na Fonte. UFRN/ Departamento de Odontologia
Biblioteca Setorial de Odontologia “Profº Alberto Moreira Campos”.

Sousa, Kelienny de Meneses.

Avaliação do acesso aos serviços de reabilitação física para vítimas de acidentes de trânsito: caminhos para melhoria da qualidade do sistema de saúde / Kelienny de Meneses Sousa. – Natal, RN, 2015.
117 f. : il.

Orientador: Prof. Dr. Zenewton André da Silva Gama.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

1. Acidentes de trânsito – Dissertação. 2. Medicina física e a reabilitação – Dissertação. 3. Qualidade da assistência à saúde – Dissertação. 4. Acesso aos serviços de saúde – Dissertação. I. Gama, Zenewton André da Silva. II. Título.

KELIENNY DE MENESES SOUSA

AVALIAÇÃO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO FÍSICA PARA
VÍTIMAS DE ACIDENTES DE TRÂNSITO: CAMINHOS PARA MELHORIA DA
QUALIDADE DO SISTEMA DE SAÚDE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovada em: __/__/__

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Zenewton André da Silva Gama
Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Orientador

Prof. Dr. Antônio Medeiros Junior
Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Membro Interno

Prof. Dra. Claudia Maria de Rezende Travassos
Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro/RJ
Membro Externo

Prof. Dr. Francesc Medina Mirapeix
Universidade de Murcia, Espanha
Membro Externo

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a Deus pela infinita proteção e desígnios. Obrigada, Meu Senhor, pela constante fidelidade e por ter me presenteado com Sua terna Mãe, minha amável intercessora.

Aos meus pais, irmãos e sobrinhos, que sempre viram o melhor que havia em mim, me fazendo acreditar que eu poderia alcançar meus maiores sonhos. Obrigada por vocês existirem!

Ao meu noivo, verdadeiro tesouro concedido por Deus, com quem amo partilhar a vida e a felicidade plena de um amor recíproco, amo amar você!

AGRADECIMENTOS

A Deus, por Sua imensa fidelidade e por ter me permitido concluir mais essa etapa na minha vida. À Nossa Senhora, minha mãe sempre tão próxima, que me ensina, a cada dia, como melhor agradar o seu amabilíssimo Filho e que me motiva a buscar as suas virtudes.

Aos meus pais, sempre tão amorosos, leais e companheiros, que se esforçam incansavelmente para me ver feliz. Vocês são minha maior referência e incentivo para seguir adiante e jamais desistir. Por vocês, quero alçar os melhores voos, para que eu possa orgulhá-los por cada vitória alcançada.

A Mirni Freitas e sua família que, ao longo do tempo, estiveram bem próximos, torcendo para que eu alcançasse cada vitória e vibrando em cada conquista. Tudo o que vocês significam para mim não tem preço. Amo-os muito.

Ao meu orientador Zenewton Gama que, não obstante as inúmeras atribuições a ele confiadas, aceitou o desafio de orientar esse trabalho com competência e sabedoria e que acima de tudo mostrou-se como um amigo companheiro e humano. Minha gratidão.

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSCOL), por me oportunizar o mestrado e imenso aprendizado e à CAPES, pelo fomento desta pesquisa.

À professora Claudia Travassos (Fundação Oswaldo Cruz/RJ) e ao professor Francesc Mediana (Universidade de Murcia, Espanha), por aceitarem avaliar esse trabalho e por contribuírem de forma tão direta no seu aprofundamento teórico. Definitivamente, a luta de vocês em defesa do direito a saúde e à reabilitação foi inspiradora para mim. A vocês, o agradecimento de uma eterna admiradora.

Aos professores da UFRN, em especial, Grasiela Piuvezam, Oswaldo Montenegro, João Medeiros e Túlio Oliveira, pela contribuição na análise dos resultados qualitativos e revisão da dissertação. Às professoras Maria do Céu (Universidade de Évora, Portugal) e Maria do Rosário Dias (USP) por seus cursos de inverno sobre análise qualitativa (Alceste) e quantitativa (regressão múltipla), conhecimentos cruciais para análise e discussão deste estudo.

A todos os meus amigos e colegas do PPGSCOL, em especial, a Wagner, Juliana Gonçalves, Natália, Angélica, Andiará, Anderson, Marcos André, Hugo Varela, Rosires, Paola Costa, Wilma e Irma Lúcia. Vocês foram fundamentais e significantes em cada etapa de construção deste sonho. Cada um, com sua personalidade, interferiu em minha forma de ver a vida e a pós-graduação, tenho muito orgulho e gratidão a vocês.

Aos alunos de graduação Emanuel e Laiza, por terem contribuído diretamente para a efetivação deste sonho e pelo apoio e responsabilidade no trabalho junto aos participantes da

pesquisa. A amizade e a dedicação de vocês me fizeram amadurecer muito neste processo, muito obrigada.

À minha madrinha Katiuscia, uma verdadeira mãe que Deus e Nossa Senhora me presentearam, muito obrigada pelo ombro que diversas vezes me emprestou nos momentos difíceis da minha vida, pela palavra confortante e evangelizadora. Te agradeço ainda pela revisão ortográfica desse trabalho e por me presentear sua família aqui em Natal, principalmente, Vó Lourdes e Anunciada. Sou muito agraciada por tê-la como madrinha, sua vida e testemunho edificam minha forma de ser humana e cristã.

A todos da Missão Adorai e as crianças que Deus me confiou evangelizar, a gratidão sincera de quem sempre irá precisar dos seus conselhos e sorrisos. Em vocês, pude encontrar outras mães, pais e irmãos. Vocês me ensinaram a viver a verdadeira vida cristã e a me doar sempre mais àqueles que o Senhor coloca em meu caminho.

Aos profissionais e usuários entrevistados, pela disposição em fornecer as informações desse estudo, indispensáveis para sua concretização. Obrigada pelo crescimento que me proporcionaram, tanto profissional quanto pessoal, obtido a partir de suas histórias de vida e profissão.

E, por fim, a todos que direta ou indiretamente me ajudaram, que sonharam comigo e que confiaram em mim. Sem dúvida, a oração e a colaboração de cada um foram essenciais para a realização de mais esse sonho.

EPÍGRAFE

Nas asas do Senhor (Eros Biondini)

“Sei que os que confiam no Senhor

Revigoram suas forças, suas forças se renovam

Posso até cair ou vacilar, mas consigo levantar

Pois recebo d'Ele asas

E como águia, me preparo pra voar.

Eu posso ir muito além de onde estou

Vou nas asas do Senhor

O Teu amor é o que me conduz

Posso voar e subir sem me cansar

Ir pra frente sem me fatigar

Vou com asas, como águia

Pois confio no Senhor!

Que me dá forças pra ser um vencedor

Nas asas do Senhor

Vou voar! Voar!”

Todos nós podemos cair, não somos diferentes nas quedas nem nos pecados. A diferença no ser humano está na confiança no Senhor, porque cair, todos nós caímos, mas levantar é para aquele que confia no Senhor. Ele mesmo nos dá asas, renova nossas forças e nos envia o

Espírito Santo.

RESUMO

Os serviços de Reabilitação Física (RF) têm importância fundamental no enfrentamento da epidemia global dos Acidentes de Trânsito (AT). Considerando as inúmeras sequelas físicas e sociais dos sobreviventes, problemas de qualidade no acesso à RF constituem um agravamento à recuperação das vítimas. Faz-se necessário implementar a gestão da qualidade destes serviços, avaliando dimensões prioritárias e intervindo nos seus fatores determinantes, a fim de garantir RF disponível em tempo e condições oportunas. Objetivou-se identificar barreiras de acesso à RF considerando a percepção das vítimas de AT e dos profissionais de saúde, bem como estimar o acesso à RF e seus fatores associados. Trata-se de uma pesquisa quali-quantitativa de natureza exploratória desenvolvida em Natal/RN com entrevistas semiestruturadas a 19 profissionais de saúde e de inquérito telefônico a 155 vítimas de AT. Para explorar as barreiras de acesso os discursos foram transcritos e analisados com o software Alceste, versão 4.9. Durante as entrevistas utilizou-se a seguinte pergunta norteadora: *“Que barreiras dificultam ou impedem o acesso à reabilitação física para vítimas de acidentes de trânsito?”*. A denominação das classes e eixos resultantes do Alceste foi realizada por consulta *ad hoc* a três pesquisadores externos com posterior consenso da denominação mais representativa. Realizou-se análise multivariada da influência das variáveis do acidente, sociodemográficas, clínicas e assistenciais sobre o acesso à RF. As associações que apresentaram $p < 0,20$ na análise bivariada foram submetidas à regressão logística, passo a passo, com $p < 0,05$ e Intervalo de Confiança (IC) de 95%. As principais barreiras identificadas foram: “Regulação burocrática do acesso”, “Demora para o acesso”, “Não encaminhamento pós-cirurgia” e “Ineficiência dos serviços públicos”. Essas barreiras foram distribuídas em um modelo teórico construído a partir do diagrama de causa-efeito, no qual se observou que o acesso insuficiente à RF é produto das causas associadas à estrutura organizacional, processos de trabalho, profissionais e usuários. Construíram-se dois modelos de regressão: “Acesso geral à RF” e “Acesso ao serviço público de RF”. Obtiveram acesso à RF 51,6% dos usuários, sendo 32,9% na rede pública e 17,9% no serviço privado. O modelo de regressão “Acesso Geral à RF” foi composto pelas variáveis “Renda Familiar” (OR: 3,7), “Trabalhador informal” (OR: 0,11), “Desempregado” (OR: 0,15), “Necessidade percebida de RF” (OR: 10,0) e “Encaminhamento para RF” (OR: 27,5). O modelo “Acesso à RF no serviço público” foi representado pelo “Encaminhamento para RF” (OR: 23,0) e “Plano Privado de Saúde” (OR: 0,07). Apesar da conhecida influência dos determinantes sociais sobre o acesso aos serviços de saúde, situação de difícil controle pela gestão pública, este estudo encontrou que os processos organizativos e burocráticos estabelecidos na assistência em saúde

determinam sobremaneira o acesso à RF. As falhas no acesso sinalizam a importância do problema, e os fatores associados apontam para intervenções na gestão do cuidado integral, a fim de melhorar a qualidade e o acesso à reabilitação física e evitar prolongamento desnecessário do sofrimento dos sobreviventes da epidemia de AT.

Palavras-chave: Acidentes de Trânsito. Medicina Física e Reabilitação. Qualidade da Assistência à Saúde. Acesso aos Serviços de Saúde.

ABSTRACT

The Physical Rehabilitation services (PR) are of fundamental importance in combating the global epidemic of Traffic Accidents (TA). Considering the numerous physical and social consequences of the survivors, quality problems in access to PR are a hazard to recovery of victims. It is necessary to improve the management of quality of services, assessing priority dimensions and intervening in their causes, to ensure rehabilitation available in time and suitable conditions. This study aimed to identify barriers to access to rehabilitation considering the perception of TA victims and professionals. The aim is also to estimate the access to rehabilitation and their associated factors. This is a qualitative and quantitative study of exploratory nature developed in Natal / RN with semi-structured interviews with 19 health professionals and telephone survey to 155 victims of traffic accidents. To explore barriers to access the speeches were transcribed and analyzed using the Alceste software (version 4.9). During the interviews used the following guiding question: *“What barriers hinder or prevent access to physical rehabilitation for victims of traffic accidents?”*. The names of classes and axes resulting from Alceste was performed by ad hoc query to three external researchers with subsequent consensus of the most representative name of analysis. We conducted multivariate analysis of the influence of the variables of the accident, sociodemographic, clinical and assistance on access to rehabilitation. Associations with $p < 0.20$ in the bivariate analysis were submitted to logistic regression, step by step, with $p < 0.05$ and confidence interval (CI) of 95%. The main barriers identified were: “Bureaucratic regulation”, “Long time to start rehabilitation”, “No post-surgery referral” and “inefficiency of public services”. These barriers were divided into a theoretical model built from the cause-effect diagram, in which we observed that insufficient access to rehabilitation is the product of causes related to organizational structure, work processes, professional and patients. Was constructed two logistic regression models: “General access to rehabilitation” and “Access to rehabilitation to public service”. 51.6% of patients had access to rehabilitation, and 32.9% in public and 17.9% in the private sector. The regression model “General access to rehabilitation” included the variables Income (OR:3.7), Informal Employment (OR:0.11), Unemployment (OR:0.15), Perceived Need for PR (OR:10) and Referral (OR: 27.5). The model “Access to rehabilitation in the public service” was represented by the “Referral to Public Service” (OR: 23.0) and “Private Health Plan” (OR: 0.07). Despite the known influence of social determinants on access to health services, a situation difficult to control by the public administration, this study found that the organizational and bureaucratic procedures established in health care greatly determine access

to rehabilitation. Access difficulties show the seriousness of the problem and the factors suggest the need for improvements in comprehensive care for TA survivors and avoid unnecessary prolongation of the suffering of the victims of this epidemic.

Keywords: Accidents, Traffic. Physical and Rehabilitation Medicine. Quality of Health Care. Health Services Accessibility.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Componentes e estruturação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.....	30
Figura 2 - Níveis do conceito de qualidade.....	32
Figura 3 - Modelo teórico para avaliação da assistência às vítimas de acidentes de trânsito.....	36
Figura 4 - Dendograma das classes sobre as barreiras de acesso - Grupo dos Profissionais (n=19), Natal –RN	55
Figura 5 - Fluxograma de seguimento da vítima de acidente de trânsito desde a alta hospitalar até admissão na reabilitação física, Natal – RN.....	61
Figura 6 - Dendograma das classes sobre as barreiras de acesso - Grupo dos Usuários (n=101), Natal - RN.....	63
Figura 7 - Diagrama de causa-efeito aplicado à análise do problema “não acesso à reabilitação física para vítimas de acidentes de trânsito”, Natal – RN.....	69
Figura 8 - Domínios para intervenções da qualidade dos sistemas de saúde e da reabilitação física.....	71
Figura 9 - Modelo de análise dos fatores determinantes do acesso à reabilitação física, Natal- RN.....	85

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Fórmulas para determinação do tamanho amostral da população de estudo, Natal – RN.....	43
Quadro 2 - Denominação dos eixos e classes do Alceste segundo consultoria <i>ad hoc</i> , Natal – RN.....	48
Quadro 3 - Principais barreiras de acesso à RF segundo profissionais e usuários, Natal – RN.....	68
Quadro 4 - Grupos de causas primárias e secundárias do não acesso à reabilitação física, Natal – RN.....	70

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização dos profissionais (n=19) quanto ao sexo, tempo de atuação no serviço, formação e nível de qualificação profissional, Natal – RN.....	51
Tabela 2 - Caracterização dos usuários do estudo qualitativo (n=101) quanto ao perfil sociodemográfico e do acidente, Natal – RN.....	53
Tabela 3 - Caracterização dos usuários do estudo quantitativo (n=155) quanto às variáveis sociodemográficas, do acidente, clínico-funcionais e da assistência clínica, Natal – RN.....	74
Tabela 4 - Estimativa do acesso e tempo de acesso à reabilitação física para vítimas de AT, Natal – RN.....	77
Tabela 5 - Estimativa do Acesso Geral e Público à RF por cada variável da análise bivariada (n = 155), Natal – RN.....	78
Tabela 6 - Modelos de regressão logística dos fatores associados ao acesso Geral e Público à RF (n=155), Natal – RN.....	80

LISTA DE SIGLAS

AB - Atenção Básica

ALCESTE - Analyse Lexicale par Contexted'un Esemble de Segments de Texte

AT - Acidentes de Trânsito

AVC - Acidente Vascular Cerebral

CEO - Centros de Especialidades Odontológicas

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CER - Centros Especializados em Reabilitação

CF - Constituição Federal

CID - Classificação Internacional de Doenças

CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

CR - Centro de Reabilitação

DS - Distritos Sanitários

DSS - Determinantes Sociais da Saúde

IC - Intervalo de Confiança

IOM - Instituto de Medicina dos Estados Unidos

MS - Ministério da Saúde

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS - Organização Mundial de Saúde

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PPGSCOL - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

PRAE - Programa de Remoção da Atenção Especializada

RAS - Redes de Atenção à Saúde

RBC - Reabilitação Baseada na Comunidade

RCPD - Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

RF - Reabilitação Física

RN - Rio Grande do Norte

RUE - Rede de Atenção às Urgências e Emergências

SAD - Serviços de Atenção Domiciliar

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

SUS - Sistema Único de Saúde

TCE - Traumatismo Crânio Encefálico

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS - Unidade Básica de Saúde

UFRN - Universidade Federal do Rio Grande do Norte

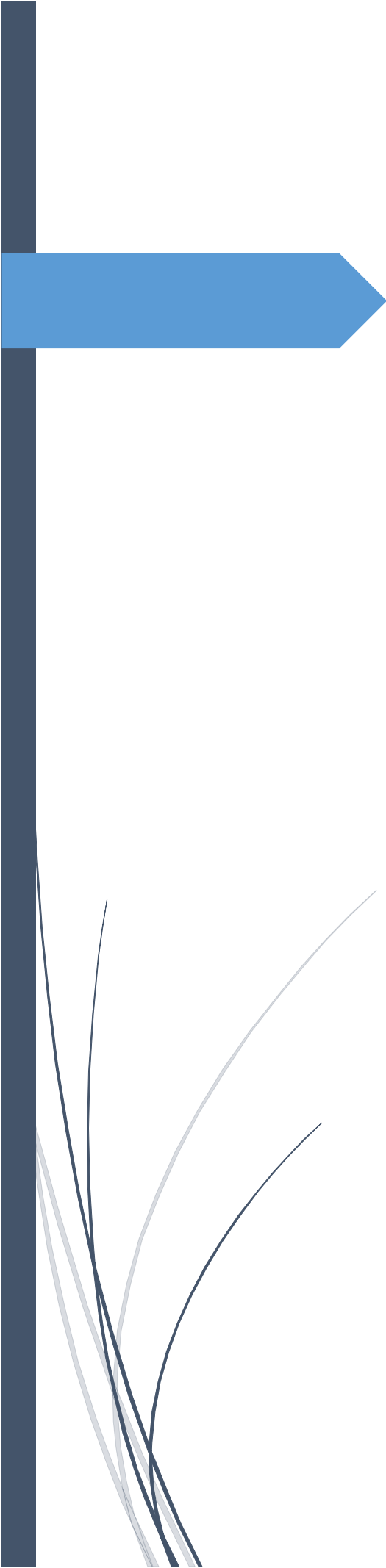
VIF - Fator de Inflação da Variância

WHO - *World Health Organization*

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	20
1.2	JUSTIFICATIVA	22
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	25
2.1	REPERCUSSÕES SANITARIAS DOS ACIDENTES DE TRÂNSITO.....	25
2.2	DEFINIÇÃO E CONTEXTUALIZAÇÃO DA REABILITAÇÃO FÍSICA NA CONJUNTURA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE.....	27
2.3	QUALIDADE EM SERVIÇOS DE SAÚDE E DE REABILITAÇÃO FÍSICA....	32
3	OBJETIVOS.....	39
3.1	OBJETIVO GERAL.....	39
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	39
4	METODOLOGIA.....	41
4.1	DESENHO E CONTEXTO DO ESTUDO.....	41
4.2	SUJEITOS DO ESTUDO.....	42
4.3	COLETA DE DADOS.....	43
4.4	ANÁLISE DE DADOS.....	45
4.5	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	46
5	RESULTADOS.....	48
5.1	RESULTADOS E DISCUSSÃO DO ESTUDO QUALITATIVO.....	48
5.1.1	Barreiras de acesso na perspectiva dos profissionais de saúde.....	54
5.1.2	Barreiras de acesso na perspectiva das vítimas de acidentes de trânsito.....	62
5.1.3	Consolidação das diferentes barreiras de acesso.....	66
5.2	RESULTADOS DO ESTUDO QUANTITATIVO.....	74
5.2.1	Características das vítimas de acidentes de trânsito.....	74
5.2.2	Nível de acesso aos serviços de reabilitação física.....	76
5.2.3	Fatores associados ao acesso aos serviços de reabilitação física.....	77
6	DISCUSSÃO DO ESTUDO QUANTITATIVO.....	82
6.1	CONTRIBUIÇÕES GERAIS E LIMITAÇÕES DO ESTUDO	82
6.2	A VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO TEM DIFICULDADE DE ACESSO À REABILITAÇÃO FÍSICA.....	82

6.3	FATORES MODIFICÁVEIS PARA MELHORIA DO ACESSO À REABILITAÇÃO FÍSICA.....	84
6.4	IMPLICAÇÕES PRÁTICAS PARA A GESTÃO DOS SERVIÇOS.....	87
6.5	GENERALIZAÇÃO E EXTRAPOLAÇÃO.....	88
6.6	RECOMENDAÇÕES SOBRE FUTUROS ESTUDOS.....	88
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	90
	REFERÊNCIAS.....	92
	APÊNDICES.....	103
	ANEXO.....	115



INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

A cada seis segundos, uma vida é perdida ou mutilada em Acidentes de Trânsito (AT) nas rodovias do mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010). Além das vítimas fatais, inúmeras outras sofrem lesões, muitas vezes, irreversíveis. As estimativas anuais da Organização Mundial de Saúde (OMS) de que 1,24 milhões de pessoas morrem e cerca de 20 a 50 milhões padecem de alguma deficiência em virtude dos AT denunciam este tipo de violência urbana como um dilema de saúde pública global (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013b).

Atualmente, as causas externas, entre elas os AT, constituem a terceira maior causa de óbito no Brasil (DATASUS, 2012; GAWRYSZEWSKI; KOIZUMI; DE MELLO-JORGE, 2004). A evolução histórica do aumento da taxa de mortalidade por AT é alarmante. Entre 1980 e 2012, morreram no País mais de um milhão de pessoas vítimas de AT, com aumento de 126,1% na taxa de mortalidade. Num panorama internacional, o país ocupou, em 2010, a quarta posição entre 101 nações com maiores taxas de mortalidade por AT (23,0 óbitos/100 mil habitantes) (WASELFISZ, 2013). Além disso, os traumas rodoviários constituem, na realidade brasileira, uma das principais causas de internações e produzem significativos custos hospitalares, perdas materiais, incapacidade para o trabalho e elevadas despesas previdenciárias (FEIJÓ; PORTELA, 2001; BOFF; LEITE; AZAMBUJA, 2002; BRASIL, 2005; IPEA; DENATRAN; ANTP, 2006).

A vítima de AT requer assistência à saúde integral, do tipo urgente, para salvar a vida, e de reabilitação, para o pleno restabelecimento clínico e funcional. O sobrevivente de AT costuma sofrer sequelas físicas, psicológicas e sociais. Fisicamente, restrições de mobilidade podem diminuir ou inibir totalmente sua funcionalidade e independência (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2011). Perda do emprego (BOFF; LEITE; AZAMBUJA, 2002), doenças psicossomáticas (GLINA et al., 2001) e isolamento social (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013b) são consequências individuais inter-relacionadas com os danos físicos que também têm repercussão coletiva.

No entanto, muitos sobreviventes dos AT enfrentam outro tipo de violência: a omissão do Estado (e dos sistemas de saúde) em assegurar o direito à saúde por meio da reabilitação. Privar as vítimas dos serviços de RF aumenta desnecessariamente a sua dor e sofrimento; agrava as consequências da lesão para a saúde; limita atividades e participação social; reduz a qualidade de vida; e aumenta gastos em serviços de saúde e previdenciários (FEIJÓ; PORTELA, 2001; BOFF; LEITE; AZAMBUJA, 2002; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL

DE SAÚDE, 2003; BRASIL, 2005; IPEA; DENATRAN; ANTP, 2006; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013b). Tais problemas são consistentes na literatura e evidenciam que o acesso a esses serviços é crucial para assegurar a igualdade de oportunidades e qualidade de vida dos sobreviventes.

O acesso constitui uma das dimensões prioritárias que caracterizam uma atenção de boa qualidade, sendo considerado o atributo principal dos sistemas de saúde que buscam a cobertura universal. A qualidade da assistência, segundo sua definição mais prevalente, a do Instituto de Medicina dos Estados Unidos (IOM), é “a prestação de serviços acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que considera os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do usuário” (INSTITUTE OF MEDICINE, 2001). Essa definição inclui, portanto, o acesso, compreendido como “o grau em que os cuidados apropriados são recebidos pela população de forma equitativa” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006).

Para Aday e Andersen (1974), o acesso implica que uma população de risco utilize os serviços de saúde em razões proporcionais e ajustadas às necessidades existentes (ADAY; ANDERSEN, 1974). O acesso e a equidade são dimensões populacionais do conceito de qualidade. Sua presença é prévia ao recebimento da atenção individual e possibilita outras dimensões-chave da qualidade (segurança, atenção centrada no usuário, efetividade e eficiência) (INSTITUTE OF MEDICINE, 2001; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006). Assim, o pior sistema de saúde é aquele que não garante sequer o acesso à população necessitada. Embora sejam diversos os conceitos de acesso, eles são insuficientes para abordar seu aspecto mensurável e operacional. Também são desproporcionais as atitudes para sua consecução, uma vez que ainda existem muitos cidadãos sem acesso a bons cuidados de saúde e de reabilitação.

Sabe-se que o determinante mais importante do acesso aos serviços de saúde é a disponibilidade ou a presença física de serviços, equipamentos e recursos humanos (TRAVASSOS; CASTRO, 2012); porém, isso não é suficiente. Estudos sobre o acesso a outros serviços de saúde apontam para barreiras culturais e emocionais, geográficas, financeiras, organizacionais e de informação (DUTTON, 1986; TRAVASSOS et al., 2000; MENDOZA-SASSI; BÉRIA; BARROS, 2003; TRAVASSOS; OLIVEIRA; VIACAVA, 2006; OLIVEIRA et al., 2011). A construção de um modelo teórico (DAVIDOFF et al., 2015) sobre os determinantes do acesso específico para esta epidemia que demanda serviços de reabilitação pode orientar formuladores de políticas de saúde e gestores para melhorar a qualidade da atenção às vítimas de AT.

A qualidade dos serviços de reabilitação física ainda é um tema pouco abordado na Saúde Pública, persistindo lacunas sobre o acesso e outras dimensões da qualidade neste âmbito. A assistência hospitalar (BRASIL, 2015) e atenção primária (BRASIL, 2011c) têm predominado nas iniciativas de avaliação em saúde, mas os poucos dados existentes sobre serviços de reabilitação física demonstram ineficácia e insuficiência destes serviços (DESLANDES et al., 2006; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011; LIMA et al., 2012). Esse é um dado preocupante quando se reflete sobre sua importância para o enfrentamento da pandemia dos acidentes de trânsito.

Considerando a frequência e a gravidade dos acidentes de trânsito para a saúde das populações e as recomendações internacionais de acesso universal e integral aos serviços de saúde, o presente trabalho objetivou avaliar o nível de acesso à RF para vítimas de AT, seus fatores associados e as possíveis barreiras existentes em uma cidade brasileira especialmente afetada pelo problema. A estimativa de acesso proporciona parâmetro para julgar a capacidade do sistema em atender a essa população, e os fatores associados, quando modificáveis, podem representar oportunidades de intervenção para melhoria da qualidade do sistema de saúde.

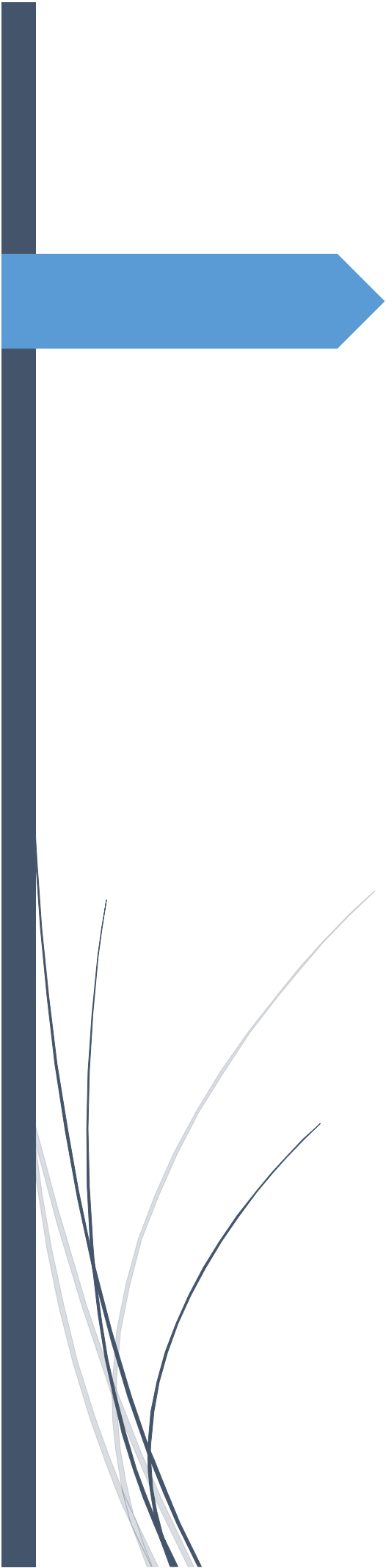
1.2 JUSTIFICATIVA

Contextualizando sua magnitude, a incidência dos acidentes rodoviários no Estado do Rio Grande do Norte (RN) tem crescido espantosamente, estando o município de Natal entre as capitais brasileiras com altos índices de morbimortalidade por causas externas. Quanto à mortalidade no trânsito, Natal/RN ocupou a sexagésima quinta (65ª) colocação dentre os duzentos municípios brasileiros com maior número de óbitos por acidentes de transporte em 2006, com uma taxa de mortalidade de 10,3, e de 13,7 por 100.000 habitantes em 2010 (WAISELFISZ, 2008). Esse mesmo tipo de estudo, publicado em 2013, apresentou a mortalidade na população jovem no RN de 27,7 óbitos por 100 mil habitantes, correspondendo a um crescimento de 121,1 % entre 1980 e 2011 (WAISELFISZ, 2013).

Mundialmente, inexistem estimativas precisas do número de lesões e deficiências oriundas dos AT (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2011). Não obstante o sub-registro relacionado aos dados de morbimortalidade por acidentes e violências no País (BARROS et al., 2003; BRASIL, 2005) também não foram identificadas estimativas nacionais da quantidade de deficiências decorrentes dos traumas rodoviários. Dados do Censo Demográfico 2010 (IBGE, 2010) apontam que 882.022 (27,84% do total do estado) cidadãos potiguares possuem pelo menos uma das deficiências investigadas (visual, auditiva, motora ou

mental). No que se refere a deficiência motora, esse quantitativo foi de 251.511 (aproximadamente 8% do total do estado). Embora seja desconhecido o fator desencadeante dessas perdas funcionais, especialmente as motoras, supõe-se que os AT ampliam ainda mais esse quantitativo geral, que é alarmante se o compararmos com o total da população na capital: 803.739 (IBGE, 2010).

Considerando-se a crescente mortalidade por AT no estado do RN e seu expressivo número de deficiências, espera-se que o presente estudo esclareça as repercussões atreladas a esse tipo de violência e auxilie a tomada de decisões para ampliar o acesso à reabilitação. Assim, um desafio que se ergue para as responsabilidades gestoras em saúde é compreender o universo das demandas dessa população com danos deixados pelos AT não só na esfera físico-funcional, mas quanto à sua qualidade de vida, independência e reinserção social e familiar.



REFERENCIAL TEÓRICO

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 REPERCUSSÕES SANITÁRIAS DOS ACIDENTES DE TRÂNSITO

O quadro atual da transição epidemiológica brasileira caracteriza-se pela mudança nos padrões de morte, morbidade e invalidez e pelas transformações demográficas, sociais e econômicas (SCHRAMM et al., 2004; OMRAN, 1971). Compondo este cenário, as causas externas (violências e acidentes) geram negativos impactos sobre a capacidade funcional e participação social do indivíduo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003; GAWRYSZEWSKI; KOIZUMI; DE MELLO-JORGE, 2004). Essa expressiva alteração no quadro de morbidades da população brasileira aumentou a visibilidade e o interesse acerca do impacto dos acidentes de trânsito sobre os indivíduos acometidos e suas repercussões para os serviços de saúde e para a sociedade atual (BRASIL, 2005).

Concernente ao crescimento econômico dos países em desenvolvimento, aumento da frota de transportes circulante e ao desarranjo entre rotas de tráfego e cumprimento das leis de trânsito, a “pandemia” dos acidentes rodoviários tem crescido de forma espantosa e assustadora, configurando-se, atualmente, como um grave problema de saúde pública (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013b).

Inserido no capítulo XX (Causas externas de morbidade e de mortalidade) da lista de Classificação Internacional de Doenças (CID-10), o acidente de trânsito (V01-V99) é compreendido como sendo “todo acidente com veículo ocorrido na via pública” (limite de dois terrenos utilizados para circulação de pessoas ou bens de um lugar para outro), acometendo o ocupante do veículo (condutor ou não) ou o pedestre (DATASUS, 2015). Sabe-se que as lesões oriundas dos traumas rodoviários incapacitam total ou parcialmente os sobreviventes, em sua grande maioria, jovens economicamente ativos, sendo a principal causa de morte entre jovens com idade de 15 a 29 anos (WASELFISZ, 2013).

O documento publicado pela OMS “*Global Status Report on Road Safety 2013*” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013b) reúne importantes informações sobre os AT em 182 países. Esse relatório concluiu que, apesar do incentivo das leis abrangentes para segurança rodoviária, ainda é inaceitável o número total de mortes no mundo por acidentes de trânsito (1,24 milhões de pessoas por ano), servindo como base para implantação da “Década para Segurança Viária 2011-2020” pela Assembleia Geral das Nações Unidas da” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004, 2013b)

Além disso, os traumatismos causados pelo trânsito foram colocados, recentemente, pela OMS entre os 10 principais fatos sobre o estado de saúde global (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014), haja vista que, a cada dia, morrem quase 3500 pessoas em todo mundo por razão dos acidentes de trânsito, sendo necessárias medidas enérgicas de implantação das práticas de segurança viária e de efetividade das leis de trânsito, a fim de se reduzir o aumento dos traumatismos e mortes (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013b).

Na publicação *“Traumatismos causados por el tránsito y discapacidad”*, em 2011 (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2011), a OMS ressalta a importância de se incorporar um enfoque multidimensional para o tratamento e reabilitação das pessoas afetadas pelos acidentes de trânsito. Além disso, enfatiza que as suas repercussões vão muito além da morte, englobando diversos fatores psicológicos, contextuais e culturais, restrições na funcionalidade e participação social (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2011). Esses fatores devem ser considerados centrais durante a construção e aplicação das políticas de saúde para essa parcela populacional.

Os sujeitos que sobrevivem aos acidentes rodoviários submetem-se aos atendimentos de urgência e emergência, internação hospitalar e, normalmente, são encaminhados para os serviços de reabilitação física (LIMA et al., 2012), onde permanecem em tratamento para recuperação funcional por tempo variado. No entanto, a oposição entre a elevada necessidade e baixa oferta destes serviços resulta num precário e iníquo acesso populacional aos programas de reabilitação (DESLANDES et al., 2006). Tal problema parece ter maior visibilidade com a instituição recente das Redes de Atenção à Saúde (RAS), principalmente a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2011b, 2012b).

A produção literária existente sobre a qualidade da reabilitação na Saúde Coletiva é insuficiente e não aborda a dificuldade dos serviços em responder às necessidades e expectativas das pessoas com deficiências advindas dos traumas rodoviários. Desse modo, faz-se necessário explorar as possibilidades e limites dos vigentes modelos assistenciais de reabilitação, bem como seus mecanismos de estruturação e consolidação (NALLIN, 1992; ALMEIDA, 2000; RIBEIRO et al., 2010).

Além disso, o direito à saúde garantido a todo cidadão brasileiro, tal como previsto na Constituição Federal (BRASIL, 1990), precisa ser mais peculiar ao se tratar do cidadão com alguma necessidade de assistência em reabilitação, quer em função de uma deficiência permanente quer por uma lesão temporária, visto que esta condição acaba por inviabilizá-lo, inclusive, na luta por seus direitos sociais e por uma assistência à saúde mais integral e

equânime. São necessárias então, medidas e ações em saúde mais específicas e que consigam abarcar o montante das sequelas não apenas físicas, mas sociais, psicológicas e laborais que acometem as vítimas de acidentes de trânsito.

2.2 DEFINIÇÃO E CONTEXTUALIZAÇÃO DA REABILITAÇÃO FÍSICA NA CONJUNTURA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE

As políticas públicas brasileiras têm sido marcadas, nos últimos anos, pela introdução do respeito aos direitos da pessoa com deficiência (temporária ou permanente), com importantes avanços em termos institucionais e legislativos através da produção e consumo de bens e valores sociais (BRASIL, 1989, 2004, 2008, 2011d, 2012b). Entretanto, a sociedade brasileira ainda sofre com o processo de exclusão social num contexto que, inversamente, gera contradições na inclusão social desse segmento populacional (MACIEL, 2000).

Antes de contextualizar o quadro atual de estruturação da reabilitação física brasileira para vítimas de acidentes de trânsito, faz-se necessária a conceituação prévia do seu termo, bem como seu processo de consolidação histórica.

A reabilitação pode ser entendida como um conjunto de procedimentos orientados para o “desenvolvimento de uma pessoa até o mais completo potencial físico, psicológico e social, compatível com seu comprometimento fisiológico, anatômico e limitações ambientais” (BRASIL, 2005, p.52). Em uma visão ampliada, o Ministério da Saúde define a reabilitação física como:

Serviços existentes no SUS que atuam com equipe multiprofissional, para cuidados de reabilitação, prevenção e orientação familiar e concessão de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção, com três níveis de complexidade. Trabalham com atividades individuais ou em grupo, incluindo avaliação, adequação e acompanhamento, desenvolvendo habilidades para a autonomia, independência e melhoria das condições de vida das pessoas com deficiência (BRASIL, 2009a).

Concentrada dentro da área médica, a reabilitação se desenvolve, normalmente, em complexos hospitalares, centros de saúde ou de reabilitação e possui como competências a avaliação dos problemas e necessidades, a definição do prognóstico, o planejamento e prescrição de tratamento, a prevenção de sequelas e o estímulo à recuperação e à integração socioprofissional (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

Além disso, preconiza-se que uma reabilitação adequada deve ser feita por uma equipe multiprofissional composta por: fisiatra, enfermeiro, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo e assistente social. Assim, abrange ações integradas diversas que ocorrem desde a saúde à educação, ao emprego, à segurança social, ao controle ambiental e ao lazer (BRASIL, 2012b).

Durante seu processo de construção, a reabilitação foi estruturada em dois modelos característicos: o Centro de Reabilitação (CR) e a Reabilitação Baseada na Comunidade (RBC). O primeiro, de origem na década de 50, constitui-se como modelo hegemônico de reabilitação no Brasil e caracteriza-se pela realização de ações médicas-especializadas e com o modo de produção nas ações assistenciais para pessoas com deficiência. O modelo RBC foi criado e recomendado pela OMS aos países em processo de desenvolvimento econômico, a partir da década de 80, constituído como uma crítica ao modelo CR. Caracterizou-se pela ampliação da cobertura assistencial de baixo custo, pela simplificação dos procedimentos e pela capacitação de recursos humanos locais, considerando a integração com a comunidade como centro de suas ações (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2004; NALLIN, 1992).

Conforme orienta a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência (BRASIL, 2008), o modelo da reabilitação pautado na comunidade está contemplado no nível da atenção básica, no qual a reabilitação deve ser ofertada para detectar, junto com a comunidade e suas lideranças, os problemas funcionais e a inclusão de pessoas com deficiências. Para fomentar a proposta de reabilitação integral, essa política também recomenda a estruturação da reabilitação no nível de atenção secundária (atenção ambulatorial especializada) e terciária (atenção ambulatorial e hospitalar especializada) (BRASIL, 2008).

No âmbito da saúde, as importantes mudanças na construção e consolidação do SUS desde sua regulamentação na Constituição Federal (CF) de 1988 não foram suficientes para transformar o cenário da reabilitação física brasileira. Este se constituiu, no passado, em um quadro de serviços característicos do setor privado e das organizações filantrópicas e pela dificuldade de acesso que impede a maior parcela dessa população de ter suas necessidades atendidas (NALLIN, 1992; CONILL et al., 2006; BRASIL, 2008).

Após a CF, vários instrumentos legais foram estabelecidos, regulamentando os direitos jurídicos do segmento populacional com deficiências. Neste contexto, a organização da assistência e da reabilitação ocorreu por meio da expedição de vários atos legais, tais como portarias, decretos, resoluções e instruções normativas para a regulamentação dessa assistência sob uma visão integral do sujeito, surgindo um modelo de assistência pautado na abordagem multidisciplinar e multiprofissional (BRASIL, 2008; RIBEIRO et al., 2010)

No cenário internacional, a trajetória histórica da reabilitação teve seguimento relevante com a aprovação pela Assembleia Mundial de Saúde da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), a qual se estrutura como um novo paradigma sob a ótica biopsicossocial do ser humano. A CIF traz a funcionalidade como um componente da saúde que engloba todas as funções do corpo e a capacidade do indivíduo de realizar atividades relevantes da rotina diária, bem como sua participação na sociedade (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003; FARIAS; BUCHALLA, 2005; ARAUJO, 2008). Essa foi a primeira iniciativa internacional de uniformizar e padronizar as classificações em reabilitação.

Outro importante documento publicado pela OMS e Banco Mundial, em 2011, foi o Relatório Mundial sobre a Deficiência, sob o título “*World Report on Disability*” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011). Esse pioneiro documento apresenta uma importante revisão sobre a reabilitação e reúne nove recomendações, baseadas em evidências científicas, para superar as barreiras que prejudicam o cuidado em saúde e em reabilitação das pessoas com deficiência física. São elas: permitir o acesso a todos os sistemas e serviços regulares; investir em programas e serviços específicos para pessoas com deficiência; adotar planos de ação nacionais sobre a deficiência; envolver as pessoas com deficiência; melhorar a capacidade dos recursos humanos; oferecer financiamento adequado e melhorar a acessibilidade econômica; aumentar a conscientização pública e o entendimento das deficiências; aumentar a base de dados sobre deficiência e; fortalecer e apoiar a pesquisa sobre deficiência. A implementação dessas recomendações demanda o envolvimento de diferentes setores (saúde, educação, proteção social, trabalho, habitação, etc.) e atores sociais (governos, sociedade civil, profissionais, pessoas com deficiência e o público em geral) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004, 2011; ALMEIDA, 2000).

Quanto às políticas nacionais de saúde, um avanço considerável para a reabilitação ocorreu com a promulgação do Decreto nº 7.612, de 2011, que instituiu o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limite) (BRASIL, 2011d) e, em seguida, a Portaria Ministerial nº 793 de 2012. Essa portaria estabeleceu a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, por meio da criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva ou estável; intermitente ou contínua (BRASIL, 2012b).

Com o surgimento da nova e atual portaria de reabilitação, o cuidado do paciente não será voltado apenas para a deficiência física, mas inclui as deficiências visual, auditiva, intelectual, ostomia e múltiplas deficiências, tendo como eixo central a construção do projeto

terapêutico singular. Esse projeto deve ser baseado em avaliações multidisciplinares das necessidades e capacidades das pessoas com deficiência, incluindo dispositivos e tecnologias assistivas, com foco na produção da autonomia e o máximo de independência em diferentes aspectos da vida (BRASIL, 2012b). Desta forma, a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) está organizada nos seguintes componentes:

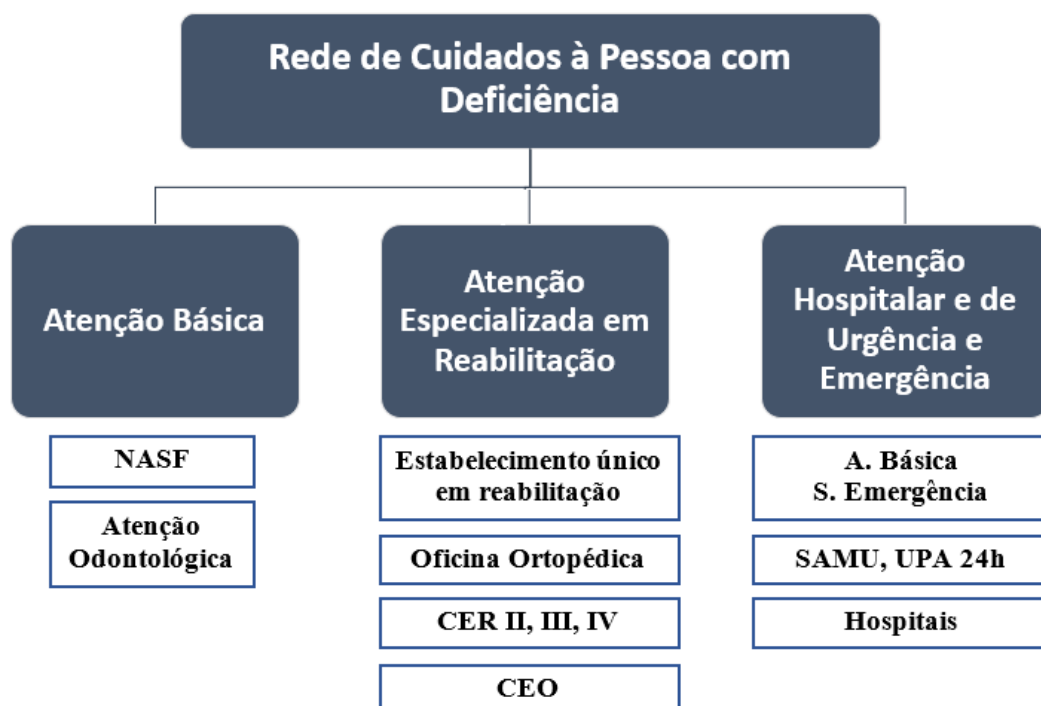
I - Atenção Básica, por meio Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), quando houver, e da atenção odontológica;

II - Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências, através dos seguintes pontos de atenção: estabelecimentos de saúde habilitados em apenas um Serviço de Reabilitação; Centros Especializados em Reabilitação (CER) e Centros de Especialidades Odontológicas (CEO); e

III - Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência.

Além dos CER's e dos CEO's, os pontos de atenção poderão contar com serviço de Oficina Ortopédica fixo ou itinerante. A Oficina Ortopédica constitui-se como “serviço de dispensação, de confecção, de adaptação e de manutenção de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção” (BRASIL, 2012b). Os componentes e a estruturação da RCPD podem ser visualizados no esquema seguinte:

Figura 1 - Componentes e estruturação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.



Fonte: Adaptado de Brasil, 2012b.

O CER é definido segundo o “Manual de Ambiência dos Centros Especializados em Reabilitação e das Oficinas Ortopédicas”, publicado 2013, como sendo um:

Ponto de atenção ambulatorial especializada em reabilitação que realiza diagnóstico, avaliação, orientação, estimulação precoce e atendimento especializado em reabilitação, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva (BRASIL, 2013a).

Poderá atuar em parceria com as instituições de ensino e pesquisa na inovação tecnológica em reabilitação e contará com o transporte sanitário para garantir o acesso da pessoa com deficiência aos pontos de atenção da rede (BRASIL, 2013a).

O reconhecimento pelo Ministério da Saúde da insuficiente oferta dos serviços de reabilitação e a nova estruturação da reabilitação física brasileira (BRASIL, 2005, 2008, 2012b) apontam para necessidade nacional de expandir o acesso ao tratamento reabilitador. Para discutir essa questão, tomamos como população-alvo neste estudo as pessoas acometidas por acidentes de trânsito, considerando os alarmantes índices do problema e a necessidade evidente de continuidade dos cuidados.

A reabilitação física para vítimas de AT na nação brasileira ganha visibilidade com a publicação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, pois apresenta como uma de suas diretrizes a estruturação e consolidação da assistência em reabilitação. Ao reconhecer o ônus que as causas externas trazem para a sociedade, principalmente, pela perda de anos de vida produtiva, essa política alerta sobre a importância da reabilitação no retorno do cidadão à força produtiva do País e também problematiza a baixa oferta de centros de reabilitação (BRASIL, 2005). No entanto, alguns estudos identificaram que a reabilitação constitui, justamente, a área de maior fragilidade para consolidação dessa política, seja pela sua desvalorização por parte dos gestores, seja pelo seu déficit na oferta e na distribuição geográfica dos serviços (DESLANDES et al., 2006; MINAYO; DESLANDES, 2007; LIMA et al., 2012; LIMA; LIMA, 2013).

As orientações presentes na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2012b) configurariam a situação ideal da reabilitação física no Brasil. No entanto, o que se observa na prática organizacional dos serviços é diferente. Se pensarmos nas Redes de Atenção à Saúde como estratégia para garantir a integralidade da assistência à saúde (MENDES, 2010), a situação que envolve as redes relacionadas às vítimas de AT denota a contradição destes arranjos organizativos, uma vez que, embora existentes, essas redes falham quanto à sua

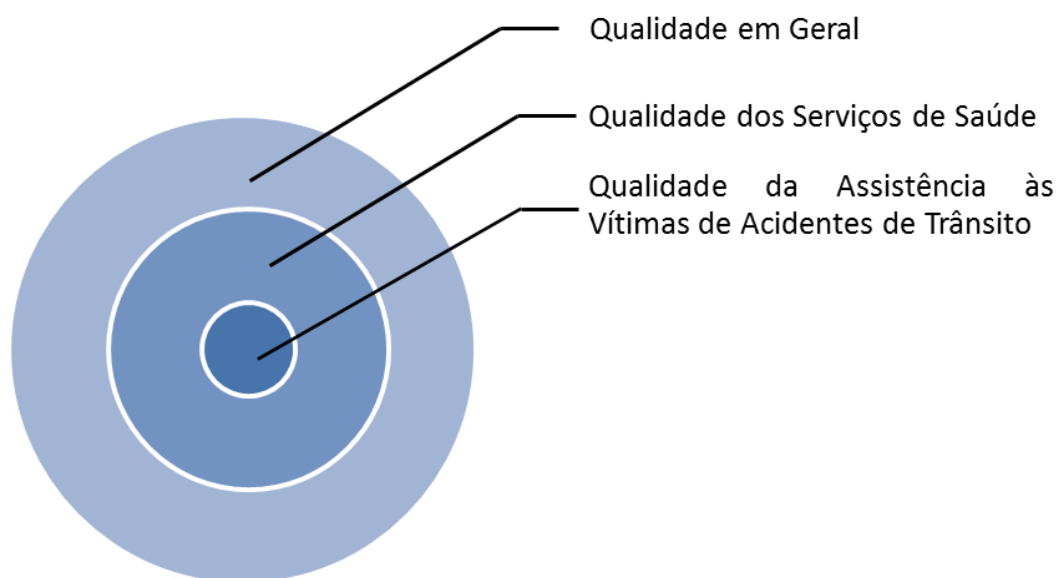
integração (MENDES, 2010), resultando em complicações potencialmente evitáveis do cuidado contínuo em saúde.

Ressalvada a fragmentação do cuidado atrelada à incomunicação das redes de atenção à saúde, essas conquistas políticas e legais reforçam a necessidade da construção de um modelo de atenção que integre efetivamente a reabilitação. Para tanto, é preciso sensibilizar e conscientizar os gestores, serviços de saúde e pesquisadores sobre a importância da reabilitação para recuperação da saúde dos sobreviventes de AT, viabilizando assim, uma discussão mais sistemática e ampliada do acesso universal, integral e igualitário às ações de saúde.

2.3 QUALIDADE EM SERVIÇOS DE SAÚDE E DE REABILITAÇÃO FÍSICA

Atualmente, o conceito de qualidade prevalece em diversos contextos públicos e privados, aprimorando o desempenho organizacional dos serviços e a oferta de produtos. Embora sejam complexas, as definições de qualidade podem ser compreendidas em três níveis de análise: qualidade em geral, qualidade dos serviços de saúde e qualidade da assistência a um problema de saúde específico (GAMA; SATURNO, 2013, p. 30). Esse último será aqui discutido como a qualidade da assistência às vítimas de traumas rodoviários com potencial necessidade de reabilitação e contraditória dificuldade de acesso, conforme a figura 2.

Figura 2 - Níveis do conceito de qualidade.



Fonte: Adaptado de Gama e Saturno, 2013.

O conceito genérico de qualidade está relacionado com a compreensão de três componentes básicos: provedor, serviço oferecido e receptor (HARTELOH, 2003). A relação entre esses componentes, em qualquer contexto, deve estar baseada, segundo Juran, Gryna e Bingham (1990), na “adequação à utilização pretendida” (JURAN; GRYNA; BINGHAN, 1990), ou seja, na oferta de serviços ajustados às expectativas e necessidades do receptor. Para o êxito nessa relação, é imperioso que o provedor interprete corretamente as necessidades e expectativas dos clientes. Do contrário, existirão problemas de qualidade.

A analogia desses componentes torna-se complexa quando o produto oferecido não são bens de consumo, tais como roupas ou alimentos, e sim um serviço de saúde. Surge, nesse aspecto, o conceito de qualidade dos serviços de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006; INSTITUTE OF MEDICINE, 2001; SATURNO, 2008). A ideia de qualidade da assistência em saúde é difícil de delimitar, pois engloba uma série de atores e componentes que interagem de diversas formas e que, conjuntamente, compõem o processo de cuidar em saúde.

Apesar de existirem inúmeras definições sobre a qualidade em saúde, nenhuma pode ser considerada a principal, pois variam conforme os objetivos dos serviços e as pretensões de quem os avalia. Porém, a definição mais aceita foi proposta pelo Instituto de Medicina (IOM), dos Estados Unidos da América (EUA), que cita a qualidade dos serviços de saúde como sendo a “prestação de serviços acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que considera os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do usuário” (INSTITUTE OF MEDICINE, 2001).

Assim, para um serviço ser considerado de qualidade, deve seguir um conjunto de dimensões amplamente utilizado em diversas partes do mundo, e que serviu de base para a construção de indicadores de qualidade proposto pelo IOM, sendo, posteriormente, adaptado pela OMS. Essa concepção multidimensional da qualidade das ações em saúde conciliam os atributos seguintes: Acesso/Oportunidade, Equidade, Segurança, Efetividade, Atenção Centrada no Paciente e Eficiência (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006; INSTITUTE OF MEDICINE, 2001).

Essas dimensões podem ser classificadas em dois subgrupos: dimensões populacionais (acesso e equidade) e dimensões individuais (segurança, efetividade, atenção centrada no paciente e eficiência) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006). Em nossa análise, o primeiro grupo refere-se aos atributos que devem existir prévia e continuamente à obtenção do cuidado em si, pois incidem sobre as populações, em condições ou não de agravo à saúde. O segundo grupo agrega as dimensões da qualidade que refletem a atenção em um nível individual e que só ocorrem uma vez obtido o acesso, equitativo ou não.

O médico e professor Avedis Donabedian foi um dos pioneiros a enfatizar a questão da qualidade dos cuidados de saúde, especialmente a qualidade centrada na relação médico-paciente. Dessa forma, ele introduziu os conceitos de estrutura, processo e resultado, modelos amplamente utilizados na avaliação da assistência sanitária. Embora muitos pesquisadores fragmentem os componentes dessa tríade, a concepção original apresentada por Donabedian é caracterizada como uma “cadeia ininterrupta de meios antecedentes seguida de fins intermediários, que por sua vez são meios para outros fins”, ao referir-se, respectivamente, à estrutura, processo e resultados (DONABEDIAN, 1966).

Os resultados são, notadamente, os dados mais utilizados para avaliar a qualidade em saúde, pois a esses são atribuídos os critérios de fracasso ou êxito, tal como a morte ou a readaptação funcional pela reabilitação física. No entanto, as análises dos resultados possuem limitações para serem considerados isoladamente pois, sobre eles, incidem outros fatores além da assistência clínica e, em algumas situações, é preciso que transcorram vários anos para se dizer que os bons resultados são evidentes. Por isso, outra forma de se focar a avaliação da assistência é examinar o próprio processo da prestação do cuidado: avaliação da história clínica, exame físico, tratamento, coordenação e continuidade da atenção, entre outros (DONABEDIAN, 1988).

A terceira forma de avaliar a qualidade é estudar o espaço onde são produzidos os meios e procedimentos para oferta dos cuidados em saúde, ou seja, conhecer a estrutura e seus aspectos, tais como: adequação das instalações e equipamentos, recursos humanos e financeiros, estrutura administrativa dos serviços e vários outros (DONABEDIAN, 1988).

Interligando essas concepções, as dimensões propostas pelo IOM e OMS referem-se aos atributos mínimos da qualidade de um serviço de saúde que podem ser avaliados em termos de estrutura, processo e resultados. Os dados dessa tríade nos permitem saber se a qualidade do cuidado em saúde é boa ou não. Essas avaliações terão especificidades de acordo com cada nível de complexidade onde ocorre a assistência concreta. Assim, a avaliação da atenção em urgência e emergência é diferente da atenção em reabilitação que, por sua vez, difere da assistência na atenção primária. Por isso, a qualidade deve ser definida para cada tipo de serviço ou de complexidade que se deseja avaliar.

Infelizmente, a qualidade dos serviços de reabilitação não é tão discutida em Saúde Pública, sendo, na maioria das vezes, desconhecida. Essa lacuna existente se explica pela escassez de estudos pertinentes e comparáveis a nível internacional sobre o acesso e outros atributos da qualidade aplicados à reabilitação. Quando existentes, tais dados, muitas vezes, demonstram a ineficácia e insuficiência do serviço oferecido (WORLD HEALTH

ORGANIZATION, 2011). Desse modo, conhecer a qualidade dos serviços de reabilitação nos permite inferir sobre a qualidade global da atenção em saúde.

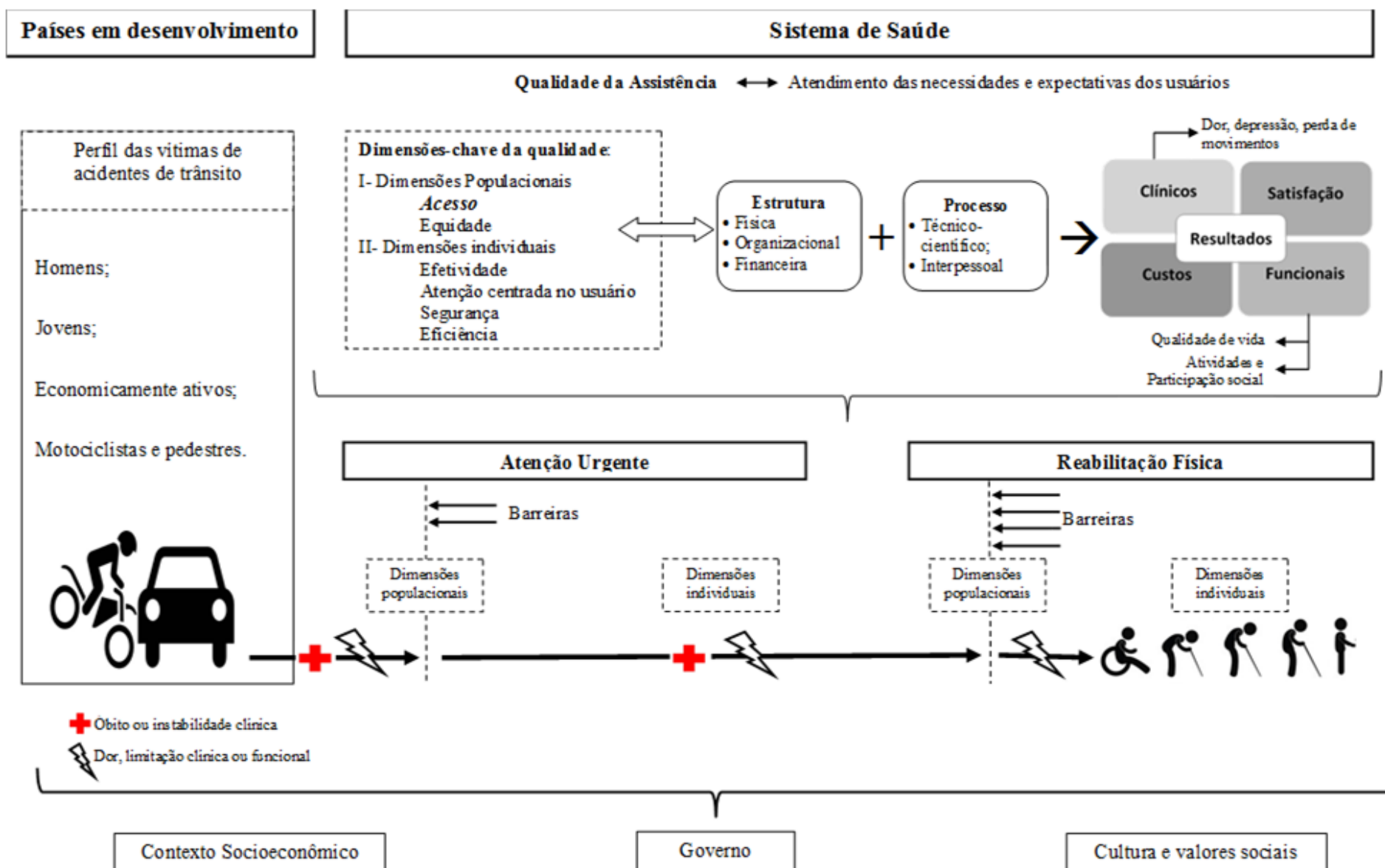
Considerado aqui como condição *sine qua non* para obtenção do cuidado, o acesso, dimensão avaliada neste estudo, pode ser compreendido como a “relação entre a procura e a entrada nos serviços”, e expressa as “características da oferta que facilitam ou obstruem a utilização dos serviços de saúde” (TRAVASSOS; CASTRO, 2012, p. 185). Ponderando que podem existir obstáculos nesse fluxo de eventos, o acesso também pode ser definido como a “facilidade com que as pessoas obtêm a assistência sanitária diante de barreiras organizacionais, econômicas, culturais e emocionais” (SATURNO, 2008).

A avaliação do acesso é central em países que têm o ideário do direito à saúde e da universalidade do acesso. No Brasil, a Constituição Federal apresenta a atenção à saúde alicerçada em princípios que acentuam o acesso: universalidade, integralidade e igualdade, sendo, portanto, um dos pré-requisitos para uma eficiente atenção (BRASIL, 1990).

O acesso aos serviços de reabilitação pode exercer grande influência na funcionalidade do indivíduo com lesões por AT, pois, quando este é deficitário, promove avanços deletérios no quadro de incapacidades (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011). Assim, o acesso deve ser considerado prioritário na formulação das políticas voltadas à recuperação e reabilitação da saúde, no sentido de prover aos indivíduos a capacidade de lidar melhor com seu quadro residual com vistas à uma vida de qualidade. Diante disso, neste estudo, o que se pretende conhecer é se a assistência sanitária, no caso, a reabilitação física, chega ou não a quem necessita e se ocorre em tempo oportuno.

Considerando a tríade estrutura-processo-resultado e as dimensões da qualidade, foi construído pelo presente estudo um modelo teórico que explica a qualidade da assistência aos sobreviventes de traumas rodoviários, especialmente dos cuidados em reabilitação, conforme apresentado na figura 3.

Figura 3 - Modelo teórico para avaliação da assistência às vítimas de acidentes de trânsito.



Explicando o modelo apresentado na figura 3, os acidentes de trânsito se materializam, predominantemente, em um contexto dos países em desenvolvimento, onde o crescimento econômico e o maior acesso aos meios de transporte, aliados à cultura da pressa, do excesso de trabalho e dos fatores comportamentais, favorecem o seu surgimento. A população mais vulnerável a esses eventos traumáticos são, normalmente, indivíduos jovens, economicamente ativos, do sexo masculino, motociclistas e pedestres (WAISELFISZ, 2013).

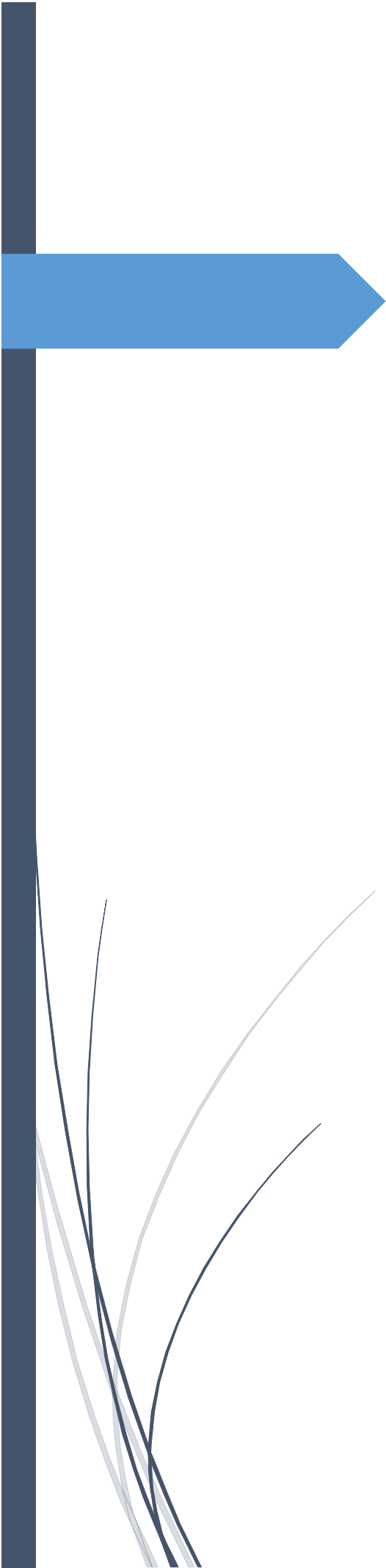
Uma vez ocorrido os acidentes, o sistema de saúde precisa agir para evitar que mais agravos à saúde aconteçam. Assim, atender as necessidades e expectativas de quem se acidenta demanda, dos serviços de saúde, uma atenção de qualidade que considere, minimamente, o acesso e a equidade (dimensões populacionais).

Após a entrada da vítima de AT na atenção urgente, o setor saúde deve dar uma resposta com uma assistência sanitária que contemple as dimensões individuais, ou seja, que seja efetiva, eficiente, segura e centrada no paciente. Igualmente, deve acontecer quando o sobrevivente de AT continua na rede, ainda com limitações clínicas e funcionais, necessitando de reabilitação física. Alcançar esses padrões de qualidade do cuidado demanda dos serviços adequada estrutura física, organizacional e financeira, que facilite a execução de processos adequados técnica e cientificamente e com relações interpessoais boas para que produzam bons resultados clínicos, funcionais e de satisfação.

Atreladas às dimensões da qualidade e à tríade estrutura-processo-resultado podem existir barreiras, de natureza diversas, que o usuário deve superar para ter sua saúde restabelecida. Essas barreiras parecem ser ainda maiores para os serviços de reabilitação devido, principalmente, à sua baixa oferta (DESLANDES et al., 2006; LIMA et al., 2012; LIMA; LIMA, 2013).

Como o acesso aos cuidados em reabilitação são, no aspecto prático, descontextualizados da complexidade que integra as necessidades dos sobreviventes dos AT, uma forma de se abordar os problemas de qualidade em reabilitação se dá por meio da identificação dos fatores determinantes que limitam o seu acesso e de como esses podem ser superados.

Para isso, é indispensável considerar a visão do usuário e identificar se os serviços e profissionais reconhecem as suas perspectivas a fim de fazer ajustes pertinentes em matéria de reabilitação. Diante do exposto, o estudo se deteve em avaliar a dimensão populacional do acesso com o intuito de iniciar a pesquisa sobre a qualidade em reabilitação física.



OBJETIVOS

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Aliado às pesquisas avaliativas e à observância das recomendações internacionais, o presente trabalho objetivou avaliar o acesso à reabilitação física para vítimas de traumas rodoviários de Natal - RN.

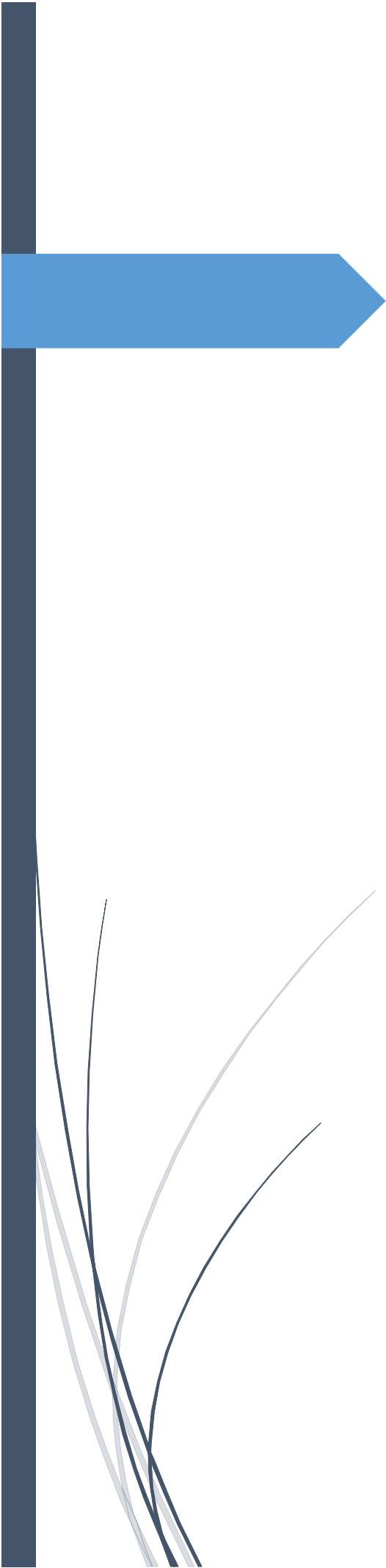
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Estudo Qualitativo

- Identificar barreiras de acesso à Reabilitação Física segundo a percepção das vítimas de acidentes de trânsito e dos profissionais de saúde do âmbito hospitalar e ambulatorial;
- Avaliar o fluxo das vítimas de acidentes de trânsito entre a alta hospitalar e a admissão ou não na reabilitação física;
- Analisar as barreiras de acesso à RF para vítimas de acidentes de trânsito a partir de um modelo teórico (diagrama de causa-efeito) para melhoria da qualidade.

Estudo Quantitativo

- Traçar o perfil demográfico, socioeconômico e clínico-funcional dos sujeitos acometidos por acidentes de trânsito;
- Estimar o nível de acesso geral e acesso no serviço público ao tratamento reabilitador para vítimas de acidentes de trânsito;
- Identificar e analisar os fatores associados (socioeconômicos, do acidente, clínico-funcionais e da assistência em saúde) ao acesso à reabilitação física para sobreviventes de traumas rodoviários.



METODOLOGIA

4 METODOLOGIA

4.1 DESENHO E CONTEXTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo quali-quantitativo de natureza exploratória e avaliativa, realizado em estabelecimentos de saúde localizados no município de Natal/RN durante o ano de 2014. Teve como propósito identificar as barreiras de acesso à reabilitação física a partir da percepção dos profissionais (hospitalares e ambulatoriais) e das vítimas de acidentes rodoviários e construir um modelo teórico de causas do não acesso para a melhoria da qualidade. Além disso, objetivou estimar o nível de acesso à RF e seus fatores determinantes por meio da análise multivariada.

A capital norte-rio-grandense foi escolhida como cenário do presente estudo por possuir elevada mortalidade por AT, com dados consistentes e representativos da realidade brasileira (WAISELFISZ, 2013). Além disso, segundo os dados do último inquérito VIVA (Vigilância de Violências e Acidentes) realizado em 2011, 46,3% dos acidentes em Natal/RN foram provocados por AT, ocupando o primeiro lugar entre as capitais brasileiras (DATASUS, 2011).

Os serviços existentes para atender a essa epidemia dos AT em Natal/ RN são, principalmente, um complexo hospitalar de Urgência e Emergência de 284 leitos e cinco salas de cirurgia, referência estadual no atendimento ao trauma, e sete serviços ambulatoriais de reabilitação física, sendo dois desses privados conveniados ao SUS. Os serviços ambulatoriais de RF caracterizam-se, predominantemente, por possuir médico generalista e fisioterapeuta; funcionar no horário diurno; ofertar serviços de ortopedia, traumatologia e reumatologia; utilizar o encaminhamento médico como critério de admissão; realizar o agendamento das sessões por ordem de chegada e sem classificação de risco e; não possuir padronização para registro das informações clínicas em prontuário.

A coordenação entre os níveis de atenção às vítimas de AT está prevista no sistema público de saúde pela Linha de Cuidado ao Trauma da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) (BRASIL, 2011b, BRASIL, 2013b) e pela Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2012b). Este estudo considera, portanto, a adequada transição e integração entre a atenção hospitalar de urgência e emergência e o regime ambulatorial de reabilitação física para a garantia da integralidade do cuidado e manutenção da integridade física, mental e social dos indivíduos.

4.2 SUJEITOS DO ESTUDO

A população-alvo de informantes sobre o acesso aos serviços foi composta por profissionais da equipe interdisciplinar hospitalar e da reabilitação ambulatorial e por vítimas graves de acidentes de trânsito. Intencionou-se apreciar a ótica dos profissionais de saúde sob uma perspectiva interdisciplinar, pois estes vivenciam, de forma prática e rotineira, as dificuldades e potencialidades envolvidas com a práxis, devendo suas percepções serem consideradas para a (re) organização dos serviços de saúde. Ademais, foi analisada a concepção das próprias vítimas de AT em respeito ao princípio de que o serviço de saúde de boa qualidade deve elaborar suas ações para atender as necessidades e preferências da população-alvo.

Os critérios de seleção dos profissionais foram: estar em exercício pleno nos serviços de saúde pesquisados há pelo menos um ano; integrar a gerência do serviço e/ou atuar na assistência hospitalar ou ambulatorial às vítimas de AT. Não participaram profissionais de licença médica, de férias ou afastados por outros motivos. O tamanho mínimo da amostra foi de um profissional de cada serviço de reabilitação (sete profissionais) e, minimamente, um profissional hospitalar de cada formação envolvida com a vítima de trauma, a saber: médico, enfermeiro, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e assistente social (cinco profissionais). A seleção da amostra foi intencional e o seu tamanho final foi definido segundo o método da saturação teórica de informações (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

Os critérios de inclusão das vítimas de acidentes foram: pacientes com diagnóstico principal de fratura, amputação ou Traumatismo Cranioencefálico (TCE), condições que normalmente justificam a necessidade de RF, e alta entre janeiro a agosto de 2013 no hospital de referência. Foram excluídos os pacientes que não residiam em Natal/RN e que não estavam disponíveis às quatro tentativas telefônicas. O tamanho amostral pretendido para o estudo qualitativo foi de 100 sujeitos e o critério para interrupção da seleção ocorreu após alcançado um nível aproximado de 75% de aproveitamento textual exigido pelo software de análise.

Registraram-se 5.367 acidentes de trânsito de janeiro a agosto de 2013; destes, 2.795 foram vítimas residentes em Natal/ RN, dentre os quais 612 atendiam aos critérios de inclusão, correspondendo à população de estudo.

Para análise quantitativa, o tamanho da amostra para estimar a proporção de indivíduo com necessidade de RF foi determinado com base na estimativa da proporção para população finita. Sendo desconhecidos os valores de “p” e “q”, o tamanho amostral foi calculado a partir estimativa de Pallás e Villa (2004). Com um valor crítico $Z_{\alpha/2} = 1,96$, precisão (i) de 0,05 e Intervalo de Confiança (IC) de 95%, obtivemos uma amostra mínima e

aproximada de 384 pessoas. Tratando-se de uma população com necessidade comprovada de RF, o valor mínimo da proporção de acesso que se desejou estimar foi de 50%.

Posteriormente, o tamanho amostral foi ajustado ao cálculo de correção para populações finitas (Quadro 1). Com tal correção, o número mínimo de sujeitos necessários para estimar o acesso seria de 235. Apesar de concretizadas quatro tentativas telefônicas a todos os 612 indivíduos que atendiam aos critérios de inclusão, o tamanho final da população de estudo foi de 155 indivíduos, representando uma porcentagem de resposta de aproximadamente 66 %.

Para estimar o acesso, foram considerados apenas os sujeitos com comprovação da necessidade de reabilitação, identificada a partir da análise das variáveis da assistência sanitária, da condição clínica e restrições nas atividades rotineiras e da autopercepção da necessidade de RF, equivalendo ao total dos entrevistados (n:155).

Quadro 1 - Fórmulas para determinação do tamanho amostral da população de estudo.

Estimativas do tamanho amostral	
Tamanho amostral segundo a proporção populacional	Cálculo de correção para populações finitas
$N = \frac{Z\alpha^2 \cdot 0,25}{i^2}$	$n = \frac{n}{\left[1 + \left(\frac{n}{N}\right)\right]}$

Fonte: Pallás e Villa, 2004.

4.3 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada entre março e julho de 2014. Para o estudo qualitativo, as entrevistas em profundidade aos profissionais foram aplicadas em seu ambiente de trabalho, em salas e horários reservados. Empregou-se a seguinte pergunta norteadora: “*Que barreiras podem dificultar ou impedir o acesso à reabilitação física para vítimas de acidentes de trânsito?*”.

As vítimas de AT e seus contatos telefônicos foram identificados por meio do banco de dados disponibilizado pelo Núcleo de Vigilância Epidemiológica do hospital do estudo. Os egressos do hospital ou seus responsáveis foram localizados por chamadas telefônicas para consentimento em participar da pesquisa e aplicação do questionário telefônico semiestruturado sobre as barreiras de acesso aos serviços de reabilitação física.

O instrumento utilizado para coleta de dados foi um questionário telefônico elaborado pelos pesquisadores após revisão da literatura, e constituía de uma questão subjetiva (pergunta norteadora do estudo qualitativo) e 25 questões objetivas acerca de aspectos individuais, do acidente, clínicos e assistenciais. O instrumento foi validado pelos pesquisadores (relevância, validade de conteúdo e adequação da terminologia empregada) e testado em estudo piloto com uma parcela da amostra (8,8%) a fim de verificar sua viabilidade.

O inquérito telefônico foi a técnica de coleta escolhida por viabilidade da sua execução e porque, em estudos de base populacional, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre estimativas obtidas pelos inquéritos telefônicos e os inquéritos realizados pessoalmente (FERREIRA et al., 2011; FRANCISCO et al., 2013).

A partir do questionário, foram coletadas a(s) seguintes variáveis de interesse:

- Dependentes: acesso (sim e não) à reabilitação física geral e no serviço público e tempo (em dias) para o início da RF;
- Independentes: sociodemográficas (sexo, idade, escolaridade, renda familiar, situação conjugal, se possui plano privado de saúde e atividade ocupacional); do acidente de trânsito (tipo de acidente, de veículo e de vítima); clínico-funcionais (autocuidado, locomoção, mobilidade, uso de órtese, diagnóstico e localização da lesão, retorno ao trabalho e necessidade percebida de RF) e; assistenciais (encaminhamento à RF, informações sobre RF, reabilitação hospitalar, tipo de tratamento clínico e tempo de internação hospitalar).

Para realização da entrevista telefônica aos usuários, utilizou-se das seguintes questões norteadoras: *“O (a) senhor (a) realizou tratamento de reabilitação após a alta hospitalar? Encontrou alguma dificuldade para ter acesso (ou que impossibilitou o acesso) ao tratamento de reabilitação? Se sim, que dificuldades encontrou?”*.

Mediante consentimento dos pesquisados, as entrevistas foram gravadas, concomitante com as anotações no diário de campo e, posteriormente, transcritas e preparadas para análise dos dados textuais.

4.4 ANÁLISE DE DADOS

Estudo Qualitativo

Os dados textuais resultantes (*corpus*) das entrevistas aos profissionais e usuários foram analisados, separadamente, com auxílio do software *Analyse Lexicale par Contexted'un Esemble de Segments de Texte* (Alceste) (REINERT, 1990), na versão 4.9 para Windows.

Procedeu-se à análise do conteúdo para classificar, resumir e extrair automaticamente as estruturas mais significativas dos discursos, utilizando-se, para isso, da Classificação Hierárquica Descendente, a qual permite mensurar a importância das ligações entre os vocábulos por meio do qui-quadrado. Em etapas seguintes, realizou-se a classificação cruzada entre os segmentos de textos e as variáveis descritivas dos sujeitos e, por último, sucedeu-se à Análise Fatorial de Correspondência, que resulta em um módulo gráfico com setores de animação em 2D e 3D, os quais reforçam a compreensão dos resultados estatísticos.

Na intenção de diminuir a subjetividade do pesquisador sobre o objeto de estudo a denominação das classes e eixos resultantes da análise do Alceste foi realizada por meio de consulta *ad hoc* a três pesquisadores externos ao estudo e com *expertise* na área de conhecimento científico. Posteriormente realizou-se consenso sobre a denominação mais representativa da análise.

Após essa denominação, as barreiras identificadas nos discursos foram distribuídas em um modelo teórico construído a partir do diagrama de causa-efeito. Este recurso gráfico constitui um dos métodos mais úteis para a análise de um problema de qualidade, pois, além de dimensioná-lo, permite identificar as causas associadas à estrutura organizacional, processos de trabalho, profissionais e pacientes, facilitando, portanto, a tomada de decisão (DAVIDOFF et al., 2015; SATURNO; GASCÓN, 2008).

A análise descritiva do perfil dos usuários foi realizada em frequências absolutas e relativas, segundo as variáveis: sexo, idade, situação conjugal, escolaridade, renda familiar, tipo de vítima e tipo de veículo. Quanto aos profissionais, sua caracterização em frequências absolutas e relativas ocorreu de acordo com as variáveis: sexo, idade, formação e nível de qualificação profissional, além do tempo de atuação no serviço pesquisado.

Estudo Quantitativo

As informações coletadas no inquérito telefônico foram sistematizadas em um banco de dados e analisadas estatisticamente por meio da utilização do software *Statiscal Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 22.0.

Após estatística descritiva das características da amostra, foram calculadas as estimativas pontuais e intervalares (Intervalo de Confiança de 95%) para a frequência de sujeitos que obtiveram acesso (geral e público) e o tempo médio (em dias) para o início da reabilitação.

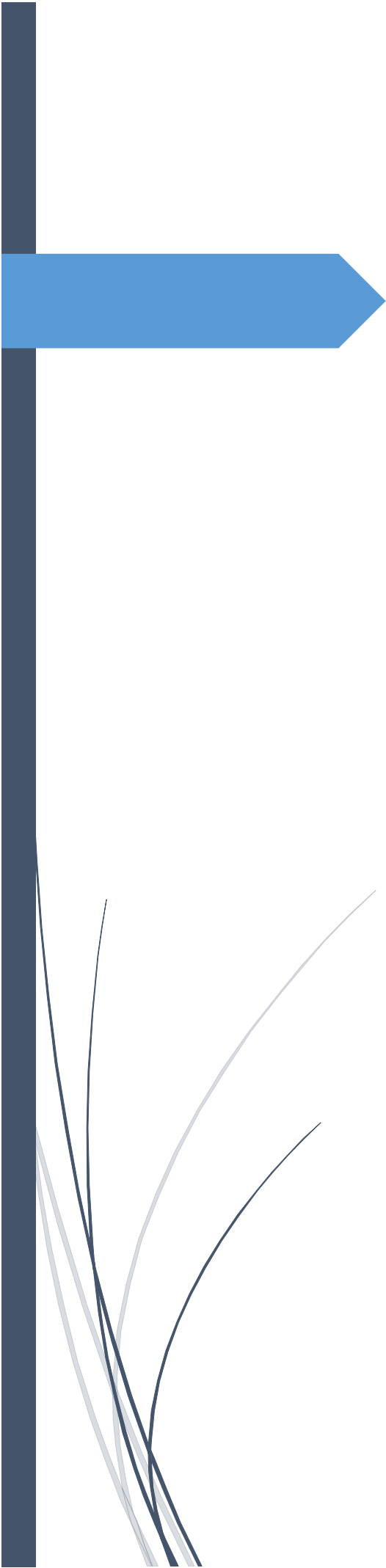
Para análise dos fatores determinantes do acesso, as associações entre as variáveis categóricas foram quantificadas com o teste de qui-quadrado (*Pearson Chi-square*). As variáveis associadas ao acesso (variável dependente) com $p < 0,20$ na análise bivariada foram incluídas em modelos de regressão logística, passo a passo (Método *Forward condicional*), com $p < 0,05$ e IC de 95%.

O diagnóstico de colinearidade das variáveis do estudo foi realizado por meio dos testes de Fator de Inflação da Variância (VIF) e Tolerância (FIELD, 2009). Construiu-se dois modelos de regressão logística: “Acesso geral à RF” e “Acesso à RF na rede pública”. A qualidade do ajuste dos modelos de regressão foi avaliada por Teste de Hosmer e Lemeshow e R^2 de Nagelkerke (FIELD, 2009).

Para ilustrar esse modelo, consideramos a variável dependente e dicotômica “Acesso geral à reabilitação física”, onde o valor 0 ocorre quando não se apresenta o sucesso (acesso) e 1, quando este está presente.

4.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes/UFRN sob número de protocolo 611.492/2014, sendo respeitadas as diretrizes para realização de pesquisas envolvendo seres humanos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012a). Cada profissional de saúde entrevistado formalizou sua participação por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Tratando-se de um inquérito telefônico, o TCLE dos usuários foi obtido por meio do consentimento verbal e registrado com a gravação das chamadas telefônicas.



RESULTADOS E DISCUSSÃO

ESTUDO QUALITATIVO

5 RESULTADOS

5.1 RESULTADOS E DISCUSSÃO DO ESTUDO QUALITATIVO

Este estudo aborda a qualidade dos serviços de reabilitação física (nível ambulatorial), sob a perspectiva da avaliação de uma de suas dimensões, o acesso (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006). Os resultados fornecem informação útil para a construção do conhecimento e tomada de decisões para a melhoria da qualidade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006; INSTITUTE OF MEDICINE, 2001) dos serviços de reabilitação física em geral, uma necessidade brasileira e global.

As denominações dos eixos e classes do Alceste segundo a consultoria *ad hoc* estão apresentadas no quadro 2.

Quadro 2 - Denominações dos eixos e classes do Alceste segundo a consultoria *ad hoc*, Natal – RN.

PROFISSIONAIS				
	CONSULTOR 1	CONSULTOR 2	CONSULTOR 3	DENOMINAÇÃO FINAL
Eixo 1 (43,93%)	Fase de atendimento e encaminhamento após o acidente fase aguda	Estrutura da rede de atenção ao acidentado de trânsito	A (des)organização da assistência às vítimas de transito	Organização da assistência hospitalar
Classe 5 (24,71%)	Atendimento	Atenção hospitalar	Percurso e sofrimento dos pacientes	Percurso e sofrimento dos pacientes
Classe 1 (19,22%)	Encaminhamento	Rede integrada de atenção à reabilitação	Dificuldades na comunicação: para onde referenciar?	Coordenação entre os níveis de atenção
Eixo 2 (56,08%)	Procedimentos na fase subaguda	Caminhos para a reabilitação ou Trajetória até a reabilitação	A regulação: normas, queixas e reclamações	Organização da assistência ambulatorial
Classe 4 (23,53%)	Localização para atendimento posterior	Serviço privado: solução para reabilitação	Normas para atender a demanda	Regulação burocrática do acesso

Continuação do quadro 2.

Classe 3 (21,57 %)	Autorização no distrito do paciente	Ineficiência do serviço público na reabilitação	A demora para autorizar	Demora para o acesso
Classe 2 (10,98%)	Documentação e transporte	Dificuldades de deslocamento até o serviço de reabilitação	Como obter transporte gratuito?	Dificuldades de Transporte
USUÁRIOS				
	CONSULTOR 1	CONSULTOR 2	CONSULTOR 3	DENOMINAÇÃO FINAL
Eixo 1 (46,01%)	Encaminhamento do paciente no intra e pós cirurgia	Aspectos traumáticos do acidente	Rede hospitalar	Encaminhamento à reabilitação
Classe 5 (30,52%)	Mau encaminhamento na reabilitação pós cirurgia	Consequências proximais do acidente	Falta de encaminhamento médico, espera por cirurgia e dor	Não encaminhamento pós-cirurgia
Classe 3 (15,49%)	Atuação imediata pós acidente	A vivência do acidente	Walfredo Gurgel: espera por cirurgias e internação prolongadas	Assistência hospitalar
Eixo 2 (54 %)	Fatores que influenciam o início do tratamento de fisioterapia	As condições da Reabilitação	Atenção especializada	Condicionantes do acesso à reabilitação
Classe 1 (18,08%)	Dificuldade econômica para realizar a fisioterapia	Necessidade da reabilitação	Dificuldade de acesso (não procurou serviço)	Dificuldades do usuário para o acesso
Classe 4 (19,71%)	Fatores burocráticos e de transporte que influenciam a marcação da consulta	Ineficiência do serviço público na reabilitação	DS, gargalho, barreira, fila na madrugada e dez sessões	Ineficiência dos serviços públicos
Classe 2 (16,20%)	Escolha do local onde vai realizar a fisioterapia	Serviço privado: solução para reabilitação	Burocracia do DS limitando o acesso	Alternativa de acesso no serviço privado

Fonte: Autora, 2015.

No total, os resultados estão embasados em entrevistas a 120 sujeitos, somando os profissionais de saúde e as vítimas de acidentes de trânsito que receberam atendimento de urgência por graves consequências (fratura, TCE ou amputação).

Os profissionais de saúde eram 19 informantes-chave das várias profissões que compõem a equipe multidisciplinar de assistência. Nove profissionais eram do hospital de urgência e emergência: um médico ortopedista, um assistente social, um enfermeiro, dois terapeutas ocupacionais e quatro fisioterapeutas. Outros 10 profissionais atuavam nos ambulatórios de reabilitação: dois administradores e oito fisioterapeutas.

Quanto à sua caracterização, 52,6% dos profissionais era do sexo feminino, com faixa etária predominante de 25 a 35 anos (42,1%). A maioria era fisioterapeuta (63,9%), com tempo de atuação no serviço de 6 a 10 anos (42,1%; média de 12,5 anos) e qualificação profissional em nível de Especialização (68,4%) (Tabela 1). Realizaram-se entrevistas e visitas técnicas a todos os sete serviços de reabilitação vinculados à rede municipal de saúde pública: três unidades básicas de saúde, duas policlínicas e duas clínicas especializadas em reabilitação.

Tabela 1 - Caracterização dos profissionais (n=19) quanto ao sexo, idade, tempo de atuação no serviço, formação e nível de titulação profissional, Natal – RN.

Variável	Frequência	
	absoluta (n)	relativa (%)
Sexo		
Feminino	10	52,6
Masculino	9	47,3
Idade		
25 – 35 anos	8	42,1
36 – 45 anos	5	26,4
46 – 55 anos	6	31,6
Formação profissional		
Médico ortopedista	1	5,2
Enfermeiro	1	5,2
Assistente social	1	5,2
Administrador	2	10,5
Terapeuta ocupacional	2	10,5
Fisioterapeuta	12	63,9
Tempo de atuação no serviço pesquisado		
De 3 - 5 anos	6	31,6
De 6 - 10 anos	8	42,1
Maior que 10 anos	5	26,3
Nível de qualificação profissional		
Graduação	3	15,8
Especialização	13	68,4
Mestrado	3	15,8

Fonte: Autora, 2015.

Dentre os 612 usuários delimitados pelos critérios de inclusão, foram entrevistadas 101 vítimas de acidentes de trânsito. Conforme pode ser observado na tabela 2, esses sujeitos apresentavam o perfil característico das vítimas de AT (BRASIL, 2005; ANJOS et al., 2007; SANTOS et al., 2008; GAWRYSZEWSKI et al., 2009): maioria do sexo masculino (81,8%), adultos jovens de 15 a 29 anos (49,0%), solteiros (59,3%), de baixa renda (78,9% com renda

entre um e dois salários mínimos) e baixa escolaridade (45,3% possuíam ensino fundamental). Além disso, a maioria era de motociclistas (76,2%) e pedestres (12,9%).

Tabela 2 - Caracterização dos usuários do estudo qualitativo (n=101) quanto ao perfil sociodemográfico e do acidente, Natal – RN.

Variável	Frequência	
	absoluta (n)	relativa (%)
Sexo		
Feminino	19	18,8
Masculino	82	81,2
Idade no momento do acidente		
7 - 14 anos	6	6,0
15 - 29 anos	49	49,0
30 - 45 anos	23	23,0
46 - 60 anos	13	13,0
≥ 60 anos	9	9,0
Situação conjugal		
Casado (a)	37	40,7
Solteiro (a)	54	59,3
Escolaridade		
Ensino Fundamental	46	45,3
Ensino Médio	46	45,3
Ensino Superior	3	9,4
Renda Familiar		
Até 2 SM	78	78,9
Maior que 2 SM salários mínimos	23	21,1
Tipo de vítima		
Motorista	71	70,3
Passageiro	17	16,8
Pedestre	13	12,9
Tipo de veículo		
Motocicleta	77	76,2
Automóvel	11	10,9
Nenhum	13	12,9

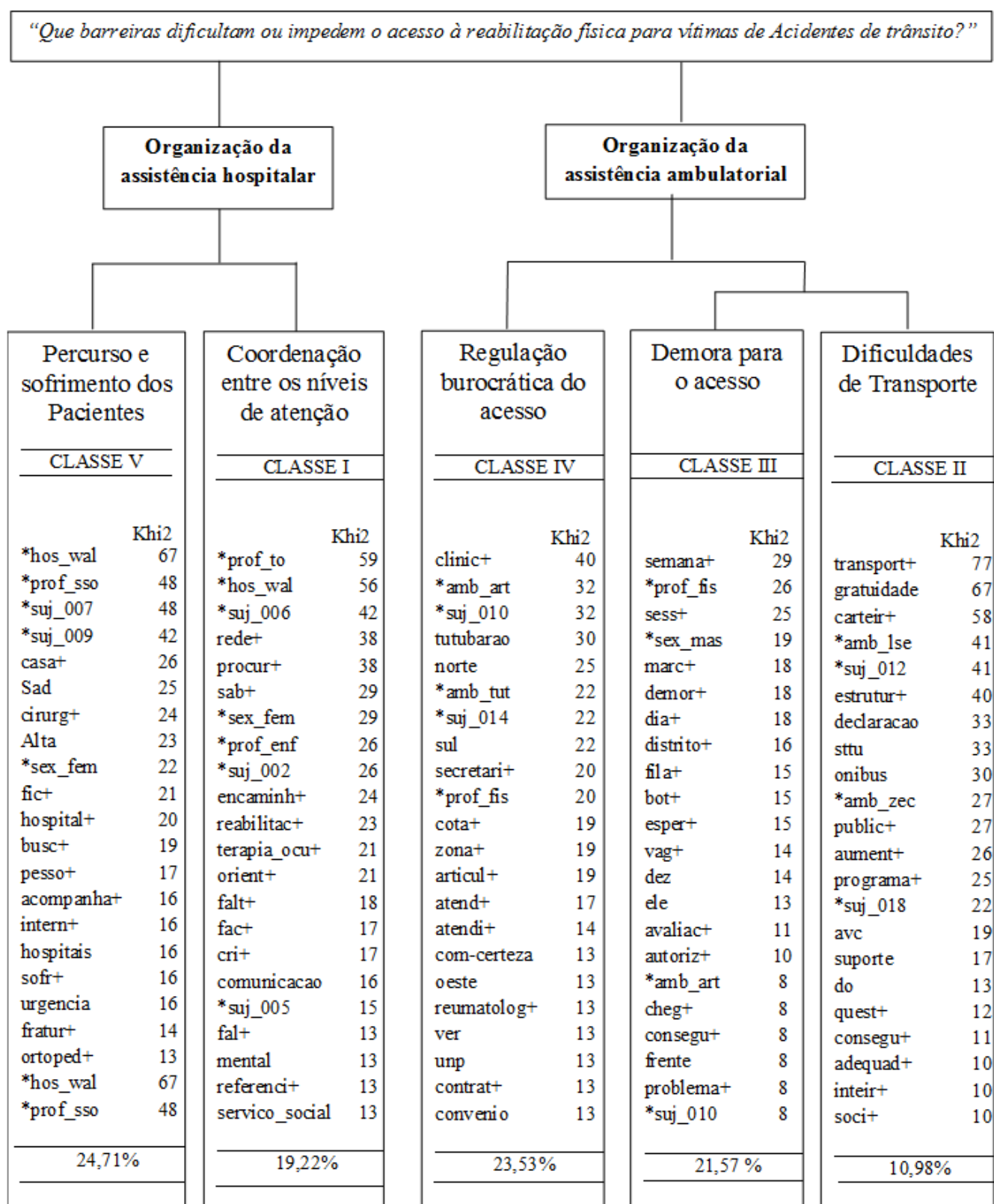
Fonte: Autora, 2015.

5.1.1 Barreiras de acesso na perspectiva dos profissionais de saúde

A análise das entrevistas dos profissionais identificou 19 unidades de contexto inicial (u.c.i.), 1881 vocábulos distintos e 343 unidades de contexto elementar (u.c.e.), com percentual de aproveitamento do *corpus* de 74%. Emergiram da Análise Hierárquica Descendente dois eixos temáticos e cinco classes: (1) “Organização da assistência hospitalar”, subdividido nas classes “Percurso e sofrimento dos pacientes” e “Coordenação entre os níveis de atenção”; e (2) “Organização da assistência ambulatorial”, distribuído nas classes “Regulação burocrática do acesso”, “Demora para o acesso” e “Dificuldades de Transporte”. O processo de divisão textual e de constituição das classes está apresentado no dendograma de classes (Figura 4).

Embora analisados em um mesmo *corpus*, o software diferenciou e agrupou os discursos dos profissionais do hospital no primeiro eixo (“Organização da assistência hospitalar”) e dos profissionais da reabilitação, no segundo eixo (“Organização da assistência ambulatorial”).

Figura 4 - Dendograma das classes sobre as barreiras de acesso – Grupo dos Profissionais (n=19), Natal-RN.



Fonte: Autora, 2015.

5.1.1.1 Eixo um: Organização da Assistência Hospitalar

As barreiras de acesso identificadas neste eixo relacionaram-se, em sua maioria, com as características organizacionais da assistência hospitalar que direta ou indiretamente prejudicaram o acesso à reabilitação física: baixa oferta de reabilitação domiciliar, falta de comunicação e informação entre os níveis de atenção e entre os profissionais e ausência de encaminhamento médico para reabilitação. Também se relatou que a grave condição clínica dos usuários pode contribuir para a dificuldade de acesso.

As diversas cirurgias ortopédicas, osteossíntese interna, amputação traumática, entre outras, refletem a gravidade do trauma, podendo ocasionar dor e sofrimento, aumento no tempo de recuperação e diminuição da funcionalidade. Assim, na classe **“Percurso e sofrimento dos pacientes”**, o discurso de um profissional hospitalar deixa evidente o sofrimento das vítimas de AT agravado por problemas de acesso à reabilitação:

“Tem pacientes que precisam, diariamente, de fisioterapia e muitos passam até três meses sem ter atendimento, morrendo de dor em casa” (prof.14).

Esta percepção ganha consistência com outros discursos dos usuários na classe **“Assistência hospitalar”**, entre estes os seguintes:

“Eu fracturei três dedos do pé, aí, tive que amputar, fiquei só com três dedos” (suj. 092).

“Tive fratura exposta no pé e no braço, fiz três cirurgias” (suj. 369).

“Na minha opinião, eu precisava de fisioterapia, porque eu sofri muito para voltar a andar normal. Demorei nove meses” (suj. 451).

Conforme a literatura (GLINA et al., 2001; IPEA; DENATRAN; ANTP, 2006; ORGANIZACIÓN PANAMERICAN DE LA SALUD, 2011), além das lesões funcionais, os AT geram graves lesões psicológicas principalmente na população jovem, sendo identificado, no presente estudo, um caso de suicídio por depressão após acidente. Outro caso de depressão observado está elucidado no discurso:

“Eu fiquei sendo acompanhado durante dois meses pela fisioterapia, mas, aí, eu desisti. Tive um problema de depressão, aí, até hoje, eu não me recuperei [...] Hoje, eu ainda preciso muito da fisioterapia, mas eu não tenho ânimo, não tenho vontade de fazer nada, até de usar a prótese, já perdi a vontade” (suj. 530).

As complicações decorrentes do repouso e imobilizações prolongadas fazem as vítimas necessitarem da reabilitação domiciliar, ofertada pelos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD). O SAD é um programa do SUS que presta cuidados de saúde a pessoas clinicamente estáveis e com necessidade de cuidados acima da modalidade ambulatorial, mediante uma equipe multidisciplinar com atribuições de medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora (BRASIL, 2006). No entanto, a baixa disponibilidade de recursos humanos e a grande demanda dificultam a efetividade do programa:

“A gente tem, no máximo, o SAD. E a fisioterapia do SAD não faz o atendimento porque não tem condição de fazer em todas as pessoas, devido ao elevado número. O SAD existe mais para orientar o que ele pode fazer em casa” (prof. 9).

Na classe um, **“Coordenação entre os níveis de atenção”**, identificam-se falhas no processo de encaminhamento à reabilitação:

“A gente não tem como referenciar do jeito que está a rede hoje” (prof. 5).

“O médico, o fisioterapeuta sabe que o paciente precisa de terapia ocupacional, mas ele fala assim: “não vou solicitar porque lá não tem esse profissional” (prof. 6).

Isto é consistente com a percepção dos usuários, na classe **“Não encaminhamento pós-cirurgia”**:

“Os médicos não encaminharam, não, só mandou ficar de repouso e, se depois ficasse sentindo dores, fosse para o médico ortopedista para encaminhar para a fisioterapia” (suj.153).

“Mas o médico disse que eu era novo e que aguentava, mas e quando eu ficar velho?” (suj. 158).

Esta é uma clara barreira, pois o acesso à reabilitação é condicionado à apresentação do encaminhamento escrito pelo profissional médico, inexistindo a possibilidade de porta aberta na reabilitação (BURY; STOKES, 2013). Estudos apontam que os sistemas complexos de encaminhamento podem limitar drasticamente o acesso aos serviços de reabilitação, destacando que o acesso não deve ser centrado apenas em regras ou atitudes do

profissional médico (ELDAR, 2000; HOLDSWORTH et al., 2006; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011; BURY; STOKES, 2013).

Esta variabilidade indesejada dos processos assistenciais provavelmente se relaciona a não utilização de diretrizes clínicas baseadas em evidências aplicáveis à reabilitação física (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011). A ausência de planejamento da qualidade é evidente no discurso:

“De regra, não existe nada voltado para isso, de informações ou protocolos para onde encaminhar o paciente” (prof. 6).

A consequência é a falta de coordenação entre níveis de atenção que deveriam estar perfeitamente alinhados à qualidade da atenção às vítimas de AT. A falta de informação e comunicação entre os serviços e profissionais percebe-se também no discurso:

“Acho que deveria saber quais os locais que oferecem o serviço de reabilitação, porque eu realmente não sei te dizer quais são. Às vezes, até o médico não sabe, então, o paciente fica meio perdido, recebe uma folha e não sabe nem para onde vai” (prof. 2).

A falta de compartilhamento de informações sobre o processo de reabilitação por parte dos profissionais de saúde é uma barreira que aparece de forma consistente contra o acesso a serviços de saúde e de reabilitação física (ADAY; ANDERSEN, 1974; TRAVASSOS; MARTINS, 2004; SATURNO, 2008; TRAVASSOS; CASTRO, 2012, p.186; MLENZANA et al. 2013b). Além disso, estudos sobre a qualidade dos cuidados pós agudos de reabilitação identificaram que a satisfação dos usuários é afetada, principalmente, pelos elementos da continuidade da gestão (oferta de serviços dentro de uma gestão compartilhada de cuidados) (MEDINA-MIRAPEIX et al., 2013a) e da comunicação relacional entre o serviço e paciente (MEDINA-MIRAPEIX et al., 2013a; BAÑO-ALEDO et al., 2014). Embora esses estudos considerem unicamente a percepção de pacientes ambulatoriais que obtiveram o acesso à reabilitação, deixam evidentes que a falha na continuidade do cuidado também persiste após a entrada do usuário no serviço de RF.

Ainda que o Ministério da Saúde do Brasil tenha instituído redes assistenciais para o “Cuidado à Pessoa com Deficiência” e “Atenção Hospitalar de Urgência e Emergência” (BRASIL, 2012b; BRASIL, 2011b), a implementação incipiente desses modelos de atenção (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006) tem perpetuado a violência contra as vítimas

sobreviventes, devido à ausência do Estado em garantir o direito a serviços públicos de saúde e reabilitação, repercutindo, provavelmente, em maus resultados em relação ao acesso.

5.1.1.2 Eixo dois: Organização da Assistência Ambulatorial

Após sair do hospital, o usuário sofre com a **“Regulação burocrática do acesso”** (classe IV). Para conseguir atendimento no serviço ambulatorial de reabilitação física, é preciso passar pela regulação do distrito sanitário, um órgão central que considera a localização geográfica dos pacientes e dos serviços e o número de vagas disponíveis para cada unidade de reabilitação, desde que os usuários apresentem o encaminhamento médico. Entretanto, as marcações das consultas de reabilitação ocorrem em dias específicos do mês, com número fixo de sessões por pacientes, desconsiderando a classificação de risco de acordo com o perfil clínico dos usuários e suas preferências:

“O distrito nem olha os laudos médicos. É fisioterapia? Carimbo para a clínica particular e eles se viram. O trâmite para conseguir o laudo médico e a autorização pelo distrito é que demora. A espera é só do tempo do agendamento da marcação, para juntar a documentação, principalmente, no distrito onde ele vai autorizar, porque eles autorizam em determinadas datas. Cada autorização do distrito permite apenas dez sessões” (prof. 10).

O contexto político-administrativo de concepção dos Distritos Sanitários (DS) desenvolveu-se sob o âmbito da Regionalização Territorial, no qual dois elementos estratégicos foram importantes: a organização dos serviços com enfoque na acessibilidade à população e a exigência de melhoria da prestação dos serviços (TEIXEIRA et al., 1993). As burocracias do acesso via distrito, identificadas no presente estudo, é uma contradição da função atual dos DS em relação à sua missão, que ao invés de facilitar o acesso tem desempenhado uma função centralizadora. Essa situação é ainda agravada pela desordem administrativa sem a devida atuação dos sistemas de controle e regulação.

O tempo gasto pelos usuários para conseguir o encaminhamento, caso não o tenham recebido no hospital, o excesso de burocracia no distrito sanitário e a organização dos serviços de reabilitação contribuem para outra barreira, a classe **“Demora para o acesso”**:

“As filas são quilométricas. Muitas vezes o paciente tem que ser referenciado para um distrito sanitário e ele é que marca para as unidades. As vezes demora muito. O ideal era fazer o encaminhamento direto para onde ele vai ser atendido, mas a rede não permite, porque a burocracia faz com que o paciente procure mais de um mês até chegar na reabilitação” (prof. 5).

Na percepção dos usuários, isso também fica evidente:

“Cheguei a procurar fisioterapia pelo SUS. Fui no distrito e lá a dificuldade era porque tinha muita gente. Eu tinha que voltar para o doutor e depois voltar para lá de novo. É muita burocracia” (suj. 158).

“São muitos processos. Tem que passar pelo médico ortopedista, retorna, vai para o distrito, depois vê se consegue vaga, o distrito libera as sessões, depois tenta renovar e fica mais difícil” (suj. 283).

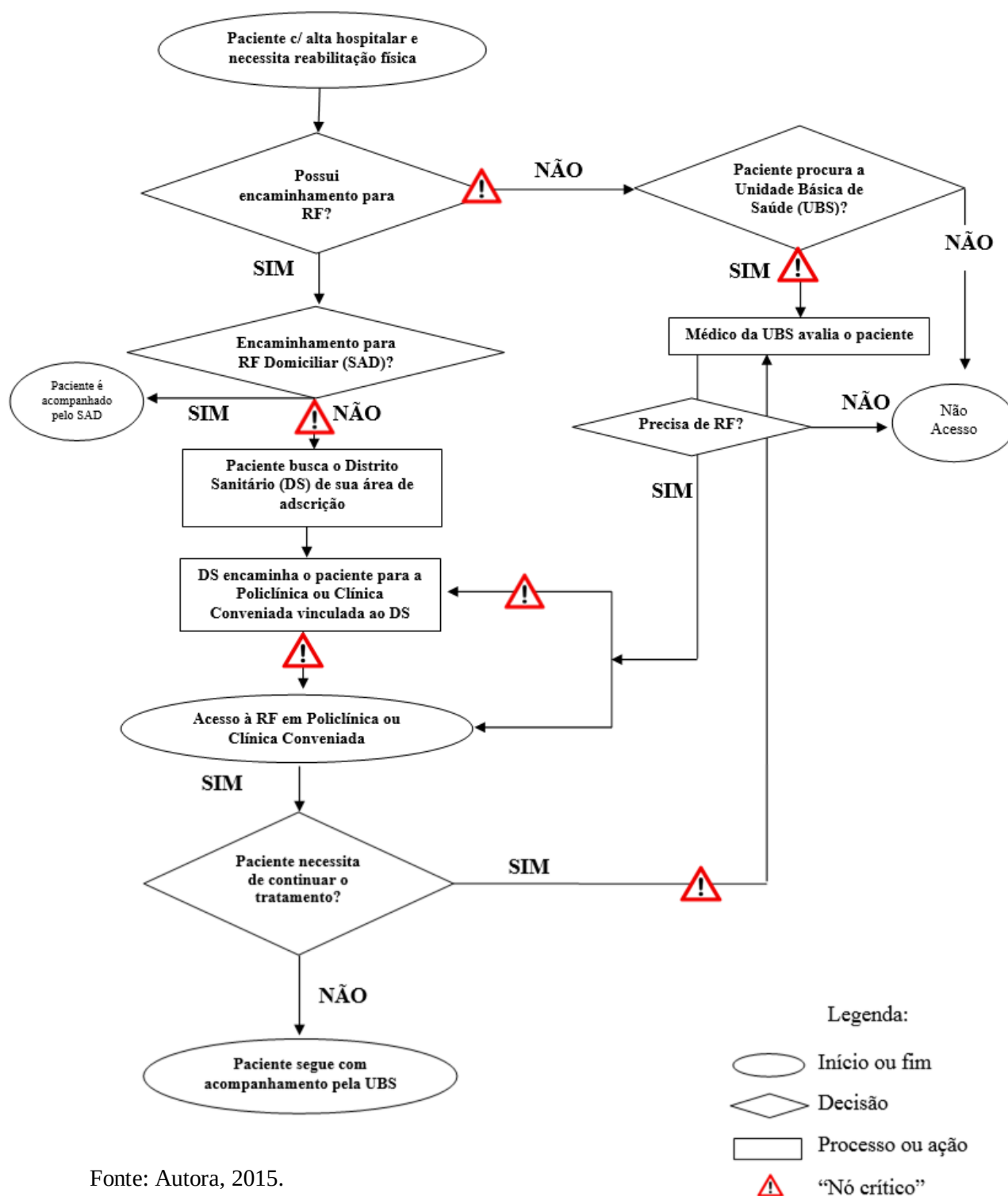
Esses impedimentos burocráticos resultam em elevado tempo de espera para obtenção dos cuidados em saúde, fato que é apresentado pela literatura como aspecto negativo do acesso aos cuidados de saúde, principalmente para os grupos sociais de menor renda (TRAVASSOS et al. 2000). Além disso, o pouco desenvolvimento dos sistemas de referência para reabilitação, o planejamento inadequado da alta, a falta de prestadores de serviços e as práticas institucionais inflexíveis observadas nesta pesquisa, também foram identificados na revisão de Ottenbacher e Graham (2007) como barreiras estruturais que influenciam o acesso (OTTENBACHER; GRAHAM, 2007).

Para o enfrentamento dos obstáculos de acesso de origem não clínica, os autores dessa revisão recomendam o estabelecimento de um sistema de monitoramento do acesso por meio da identificação de bases de dados e outras fontes de informação sobre indicadores de acesso (OTTENBACHER; GRAHAM, 2007). Acrescenta-se a isso a necessidade de pesquisas que quantifiquem a disponibilidade e a necessidade de reabilitação, além da modificação nos sistemas de informação que pudessem viabilizar a comparação precisa dos resultados da reabilitação (CLOHAN et al., 2007).

As dificuldades de acesso dos usuários podem ser compreendidas ao observarmos o fluxo natural de eventos desde a alta hospitalar até a admissão ou não nos serviços de reabilitação (Figura 5). Esse fluxo, construído a partir das entrevistas aos profissionais, apresenta os diversos “nós críticos” ou entraves que podem levar à necessidade não satisfeita de RF. Desses entraves, têm maior impacto sobre o seguimento contínuo até a reabilitação os problemas de origem organizacional, ligados, principalmente, aos procedimentos de encaminhamento médico e de referência por parte dos distritos sanitários. As fragilidades encontradas nesse fluxo devem despertar a atenção dos gestores sobre a necessidade de elaborar uma estratégia de referência à RF a fim de viabilizar uma rede interligada de cuidados e uma

maior integração entre os serviços de diferentes densidades tecnológicas, profissionais e usuários.

Figura 5 - Fluxograma de seguimento da vítima de acidente de trânsito desde a alta hospitalar até a admissão na reabilitação física, Natal – RN.



Fonte: Autora, 2015.

A classe **“Dificuldades de transporte”** segundo a percepção dos profissionais, traz à tona os obstáculos dos usuários para se deslocar até o tratamento reabilitador, viabilizando hipóteses sobre os potenciais fatores associados: elevada distância entre o serviço e a residência; ausência de transporte coletivo integrado com os serviços de saúde; baixa adequação e quantidade dos transportes sanitários; a ausência de acompanhante e a acessibilidade geográfica inadequada dos serviços de reabilitação. O transporte sanitário previsto na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência objetiva garantir o acesso aos pontos da Rede de Atenção à Saúde, sendo destinado às pessoas sem condições de mobilidade e acessibilidade autônoma aos meios de transporte convencional (BRASIL, 2012b). O sistema de saúde local oferta o transporte sanitário por meio do Programa de Remoção da Atenção Especializada (PRAE), no entanto com evidentes limitações nas perspectivas dos profissionais e usuários:

“Aqui temos serviço de porta a porta, o PRAE, que a prefeitura oferece. Só que para conseguir uma vaga é muito difícil, é trabalhoso” (prof. 16).

“Existe muito caso de paciente que começa a fazer o tratamento, aí, depois desiste porque não garante mais o carro, aí, depois não vai mais” (prof. 7).

“Não tinha transporte para ir até a fisioterapia. A gente até conseguiu um carro, o PRAE, mas, aí, aconteceu um problema e não conseguiram levar mais” (suj. 079).

Essas barreiras de deslocamento, assim como as barreiras organizacionais e financeiras, são apontadas como determinantes do acesso e utilização dos serviços de saúde, afetando, principalmente, os usuários de baixa renda (ADAY; ANDERSEN, 1974; TRAVASSOS et al. 2000, 2002; TRAVASSOS; OLIVEIRA; VIACAVA, 2006; OTTENBACHER; GRAHAM, 2007).

5.1.2 Barreiras de acesso na perspectiva das vítimas de acidentes de trânsito

A análise dos discursos dos usuários identificou 101 unidades de contexto inicial (u.c.i.), 1993 vocábulos distintos e 513 unidades de contexto elementar (u.c.e.), com percentual de aproveitamento do *corpus* de 83%.

O *corpus* das vítimas de AT subdividiu-se em dois eixos temáticos relacionados ao acesso: (1) “Encaminhamento à reabilitação”, que se subdividiu nas classes “Não encaminhamento pós-cirurgia” e “Assistência Hospitalar”; e (2) “Condicionantes do acesso à reabilitação”, subdividido nas classes “Dificuldades do usuário para o acesso”, “Ineficiência

5.1.2.1 Eixo um: Encaminhamento à Reabilitação

Este eixo foi totalmente consistente com o eixo **“Organização da assistência hospitalar”** da percepção dos profissionais, por isso foi discutido conjuntamente com o eixo da classe profissional, porém teve como peculiaridade a classe **“Não encaminhamento pós-cirurgia”**. Esta detectou o insuficiente cumprimento do encaminhamento médico à RF, documento indispensável ao agendamento pelo distrito sanitário, expondo os usuários à necessidade de pagar pela consulta de ortopedista para agilizar o acesso:

“Todas essas sessões eu consegui pagando a consulta do ortopedista” (suj. 110).

“Não procurei mais a fisioterapia porque tem que retornar ao ortopedista e não tenho dinheiro para pagar a consulta” (suj. 524).

Conflagra-se com isso uma grave contradição em relação aos princípios do SUS, que prevê universalidade do acesso e integralidade do cuidado. Este problema amplia ainda mais as barreiras financeiras dos usuários para acesso à saúde, os quais têm ainda que enfrentar gastos na medicação, alimentação e transporte (TRAVASSOS et al. 2000, 2002; TRAVASSOS; VIACAVA, 2006). Comprovando sua importância, as barreiras financeiras que restringem o acesso à reabilitação foram as mais prevalentes na revisão de Ottenbacher e Graham (2007), sendo encontradas em 16 dos 35 estudos avaliados (OTTENBACHER; GRAHAM, 2007). Isso demonstra que não é suficiente que os serviços de RF sejam gratuitos, é necessário que organizem seus fluxos de entrada de modo a instituir normativas para o encaminhamento médico e assim, viabilizar um seguimento contínuo e rápido do usuário até a RF.

5.1.2.2 Eixo Dois: Condicionantes do Acesso à Reabilitação

Este eixo reflete o modo como as vítimas de AT percebem as dificuldades de acesso aos serviços de reabilitação, tanto quanto às características intrínsecas dos indivíduos quanto às propriedades dos estabelecimentos de saúde.

Diversas foram as dificuldades pessoais expostas pelos usuários para obter o tratamento reabilitador após alta hospitalar. Concentradas na classe **“Dificuldades do usuário para o acesso”**, os obstáculos identificados foram: condições clínicas e financeiras complexas, insuficiente informação sobre a RF, precarização dos direitos trabalhistas, ausência de plano

privado de saúde e descrença no sistema. Essas são barreiras de difícil modificação pelos gerentes dos serviços de saúde, pois fogem da sua governabilidade, apontando para a necessidade de ações intersetoriais (ALMEIDA, 2000; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004, 2011). Dessas barreiras, destacam-se os discursos:

“Não tenho plano de saúde porque não tenho condições. Não fui procurar a fisioterapia porque pelo SUS é tão difícil que você nem imagina” (suj. 152).

“Não tenho plano privado por não ter condições, aí eu não procurei a fisioterapia porque eu não tinha entendimento. Ninguém me informou que podia fazer de graça. Também não tinha tempo” (suj. 348).

Percebem-se desses discursos o desconhecimento do direito ao acesso gratuito e a falta de informação sobre a reabilitação. Estes fatores são causas hipotéticas do não acesso que trazem à tona a importância de melhorar a oferta de informação e educação em saúde aos usuários, responsabilidade ética que necessita ser estimulada a fim de evitar que o acesso à reabilitação seja seletivo apenas àqueles com maior nível de instrução e educação em saúde (ADAY; ANDERSEN, 1974; ALMEIDA, 2000; ASSIS; JESUS, 2012; SANCHEZ; CICONELLI, 2012). Além disso, a informação em saúde é referida na literatura como fator determinante da qualidade e da satisfação de pacientes em regime de reabilitação ambulatorial (MEDINA-MIRAPEIX et al., 2012a, 2013b; BAÑO-ALEDO et al., 2014).

A classe **“Ineficiência dos serviços públicos”** evidenciou o descrédito (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011) dos usuários com respeito à fluidez do acesso à RF no serviço público. Mesmo após conseguida a autorização pelo DS, deve-se contornar problemas relacionados ao atendimento ambulatorial:

(1) Vagas insuficientes:

“Não cheguei a fazer, porque não tinha vaga pra mim. Era sempre lotado. Me mandaram ir para uma clínica particular, chegava lá não tinha vaga. Tudo lotado” (suj. 406).

(2) Eventuais greves dos trabalhadores da saúde:

“Aí quando cheguei lá foi numa época que estava em greve nos postos de saúde, aí, não consegui de novo, aí, ela mandou eu aguardar que ele ligava para mim e até hoje nunca ninguém ligou” (suj. 438).

(3) E espera pela avaliação física nos serviços de reabilitação, condição obrigatória para iniciar o tratamento reabilitador:

“Trazendo a documentação aqui a gente vai ter uma agenda para marcar a avaliação, aí se o paciente chegar na clínica em uma semana de avaliação ele vai esperar uma semana para ser atendido” (prof. 10).

Essas barreiras organizacionais dos serviços de reabilitação somadas às dificuldades estabelecidas pelos distritos sanitários (TEIXEIRA et al., 1993) deixam claras quão burocráticas são as práticas administrativas que envolvem a reabilitação física, evidenciando a quebra na continuidade do cuidado e, portanto, a ineficiência desses serviços. Dessa forma, é preciso que o olhar dos gestores e profissionais sobre este problema seja considerado de forma sistêmica, com vistas a apreciar na reabilitação as portas de entrada, os fluxos de atendimentos, a regulação do acesso e a referência e contrarreferência (FRATINI; SUAPE; MASSAROLI, 2008; BRASIL, 2011a; GAWRYSZEWSKI; OLIVEIRA; GOMES, 2012).

A classe **“Alternativa de acesso no serviço privado”** revela a busca pelo convênio privado como solução à **“Ineficiência do serviço público”** (classe IV):

“Consegui fisioterapia só pelo privado. Em todo lugar que eu fui não dava certo. Fui à faculdade e não encontrava um responsável para marcar. Lá no distrito eles disseram que tinha vaga na clínica conveniada, aí, fui lá, tinha que dar o nome e esperar, depois disseram que estava cheio” (suj. 345).

Percebe-se o serviço privado sendo substitutivo dos serviços públicos de reabilitação, propiciando o risco de seu crescimento desmedido sem o devido controle da gestão pública do SUS. Embora pareça uma solução, o convênio com estabelecimentos privados repercute em burocracias para o acesso ligadas ao controle e à regulação desses serviços (NORONHA; SANTOS; PEREIRA, 2010).

5.1.3 Consolidação das diferentes barreiras de acesso

As principais barreiras identificadas nas percepções dos profissionais e usuários estão apresentadas no quadro 03 e ilustradas no diagrama de causa-efeito (Figura 7), que resume o modelo teórico (DAVIDOFF et al., 2015) das barreiras do acesso à reabilitação física. A utilização do Alceste como metodologia de análise dos discursos permitiu identificar,

objetivamente, as diversas causas que restringem o acesso e facilitou a construção do Diagrama de Causa-Efeito, o qual constitui uma inovação metodológica desse estudo.

Para auxiliar a compreensão do diagrama de causa-efeito, foi elaborado um quadro com a especificação das causas primárias e secundárias do não acesso relacionadas à estrutura organizacional dos serviços, aos usuários, aos profissionais e seus processos de trabalho, conforme exposto no quadro 4.

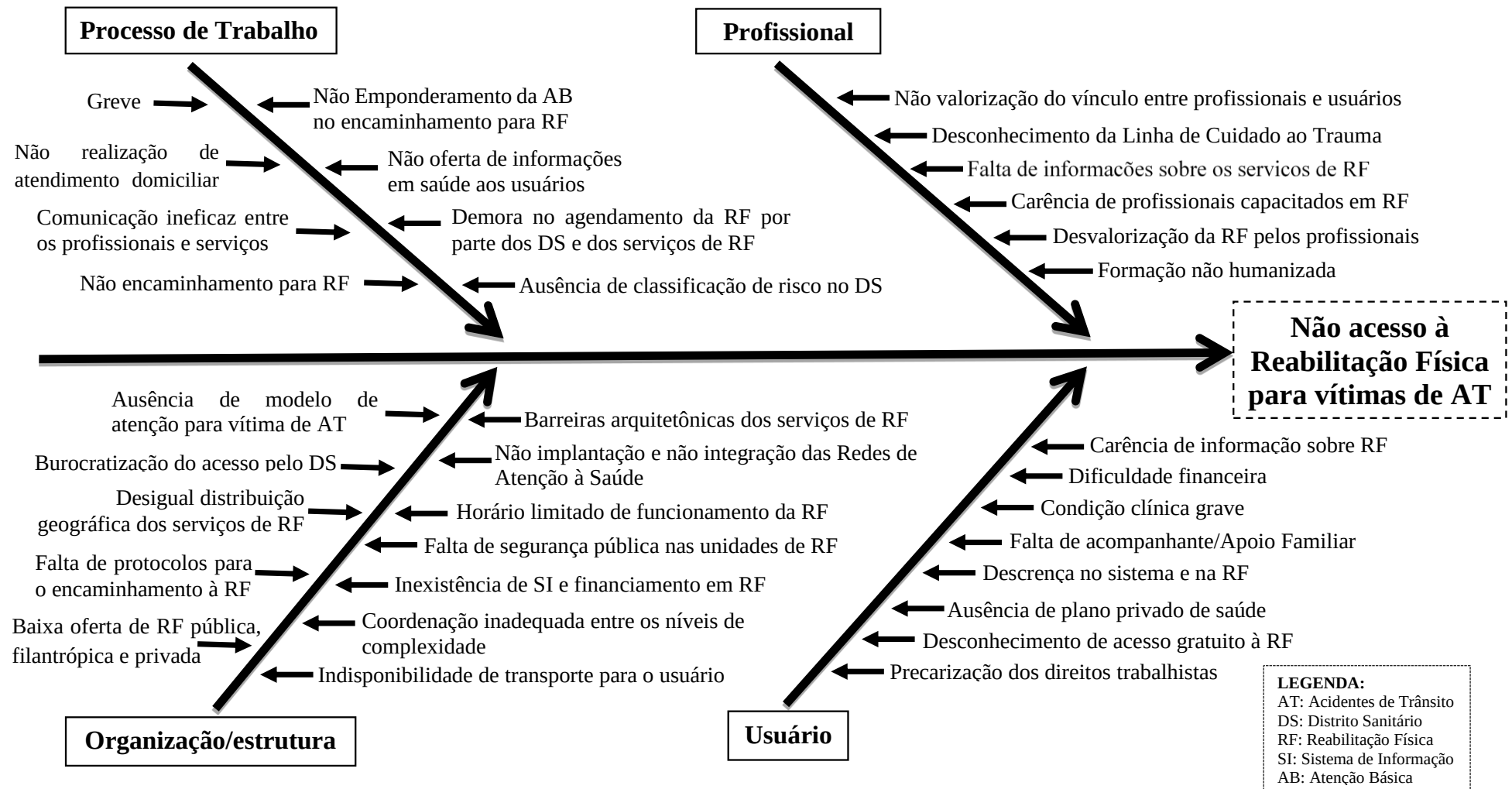
O diagrama de causa-efeito ou de “espinha de peixe” apresenta o problema de qualidade (“não acesso à reabilitação física para vítimas de AT”) na extremidade direita, como se fosse a cabeça do peixe (SATURNO; GASCON, 2008; DAVIDOFF et al., 2015). As setas diagonais representam os grupos de causas, que apontam, por sua vez a uma seta horizontal, que culmina no problema de qualidade. Os grupos de causas utilizados foram relacionados aos problemas da organização e estrutura, ligados aos profissionais, aos usuários e aos processos de trabalho em saúde, conforme apresentado na figura 7 e no quadro 4.

Quadro 3 - Principais barreiras de acesso à RF segundo profissionais e usuários, Natal – RN.

Grupo	Eixo	Classe	Barreiras e potenciais barreiras identificadas
Profissional de saúde	I - Organização da assistência hospitalar	V - Percurso e sofrimento dos pacientes	Limitações funcionais do usuário; baixa oferta de reabilitação domiciliar.
		I - Coordenação entre os níveis de atenção	Falha na coordenação entre os níveis de atenção; falta de informação e comunicação entre os serviços e profissionais; não articulação das RAS e deficiências no encaminhamento.
	II - Organização da assistência ambulatorial	IV - Regulação burocrática do acesso	Processos burocráticos estabelecidos pelos distritos sanitários; baixa oferta de serviços e alta demanda para reabilitação.
		III - Demora para o acesso	Elevado tempo de espera para início da reabilitação.
		II - Dificuldades de Transporte	Transportes sanitários insuficientes e inadequados; elevada distância entre o serviço e a residência do paciente; limitação econômica dos usuários.
Usuários	I - Encaminhamento à reabilitação	III – Assistência hospitalar	Prolongado tempo de internação hospitalar; gravidade das lesões do trauma.
		V - Não encaminhamento pós-cirurgia	Falta de orientações no momento da alta hospitalar; não encaminhamento pela equipe hospitalar.
	II - Condicionantes do acesso à reabilitação	I - Dificuldades do usuário para o acesso	Precarização dos direitos trabalhistas; falta de informações sobre RF; acesso a RF no SUS condicionado à consulta particular no especialista; ausência de plano privado de saúde; descrença no sistema e na RF.
		IV - Ineficiência dos serviços públicos	Dificuldade em obter autorização do tratamento; acessibilidade inadequada ao serviço de reabilitação; demora no agendamento das sessões; dificuldades no transporte.
		II - Alternativa de acesso no serviço privado	Burocracia da rede de assistência conveniada ao SUS; reabilitação na rede suplementar face ao não acesso no SUS.

Fonte: Autora, 2015.

Figura 7 - Diagrama de causa-efeito aplicado à análise do problema “não acesso à reabilitação física para vítimas de acidentes de trânsito”, Natal - RN”.



Quadro 4 - Grupos de causas primárias e secundárias do não acesso à reabilitação física, Natal – RN.

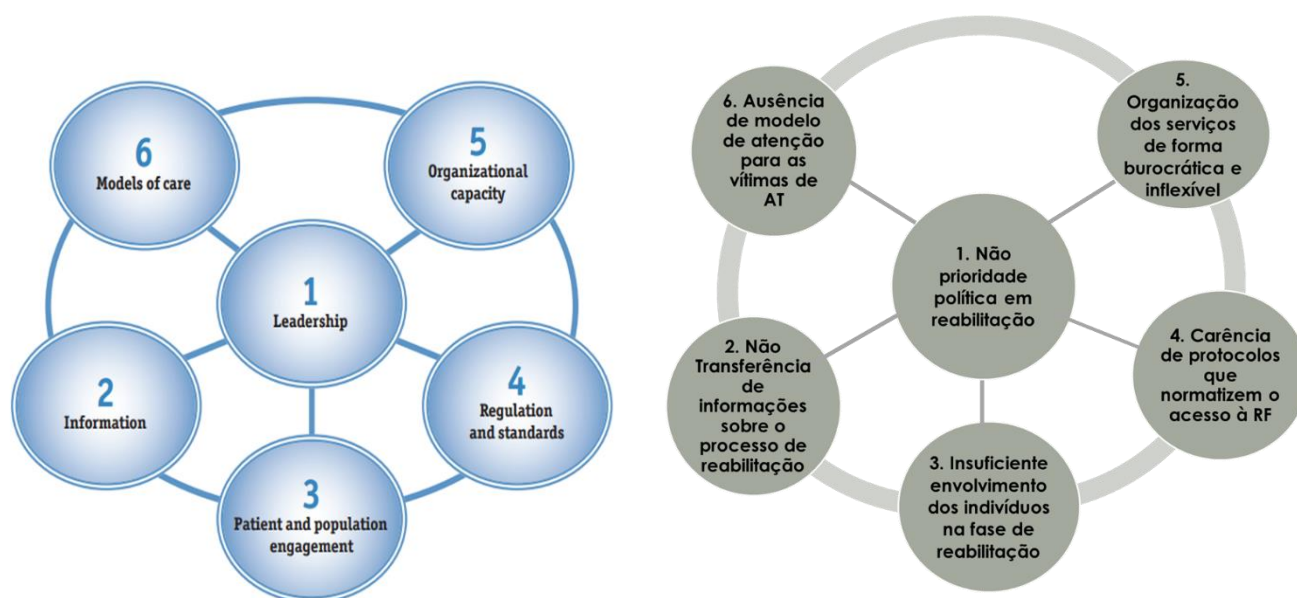
Organização/estrutura	Processo de Trabalho	Usuários	Profissionais
Burocratização do acesso pelo DS • Limitação de dias e de horários para marcar consulta; • Limitação prévia do número de sessões de RF; • Exigência do encaminhamento do ortopedista para marcar RF.	Falta de informação sobre os serviços de RF • Desconhecimento da equipe hospitalar dos locais disponíveis de RF na rede de serviços em saúde; • Responsabilização da oferta de informação em saúde apenas pelo serviço social.	Falta de informação/Baixa Escolaridade • Desconhecimento do direito de acesso gratuito à reabilitação; • Falta de informação sobre a reabilitação; • Não reconhecimento da necessidade de RF.	Ausência de envolvimento com as vítimas de AT • Profissionais desconhecem as necessidades e preferências dos usuários.
Sistemas complexos de encaminhamento • Ausência de Protocolo de Encaminhamento desde a alta hospitalar; • Ausência de um fluxo adequado de referência para reabilitação; Excesso de documentos e comprovantes.	Não encaminhamento • Ausência de normatização para avaliação da necessidade de RF; • Pouca autonomia de profissionais da RF hospitalar (fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos).	Dificuldade financeira • Pagar consulta de especialista; • Pagar transporte privado; • Desemprego em função do AT.	Carência da qualificação e capacitação dos recursos humanos em RF
Baixa oferta de reabilitação física • Insuficientes recursos humanos e físicos; • Insuficientes vagas; • Financiamento insuficiente /Inexistência de orçamento específico para RF.	Não acolhimento com classificação de risco nos DS • Desconsideração dos critérios epidemiológicos e de priorização para regulação do acesso; • Distribuição da autorização da RF por ordem de chegada.	Condição clínica grave • Limitações na locomoção; • Repouso prolongado após cirurgias; • Necessidade não satisfeita de reabilitação domiciliar.	Problemas pessoais • Sobrecarga de trabalho; • Baixa remuneração; • Dificuldades de trabalho em equipe.
Demora no agendamento da reabilitação • Fila de espera/Superlotação nos DS; • Demora para conseguir consulta com especialista para obter o encaminhamento; Deficiência nas UBS em referenciar para DS.	Comunicação inadequada • Relações de trabalho conflitantes entre especialistas e profissionais da reabilitação; • Ausência de trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar.	Apoio Familiar • Não valorização da RF pela família; • Ausência de acompanhante;	Desconhecimento da Linha de Cuidado ao Trauma
Coordenação inadequada entre os níveis de complexidade • Não referenciamento da assistência hospitalar para a ambulatorial; • Inexistência de contrarreferência.	Greve dos profissionais de saúde • Total paralisação das atividades de assistência e de agendamento das consultas.	Descrença no sistema e na reabilitação • Experiências passadas negativas com o serviço, com a autorização da RF e com a assistência em RF.	Pouca disponibilidade de terapeutas bem treinados
Insuficiente prestação direta dos serviços de RF • Poucos serviços de reabilitação da rede própria municipal; • Regiões Distritais descobertas de serviços de RF.	Desorganização da assistência hospitalar • Não oferta de informações em saúde aos usuários; • Assistência aos usuários fragmentada segundo procedimentos e especialidades.	Não ter plano privado de saúde • Associação da RF apenas aos possuidores de planos privados de saúde.	Inexistência de capacitação permanente das equipes de regulação e reabilitação
Pouca participação complementar das entidades filantrópicas e privadas • Pouca integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino; • Contratos (compra de serviços) insuficientes para atender a demanda.	Desorganização interna da RF • Solicitação de outro montante de documentos para início da RF; • Demora no início da reabilitação em função do agendamento da avaliação física.	Desistência da RF • Elevado tempo de espera; • Excesso de percursos para se chegar à RF; • Acomodação com a situação clínica.	Desvalorização da reabilitação • Não reconhecimento da RF por parte dos outros profissionais, gestores ou usuários.
Não implantação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência	Emponderamento da AB no encaminhamento para RF • Atuação ineficiente do NASF para orientação do usuário na rede de serviços; • Maior resolutividade do clínico geral para oferta de encaminhamento direto para DS; • Ausência de visitas domiciliares sistemáticas para identificar os necessitados de RF.	Elevada distância serviços-residência	Falta de Humanização • Formação não humanizada; • Pouco incentivo ao estabelecimento de vínculos solidários; • Condições ruins de trabalho.
Baixa adequação e quantidade dos transportes sanitários (PRAE)		Dificuldades de transporte até a RF • Insuficientes transportes públicos adaptados; e integrados aos serviços de saúde; • Dificuldade de conseguir vaga nos transportes sanitários.	
Elevada distância serviços-residência dos usuários		Precarização dos direitos trabalhistas	
Horário limitado de funcionamento dos serviços de RF			
Segurança e Acessibilidade irregular dos serviços de RF			
Inexistência de um Sistema de Informação (SI) em RF			

Fonte: Autora, 2015.

Para melhorar a qualidade e os resultados em saúde, a OMS orienta o envolvimento de todo sistema de saúde a partir da adoção estratégica de seis domínios da qualidade: (1) liderança; (2) informações; (3) envolvimento dos pacientes e da população; (4) regulamento e normas; (5) capacidade organizacional e; (6) modelos de atenção (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006).

Confrontando esses domínios com os resultados deste estudo, percebe-se que a qualidade da assistência em reabilitação ainda está aquém do preconizado pelas recomendações internacionais e pelas políticas nacionais de saúde. Fazendo alusão aos domínios da qualidade da OMS (Figura 8), essa afirmação se justifica porque a qualidade da RF apresenta irregularidades relacionadas com a(o): (1) não prioridade política em reabilitação, ou seja, baixa liderança; (2) não transferência de informações sobre o processo de reabilitação entre os estabelecimentos e entre os profissionais e usuários; (3) insuficiente envolvimento dos indivíduos na fase de reabilitação e pouca participação dos demais atores sociais; (4) carência de protocolos que normatizem o acesso à RF e atuação inefetiva das agências reguladoras; (5) organização dos serviços de forma burocrática e inflexível e; (6) ausência de modelo de atenção para as vítimas de acidentes rodoviários e desarticulação entre as redes de atenção à saúde para condições traumáticas.

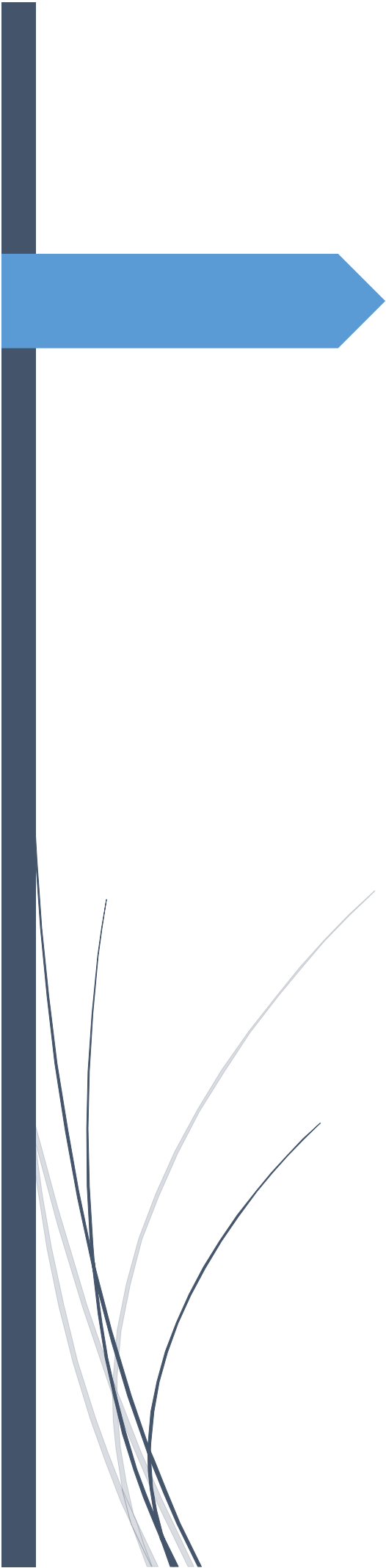
Figura 8 - Domínios para intervenções da qualidade dos sistemas de saúde e da reabilitação física.



Fonte: Adaptado de World Health Organization, 2006.

Considerando o contexto da epidemia dos acidentes de trânsito, onde a qualidade da reabilitação é esquecida e as estratégias para aprimorar a assistência reabilitadora são insuficientes, é preciso provocar o envolvimento de outras organizações públicas ou privadas e demais trabalhadores da saúde. Além disso, é importante para proteção da saúde e prevenção de doenças originárias dos AT ações educativas e de comunicação social, principalmente àquelas desenvolvidas nas escolas e pelo poder midiático da imprensa. Isso porque a situação sanitária das populações não depende apenas dos serviços de saúde, mas também de diversos interesses externos que atravessam o sistema (PAIM, 2009, p.16).

Finalmente, cabe destacar que mesmo sendo o acesso uma dimensão da qualidade prévia a qualquer outra dimensão, o acesso sozinho não garante a qualidade da atenção à saúde. É parte da qualidade, mas não é suficiente. De tal modo, futuras pesquisas devem avaliar outras dimensões da qualidade dos serviços de reabilitação, tais como a, segurança, efetividade, eficiência e atenção centrada no usuário, além de desenvolver indicadores e instrumentos de qualidade e favorecer as práticas baseadas em evidências em matéria de reabilitação.



RESULTADOS

ESTUDO QUANTITATIVO

5.2 RESULTADOS DO ESTUDO QUANTITATIVO

5.2.1 Características das vítimas de acidentes de trânsito

Da amostra prevista de 235 indivíduos, o inquérito foi realizado em 155 destes (porcentagem de resposta de 66,0%), apesar das quatro tentativas telefônicas a todos os 612 sujeitos que atendiam os critérios de inclusão. Os dados detalhados sobre as características da amostra estão apresentados na tabela 3.

Tabela 3 - Caracterização dos usuários do estudo quantitativo (n=155) quanto às variáveis sociodemográficas, do acidente, clínico-funcionais e da assistência clínica, Natal – RN.

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS			
Variável	Categorias	Frequência	Porcentagem
Sexo	Masculino	128	82,6
	Feminino	27	17,4
Idade	7 – 14 anos	10	6,6
	15 – 29 anos	73	48,0
	30 – 65 anos	58	38,2
	66 – 80 anos	11	7,2
Situação conjugal	Casado	53	34,6
	Solteiro	100	64,5
Escolaridade	Ensino Fundamental	70	45,2
	Ensino Médio	73	47,1
	Ensino Superior	12	7,7
	Estudante	23	14,8
Ocupação	Aposentado	14	9,0
	Desempregado	12	7,7
	Trabalhador informal	29	18,7
	Empregado	77	49,7
Renda	Até 2 SM*	121	78,6
	Maior que 2 SM	33	21,4
Plano Privado de Saúde	Sim	13	8,4
	Não	142	91,6
VARIÁVEIS DO ACIDENTE			
Variável	Categorias	Frequência	Porcentagem
Tipo de acidente	Queda	17	11,0
	Atropelamento	21	13,6
	Colisão	116	75,3
	Motocicleta	107	75,5
Tipo de veículo	Automóvel	10	6,5
	Transporte não motorizado	28	18,5

Continuação da tabela 3.

Tipo de vítima	Motorista	105	69,5
	Passageiro	26	16,9
	Pedestre	21	13,6
VARIÁVEIS CLÍNICO-FUNCIONAIS			
Variável	Categorias	Frequência	Porcentagem
Diagnóstico da lesão			
Amputação	Sim	7	4,5
	Não	148	95,9
Fratura	Sim	129	83,2
	Não	26	16,8
Traumatismo	Sim	16	10,6
	Não	135	89,4
Lesão de tecidos moles	Sim	15	9,3
	Não	140	90,3
Local da lesão			
Membros superiores	Sim	72	46,5
Membros inferiores	Sim	89	57,4
Limitação funcional			
Autocuidado	Sim	131	84,5
Locomoção	Sim	109	70,3
Mobilidade	Sim	141	91,0
Retorno ao Trabalho	Sim	141	94,8
Uso de órteses para locomoção	Sim	81	52,3
	Não	74	47,7
Necessidade Percebida de RF	Sim	133	85,8
	Não	22	14,2
Tempo de retorno ao trabalho	0 – 2 meses	21	26,9
	3 – 4 meses	20	25,6
	6 – 14 meses	37	47,4
VARIAVEIS DA ASSISTÊNCIA CLÍNICA			
Variável	Categorias	Frequência	Porcentagem
Cirurgia ortopédica	Sim	108	69,7
	Não	46	30,3
Imobilização com gesso	Sim	45	29,0
	Não	110	71,0
Reabilitação hospitalar	Sim	27	17,4
	Não	128	82,6
Tempo de internação	0 – 2 dias	39	25,2
	3 – 8 dias	41	26,5
	9 – 22 dias	37	23,9
	23 – 120 dias	38	24,5
Encaminhamento para RF	Sim	80	51,6
	Não	75	48,4
Informações sobre a RF	Sim	86	55,5
	Não	69	44,5

Fonte: Autora, 2015.

O perfil das vítimas foi o de jovens de 15 a 29 anos (48,0%), do sexo masculino (82,6%), solteiros (64,5%), com escolaridade até o ensino médio (92,3%), renda de até dois salários mínimos (78,6%) e economicamente ativos (68,4%). Quase a totalidade dos entrevistados (91,6%) dependia exclusivamente do sistema público de saúde.

Os acidentes mais frequentes foram de motocicleta (75,5%) e a lesão mais recorrente foi a fratura (83,2%), repercutindo em limitações nas atividades de autocuidado (84,5%) e locomoção (70,3%). Embora os critérios de inclusão da amostra basearam-se na potencial necessidade de RF, nem todos os entrevistados perceberam sua necessidade (85,8%).

Relativo à assistência em saúde, a maioria necessitou de cirurgia ortopédica (69,7%), sendo a fixação cirúrgica a intervenção indicada em 70,9% dos casos. Embora 75,6% dos entrevistados tivessem permanecido internados por um período de até 22 dias, apenas 17,4% realizaram reabilitação hospitalar. Pouco mais da metade (51,6%) dos pacientes receberam encaminhamento para reabilitação física no momento da alta hospitalar e um número ligeiramente maior (55,5%) recebeu da equipe hospitalar orientações sobre a RF.

Também foram identificados prejuízos ocupacionais, pois um quarto (25,7%) dos trabalhadores perderam o emprego ou tornaram-se incapacitados para atividade laboral. Dentre os que exerciam alguma atividade laboral (n=118), quase a totalidade (94,8%) referiu dificuldade para retornar ao trabalho. O tempo médio para retornar ao trabalho foi de 146 dias (IC95% 134 – 157).

5.2.2 Nível de acesso aos serviços de reabilitação física

Em relação ao acesso aos serviços de RF, aproximadamente metade dos entrevistados (51,6%; IC95% 43,7 – 59,4) conseguiram acessá-los, sendo 51 (32,9%; IC95% 25,5 – 40,2) na rede pública e 29 (18,7%; IC95% 12,6 – 24,7) no serviço privado. O tempo para este acesso foi maior no serviço público (74,0 dias; IC95% 62,1 – 85,8) do que no privado (56,4 dias; IC95% 49,7 – 63,0). Essas estimativas estão apresentadas na tabela 4.

Tabela 4 - Estimativa do Acesso e tempo de acesso à reabilitação física para vítimas de AT de Natal – RN.

Variável	Média (n)	Frequência (n)	Porcentagem	IC 95%
Acesso (Sim)				
Geral	–	80 (155)	51,6	43,7 – 59,4
Público	–	51 (155)	32,9	25,5 – 40,2
Privado	–	29 (155)	18,7	12,6 – 24,7
Tempo para o acesso (em dias)				
Geral	66,6 (80)	–	–	51,0 – 82,3
Público	74,0 (51)	–	–	62,1 – 85,8
Privado	56,4 (29)	–	–	49,7 – 63,0

n: nº de casos

Fonte: Autora, 2015.

5.2.3 Fatores associados ao acesso aos serviços de reabilitação física

Dentre as variáveis associadas de forma bivariada com o acesso ($p < 0,05$), predominaram as da assistência à saúde, sendo positivamente associadas as variáveis Encaminhamento para RF (OR: 20,5; IC95% 9,06 – 46,5), Cirurgia Ortopédica (OR: 5,8; IC95% 2,65 – 12,6), Informações sobre a RF (OR: 9,6; IC95% 4,6 – 20,20) e Tempo de Internação de até oito dias (OR: 6,4; IC95% 2,4 - 17,2), conforme observado na tabela 5. As variáveis do acidente não apresentaram associação significativa ao acesso.

Tabela 5 - Estimativa do Acesso Geral e Público à RF por cada variável da análise bivariada (n = 155), Natal – RN.

Variáveis	Acesso Geral (%)	OR	IC 95%	p	Acesso Público (%)	OR	IC 95%	p
Renda								
Até 2 SM*	45,5	3,2	1,37 – 7,45	0,005*	29,8	1,7	0,78 – 3,84	0,168
Maior que 2 SM	72,7				42,4			
Escolaridade								
Ensino Superior	75,0	–	–	0,177	33,3	–	–	0,939
Ensino Médio	53,4	0,28	0,07 – 1,12	0,073	31,5	1,04	0,28 – 3,82	0,949
Ensino Fundamental	45,7	0,38	0,10 – 1,52	0,174	34,3	0,92	0,25 – 3,36	0,900
Situação conjugal								
Casado	58,5	0,65	0,33 – 1,28	0,217	41,5	0,54	0,27 – 1,10	0,090
Solteiro	48,0				28,0			
Ocupação								
Empregado	63,6	–	–	0,009*	39,0	–	–	0,076
Aposentado	64,3	0,44	0,17 – 1,13	0,089	50,0	0,68	0,25 – 1,86	0,460
Desempregado	33,3	1,02	0,31 – 3,37	0,963	33,3	1,56	0,45 – 4,91	0,442
Trabalhador informal	27,6	0,28	0,08 – 1,03	0,056	10,3	0,78	0,21 – 2,83	0,709
Estudante	43,5	0,21	0,08 – 0,55	0,001*	30,4	0,18	0,05 – 0,65	0,009*
Plano Privado de Saúde								
Sim	61,5	1,56	0,48 – 4,98	0,454	7,70	0,17	0,02 – 1,21	0,043*
Não	50,7				35,2			
Tipo de vítima								
Pedestre	38,1	–	–	0,198	14,3	–	–	0,187
Passageiro	42,3	2,07	0,79 – 5,41	0,136	34,6	3,30	0,91 – 11,9	0,068
Motorista	56,1	1,19	0,36 – 3,86	0,770	35,5	3,17	0,73 – 13,7	0,122
Tipo de Acidente								
Colisão	55,2	–	–	0,227	37,9	–	–	0,051
Atropelamento	42,9	0,44	0,15 – 1,28	0,132	14,3	0,35	0,09 – 0,28	0,115
Queda	35,3	0,61	0,23 – 1,56	0,301	17,6	0,27	0,07 – 0,98	0,046*
Motocicleta								
Sim	58,3	1,44	0,69 – 3,00	0,329	35,9	1,80	0,78 – 4,17	0,164
Não	44,7				23,7			
Lesão em MMII								
Sim	56,2	1,53	0,81 – 2,91	0,186	33,7	1,09	0,55 – 2,14	0,804
Não	45,5				31,8			
Limitações no Autocuidado								
Sim	55,0	2,44	0,97 – 6,09	0,051	33,6	1,22	0,47 – 3,18	0,672
Não	33,3				29,2			
Uso de Órtese								
Sim	59,3	1,90	1,00 – 3,16	0,046*	37,0	1,48	0,75 – 2,92	0,252
Não	43,2				28,4			
Necessidade percebida de RF								
Sim	58,6	14,2	3,18 – 63,1	<0,001	37,6	12,6	1,65 – 96,9	0,002*
Não	91,9				4,50			
Amputação Ortopédica								
Sim	85,7	6,0	0,70 – 51,1	0,065	71,4	5,54	1,03 – 29,6	0,026*
Não	50,0				31,1			
Lesão de Tecidos Moles								
Sim	40,0	0,59	0,20 – 1,76	0,489	6,70	0,12	0,01 – 1,00	0,023*
Não	52,9				37,7			

Continuação da tabela 5.

Variáveis	Acesso Geral (%)	OR	IC 95%	p	Acesso Público (%)	OR	IC 95%	p
Encaminhamento para RF								
Não	18,7	20,5	9,06 – 46,5	<0,001	6,7	18,9	6,9 – 51,2	<0,001
Sim	82,5				57,5			
Cirurgia Ortopédica								
Não	23,4	5,79	2,65 – 12,6	<0,001	17,0	3,22	1,37 – 7,56	0,006*
Sim	63,9				39,8			
Reabilitação Hospitalar								
Não	49,2	1,75	0,74 – 4,12	0,194	30,5	1,82	0,78 – 4,26	0,160
Sim	63,0				44,4			
Imobilização com Gesso								
Não	58,2	0,39	0,19 – 0,81	0,011*	38,2	0,41	0,18-0,95	0,029*
Sim	35,6				20,0			
Informações sobre RF								
Não	23,2	9,63	4,6 – 20,20	<0,001	13,0	6,34	2,8 – 14,42	<0,001
Sim	74,4				48,8			
Tempo de internação								
0 – 2 dias	23,1	–	–	0,001*	10,3	–	–	0,014*
3 – 8 dias	65,9	6,42	2,40 – 17,2	<0,001	39,0	5,60	1,67 – 18,7	0,005*
9 – 22 dias	56,8	4,37	1,62 – 11,7	0,003*	37,8	5,32	1,56 – 18,2	0,008*
23 – 120 dias	60,5	5,11	1,90 – 13,7	0,001*	44,7	7,08	2,10 – 23,9	0,002*

OR: *odds ratio*; IC 95%: intervalo de confiança de 95%; p: significância estatística

*p<0,05

Fonte: Autora, 2015.

Ao buscar a importância ajustada das variáveis em relação ao Acesso Geral à RF, o modelo de regressão demonstrou uma associação significativa e crescente para maior renda (OR: 3,7; IC95% 1,06 – 13,00), necessidade percebida de RF (OR:10,0; IC95% 1,30 – 76,53) e recebimento do encaminhamento para RF (OR: 27,5; IC95% 9,52 – 79,43), todas aumentando as chances de conseguir tratamento reabilitador. No entanto, as atividades ocupacionais trabalhador informal (OR: 0,11; IC95% 0,03 – 0,43) e desempregado (OR: 0,15; IC95% 0,02 – 0,96) diminuem significativamente o acesso à RF. A qualidade do ajuste deste modelo obteve significância estatística de 0,981 no teste de aderência Hosmer e Lemeshow e explica 62,1% da variabilidade do acesso (R^2 de Nagelkerke: 0,621) (Tabela 6).

Quanto ao Acesso à RF no serviço público, o modelo de regressão apresentou o Encaminhamento com forte associação positiva (OR: 23,0; IC95% 8,22 – 68,24) e o Plano Privado de Saúde com associação negativa (OR: 0,07; IC95% 0,01– 0,59). Este modelo também apresentou boa qualidade no ajuste ao Teste de Hosmer e Lemeshow, com uma significância estatística de 0,989 e a proporção de variabilidade explicada pelo modelo foi de 45,1% (Tabela 6).

Tabela 6 - Modelos de regressão logística dos fatores associados ao acesso Geral e Público à RF (n=155), Natal – RN.

MODELO 1- ACESSO GERAL À REABILITAÇÃO FÍSICA					
Variáveis	Categorias	% Acesso	OR Aj	IC 95%	p - valor
Ocupação	Empregado	49 (63,6)			0,018
	Desempregado	4 (33,3)	0,15	0,024 – 0,963	0,046
	Trabalhador informal	8 (27,6)	0,11	0,030 – 0,427	0,001
Renda Familiar	Maior que 2 SM	24 (72,7)	3,72	1,066 – 12,997	0,039
	Até 2 SM	55(45,5)			
Necessidade percebida de RF	Sim	78 (58,6)	10,00	1,306 – 76,534	0,027
	Não	2 (9,1)			
Encaminhamento para RF	Sim	66 (82,5)	27,50	9,523 – 79,428	<0,001
	Não	14 (18,7)			

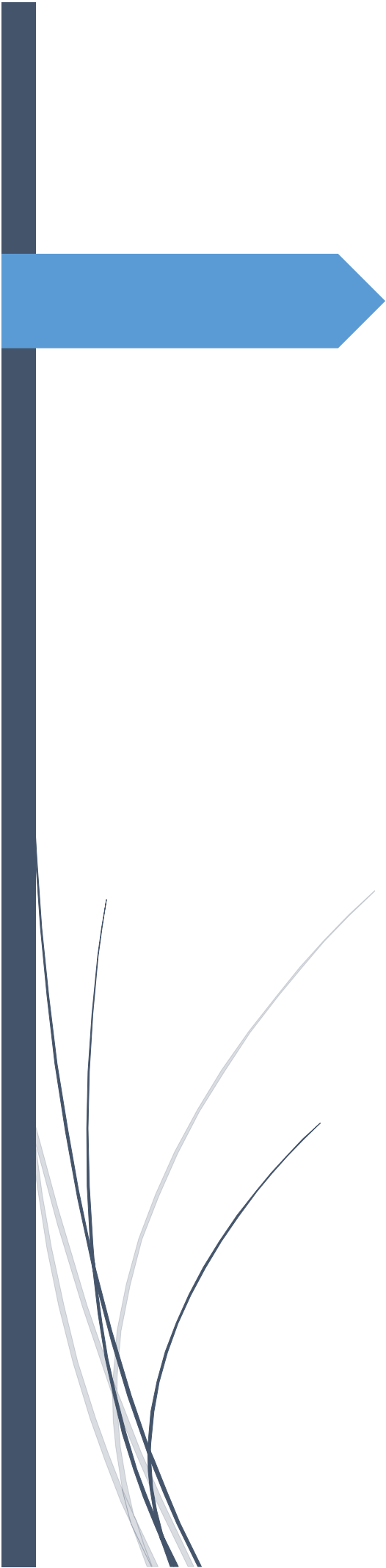
*Teste de Hosmer e Lemeshow: p=0,981; R quadrado Nagelkerke: p=0,621

MODELO 2- ACESSO À REABILITAÇÃO FÍSICA NO SERVIÇO PÚBLICO					
Variáveis	Categorias	% Acesso	OR Aj	IC 95%	p - valor
Plano Privado de Saúde	Sim	1 (7,7)	0,070	0,008 – 0,591	0,014
	Não	50 (35,2)			
Encaminhamento para RF	Sim	46 (57,5)	23,00	8,220 – 68,244	<0,001
	Não	5 (6,7)			

*Teste de Hosmer e Lemeshow: p=0,989; R quadrado Nagelkerke: p=0,451

n: nº de casos; OR: *odds ratio*; IC 95% : intervalo de confiança de 95%; p: significância estatística.

Fonte: Autora, 2015.



DISCUSSÃO

ESTUDO QUANTITATIVO

6 DISCUSSÃO DO ESTUDO QUANTITATIVO

6.1 CONTRIBUIÇÕES GERAIS E LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Possivelmente, este é o primeiro estudo que quantifica o nível de acesso e fatores associados à reabilitação física para vítimas de acidentes de trânsito, contribuindo, de forma original, para a compreensão da (in) capacidade do sistema de saúde para atender aos sobreviventes desta epidemia global. Aponta também para elucidação de fatores modificáveis que podem melhorar a qualidade da assistência, a partir de intervenções sociais e reorientação das ações em saúde pelos gestores públicos. Utilizando conceitos da avaliação da qualidade, identifica claras oportunidades de melhoria no acesso e dá suporte aos processos decisórios que influenciam as condições de vida e saúde das populações.

Esse estudo tem algumas limitações: (1) apesar de sua utilidade para identificar o insuficiente acesso, a margem de erro da estimativa pontual do acesso foi relativamente grande em virtude do tamanho da amostra não ter sido o inicialmente idealizado; (2) possibilidade de algum viés de informação relacionado à imprecisão do tempo para o acesso por viés de memória, apesar de que a amostra era predominantemente de adultos jovens que foram entrevistados em um tempo recente (inferior a um ano) em relação ao AT; (3) a coleta por inquérito telefônico viabilizou a pesquisa, porém, limitou o número de variáveis coletadas, sendo necessário complementar as análises de fatores associados com outras variáveis obtidas via revisão de prontuários, observação direta e questionário aos profissionais, para aumentar a variabilidade explicada dos modelos de regressão.

6.2 A VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO TEM DIFICULDADE DE ACESSO À REABILITAÇÃO FÍSICA

O perfil da vítima de AT desse estudo (adultos jovens, motociclistas, economicamente ativos, de baixa renda e baixa escolaridade) é consistente com o cenário nacional (BASTOS; ANDRADE; CORDONI JUNIOR, 1999; ANJOS et al., 2007; SANTOS et al., 2008; GAWRYSZEWSKI et al., 2009; DUARTE; DE SOUZA; BONFIM, 2010; OLIVEIRA et al., 2011; PAULA JÚNIOR; ARAÚJO, 2013; WASELFISZ, 2013; LIMA et al., 2014) e confirma sua vulnerabilidade social.

Os níveis de acesso geral (51,6%) e público (32,9%) foram baixos, considerando que 100% da população de estudo necessitava de RF. Não se encontraram estudos com

estimativa de acesso exatamente para esta população, mas apenas abordando o acesso em outras áreas (saúde da mulher, saúde do idoso, doenças transmissíveis) (ARAÚJO; LEITÃO, 2005; OLIVEIRA et al., 2011; RIBEIRO et al., 2012) e em especialidades distintas (reabilitação cardíaca e pulmonar e assistência odontológica) (HARRIS; HAYTER; ALLENDER, 2008; ROHR; BARCELLOS, 2008; SALZWEDEL et al., 2014). Por exemplo, em pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC), encontrou-se maior percentual de acesso à reabilitação (67,1%) em estudo transversal realizado em João Pessoa/Paraíba (RIBEIRO et al., 2012) e ainda maior (90%) em estudo de coorte realizado nos Estados Unidos (BETTGER et al., 2013), mostrando que estes dados podem variar entre diferentes sistemas de saúde.

Os resultados sinalizam para o papel secundário dos serviços de reabilitação física no SUS, algo contraditório com seu princípio de integralidade da atenção. Somente um de cada três pacientes conseguiu acesso à reabilitação no sistema público de saúde, um resultado sempre menor que aqueles identificados para os serviços em geral ou para outros níveis de atenção: 50,9% para atendimento na zona urbana, principalmente no posto de saúde (KASSOUF, 2005); 71,5% para acesso a exames (OLIVEIRA et al., 2011); e 93,5% para atendimento em centros de saúde de São Paulo/SP (BARATA, 2008). Nessa situação de necessidade e dificuldade de acesso, embora a maioria das vítimas dependessem exclusivamente do SUS (91,6%) e possuísem baixa renda familiar (78,7%), pagar pelo serviço privado foi a solução encontrada por 18,7% dos necessitados de RF, evidenciando ineficiência dos serviços públicos e possível iniquidade no acesso.

Outro problema é a demora para o início da reabilitação (aproximadamente 67 dias). Para pacientes de AVC e crianças com paralisia cerebral, o tempo para o acesso variou de um (TÔRRES et al., 2011) até seis meses (TÔRRES et al., 2011; RIBEIRO et al., 2012), demonstrando que a longa espera é um aspecto normalmente instituído em RF. Atrasar o início da reabilitação, seja no serviço público ou privado, fere o conceito atual de acesso que inclui a dimensão temporal, ou seja, a oferta dos serviços em condições e tempo oportunos a fim de impactar positivamente os resultados de saúde (ADAY; ANDERSEN, 1974; INSTITUTE OF MEDICINE, 2001; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006). Além de ser causa de insatisfação dos usuários (SOUZA et al., 2008) na área da ortopedia e traumatologia, a demora para a reabilitação repercute em outras dimensões da qualidade, tais como a efetividade (resultados prejudicados por uma recuperação mais complexa em virtude de deformidades e contraturas instaladas em função do tratamento tardio) (STUCKI et al., 2005) e a segurança do paciente (complicações pela demora são danos à saúde potencialmente evitáveis) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

Em relação a primeira dimensão, estudos de qualidade que consideraram a percepção dos pacientes em reabilitação pós-trauma identificaram que a efetividade do tratamento (melhoras funcionais) parece ser influenciada por aspectos da continuidade da gestão, evidenciando que a recuperação funcional dos indivíduos também sofre influência dos problemas do profissional e do ambiente organizacional dos serviços (MEDINA-MIRAPEIX et al., 2012a, 2013a). Quanto à segurança em reabilitação, os estudos costumam descrevê-la em função do déficit de equilíbrio e do medo de cair associados à pouca monitorização do profissional, ou seja, referem-se à segurança do paciente que já está em tratamento reabilitador (MEDINA-MIRAPEIX et al., 2012b, 2013b), porém as condições de demora para início do tratamento também prejudicam a segurança do paciente.

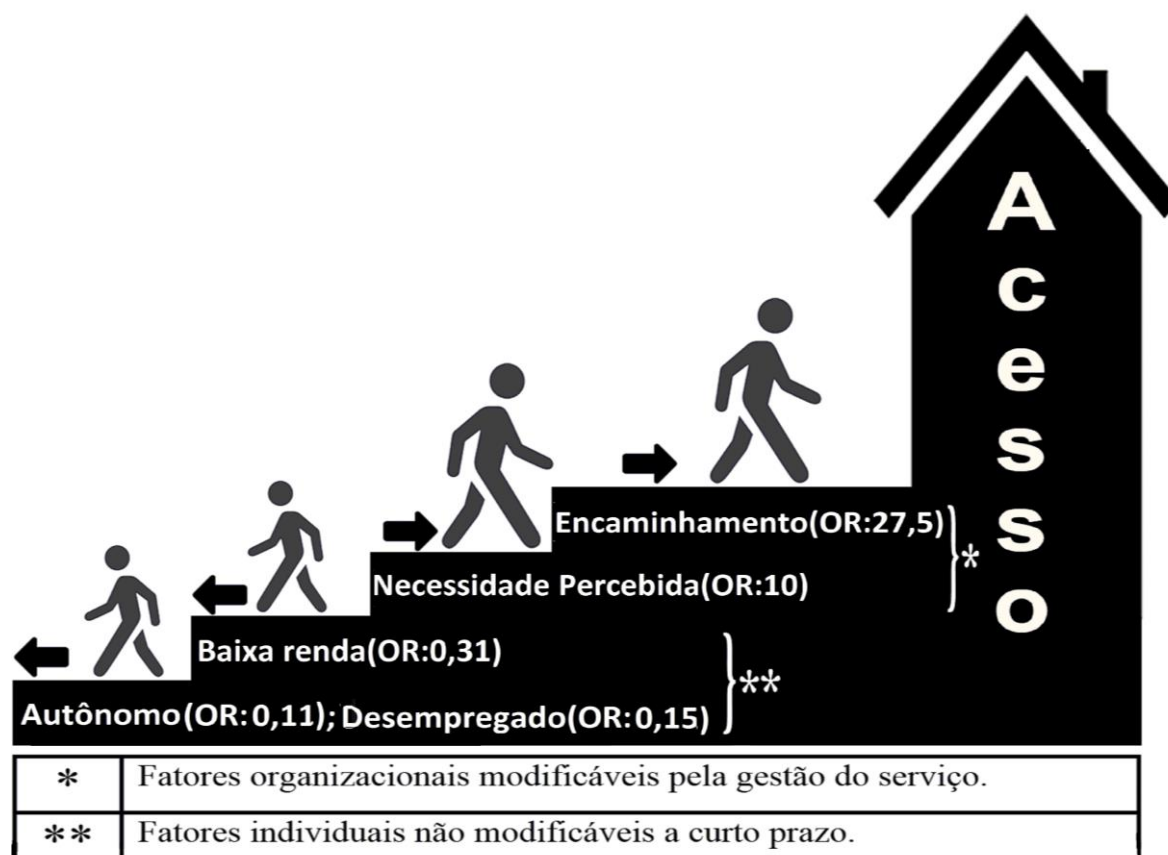
A clara oportunidade de melhoria do acesso pode ser consequência da ausência de um modelo de atenção (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006) para vítimas de AT que considere uma assistência completa e ajustada às necessidades dessa população (promoção e proteção da saúde, prevenção dos AT e atenção urgente e reabilitação das lesões oriundas). Iniciativas recentes, como a Linha de Cuidado ao Trauma (BRASIL, 2013), a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (BRASIL, 2011b) e a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2012b) são respostas parciais a esta ausência; no entanto, a implantação e articulação dessas políticas ainda é incipiente no contexto desse estudo.

As consequências da ausência do modelo de atenção são muitas, desde prolongamento inadmissível da dor e sofrimento dessas vítimas até a geração de desemprego e instabilidade familiar e social, situações que configuram a perpetuação da violência após os AT e a insuficiente proteção desses indivíduos pelo Estado brasileiro. Além de trazer impactos negativos para economia brasileira (FEIJÓ; PORTELA, 2001; BOFF; LEITE; AZAMBUJA, 2002; BRASIL, 2005; IPEA; DENATRAN; ANTP, 2006), essa situação traz indícios do ostracismo social ao qual podem estar submetidos os sobreviventes de AT quando não têm garantido o direito de acesso à reabilitação.

6.3 FATORES MODIFICÁVEIS PARA MELHORIA DO ACESSO À REABILITAÇÃO FÍSICA

Conforme a figura 9, os fatores associados ao acesso à RF classificaram-se em: individuais não modificáveis a curto prazo (renda familiar, ocupação, plano privado de saúde) e assistenciais modificáveis pela gestão da qualidade do serviço (encaminhamento para RF e necessidade percebida de RF).

Figura 9 - Modelo de análise dos fatores determinantes do acesso à reabilitação física, Natal- RN.



Fonte: Autora, 2015.

Os aspectos individuais não modificáveis a curto prazo foram assim denominados por se tratarem de condições peculiares dos usuários cujas soluções envolvem maior nível de complexidade e administração pública. Consistente com estudos de base populacional, a baixa renda familiar relacionou-se com menor utilização dos serviços de saúde (TRAVASSOS et al., 2000, 2002; MENDOZA-SASSI; BÉRIA; BARROS, 2003; TRAVASSOS; OLIVEIRA; VIACAVA, 2006; BARATA, 2008). Outro aspecto social envolvido é o dos indivíduos desempregados (OR: 0,15) ou trabalhadores informais (OR: 0,11), que possuem maior dificuldade para obter acesso à RF, provavelmente, pela precarização dos direitos trabalhistas para cuidado de sua própria saúde. Essa influência negativa da atividade ocupacional, principalmente, dos trabalhadores informais, sobre a utilização dos serviços de saúde também foi encontrada no estudo de Travassos e colaboradores (2002). Isso demonstra que não é suficiente a gratuidade dos serviços, mas é preciso considerar limitações particulares das vítimas, tais como gastos financeiros e dispêndio de tempo por afastamento das atividades laborais e/ou por deslocamento até o tratamento.

O plano privado de saúde, também classificado como aspecto individual não modificável a curto prazo, não se relacionou com o acesso geral e ainda diminuiu a probabilidade de acesso ao serviço público em mais de 90% (OR: 0,07), indicando que quem tem plano privado, prioriza a utilização do mesmo. Essa associação negativa contrapõe-se à literatura, pois o plano privado costuma relacionar-se a maior acesso aos serviços de saúde (TRAVASSOS et al., 2000; KASSOUF, 2005; TRAVASSOS; OLIVEIRA; VIACAVA, 2006; BARATA, 2008).

O percentual de usuários com plano privado nesta pesquisa (8,4%) foi inferior às estimativas da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) que variaram de 36% a 72,9% (KASSOUF, 2005; BARATA, 2008; PESSOTO et al., 2007; OLIVEIRA et al., 2011), podendo ser algo peculiar dos serviços de reabilitação ou nosso estudo ter cometido um erro tipo II (falso negativo) quanto a esta associação, em virtude do poder reduzido associado ao tamanho de amostra.

Embora alguns estudos tenham demonstrado certa redução das iniquidades no acesso ao sistema de saúde brasileiro (TRAVASSOS et al. 2000; TRAVASSOS; OLIVEIRA; VIACAVA, 2006; PAIM et al., 2011), os resultados do presente estudo sobre os fatores socioeconômicos dos indivíduos demonstram que esse cenário ainda é marcante no nosso país, especialmente em matéria de reabilitação.

Modificar fatores individuais como os mencionados acima envolvem intervenções em questões sociais baseadas nos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2006), ações complexas que demandam esforço intersetorial e diferentes planos de administração pública (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2006; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004).

Relativo aos aspectos modificáveis pela gestão dos serviços, a autopercepção da necessidade de reabilitação aumenta em dez vezes a probabilidade de acesso (OR: 10,0). Isso corrobora estudos nacionais (KASSOUF, 2005; ROHR; BARCELLOS, 2008; BARATA, 2008; OLIVEIRA et al., 2011) em que a necessidade percebida ou a autoavaliação de saúde influencia a procura e utilização dos serviços.

Na área da reabilitação, um estudo envolvendo indivíduos com deficiências na China encontrou que, entre os que expressaram alguma necessidade de reabilitação (75%), apenas 27% destes obtiveram acesso (ZONGJIE et al., 2007). Em nosso estudo, 85,8% dos participantes relataram essa necessidade e 58,6% desses conseguiram o tratamento que procuravam.

Apesar de a necessidade percebida de RF ser uma variável característica do usuário, considerou-se como um aspecto dos serviços pela sua estreita relação com as informações em saúde ofertadas pelos profissionais. Informar o usuário é preceito ético de todo profissional de saúde e facilita a circulação adequada e ágil dos usuários nos diversos níveis do sistema, tornando-os agentes reguladores do próprio acesso (BRASIL, 2011a). Além disso, estudos com inquéritos populacionais na Espanha identificaram que a percepção de qualidade dos pacientes em tratamento reabilitador é fortemente influenciada pelos aspectos da informação em saúde e da relação terapeuta-paciente (MEDINA-MIRAPEIX et al., 2012b, 2013a). Portanto, a gestão da qualidade do serviço deve normatizar a oferta de informações em RF, mediante uma atenção centrada no usuário e humanizada, e monitorar a adesão dos profissionais à essas normas.

O encaminhamento escrito para RF foi o principal determinante do acesso, sendo este um fator modificável pela gestão da qualidade do serviço. Encaminhar corretamente o paciente aumenta em mais de 20 vezes sua probabilidade de conseguir acesso à reabilitação física. Trata-se do histórico problema da regulação da referência e contrarreferência no SUS (FRATINI; SUAPE; MASSAROLI, 2008; BRASIL, 2011a; GAWRYSZEWSKI; OLIVEIRA; GOMES, 2012).

Após alta hospitalar, a maioria dos sobreviventes dos AT retorna para suas residências com severas limitações funcionais e sem o devido encaminhamento ou orientações quanto à continuidade dos cuidados. Os profissionais, embora inseridos no sistema de saúde, não se percebem em um “sistema” de fato, mas isolados da rede de atenção à saúde.

A fim de garantir uma assistência integral a vítimas de AT, é preciso ampliar o olhar dos gestores e profissionais para o planejamento da coordenação entre níveis assistenciais, regulação do acesso, referência e contrarreferência (FRATINI; SUAPE; MASSAROLI, 2008; BRASIL, 2011a; GAWRYSZEWSKI; OLIVEIRA; GOMES, 2012).

6.4 IMPLICAÇÕES PRÁTICAS PARA A GESTÃO DOS SERVIÇOS

Consideradas as múltiplas faces do problema de pesquisa (baixo e iníquo acesso à reabilitação de pessoas necessitadas) e a inexistência de avaliações sobre as estruturas, processos e resultados em reabilitação, o enfrentamento desse problema demanda do sistema de saúde medidas como: estabelecimento de claros modelos de atenção para vítimas de acidente de trânsito; ampliar a regulação de acesso às vítimas; implementar uma lista de checagem sobre os critérios de qualidade na alta hospitalar que considerem a RF; estabelecer instruções normativas do atendimento em reabilitação hospitalar para permitir a comunicação entre os

serviços e a continuidade dos cuidados e ; incentivar ciclos de avaliação e melhoria da qualidade em RF para vítimas de AT e outras populações.

Quanto aos profissionais de saúde, acrescenta-se à essas estratégias de qualidade, a necessidade de maior incentivo à educação permanente dos profissionais e do empoderamento dos pacientes, a fim de favorecer a integração e corresponsabilização entre os serviços e, conseqüentemente, facilitar o fluxo rápido à RF dos indivíduos vulneráveis às limitações e incapacidades.

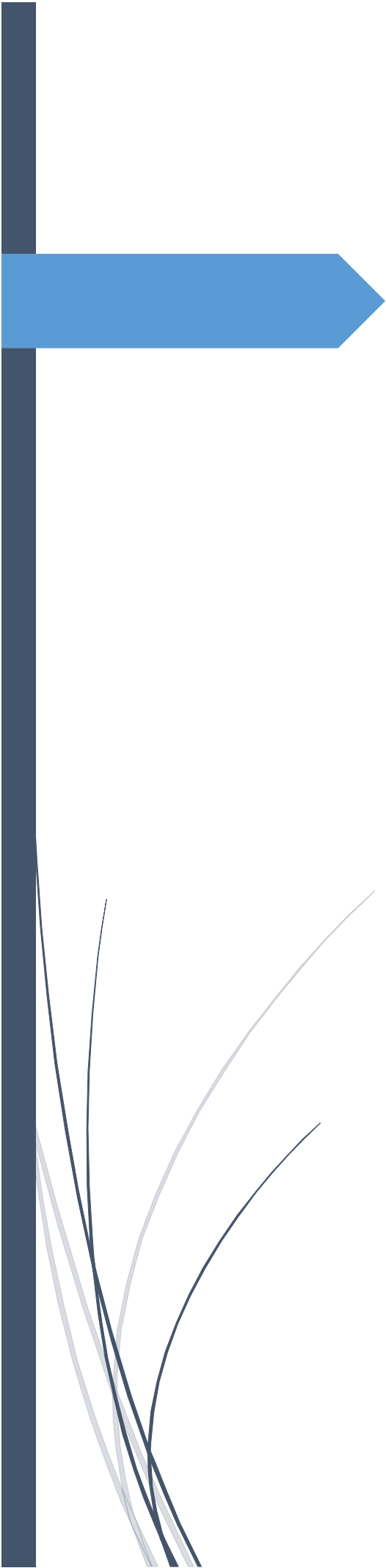
6.5 GENERALIZAÇÃO E EXTRAPOLAÇÃO

Apenas metade dos sujeitos potencialmente necessitados são devidamente encaminhados para a reabilitação após alta hospitalar e desses, somente uma terça parte obtém êxito no acesso pela via pública. Esses resultados podem ser generalizados às vítimas de AT residentes em Natal atendidas na atenção de urgência e emergência do SUS com evidente necessidade de RF. Usuários de outros grupos populacionais que vivem em outros contextos ou que utilizam serviços distintos dos hospitais e ambulatorios não estão representados neste estudo.

É preciso precaução ao extrapolar os resultados deste estudo para outras populações, mas isso pode ser feito quando o perfil de vítimas for similar e o contexto dos serviços de saúde for parecido com o da capital norte-rio-grandense, onde há dificuldade de implementação e integração das redes de atenção à saúde.

6.6 RECOMENDAÇÕES SOBRE FUTUROS ESTUDOS

A reabilitação física precisa ser planejada e avaliada de forma sistêmica e integral. Por isso, faz-se necessário futuras pesquisas para se conhecer a qualidade desses serviços, considerando outras dimensões além do acesso, a saber: efetividade, segurança do paciente, equidade, eficiência e atenção centrada no usuário. Ademais, sugere-se desenvolver estudos de intervenção sobre os fatores associados ao Acesso à RF, especialmente aqueles relacionados aos processos assistenciais, como o aumento do encaminhamento e informações aos pacientes, avaliação da influência da qualidade da RF nos desfechos clínicos e funcionais e análise da repercussão econômica da ausência da reabilitação sobre o orçamento público e sobre a saúde das pessoas.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

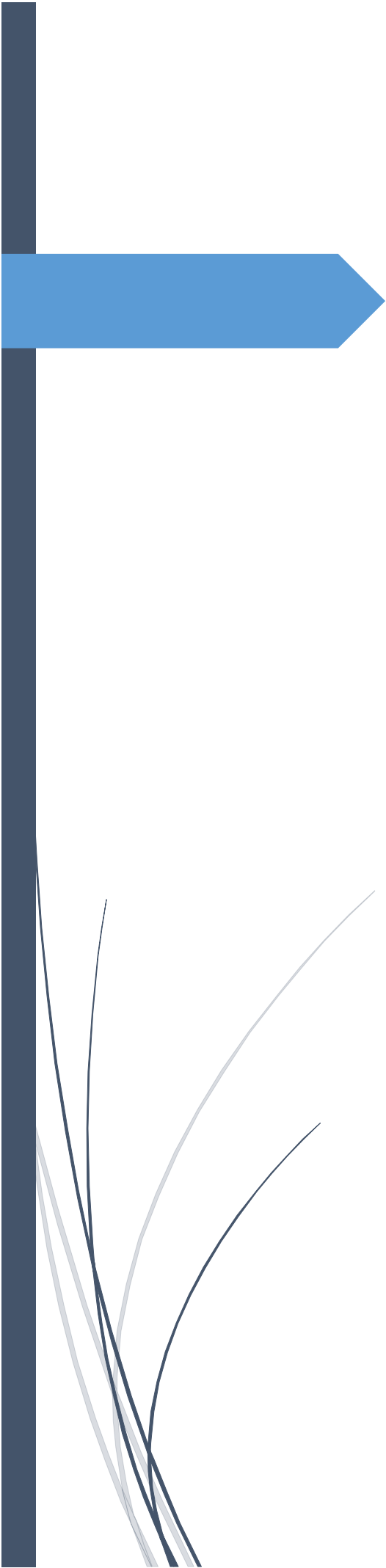
Uma forma de refletir as dificuldades da obtenção do tratamento reabilitador é compreender os pontos de vista das partes interessadas e relacionadas com serviços, a fim de que possam auxiliar na identificação das lacunas na reabilitação em função das necessidades não atendidas. Além de identificar deficiências, estas percepções podem nortear a assistência, buscando otimizar custos e melhorar a qualidade dos serviços prestados.

Na perspectiva qualitativa, foi possível identificar que a deficitária estimativa de acesso está relacionada a vários fatores, dentre os quais, citam-se: a) as burocráticas práticas administrativas dos serviços de saúde (problema de estrutura organizacional); b) baixa oferta de reabilitação (problema estrutural); c) insuficiente informação dos profissionais sobre a RF (problema de processo de trabalho) e; d) inexistência de protocolos assistenciais que integrem a atenção hospitalar e ambulatorial (problema de processo de trabalho). Adicionam-se, a isto, os problemas relacionados aos usuários: dificuldade financeira, limitação funcional e geográfica, pouca informação em saúde associada à baixa escolaridade e descrença no sistema e na reabilitação.

O nível de acesso aos serviços de reabilitação física encontrado no estudo quantitativo foi insuficiente para atender às necessidades das vítimas de acidentes de trânsito. Os fatores que devem ser modificados para melhorar o acesso incluem situações complexas e outras, de possível resolução, com uma efetiva gestão da qualidade da assistência.

As abordagens qualitativa e quantitativa demonstraram que o acesso inadequado e insuficiente aos serviços de reabilitação repercute negativamente na qualidade da assistência à saúde e em sofrimento desnecessário para vítimas de acidentes de trânsito. As barreiras de acesso e seus fatores determinantes identificados originalmente nesse estudo provocam o sistema de saúde a desenvolver estratégias para a melhor implantação das políticas de saúde existentes. Além disso, trazem importantes subsídios para a priorização de medidas gestoras com o propósito de reduzir as iniquidades no acesso ocasionadas pelos arranjos organizativos dos serviços de diferentes densidades tecnológicas.

Por fim, cabe ressaltar que o embate para se alcançar a integralidade da assistência em saúde por meio do maior acesso a RF não se refere apenas a um esforço de cunho científico, mas transcende o plano da conscientização e envolvimento dos que circundam a reabilitação (usuários, profissionais e gestores da saúde) para que esta possa ser devidamente inserida em um processo assistencial compreendido na sua totalidade.



REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

ADAY, Lu Ann; ANDERSEN, Ronald. A framework for the study of access to medical care. *Health services research*, v. 9, n. 3, p. 208, 1974.

ALMEIDA, Marta Carvalho. Saúde e reabilitação de pessoas com deficiência: políticas e modelos assistenciais. 2000. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000.

ANJOS, Kátia Campos dos et al. Paciente vítima de violência no trânsito: análise do perfil socioeconômico, características do acidente e intervenção do Serviço Social na emergência. *Acta Ortopédica Brasileira*, v. 15, n. 5, p. 262-266, 2007.

ARAUJO, Eduardo Santana de. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) em fisioterapia: uma revisão bibliográfica. 2008. 117 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

ARAÚJO, Maria Alix Leite; LEITÃO, Glória da Conceição Mesquita. Acesso à consulta a portadores de doenças sexualmente transmissíveis: experiências de homens em uma unidade. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 21, n. 2, p. 396-403, 2005.

ASSIS, Marluce Maria Araújo; JESUS, Washington Luiz Abreu de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, 2012.

BAÑO-ALEDO, M. Elena del et al. Relevant patient perceptions and experiences for evaluating quality of interaction with physiotherapists during outpatient rehabilitation: a qualitative study. *Physiotherapy*, v. 100, n. 1, p. 73-79, 2014.

BARATA, Rita Barradas. Acesso e uso de serviços de saúde. *São Paulo em Perspectiva*, v. 22, n. 2, p. 19-29, 2008.

BARROS, Aluísio JD et al. Acidentes de trânsito com vítimas: sub-registro, caracterização e letalidade. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 19, n. 4, p. 979-986, 2003.

BASTOS, Yara Gerber Lima; ANDRADE, Selma Maffei de; CORDONI JUNIOR, Luiz. Acidentes de trânsito e o novo Código de Trânsito Brasileiro em cidade da Região Sul do Brasil. *Informe Epidemiológico do SUS*, v. 8, n. 2, p. 37-45, 1999.

BETTGER, Janet A. Prvu et al. Assessing Stroke Patients for Rehabilitation During the Acute Hospitalization: Findings From the Get With The Guidelines–Stroke Program. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, v. 94, n. 1, p. 38-45, 2013.

BOFF, Bernadete M.; LEITE, Dóris F.; AZAMBUJA, Maria Inês R. Morbidity leading to temporary work disability. *Revista de Saúde Pública*, v. 36, n. 3, p. 337-342, 2002.

BRASIL. Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989. Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência - Corde, institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes, e dá

outras providências. 1989. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7853.htm>. Acesso em: 25 fev. 2015.

BRASIL, Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Organização do texto: Juarez de Oliveira. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990.

BRASIL. Decreto nº 5.296 de 2 de dezembro de 2004. Regulamenta as Leis nos 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. 2004. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5296.htm>. Acesso em: 25 fev. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.529 de 19 de outubro de 2006. Institui a Internação Domiciliar no âmbito do SUS. 2006. Disponível em:

<<http://www.saude residence.com.br/painel/fotos/educacao/2010052160248.pdf>>. Acesso em: 25 fev. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_pessoa_deficiencia.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção à saúde da pessoa com deficiência no Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_pessoa_deficiencia_sus.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Sistema de planejamento do SUS: uma construção coletiva: instrumentos básicos. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. (Série Cadernos de Planejamento, v. 2).

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Regulação em Saúde. Brasília: CONASS, 2011a. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/biblioteca/regulacao-em-saude>>. Acesso em: 24 fev. 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria GM nº. 1600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). 2011b. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html> Acesso em: 25 fev. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da

Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. 2011c. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html>. Acesso em: 25 fev. 2015.

BRASIL. Decreto nº 7.612 de 17 de novembro de 2011. Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limite. 2011d. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7612.htm>. Acesso em: 25 fev. 2015.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.º 466 de 12 de dezembro de 2012. 2012a. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 25 fev. 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria GM nº. 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. 2012b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html> Acesso em: 25 fev. 2015.

BRASIL. Manual de Ambiência dos Centros Especializados em Reabilitação (CER) e das Oficinas Ortopédicas. 2013a. Disponível em: <http://cosemspb.org/wp-content/uploads/2013/04/Orientacao_Ambienciac_CER_OfcOrto.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2015.

BRASIL. Portaria nº 1.365, de 8 de julho de 2013. Aprova e institui a Linha de Cuidado ao Trauma na Rede de Atenção às Urgências e Emergências. 2013b. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1365_08_07_2013.html>. Acesso em: 25 fev. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 28, de 8 de janeiro de 2015. Reformula o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS). 2015. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0028_08_01_2015.html>. Acesso em: 25 fev. 2015.

BURY, T. J.; STOKES, E. K. Direct access and patient/client self-referral to physiotherapy: a review of contemporary practice within the European Union. *Physiotherapy*, v. 99, n. 4, p. 285-291, 2013.

BUSS, Paulo M.; PELLEGRINI FILHO, Alberto. Determinantes sociais da saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 22, n. 9, p. 1772-1773, 2006.

CLOHAN, Dexanne B. et al. Postacute rehabilitation research and policy recommendations. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, v. 88, n. 11, p. 1535-1541, 2007.

CONILL, Eleonor Minho et al. Sistemas comparados de saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. *Tratado de Saúde Coletiva*. 2 ed. Rio de Janeiro: Hucitec, 2006. p.563-613. (Saúde em debate, 170).

DATASUS Departamento de Informática do SUS. Informações de Saúde. Estatísticas Vitais. Mortalidade geral 1996-2012. Período: 2012. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>. Acesso em: 25 fev. 2015.

DATASUS Departamento de Informática do SUS. Informações de Saúde. Inquéritos e Pesquisas. VIVA: Vigilância de violências e acidentes 2011. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?viva/2011/viva11p.def>. Acesso em: 25 fev. 2015.

DAVIDOFF, Frank et al. Demystifying theory and its use in improvement. *BMJ Quality & Safety*, 2015. No prelo.

DESLANDES, Suely Ferreira et al. Diagnostic characterization of services providing care to victims of accidents and violence in five Brazilian state capitals. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 11, p. 1279-1290, 2006. Suplemento.

DONABEDIAN, Avedis. Evaluating the quality of medical care. *The Milbank memorial fund quarterly*, v. 44, n. 3, p. 166-203, 1966. Disponível em: <http://www.jstor.org/discover/10.2307/3348969?uid=3737664&uid=2&uid=4&sid=21106197275551>. Acesso em: 25 fev. 2015.

DONABEDIAN, Avedis. The quality of care: How can it be assessed?. *Jama*, v. 260, n. 12, p. 1743-1748, 1988.

DUARTE, Maria Luisa; SOUZA, Érica Carla Figueiredo de; BONFIM, Paula Graziela Figueiredo. Análise descritiva das sequelas de acidentes de trânsito em Maceió, Alagoas. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 5, n. 17, p. 38-41, 2010.

DUTTON, Diana. Financial, organizational and professional factors affecting health care utilization. *Social Science & Medicine*, v. 23, n. 7, p. 721-735, 1986.

ELDAR, Reuben. Integrated institution-community rehabilitation in developed countries: a proposal. *Disability & Rehabilitation*, v. 22, n. 6, p. 266-274, 2000.

FARIAS, Norma; BUCHALLA, Cassia Maria. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 8, n. 2, p. 187-193, 2005.

FEIJÓ, Maria Cristina C.; PORTELA, Margareth Crisóstomo. Cost variation of hospitalization due to injuries: head trauma and fire arm accidents. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 17, n. 3, p. 627-637, 2001.

FERREIRA, Aline Dayrell et al. Validade de estimativas obtidas por inquérito telefônico: comparação entre VIGITEL 2008 e Inquérito Saúde em Beagá. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 14, p. 16-30, 2011. Suplemento 1.

FIELD, Andy. Descobrindo a estatística usando o SPSS-2. 2. ed. São Paulo: Bookman, 2009.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; RICAS, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008.

FRANCISCO, Priscila Maria Stolses Bergamo et al. Comparison of estimates of population-based surveys. *Revista de Saúde Pública*, v. 47, n. 1, p. 60-68, 2013.

FRATINI, Juciane Rosa Gaio; SAUPE, Rosita; MASSAROLI, Aline. Referência e contra referência: contribuição para a integralidade em saúde. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 7, n. 1, p. 65-72, 2008.

FRENK, Julio. Concept and measurement of accessibility. *Salud publica de Mexico*, v. 27, n. 5, p. 438-453, 1985.

GAMA, Zenewton Andre Silva; SATURNO, Pedro Jesus. A segurança do paciente inserida na gestão da qualidade dos serviços de saúde. In: ANVISA. *Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática*. Brasília: ANVISA, 2013. p. 29-40.

GAWRYSZEWSKI, Ana Raquel Bonder; OLIVEIRA, Denize Cristina; GOMES, Antonio Marcos Tosoli. Access to SUS: representations and practices of professionals developed in Regulation Centers. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 22, n. 1, p. 119-140, 2012.

GAWRYSZEWSKI, Vilma Pinheiro et al. Perfil dos atendimentos a acidentes de transporte terrestre por serviços de emergência em São Paulo, 2005. *Revista de Saúde Pública*, v. 43, n. 2, p. 275-82, 2009.

GAWRYSZEWSKI, Vilma Pinheiro; KOIZUMI, Maria Sumie; MELLO-JORGE, Maria Helena Prado de. As causas externas no Brasil no ano 2000: comparando a mortalidade e a morbidade. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, n. 4, p. 995-1003, 2004.

GLINA, Débora Miriam Raab et al. Mental health and work: a discussion of the connection between work and diagnosis based on daily practice. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 17, n. 3, p. 607-616, 2001.

HARRIS, David; HAYTER, Mark; ALLENDER, Steven. Factors affecting the offer of pulmonary rehabilitation to patients with chronic obstructive pulmonary disease by primary care professionals: a qualitative study. *Primary health care research & development*, v. 9, n. 04, p. 280-290, 2008.

HARTELOH, Peter PM. The meaning of quality in health care: a conceptual analysis. *Health Care Analysis*, v. 11, n. 3, p. 259-267, 2003.

HOLDSWORTH, Lesley K. et al. Self-referral to physiotherapy: deprivation and geographical setting: is there a relationship? Results of a national trial. *Physiotherapy*, v. 92, n. 1, p. 16-25, 2006.

IBGE. População. Censos Demográficos. Censo 2010. Dados do Censo Demográfico 2010. Resultados da Amostra. Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/temas.php?sigla=rn&tema=resultgeramostra_censo2010>. Acesso em: 25 fev. 2015.

INSTITUTE OF MEDICINE (US). Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century. National Academy Press, 2001.

IPEA; DENATRAN; ANTP. Impactos sociais e econômicos dos acidentes de trânsito nas rodovias brasileiras. Relatório Final. Brasília: IPEA/DENATRAN/ ANTP, 2006.

KASSOUF, Ana Lúcia. Acesso aos serviços de saúde nas áreas urbana e rural do Brasil. *Revista de Economia e Sociologia Rural*, v. 43, n. 1, p. 29-44, 2005.

LIMA, Maria Luiza Lopes Timóteo de; LIMA, Maria Luiza Carvalho de. Avaliação da implantação de uma Rede Estadual de Reabilitação Física em Pernambuco na perspectiva da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência, 2009. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 22, n. 4, p. 597-607, 2013.

LIMA, Maria Luiza Lopes Timóteo de et al. Assistência em reabilitação para vítimas de acidentes e violência: a situação dos municípios em Pernambuco, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 1, p. 33-42, 2012.

LIMA, Meiri Vanderlei Nogueira de et al. Óbitos por acidentes de transporte terrestre em município do noroeste do Paraná-Brasil. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 9, n. 33, p. 350-357, 2014.

MACIEL, Maria Regina Cazzaniga. Portadores de deficiência: a questão da inclusão social. *São Paulo em Perspectiva*, v. 14, n. 2, p. 51-56, 2000.

MEDINA-MIRAPEIX, Francesc et al. Is patient satisfaction and perceived service quality with musculoskeletal rehabilitation determined by patient experiences?. *Clinical rehabilitation*, v. 27, n. 6, p. 555-564, 2012a.

MEDINA-MIRAPEIX, F. et al. Outpatients' perceptions of their experiences in musculoskeletal rehabilitation care. *European journal of physical and rehabilitation medicine*, v. 48, n. 3, p. 475-482, 2012b.

MEDINA-MIRAPEIX, Francesc et al. What elements of the informational, management, and relational continuity are associated with patient satisfaction with rehabilitation care and global rating change?. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, v. 94, n. 11, p. 2248-2254, 2013a.

MLENZANA, Nondwe B. et al. Barriers to and facilitators of rehabilitation services for people with physical disabilities: a systematic review: review article. *African Journal of Disability*, v. 2, n. 1, p. 1-6, 2013b.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 5, p. 2297-305, 2010.

MENDOZA-SASSI, Raúl; BÉRIA, Jorge U.; BARROS, Aluísio JD. Outpatient health service utilization and associated factors: a population-based study. *Revista de Saúde Pública*, v. 37, n. 3, p. 372-378, 2003.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira (Org.). Análise diagnóstica da política nacional de saúde para redução de acidentes e violências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

NALLIN, Araci. A reabilitação em instituição: suas razões e procedimentos: análise de representação no discurso. 1992. 282 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 1992.

NORONHA, José Carvalho de; SANTOS, Isabela Soares; PEREIRA, Telma Ruth. Relações entre o SUS e a saúde suplementar: problemas e alternativas para o futuro do sistema universal. Gestão pública e relação público privado na saúde. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p. 152-79.

OLIVEIRA, Evangelina Xavier Gouveia et al. Condicionantes socioeconômicos e geográficos do acesso à mamografia no Brasil, 2003-2008. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 9, p. 3649-3664, 2011.

OMRAN, Abdel R. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, v. 49, n. 4, p. 509-538, 1971.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde. 2003. Disponível em: <http://arquivo.esse.ips.pt/esse/cursos/edespecial/CIFIS.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2015.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. RBC: estrategia para la rehabilitación, la igualdad de oportunidades, la reducción de la pobreza y la integración social de las personas con discapacidad : documento conjunto de posición. 2004. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9243592386_spa.pdf?ua=1. Acesso em: 25 fev. 2015.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Traumatismos causados por el tránsito y discapacidad. 2011. Disponível em: http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/otras%20pub/accidentes_discapacidad_M5.pdf. Acesso em: 22 fev. 2015.

OTTENBACHER, Kenneth J.; GRAHAM, James E. The state-of-the-science: access to postacute care rehabilitation services. A review. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, v. 88, n. 11, p. 1513-1521, 2007.

PAIM, Jairnilson. O que é o SUS. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2009.

PAIM, Jairnilson et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet*, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011.

PALLÁS, Josep María Argimón; VILLA, Josep Jiménez. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. 3. ed. Espanha: Elsevier, 2004.

PAULA JÚNIOR, Francisco José de; ARAÚJO, Emerson Luiz Lima. Análise dos acidentes de trânsito ocorridos em uma Capital do Nordeste Brasileiro, em 2006. *Journal of Health & Biological Sciences*, v. 1, n. 2, p. 66, 2013

PESSOTO, Umberto Catarino et al. Desigualdades no acesso e utilização dos serviços de saúde na Região Metropolitana de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, n. 2, p. 351-62, 2007.

REINERT, Max. Alceste une méthodologie d'analyse des données textuelles et une application: Aurelia De Gerard De Nerval. *Bulletin de méthodologie sociologique*, v. 26, n. 1, p. 24-54, 1990.

RIBEIRO, Carla Trevisan Martins et al. O sistema público de saúde e as ações de reabilitação no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Publica*, v. 28, n. 1, p. 43-8, 2010.

RIBEIRO, Kátia Suelly Queiroz Silva et al. Acesso à reabilitação no pós-avc na cidade de João Pessoa, Paraíba. *Revista Baiana de Saúde pública*, v. 36, n. 3, p. 699-712, 2012.

ROHR, Rosane Iorio Tessari; BARCELLOS, Ludimila Awad. As barreiras de acesso para os serviços odontológicos. *UFES Revista de Odontologia*, v. 10, n. 3, p. 37-40, 2008.

SALZWEDEL, Annett et al. Outcome quality of in-patient cardiac rehabilitation in elderly patients—identification of relevant parameters. *European Journal of Preventive Cardiology*, v. 21, n. 2, p. 172-180, 2014.

SANCHEZ, Raquel Maia; CICONELLI, Rozana Mesquita. Conceitos de acesso à saúde. *Revista Panamericana de Salud Publica*, v. 31, n. 3, p. 260-8, 2012.

SANTOS, Ana Maria Ribeiro dos et al. Perfil das vítimas de trauma por acidente de moto atendidas em um serviço público de emergência. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 24, n. 8, p. 1927-1938, 2008.

SATURNO, Pedro Jesus; GASCÓN, Juan José. Métodos de análisis de los problemas de calidad. *Manual del máster en gestión de la calidad en los servicios de salud*. Murcia: Universidad de Murcia, 2008.

SATURNO, Pedro Jesus: Cómo definimos calidad. Opciones y características de los diversos enfoques y su importancia para los programas de gestión de la calidad. *Manual del Master en gestión de la calidad en los servicios de salud*. Murcia: Universidad de Murcia, 2008.

SCHRAMM, Joyce Mendes de Andrade et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.9, n. 4, p. 897-908, 2004.

SOUZA, Elizabethe Cristina Fagundes de et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 24, p. S100-S110, 2008. Suplemento 1.

STUCKI, Gerold et al. Rationale and principles of early rehabilitation care after an acute injury or illness. *Disability & Rehabilitation*, v. 27, n. 7-8, p. 353-359, 2005.

TEIXEIRA, Carmen F. et al. O contexto político-administrativo da implantação de Distritos Sanitários no Estado da Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 9, n. 1, p. 79-84, 1993.

TÔRRES, Aleide Karine Vieira et al. Acessibilidade organizacional de crianças com paralisia cerebral à reabilitação motora na cidade do Recife. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 11, n. 4, p. 427-436, 2011.

TRAVASSOS, Cláudia et al. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciencia & Saúde Coletiva*, v. 5, n. 1, p. 133-49, 2000.

TRAVASSOS, Cláudia; CASTRO, Monica Silva Monteiro. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: GIOVANELLA, Lúgia et al. (Org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 183-206.

TRAVASSOS, Cláudia et al. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. *Revista Panamericana de Salud Publica*, v. 11, n. 5-6, p. 365-73, 2002.

TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Mônica. A review of concepts in health services access and utilization. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, p. S190-S198, 2004. Suplemento 2.

TRAVASSOS, Claudia; OLIVEIRA, Evangelina XG de; VIACAVA, Francisco. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 11, n. 4, p. 975-86, 2006.

WASELFISZ, Julio Jacobo. Mapa da violência dos municípios brasileiros 2008. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://pdpa.georgetown.edu/Security/citizenssecurity/brazil/documents/mapaviolencia.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2015.

WASELFISZ, Julio Jacobo. Homicídios e juventude no Brasil: Mapa da violência 2013. Brasília: Secretaria Nacional de Juventude, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. World report on road traffic injury prevention. Geneva: World Health Organization, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Quality of care: a process for making strategic choices in health systems. Geneva: World Health Organization, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety, 2009. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf >. Acesso em: 25 fev. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Plan Mundial para el Decenio de Acción para la Seguridad Vial 2011-2020. 2010. Disponível em: http://www.who.int/roadsafety/decade_of_action/plan/spanish.pdf >. Acesso em: 25 fev. 2015.

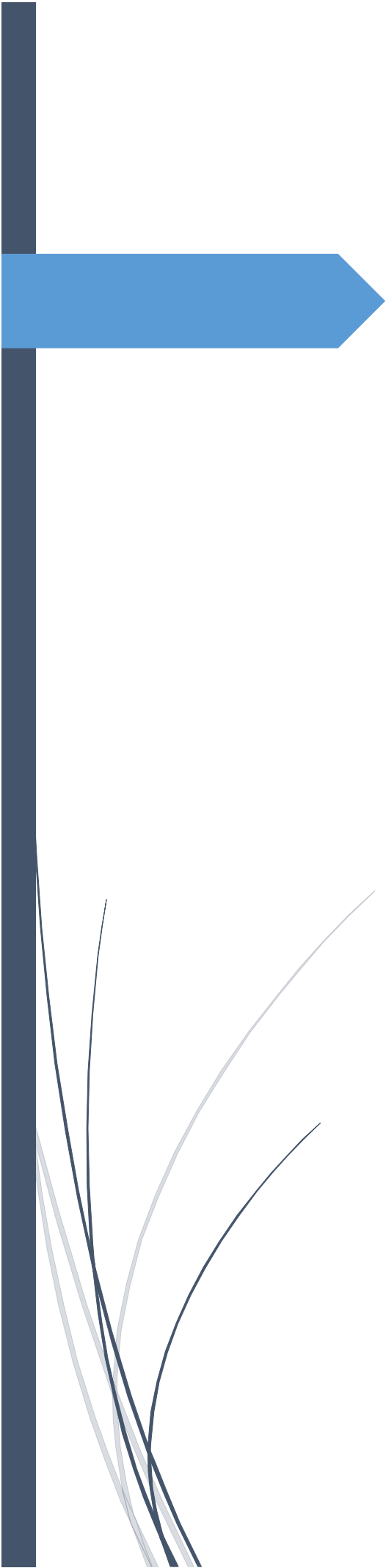
WORLD HEALTH ORGANIZATION. Relatório mundial sobre a deficiência. São Paulo: SEDPCD, 2011. Disponível em:

<http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9788564047020_por.pdf?ua=1>. Acesso em: 25 fev. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Road traffic injuries. 2013a. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs358/en/index.html>>. Acesso em: 04 nov. 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global status report on road safety 2013: supporting a decade of action. Geneva: World Health Organization, 2013b.

ZONGJIE, Yin et al. A research study into the requirements of disabled residents for rehabilitation services in Beijing. *Disability & Rehabilitation*, v. 29, n. 10, p. 825-833, 2007.



APÊNDICES E ANEXO

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS
PROFISSIONAIS

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este é um convite para você participar da pesquisa “**NECESSIDADE, OFERTA E ACESSO À REABILITAÇÃO FÍSICA PARA VÍTIMAS DE ACIDENTES DE TRÂNSITO DE NATAL/RN**” que é realizada pela mestrandia do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Kelienny de Meneses Sousa (responsável) e Zenewton André da Silva Gama(orientador), da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

Sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade. No caso de desistência todo e qualquer material produzido, digital ou material, será prontamente descartado na sua presença. Essa pesquisa procura avaliar a relação entre necessidade, oferta e acesso à reabilitação física para as vítimas de traumas rodoviários de Natal/RN. Caso decida aceitar o convite, sua participação consistirá em responder a um questionário e/ou uma entrevista na qual poderá ser utilizado um gravador, ou outra mídia, podendo durar em média 40 minutos e ser realizada no local de sua preferência (serviço de saúde ou domicílio).

Os riscos envolvidos com sua participação são mínimos, pois todos os participantes entrevistados terão os nomes e funções omitidos na elaboração do relatório final, a fim de preservar a integridade e confidencialidade dos informantes. Estes riscos serão minimizados mediante a oferta de condições adequadas para realização da coleta dos dados, para os sujeitos da pesquisa, considerando sua situação física, psicológica, social e educacional. A pesquisa será suspensa imediatamente ao perceber algum risco ou dano à saúde de qualquer sujeito participante da pesquisa.

Você terá o seguinte benefício ao participar da pesquisa: estará colaborando para a melhoria das condições de acesso e oferta dos serviços ambulatoriais de reabilitação física de Natal-RN. Os dados serão guardados em local seguro (Departamento de Saúde Coletiva da UFRN) e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários. Caso tenha algum gasto que seja devido à sua participação na pesquisa, você será ressarcido, caso solicite. Em qualquer momento, se você sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, você terá direito a indenização.

Você ficará com uma cópia deste Termo e toda a dúvida que você tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar diretamente para Kelienny de Meneses Sousa, no Departamento de Saúde Coletiva da UFRN localizado na Av. Senador Salgado Filho, 3000 - Lagoa Nova, Natal - RN pelo telefone (84) 3342-2275 ou (84) 9839-8334, e ainda através do endereço eletrônico: kelienny@gmail.com.

Dúvidas a respeito da ética dessa pesquisa poderão ser questionadas ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes - CEP/HUOL, localizado na Av. Nilo Peçanha, 620 - Petrópolis, CEP 59.012-300 Natal/RN, pelo telefone (84) 3342-5003 ou pelo e-mail: cep_huol@yahoo.com.br.

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro que compreendi os objetivos desta pesquisa, como ela será realizada, os riscos e benefícios envolvidos e concordo em participar voluntariamente da pesquisa “**NECESSIDADE, OFERTA E ACESSO À REABILITAÇÃO FÍSICA PARA VÍTIMAS DE ACIDENTES DE TRÂNSITO DE NATAL/ RN**”

Participante da pesquisa:

Assinatura/ Nome Completo

TESTEMUNHAS (2)

Pesquisadora Responsável
Kelienny de Meneses Sousa

Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital
Universitário Onofre Lopes - CEP/HUOL,
Av. Nilo Peçanha, 620 - Petrópolis, CEP
59.012-300 Natal/RN - Telefone: (84) 3342
5003.

APÊNDICE B

CARTA DE ANUÊNCIA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE - UFRN
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CURSO DE MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

CARTA DE ANUÊNCIA

Ilmo Sr. Graco Dorneles Cunha Junior
Diretor do Departamento de Atenção Especializada de Natal/RN

Solicitamos autorização institucional para a realização da pesquisa intitulada **“Necessidade, oferta e acesso à reabilitação física para vítimas de acidente de trânsito de Natal/ RN”**, que será feita por Kelienny de Meneses Sousa, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSCol), da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, sob a orientação do Professor Dr. Zenewton André da Silva Gama.

Trata-se de um estudo observacional transversal com coleta de dados retrospectiva cujo objetivo geral é avaliar a relação entre necessidade, oferta e acesso aos serviços de reabilitação física para as vítimas de traumas rodoviários de Natal/RN. Destarte, torna-se necessário a coleta de dados sobre o acesso e a oferta dos serviços ambulatoriais de reabilitação física (Policlínica Oeste, Policlínica Norte I, Policlínica Norte II, Policlínica Leste, Policlínica de Reabilitação Tutubarão e Clínica de Reabilitação Articular), mediante visita técnica a estes serviços, entrevista aos seus responsáveis técnicos e acesso à base de dados dos referidos estabelecimentos.

Neste sentido, pedimos autorização para ter acesso aos referidos serviços durante a coleta de dados, bem como para que os nomes destes dispositivos de saúde possam constar no relatório final e em futuras publicações na forma de artigo científico. Ressaltamos que os dados coletados serão utilizados tão somente para realização deste estudo e serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 466/12 que trata da pesquisa envolvendo seres humanos.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Secretaria, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

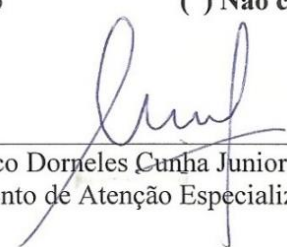
Natal, 26 de NOVEMBRO de 2013.


Zenewton André da Silva Gama
Mat. Siape 1868020-0
- Prof. Adjunto DSC - UFRN

Prof. Dr. Zenewton André da Silva Gama
Orientador do Projeto

☒ Concordamos com a solicitação

☐ Não concordamos com a solicitação


Graco Dorneles Cunha Junior
Diretor do Departamento de Atenção Especializada de Natal/RN

APÊNDICE C

CARTA DE ANUÊNCIA DO HOSPITAL DO ESTUDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE - UFRN
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CURSO DE MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

CARTA DE ANUÊNCIA

Ilma. Dra. Maria de Fátima Pereira Pinheiro
Diretora Geral do Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel

Solicitamos autorização institucional para a realização da pesquisa intitulada **“Necessidade, oferta e acesso à reabilitação física para vítimas de acidente de trânsito de Natal/ RN”**, que será feita por Kelienny de Meneses Sousa, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSCol), da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, sob a orientação do Professor Dr. Zenewton André da Silva Gama.

Trata-se de um estudo observacional transversal com coleta de dados retrospectiva cujo objetivo geral é avaliar a relação entre necessidade, oferta e acesso aos serviços de reabilitação física para as vítimas de traumas rodoviários de Natal/RN. Destarte, torna-se necessário a coleta dos dados (perfil sociodemográfico e clínico) dos prontuários clínicos para identificar os sujeitos e posteriormente realizar entrevista semiestruturada por chamadas telefônicas aos pacientes vítimas de acidentes de trânsito atendidos durante o ano de 2013 neste serviço.

Neste sentido, pedimos autorização para ter acesso às referidas informações durante a coleta de dados, bem como para que o nome deste dispositivo de saúde possa constar no relatório final e em futuras publicações na forma de artigo científico. Ressaltamos que os dados coletados serão utilizados tão somente para realização deste estudo e serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 466/12 que trata da pesquisa envolvendo seres humanos.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho deste Hospital, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Natal, 27 de novembro de 2013.

Zenewton André da Silva Gama

Mat/Siape 1868020-0

Prof. Adjunto BSC - UFRN

Prof. Dr. Zenewton André da Silva Gama
Orientador do Projeto

☒ Concordamos com a solicitação

() Não concordamos com a solicitação

M. de Fátima P. Pinheiro

Dra. Maria de Fátima Pereira Pinheiro
Diretora Geral do Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel

Maria de Fátima Pereira Pinheiro
Diretora Geral
Mat. 83.252-9

APÊNDICE D

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DA ENTREVISTA AOS PROFISSIONAIS



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE – UFRN
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CURSO DE MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA COLETA DE DADOS AOS PROFISSIONAIS

Caracterização do entrevistado		
Formação profissional	Ocupação/função no serviço	Tempo de serviço

Caracterização das barreiras de acesso à reabilitação física ambulatorial em Natal/Rn

1. Se o paciente necessita de reabilitação física ambulatorial, o que ele precisa ter ou fazer para ser atendido nesta unidade?

2. Que tipo de barreiras dificulta o acesso à reabilitação física de nível ambulatorial?
(Considerar: características geográficas e de locomoção; condições clínicas dos pacientes – Trauma crânio encefálico, fraturas, cirurgias; ambiente físico e infraestrutura; informações fornecidas ao paciente; organização dos serviços – cumprimento de normas internas; resposta à demanda; e tempo de espera)

3. Existe algo que pode ser feito para facilitar o acesso à reabilitação física? Que medidas você tomaria?
(Considerar: estrutura física, recursos humanos, equipamentos, organização, processos de trabalho, etc).

APÊNDICE E

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DO INQUÉRITO TELEFÔNICO AOS
USUÁRIOS**Questionário para Vítimas de Acidentes de Trânsito
de Natal / RN**

Pós-Graduação em Saúde Coletiva/UFRN

Necessidade, Oferta e Acesso à Reabilitação Física para Vítimas de Acidente de Trânsito de
Natal/ RN**Identificação do paciente**

Iniciais

Qual foi o tipo de acidente que originou o trauma?

- ☐ Colisão
☐ Capotamento
☐ Choque com objeto físico
☐ Atropelamento
☐ Outro:

Em qual veículo o(a) sr.(a) estava?

- ☐ Carro
☐ Moto
☐ Caminhonete
☐ Bicicleta
☐ Nenhum
☐ Outro:

Que posição o(a) sr.(a) ocupava no momento do acidente?

- ☐ Condutor
☐ Passageiro
☐ Pedestre
☐ Outro:

Consentimento em participar da pesquisa

- ☐ Sim
☐ Não
☐ Outro:



11% concluído

Questionário para Vítimas de Acidentes de Trânsito de Natal / RN

Necessidade relacionada à lesão e à atenção hospitalar

1. Que tipo lesão o(a) sr.(a) sofreu no acidente?

- ☐ Fratura
- ☐ Amputação
- ☐ Traumatismo Cranioencefálico
- ☐ Distensão, entorse ou luxação
- ☐ Politraumatismo
- ☐ Outro:

2. Qual foi a região do corpo mais afetada no acidente?

- ☐ Membros superiores
- ☐ Membros inferiores
- ☐ Coluna vertebral
- ☐ Crânio
- ☐ Tórax
- ☐ Abdômen
- ☐ Outro:

3. Qual foi o tratamento realizado quando o(a) sr.(a) esteve no hospital?

- ☐ Cirurgia de fixação/redução
- ☐ Tração esquelética
- ☐ Imobilização com gesso
- ☐ Cirurgia de enxerto (ósseo ou tendinoso)
- ☐ Amputação
- ☐ Outro:

4. Quantos dias o(a) sr.(a) ficou no hospital?

« Voltar

Continuar »



22% concluído

Questionário para Vítimas de Acidentes de Trânsito de Natal / RN

Necessidade relacionada aos profissionais (autorrelato)

5. Quando esteve no hospital o(a) sr.(a) recebeu atendimento de reabilitação física (Fisioterapia ou Terapia Ocupacional)?

Preencher no espaço "Outro" o tipo de reabilitação feita

☐ Sim

☐ Não

☐ Não se aplica

☐ Outro:

6. Quando estava saindo do hospital o(a) sr.(a) recebeu indicação de reabilitação física por algum profissional de saúde?

☐ Sim

☐ Não

☐ Não se aplica

☐ Outro:

7. O encaminhamento para reabilitação física foi por escrito?

☐ Sim

☐ Não

☐ Não se aplica

☐ Outro:

 33% concluído

Questionário para Vítimas de Acidentes de Trânsito de Natal / RN

Necessidade Autorreferida

Marcar "Sim" se for referida pelo menos uma das dificuldades elencadas.

8. Quando saiu do hospital o(a) sr.(a) encontrou dificuldade para se alimentar, vestir-se ou tomar banho?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não se aplica
- ☐ Outro:

9. Quando saiu do hospital o(a) sr.(a) encontrou dificuldade para se locomover (subir e descer escadas, entrar e sair de transportes)?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não se aplica
- ☐ Outro:

10. Quando saiu do hospital o(a) sr.(a) encontrou dificuldade quanto à sua mobilidade (deitar-se, levantar-se, sentar-se ou transportar objetos)?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não se aplica
- ☐ Outro:

11. O(a) sr.(a) precisou de muletas, cadeira de rodas ou bengala quando saiu do hospital?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não se aplica
- ☐ Outro:

12. Na sua opinião, o(a) sr.(a) precisava de reabilitação física quando saiu do hospital?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Outro:

13. Se sim, por que precisava de reabilitação física?

« Voltar

Continuar »

44% concluído

Questionário para Vítimas de Acidentes de Trânsito de Natal / RN

Necessidade relacionada ao trabalho

14. No momento do acidente o(a) sr.(a) estava:

Se for desempregado ou aposentado pular para a pergunta 17

- ☐ Empregado (a)
- ☐ Desempregado (a)
- ☐ Aposentado (a)
- ☐ Autônomo (a)
- ☐ Estudante
- ☐ Não se aplica
- ☐ Outro:

Qual a sua profissão/ ocupação?

15. Quando saiu do hospital o(a) sr.(a) encontrou dificuldade para retornar ao trabalho?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não se aplica
- ☐ Outro:

16. Em quanto tempo o(a) sr.(a) retornou ao trabalho?

« Voltar

Continuar »

 55% concluído

Questionário para Vítimas de Acidentes de Trânsito de Natal / RN

ACESSO E NÃO ACESSO

17. O(a) sr.(a) possuía plano de saúde no momento do acidente?

- ☐ Sim
☐ Não

18. O(a) sr.(a) conseguiu ser atendido(a) no serviço de reabilitação física?

Se a resposta for "Não" pular para a pergunta 24

- ☐ Sim
☐ Não
☐ Não se aplica
☐ Outro:

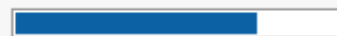
19. O(a) sr.(a) procurou o serviço público de reabilitação?

- ☐ Sim
☐ Não
☐ Não se aplica
☐ Outro:

Por que não procurou o serviço público de reabilitação?

« Voltar

Continuar »



75% concluído

Questionário para Vítimas de Acidentes de Trânsito de Natal / RN

20. O(a) sr.(a) obteve atendimento de reabilitação no(a):

- ☐ Rede Privada
- ☐ Rede Estadual
- ☐ Instituição de Ensino Superior
- ☐ Rede Municipal/ Onde (USB Pajuçara, Clínica Asa Norte, Clínica Articular, Clínica Tutubarão, Clínica Zeca Passos, USF Nova Cidade, USB Lagoa Seca)? Preencher a resposta no espaço "Outro"
- ☐ Outro:

21. Em quantos dias o(a) sr.(a) iniciou a reabilitação física (pública ou privada) após a alta hospitalar?

22. Que dificuldade o(a) sr.(a) encontrou para obter (ou que impossibilitou) o acesso ao serviço PÚBLICO de reabilitação?

Categorizar dificuldades de acesso em:

- ☐ Dificuldade econômica
- ☐ Ausência de transporte ou acompanhante até o serviço
- ☐ Elevada distância entre o serviço e sua residência
- ☐ Burocracia (Elevado tempo de espera, excesso de documentos, etc)
- ☐ Informações insuficientes
- ☐ Falta de profissionais ou de serviços ou de vagas
- ☐ Estrutura física do serviço
- ☐ Outro:

23. Em sua opinião, o acesso ao tratamento (público ou privado) de reabilitação foi:

- ☐ Muito Fácil
- ☐ Fácil
- ☐ Razoável
- ☐ Difícil
- ☐ Muito difícil

Atualmente, o(a) sr.(a) ainda necessita de reabilitação física?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não se aplica

« Voltar

Continuar »

87% concluído

Questionário para Vítimas de Acidentes de Trânsito de Natal / RN

Variáveis sociodemográficas

24. Qual é sua renda familiar mensal?

- ☐ Menos de um salário mínimo (até R\$724)
- ☐ De um a dois salários mínimos (entre R\$725 e R\$1.448)
- ☐ De três a quatro salários mínimos (entre R\$1.449 e R\$ 2.896)
- ☐ De cinco a seis salários mínimos (entre R\$2.897 e R\$4.344)
- ☐ De seis a dez salários mínimos (entre R\$4.345 e R\$7.240)
- ☐ Mais de 10 salários mínimos (mais de R\$7.240)
- ☐ Prefiro não declarar
- ☐ Outro:

25. O(a) sr.(a) possui dependentes?

- ☐ Sim/ Quantos? Preencher a quantidade no espaço "Outro".
- ☐ Não
- ☐ Não se aplica
- ☐ Outro:

« Voltar

Enviar

Nunca envie senhas em Formulários Google.

100% concluído.

ANEXO

PARECER DE APROVAÇÃO DA PESQUISA PELO COMITÊ DE ÉTICA

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
ONOFRE LOPES-HUOL/UFRN



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Necessidade, oferta e acesso à reabilitação física para vítimas de acidentes de trânsito de Natal-RN

Pesquisador: KELIENNY DE MENESES SOUSA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 25417613.9.0000.5292

Instituição Proponente: Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 611.492

Data da Relatoria: 25/04/2014

Apresentação do Projeto:

É um trabalho de investigação derivado de TCC mestrado que busca pesquisar a relação entre necessidade, oferta e acesso aos serviços de reabilitação física para as vítimas de traumas rodoviários de Natal/RN do ano de 2013.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a relação entre necessidade, oferta e acesso aos serviços de reabilitação física para as vítimas de traumas rodoviários de Natal/RN.

Específicos

¿ Traçar o perfil demográfico, socioeconômico e clínico, dos sujeitos acometidos por acidentes de trânsito internados nos hospitais do estudo; Descrever a oferta de serviços de reabilitação física na região de saúde, discriminando a capacidade mensal de atendimento

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O projeto contempla o uso de entrevista por telefone (sem contato pessoal e direto aos sujeitos), este estudo oferecerá riscos mínimos à saúde dos participantes e poderá gerar pequenos

Endereço: Avenida Nilo Peçanha, 620 - 3º subsolo

Bairro: Petrópolis

CEP: 59.012-300

UF: RN

Município: NATAL

Telefone: (84)3342-5003

Fax: (84)3202-3941

E-mail: cep_huol@yahoo.com.br

**HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
ONOFRE LOPES-HUOL/UFRN**

Continuação do Parecer: 611.492

6. O TCLE deverá ser obtido em duas vias, uma ficará com o pesquisador e a outra com o sujeito de pesquisa.
7. Em conformidade com a Carta Circular nº. 003/2011 CONEP/CNS, faz-se obrigatório a rubrica em todas as páginas do TCLE pelo sujeito de pesquisa ou seu responsável e pelo pesquisador.

NATAL, 10 de Abril de 2014

Assinador por:
Joao Carlos Alchieri
(Coordenador)

Endereço: Avenida Nilo Peçanha, 620 - 3º subsolo
Bairro: Petrópolis **CEP:** 59.012-300
UF: RN **Município:** NATAL
Telefone: (84)3342-5003 **Fax:** (84)3202-3941 **E-mail:** cep_huol@yahoo.com.br