

Hospitalização na óptica do acidentado de trânsito e de seu familiar-acompanhante*

HOSPITALIZATION FROM THE TRAFFIC VICTIMS' AND THEIR FAMILY CAREGIVERS' POINTS OF VIEW

LA HOSPITALIZACIÓN BAJO EL ENFOQUE DEL ACCIDENTADO DE TRÁNSITO Y DE SU FAMILIAR ACOMPAÑANTE

Oswaldo Albuquerque Sousa Filho¹, Érika Porto Xavier², Luiza Jane Eyre de Souza Vieira³

RESUMO

O trabalho descreve o contexto da hospitalização vivenciado pelo acidentado no trânsito e por seu familiar-acompanhante. Com abordagem qualitativa e norteada pela pesquisa convergente assistencial, a investigação realizou-se em um hospital de emergência em Fortaleza, Ceará, em 2004, com 14 pessoas - sete pacientes com trauma musculoesquelético e sete familiares acompanhantes. Na visão dos participantes, o momento da hospitalização é permeado pela depressão, ansiedade, tristeza, medo, preocupação, desinformação, destrato da equipe de saúde ao paciente e família, sendo exacerbado pelo trauma físico, dificuldades econômicas, sociais e implicações legais. De acordo com o princípio da integralidade, o cuidado ao vitimado no trânsito deve ser ampliado aos familiares, pois esses também sofrem danos quando deparam com morte súbita, traumas graves e seqüelas em pessoas significativas.

DESCRIPTORIOS

Acidentes de trânsito.
Família.
Hospitalização.

ABSTRACT

This study describes the context of hospitalization experienced by traffic accident victims and their family caregivers. Using a qualitative approach and orientated by the convergent analysis, the investigation took place at an emergency hospital, in Fortaleza, Ceará, in 2004, with 14 people - seven patients with skeletal muscle trauma and seven relatives accompanying them. In the participants' standpoint, the hospitalization moment is permeated by depression, anxiety, sadness, fear, concern, unawareness, affront from the health team to the patient and family, being exacerbated by the physical traumas, economical difficulties, social and legal implications. According to the integral principle, care to traffic victims should be extended to their relatives, because the latter also suffer *injuries* when they come across sudden death, serious traumas and sequels in significant persons.

KEY WORDS

Accidents, traffic.
Family.
Hospitalization.

RESUMEN

El trabajo describe el contexto de la hospitalización vivenciado por el accidentado de tránsito y por su familiar acompañante. Con abordaje cualitativo y orientado por la investigación convergente asistencial, la investigación se realizó en un hospital de emergencia, en Fortaleza, Ceará, en 2004, con 14 personas - siete pacientes con trauma músculo esquelético y siete familiares acompañantes. En la visión de los participantes, el momento de la hospitalización está permeado por la depresión, ansiedad, tristeza, miedo, preocupación, desinformación, maltrato del equipo de salud al paciente y familia, siendo exacerbado por el trauma físico, las dificultades económicas, sociales y las implicancias legales. De acuerdo con el principio de integralidad, el cuidado a la víctima de accidente de tránsito debe ser extendido a los familiares, ya que éstos también sufren daños cuando enfrentan una muerte súbita, traumas graves o secuelas de las personas significativas.

DESCRIPTORES

Acidentes de tránsito.
Família.
Hospitalización.

*Extraído da dissertação "Acidente de Trânsito como Propulsor de Conflitos Familiares", Centro de Ciências da Saúde, Universidade de Fortaleza - UNIFOR, 2004. ¹ Enfermeiro. Mestre em Educação em Saúde. Enfermeiro da Unidade Traumatológica do Instituto Dr. José Frota, Fortaleza, CE, Brasil. osvaldoasf2005@oi.com.br ² Fisioterapeuta. Mestre em Educação em Saúde da Universidade de Fortaleza - UNIFOR. Professora da Faculdade Integrada do Ceará-FIC, Fortaleza, CE, Brasil. erikaporto@ibest.com.br ³ Doutora em Enfermagem. Professora titular do curso de Enfermagem e do mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza, UNIFOR. Enfermeira do Instituto Dr. José Frota. Fortaleza, CE, Brasil. janeeyre@unifor.br

INTRODUÇÃO

Influenciando diretamente na harmonia familiar e social, as repercussões da violência no trânsito estão se descortinando no cotidiano da população mundial, nacional e local. As estatísticas demonstram que o acidente de trânsito é uma realidade e cresce a cada dia, transformando o Brasil em um dos campeões mundiais desse agravo externo à saúde do homem⁽¹⁾.

Os acidentes de trânsito (AT) são causadores de sérios agravos ao ser humano, ceifam vidas prematuramente, contribuem para a orfandade de crianças e jovens, mutilam pessoas, ampliam o número de incapacitados para atividades pessoais e profissionais. Percebe-se nessa amplitude que as conseqüências advindas da violência no trânsito originam problemas extensivos às famílias, ao sistema de saúde e à sociedade. Corroborando a complexidade do problema, a literatura defende a idéia de que o risco no trânsito é um fenômeno que deve ser estudado em um contexto organizacional e social amplo, bem como medidas de prevenção adequadas à realidade social, cultural e econômica do país em questão devem ser adotadas⁽²⁾.

De acordo com os dados do DATASUS, foram registrados 127.633 óbitos por causas externas (grupo CID-10), no Brasil, segundo todas as faixas etárias, em 2005. Dentre estes, 36.611 (28,70%) foram por acidentes de trânsito que ocupou o 2º lugar entre estes óbitos. No intervalo de 5 a 39 anos os acidentes de trânsito totalizaram 21.309 óbitos (58,20%); se ampliarmos este intervalo para até 59 anos este total alcança 30.884 (84,36%). O sexo masculino registrou 29.798 (81,40%) contra 6.805 (18,60%) no sexo feminino⁽³⁾.

Reduzir essa casuística e as repercussões que dela decorrem é uma das preocupações mundiais. Nesse sentido, as políticas públicas não conseguem causar impacto na efetiva prevenção do AT, reduzindo índices que a cada dia contribuem para o aumento nas estatísticas de perdas humanas. Comparando ações de saúde, estudiosos do tema alertam para o fato de que a

comocção social e as ações do próprio sistema de saúde para prevenir tais situações são tímidas. [...] Tornar os cuidados e a prevenção aos acidentes de trânsito comparáveis aos que são dedicados à AIDS [...] é um desafio a ser vencido pelos gestores públicos⁽⁴⁾.

Esses óbitos, decorrente de situações preveníveis e previsíveis, causam custos exorbitantes para a Nação, perdas de vidas humanas, desestruturação familiar e social. Entendendo que a família é atingida de forma direta e indireta com as conseqüências do AT de um ente querido, compactua-se com o pressuposto de que a família é vista como unidade funcional. Nesse sentido, é represen-

tada pelos valores de suporte entre os membros, e nesse contexto exercita-se a responsabilidade compartilhada, facilitando a identificação das dificuldades individuais e otimizando as habilidades na satisfação das necessidades básicas que emergem dessas relações⁽⁵⁾.

Retomando o raciocínio anterior, ainda se constitui desafio para os gestores em saúde a inclusão da família no plano de cuidado à pessoa que vivencia o adoecimento. Por entender que a família é uma unidade sistêmica que precisa de equilíbrio e harmonia para o bem-estar de todos os envolvidos, acredita-se que, quando um de seus membros se encontra em um momento de crise, o âmbito familiar entra em desequilíbrio. Nesse contexto, as repercussões do AT são complexas e alcançam a família, forte aliada na recuperação do acidentado.

Neste estudo considerou-se como família, aquela que dá prazer e tem sua base no afeto, no sentir-se bem junto com a pessoa que lhe faz bem, extrapolando os laços de consangüinidade. Nesta perspectiva, a família pode ser vista como um sistema que é parte de um outro maior e composto de muitos subsistemas⁽⁶⁾.

...as repercussões do acidente de trânsito são complexas e alcançam a família, forte aliada na recuperação do acidentado.

Nesse entendimento, descrever as circunstâncias vivenciadas pelo familiar acompanhante de pessoa acidentada no trânsito, durante a hospitalização, remete os autores à importância de se debater os inmensuráveis problemas que provêm dos acidentes de trânsito. Esse debate origina reflexões e mobilização de um campo interdisciplinar, articulando as dimensões políticas e sociais, em prol da vida humana.

As contribuições advindas da vivência desses familiares acompanhantes possibilitam desconstruir e reconstruir atitudes que suscitam efetiva reorientação das práticas profissionais. Com base nesse entendimento, o estudo objetivou descrever o contexto da hospitalização, na óptica do acidentado no trânsito e de seus familiares acompanhantes, em um hospital de emergência.

MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo, norteado pela Pesquisa de Campo Convergente Assistencial⁽⁷⁾. Essa é um tipo de pesquisa que mantém estreita relação com a situação social, com a intencionalidade de encontrar soluções para os problemas, realizar mudanças e introduzir inovações. O estudo foi realizado em um hospital de emergência, Fortaleza, Ceará, em 2004. Fizeram parte 14 sujeitos, sete pacientes vítimas de acidentes de trânsito, portadores de trauma musculoesquelético e sete familiares acompanhantes.

Foram estabelecidos como critérios de inclusão: (1) paciente ter sido vítima de acidente de trânsito com trauma musculoesquelético e necessitar de pelo menos,

dois meses de internação para viabilizar a pesquisa; (2) os acompanhantes pertencerem à família, por laço de consanguinidade ou de sentimento; (3) ser indicado pela família como pessoa significativa para o paciente; e (4) estar acompanhando no período do estudo.

Os dados foram coletados durante 22 encontros entre um dos autores e os sujeitos da pesquisa, mediante observação participante e entrevista informal e aberta, seguindo as fases de orientação, identificação, exploração e de resolução⁽⁷⁾.

O primeiro encontro antecedeu a fase de orientação e teve como objetivo apresentar os objetivos da pesquisa e solicitar o consentimento livre e esclarecido a todos os participantes. Na fase de orientação aconteceram dois encontros visando intensificar o relacionamento entre pesquisador e participantes, fortalecendo a empatia e conquistando a confiança dessas pessoas. Nesta fase a observação foi direcionada para as atitudes esboçadas pelos pacientes e seu acompanhante-familiar e os conflitos referidos; foram ainda prestados esclarecimentos sobre as rotinas hospitalares.

Para conferir maior rigor metodológico foram utilizados dois tipos de diários: o de campo, em que o pesquisador registrou as percepções e acontecimentos durante os 22 encontros e o da família para que estes registrassem, de forma mais completa possível, acontecimentos dignos de nota, conflitos percebidos, idéias, incertezas diante da fase de hospitalização e vida futura.

A fase de identificação e exploração transcorreu durante 16 encontros. Nesta, os participantes manifestaram sentimentos, de-sejos, idéias, experiências e seus conflitos. À medida que os encontros e as entrevistas transcorriam foram prestados cuidados assistenciais aos participantes. Estes se diversificavam em atender as necessidades biológicas, emocionais, econômicas e sociais.

Na esfera biológica os cuidados foram direcionados à realização de curativos, oferecer ou supervisionar a alimentação, higiene corporal, ajudar no reposicionamento de tração transesquelética, realizar e/ou ajudar na mobilização no leito, dentre outras necessidades solicitadas.

No atendimento das necessidades emocionais foram priorizadas a escuta das queixas, incertezas, inquietações, informe de orientações para a resolução de impasses surgidos, juntamente com os demais membros da equipe, a fim de minimizar angústia e ansiedade entre os pacientes e seus familiares acompanhantes.

Sobre as necessidades econômicas e sociais os participantes foram orientados sobre: (i) a obtenção de documentos, licenças médicas, aposentadoria; (ii) a existência do DPVAT – Seguro Obrigatório por Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores em Via Terrestre (iii) o Programa de Órtese e Prótese e (iv) outros benefícios dispensados pelo Instituto Nacional de Seguridade Social. Os partici-

pantes também foram encaminhados ao Serviço de protocolo e Serviço Social da instituição.

A fase de resolução se deu a partir da percepção por um dos autores na mudança e amadurecimento dos participantes e de que as informações coletadas convergiam para a saturação dos dados. Esta fase aconteceu durante os três últimos encontros. Este tempo ainda se caracterizou pelo distanciamento gradual entre o pesquisador e participantes do estudo, tendo por objetivo desfazer o vínculo de dependência entre ambos.

A análise dos resultados foi realizada concomitantemente à coleta. Autores⁽⁷⁾ assinalam que, nos processos assistenciais, a coleta das informações e a sua análise ocorrem simultaneamente, no sentido de favorecer a imersão gradativa do pesquisador nos relatos, a fim de refletir sobre como fazer interpretações e descobrir vazios que poderão ser preenchidos ao longo do processo. As etapas de análise são: (1) apreensão, (2) síntese, (3) teorização e (4) contextualização.

Na etapa de apreensão, as informações são registradas, organizadas e identificadas; na síntese, os dados descrevem as histórias das famílias e circunstâncias vivenciadas após a ocorrência do AT, durante a hospitalização. Na fase de teorização, a partir das relações reconhecidas durante o processo de síntese, articularam-se os resultados com a literatura. A etapa de transferência identificou o significado dos achados e as possibilidades de replicá-los em situações similares, sem que esse processo venha a ser entendido como generalização, mas compreendido como a socialização dos resultados. Nesse sentido, foram identificadas categorias que convergiram para a descrição do contexto hospitalar, na visão do acidentado no trânsito e do seu familiar acompanhante, enfatizando-se as relacionadas às esferas *emocionais, familiares, econômicas e sociais*.

O estudo seguiu os aspectos relacionados aos preceitos éticos envolvendo seres humanos, de acordo com a Resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde⁽⁸⁾, e foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade de Fortaleza – UNIFOR, e no Comitê de Ética da Instituição investigada (Parecer n. 212/2004).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização dos sujeitos

Os sete pacientes encontravam-se na faixa etária entre 20 a 80 anos; os sete acompanhantes entre 21 a 60 anos. Cinco acompanhantes eram familiares por laço de consanguinidade e dois eram seus cônjuges; três pacientes e acompanhantes residiam em Fortaleza; quatro deles com seus acompanhantes no interior do Estado. Três pacientes eram solteiros e quatro casados; todos os acompanhantes eram casados. Um paciente trabalhava formalizado, dois eram aposentados e quatro trabalhavam na informalidade; um acompanhante trabalhava no merca-

do informal, dois eram servidores públicos e quatro eram domésticos; três pacientes eram um dos provedores econômicos e quatro, somente eles eram provedores; quatro acompanhantes não participavam nas despesas do lar e três eram um dos provedores econômicos; dois pacientes eram passageiros do veículo no momento do acidente, três eram condutores e dois foram vítimas de atropelamentos. Dos sete pacientes participantes da pesquisa, dois eram jovens, quatro eram adultos jovens e um idoso; dois encontravam-se alcoolizados no momento do acidente e apenas três foram socorridos pelos *causadores* do acidente.

Na complexidade que permeia o AT a vítima (ou as vítimas) torna-se um politraumatizado, com múltiplas lesões, com um prolongado período de permanência, semelhante ao adoecimento crônico. Além do portador desse *problema crônico*, todo aquele que o acompanha é também vitimado pelo trauma, compartilhando sofrimento e conflitos.

Concordando com os resultados deste estudo, autores⁽⁹⁾ identificaram, ao acompanharem cuidadores familiares de pacientes com traumatismo cranioencefálico grave, elevado número de casos depressivos, dificuldade na expressão de sentimentos, menos tempo e disposição reservados às atividades recreativas e uma tendência dominadora por parte desses cuidadores.

Estudos que se aproximem da realidade desse acompanhante (pertencente ao grupo familiar, afetivo ou social) e de como ele vivencia esse processo devem compor o interesse dos investigadores nessa temática. Um estudo⁽¹⁰⁾ enfatiza que o processo da prática do cuidar permeia o sofrimento e a privação, que, muitas vezes, alicerçado na culpa e na religiosidade pela ambigüidade afetiva e desgastantes mudanças socioeconômicas, sinaliza um esboço de uma nova retomada de projetos pessoais de vida do próprio cuidador.

A literatura relata que estudos com cuidadores familiares vêm despertando interesses em muitos pesquisadores, sendo considerado uma área crescente na saúde. Apesar desse desenvolvimento, ainda são reduzidas as publicações referentes ao assunto em nosso meio⁽¹¹⁾.

Após a ocorrência do acidente de trânsito, as vítimas e seus familiares deparam problemas que, aparentemente se encontram ocultos na visão de cuidado da maioria dos profissionais de saúde. Existem alterações no estilo de vida desses doentes e no de seus familiares, que variam das evidências de tristezas aparentes até as verbalizações de estado de desânimo, sem mencionar a gravidade das lesões físicas, limitações do corpo, as amputações de membros até a morte de pessoa significativa. Dentre as situações evidenciadas pelos participantes, pessoa aci-

dentada e seus familiares, salientam-se as que se reportam à esfera emocional, familiar, econômica e social.

Além das mortes prematuras, dos problemas físicos, emocionais e dos conflitos familiares causados pelos acidentes de trânsito, existem outras dificuldades, aparentemente obscuras, mas importantes, como é o caso dos prejuízos materiais e sociais⁽¹⁰⁾.

Na esfera emocional, os sujeitos atribuíram suas ansiedades às suspensões de cirurgias, retardo para agendá-las, demora na recuperação da saúde e tratamento hospitalar prolongado. Nessa perspectiva, é importante que a ansiedade do acidentado e família seja entendida pela equipe de saúde para intervir de forma adequada, pois a literatura retrata que a ansiedade é multidimensional e se manifesta na esfera cognitiva, evidenciada por preocupação, obsessão, autoconfiança; na esfera afetiva, pelo constrangimento e disforia; na comportamental, com atitudes de retraimento, fuga, repetição compulsiva e, na esfera física, pela manifestação e exacerbação de sinais e sintomas variados, interferindo no restabelecimento da saúde⁽¹²⁾.

Na complexidade que permeia o AT a vítima (ou as vítimas) torna-se um politraumatizado, com múltiplas lesões, com um prolongado período de permanência, semelhante ao adoecimento crônico.

... estou muito ansiosa devido à cirurgia que está demorando, e agora para piorar apareceu uma secreção na ferida (FA1). Olha aí doutor, minha cirurgia foi suspensa pela 2ª vez, eu não agüento mais isso aqui não (apontando para tração transequelética) e agora, vão marcar pra quando? (P-1).

Eu preciso ficar logo bom, pois eu tenho uma vida lá fora e eu preciso resolver minhas coisas (P-2).

Ao investigar sobre atendimento de emergência decorrente de atos violentos, a literatura descreve que o trabalho médico incide sobre os ferimentos que requerem procedimentos, independentemente do que provocou esses ferimentos. [...] Qualquer problema que extrapole esse âmbito de atuação não é reconhecido como problema médico⁽¹³⁾.

Outra categoria mencionada foi depressão/tristeza, o que é constante no cotidiano dessas pessoas. Esta é exacerbada pela perda de pessoas significativas, distanciamento dos familiares, amigos, trabalho, da incerteza futura. A impotência e a incapacidade em prover cuidados aos filhos também contribuem com esse estado melancólico; a amputação de um membro foi outro motivo referido dessa *depressão*, e que contribui para a instabilidade emocional.

A morte em decorrência do AT ocorre de forma súbita e subtrai da convivência familiar pessoas amadas, aparentemente sadias, produtivas e, muitas vezes, a única provedora do lar. Eis alguns relatos:

Eu tinha tudo, tinha uma vida estruturada, tinha minha casa, meus filhos, meu trabalho e meu marido. E agora? Ele está morto (lágrimas) (P-1).

No âmbito familiar, além de preocupar-se com a saúde da pessoa internada, a saudade dos outros membros da família, a carência de suporte financeiro e/ou emocional potencializam as insatisfações e conflitos inerentes ao contexto da hospitalização do acidentado no trânsito e de seus familiares acompanhantes. Torna-se visível, nos discursos dos participantes, a sobrecarga de atividades desses familiares:

Pretendo voltar pra lá porque tem muita coisa que depende de mim, tanto meus filhos como o trabalho. Meus filhos são adultos mais eu tenho que cuidar deles, enquanto estiverem debaixo do meu teto (FA-7).

Sou eu que tenho que resolver tudo sozinho, tudo, tudo é comigo, porque minha filha trabalha o dia todo e não tem mais ninguém (FA-4).

Pesquisa que caracteriza os cuidadores de vítimas de Trauma Crânio-encefálico (TCE) em seguimento ambulatorial retrata que é importante conhecer as características do vitimado e do seu cuidador, além de suas necessidades individuais para planejar formas de prover o suporte necessário ao binômio cuidador e vítima⁽¹¹⁾. Nessa teia complexa, é indispensável que o profissional de saúde repense sua prática e considere a família como um sistema em evolução nas diversas possibilidades de resolução de crises e conflitos, tendo como referencial a procura conjunta de novos caminhos.

O desconhecimento da patologia vigente, da sua gravidade, do tratamento a ser realizado e do prognóstico, foi referido como fonte de instabilidade, tanto no aspecto emocional como nas relações interpessoais dos envolvidos, evidenciando um ciclo em que tristeza, ansiedade, angústia, revolta, medo e desesperança interferem, negativamente, no tratamento e recuperação da saúde.

Autores⁽¹⁴⁾ ao estudarem os efeitos das alterações comportamentais das vítimas de trauma crânio-encefálico na visão do cuidador familiar, identificaram que os pacientes se tornaram mais agressivos, ansiosos, dependentes, deprimidos, irritados, esquecidos, impulsivos, com maior inadequação social e oscilação de humor.

Diante disso, a participação da equipe de saúde no adoecimento é fundamental e, ao mesmo tempo, complexa, porque precisa oferecer uma base de sustentação e favorecer ao vitimado a gestão de sua própria saúde.

Ressalta-se ainda que apesar de maiores níveis de sobrecarga, stress e sintomas psicológicos evidenciados em familiares de traumas cranianos em relação aos ortopédicos, os grupos não diferem no que diz respeito ao sentimento angústia por parte dos familiares⁽¹⁵⁾. Sendo assim, quanto maior for o suporte social ofertado à família menor o nível de depressão apresentado pelos seus membros, pois grandes são os impactos quanto ao recebimento da notícia, permanência hospitalar e retorno sofrido para casa⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

O ato de comunicar, informar e saber ouvir é extremamente importante para tornar a relação do profissional,

paciente e família mais efetiva e afetiva. Muitas vezes o estabelecimento do diálogo é capaz de extinguir ou amenizar, por muito tempo, a desesperança. A desinformação dos pacientes e familiares e a ausência do estreitamento na relação do profissional de saúde são evidenciadas nos discursos dos participantes:

Eu já tenho aqui um mês e nada foi feito, ninguém diz nada (P-3).

[...] parece que eles vivem correndo, não tem muito tempo, não (FA-7).

Nenhum médico explica bem sobre seu tratamento, eu sei que ele vai ter que ficar aqui muitos dias, mas não sei como a perna dele está. O senhor pode me dizer alguma coisa? (FA -5).

Eu disse pro doutor X que eu não tinha carne suficiente para fazer o enxerto, mas ele disse que tinha, eu estava anestesiado quando a cirurgia foi suspensa (P-3).

A informação, apoio e maior proximidade do profissional com o paciente e família são indispensáveis para o sucesso do tratamento, pois ninguém examina nem conversa nem se responsabiliza pelos pacientes e esse é o modelo da prática oferecido ao estudante durante sua formação acadêmica⁽¹⁸⁾. Pode-se ainda perceber que o médico se apresenta, na visão dos pacientes e familiares, como o principal provedor de informações. Tal pensamento é fruto de um modelo biomédico enraizado na cultura do povo e na visão dos profissionais de saúde, no qual o saber é dicotômico, o cuidado é fragmentado e a prática interdisciplinar é incipiente, favorecendo uma assistência alvo de equívocos e conflitos.

Ao fazer uma alusão à díade médico-paciente, a literatura relata que a visão fragmentada da atenção implicou a não-construção de vínculo ou uma construção muito fraca, provocando a (des)responsabilização dos profissionais em relação à saúde geral do paciente, bem como a insatisfação dele quanto à atenção que recebe⁽¹⁸⁾.

Nos discursos dos participantes, foi detectada a fragilidade das informações sobre licenças e perícias médicas, aquisição dos Seguros de Danos Pessoais Causados por Veículo Automotores de Vias Terrestres (DPVAT) e aparelhos de prótese e órtese, dentre outros benefícios dispensados pelo Instituto Nacional de Seguridade Social. Esse fato caracteriza a débil visão da integralidade, ao se prestar assistência aos pacientes vítimas de AT, bem como a sua família. Tal inquietude encontra-se registrada:

Doutor, como é que eu consigo uma prótese pra minha perna? Porque eu andei lendo uma revista e vi que são muito caras (P-3).

Eu estava querendo dar entrada no seguro obrigatório, mas uma acompanhante do paciente que está vizinho a ele me disse que era só depois que ele saísse de alta, é verdade? (FA-2).

Doutor eu estava querendo dar entrada no seguro da moto, mas eu não sei quais são os documentos que precisam, será melhor eu conseguir um advogado? (FA-7).

O despreparo e a inabilidade dos profissionais para informar a essa clientela, uma vez que esses também desconhecem o assunto, os distanciam das políticas de humanização do cuidado, como também evidenciam a inexistência de integração entre os setores responsáveis pela previsão dessa carência. Nessa perspectiva, a literatura retrata que todos aqueles que foram vítimas de acidente de trânsito têm direitos à indenização, mas, apesar da garantia existir há mais de trinta anos, muitas vítimas ou beneficiários deixam de receber esse benefício em virtude da falta de informação⁽¹⁹⁾. Vale acrescentar que

a participação de vários profissionais na assistência à saúde propicia o envolvimento de todos os componentes da equipe com a assistência e favorece melhor disponibilidade dos profissionais diante de seus clientes⁽²⁰⁾.

Quanto à dimensão econômica e social, esta se desdobra em questões legais, jurídicas e trabalhistas detectadas nas verbalizações dos sujeitos.

[...] ele trabalhava só de serviço prestado, não era de carteira assinada, tudo isso ficou muito grave pra ele, aliás, pra gente, pra mim e pra ele, quer dizer pra todos (FA-4).

Nossa vida vai mudar 100%, ele ganhava com a comissão 1.200,00 R\$, agora a gente vai ter que viver com 01 salário mínimo, vai ficar difícil pra pagar as dívidas (FA-3).

[...] ele tinha bebido foi quando saiu na contra-mão (FA-2).

[...] só quer viver bebendo (FA-6).

[...] ele entrou pra esquerda num local proibido (FA-7).

O estudo realizado com estudantes universitários⁽²¹⁾ descreve que apenas 4% reconheceram o uso do álcool entre as circunstâncias que explicaram o envolvimento em acidentes, mas os condutores (ambos os sexos) que dirigem após beber apresentam risco 184% maior de se envolverem em AT.

Foi também salientado que a atividade produtiva exercida na informalidade favorece as injustiças trabalhistas, pois a lei vigente não oferece amparo para essa população economicamente ativa. Alguns discursos evidenciam a descrição:

Não quis assinar minha carteira, nunca veio aqui e agora vem aqui pra me pedir pra transferir a moto que ele comprou do meu marido. Eu vou transferir, mas só quando eu sair daqui e ele me pagar o resto (P-1).

Meu marido trabalha pra ele quase três anos, ele nunca assinou a carteira dele, agora depois que ele se acidentou trabalhando, ele veio aqui pediu a carteira dele e assinou, mas só com um salário mínimo (FA-3).

Estudos identificaram elevada participação dos motociclistas como vítimas de AT. Esse grupo deve ser considerado prioridade absoluta em termos de prevenção de acidentes. Em estudo realizado em Pelotas-RS, os motociclistas eram, em grande parte, homens jovens desempregados, prestadores de serviços de teleentrega e mototáxi. Sem treinamento e fiscalização adequados, os motociclistas são grupo de alto risco para si próprio e para outras pessoas, principalmente o pedestre⁽²²⁾.

Contribuindo com as angústias e temores dos participantes do estudo sobre o prognóstico do retorno ao cotidiano, sabe-se que, mesmo após a alta hospitalar, o vitimado permanece impossibilitado de retornar, em curto prazo, ao trabalho. O tratamento exige acompanhamento ambulatorial, reabilitação, continuidade de terapêutica medicamentosa, custos com meios de locomoção, dentre outros, que originam despesas e reforçam as preocupações e incertezas.

Os medos que circundam as vítimas do trauma se estendem aos seus familiares que buscam maiores esclarecimentos sobre a doença e seus agravos, à terapia medicamentosa, dietas e exercícios físicos. No enfrentamento da realidade, a educação em saúde pode permitir aos interessados neste processo a manifestação de suas reais necessidades mediante o diálogo com os profissionais e possibilitando ações condizentes para ambos⁽²³⁾.

As pesquisas divulgam que, para cada pessoa morta em acidente de trânsito, quatro outras ficam lesionadas, gravemente, provocando uma legião de mutilados e incapazes para o trabalho, originando custos altíssimos ao Estado e famílias desamparadas^(2,24). Nesse aspecto, salienta-se a necessidade de se instituir medidas que apoiem as famílias em suas lutas para vencer o limiar dessas dificuldades que ameaçam o vínculo⁽²⁵⁾.

Vale salientar que neste estudo também foi relatado situações percebidas como favoráveis no contexto da hospitalização, de acordo com os pacientes e seu familiar-acompanhante. Estes referiram a existência de solidariedade entre os pacientes e acompanhantes durante a hospitalização, enfatizaram os momentos em que puderam compartilhar experiências, referiram que muitos profissionais explicaram a importância do resgate, pela sociedade, de educação e responsabilidade no trânsito. Fizeram ainda, alusão sobre a disponibilidade da equipe de saúde para resolver as necessidades mais imediatas dos pacientes como dos acompanhantes. Outro ponto a considerar, na ótica dos participantes, foi à possibilidade de refletir sobre a importância da família e da própria existência, como explicitado:

Doutor tem coisa que acontece na nossa vida para unir a família (FA-3).

Muitas vezes eu me desesperei e até pensei porque não tinha logo morrido, mas é assim mesmo, a gente às vezes se desespera, mas se eu não morri é porque devo ter alguma missão (P-4).

Retomando a gravidade do AT e a importância de um trabalho de Educação em Saúde, a literatura diz que apenas mediante uma educação continuada para o trânsito é que muitas vidas serão salvas, hospitais públicos farão grande economia e terão mais leitos disponíveis, a previdência social deixará de arcar com custos precoces, desnecessários e perfeitamente evitáveis⁽²¹⁾. Outro estudo reforça a compreensão de desenvolver nos atuais e futuros motoristas, ocupantes de veículos, usuários de bicicletas e pedestres brasileiros uma consciência de valorização da própria vida e do respeito à vida dos outros é um desafio que deve ser enfrentado com prioridade, tanto pela administração pública como pela sociedade⁽²⁶⁾.

Visualizando a dimensão do problema, reflete-se a implementação da integralidade no atendimento porque passa pela compreensão da complexidade humana. E não fragmentá-la é deixar ouvir a voz e o desejo da pessoa que necessita ser vista em toda sua magnitude, valorizando, assim, a sua subjetividade. Nessa perspectiva, a literatura expressa que não se pode permanecer no paradigma reducionista, pois a ênfase nos aspectos biológicos, a perspectiva fragmentada e fragmentadora, as hierarquizações implícitas de saberes são idéias opostas à integralidade⁽²⁷⁾.

Reforçando a importância da Educação em Saúde no contexto que circunscreve a temática violência, autores advogam a posição de que esta requer conhecimento de várias disciplinas para desenvolver seu propósito junto ao objeto complexo, ou seja, a conscientização do ser humano na busca de qualidade de vida percorrendo o caminho da autonomia⁽²⁰⁾. A equipe de saúde, partindo de uma atitude interdisciplinar, deve conduzir o paciente, família e comunidade ao melhor nível de saúde, por meio de estratégias que utilizam o diálogo e a interação efetiva, constituída por vários profissionais de saúde com saberes específicos e independentes, mas integrados e mantendo suas peculiaridade no atendimento às necessidades do paciente⁽²⁸⁾.

CONCLUSÃO

O contexto da hospitalização para a pessoa vítima de AT e seu familiar acompanhante sintetiza uma gama de problemas que alcançam à dimensão emocional, familiar, econômica e social. Contudo, foram relatadas situações favoráveis no contexto da hospitalização, ou seja, solidariedade entre pacientes e acompanhantes, partilha de experiências, resgate pela sociedade de educação e responsabilidade no trânsito, disponibilidade da equipe de saúde, reflexão sobre a importância da família e da própria existência.

Nos depoimentos dos participantes, essa hospitalização é vivenciada com depressão, ansiedade, tristeza, medo, preocupação, desinformação acerca da gravidade do caso, do prognóstico, dos direitos e deveres atrelados ao acidente de trânsito, das implicações legais, econômicas e sociais. É acrescido a essa problemática o desequilíbrio nas relações familiares pela perda de um ente querido, pelas dificuldades financeiras, pela sobrecarga de tarefas, inversão de papéis e obscuridade do futuro.

Esse contexto descrito pelos protagonizadores (paciente e familiar-acompanhante) suscita reflexões para os profissionais envolvidos no cuidado dessa clientela. Existe a necessidade de se transcender a perspectiva para além do cuidado com o corpo, redescobrimo a magnitude do ser, reconhecendo sua dimensão familiar e social e se propondo assisti-lo integralmente. Entende-se como desafio para a consecução das ações de saúde a inclusão do paciente e da família no planejamento e efetivação do cuidado e que esses deixem de ser visualizados como objetos de ações e passem, definitivamente, à condição de sujeitos dessas ações.

REFERÊNCIAS

1. Peden M, Scurfield R, Sleet D, Mohan D, Hyder AA, Jarawan E, et al., editors. World report on road traffic injury prevention. Geneva: WHO; 2004.
2. Sauer MTN, Wagner MB. Acidentes de trânsito fatais e sua associação com a taxa de mortalidade infantil e adolescência. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(5):1519-26.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Informações de saúde: estatísticas vitais [texto na Internet]. Brasília; 2005 [citado 2007 out. 28]. Disponível em: <http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php?area=359A1B378C5D0E0F359G22H011Jd5L25M0N&Vinclude=../site/infsaude.php>
4. Souza ER, Minayo MCS, Malaquias JV. Violência no trânsito: expressão da violência social. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília; 2005. p. 279-312.
5. Garyszewski VP, Koizume MS, Mello-Jorge MHP. As causas externas no Brasil no ano de 2000: comparando a mortalidade e a morbidade. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20(4):995-1003.
6. Boscolo L. A terapia familiar sistêmica de Milão: conversações sobre teoria e prática. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.

7. Trentini M, Paim L. Pesquisa em enfermagem: uma modalidade convergente-assistencial. Florianópolis: UFSC; 1999.
8. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Bioética*. 1996;4(2 Supl):15-25.
9. Boyle GJ, Haines S. Severe traumatic brain injury: some effects on family caregivers. *Psychol Rep*. 2002;90(2): 415-25.
10. Azevedo GR, Santos VLG. Cuidador (d)eficiente: as representações sociais de familiares acerca do processo de cuidar. *Rev Lat Am Enferm*. 2006;14(5):770-80.
11. Hora EC, Sousa RMC, Alvarez REC. Caracterização de cuidadores de vítimas de trauma crânio-encefálico em seguimento ambulatorial. *Rev Esc Enferm USP*. 2005; 39(3):343-9.
12. Tesar GE, Rosenbaum JF. O paciente ansioso. In: Hyman SE, Tesar GE, organizadores. Manual de emergências psiquiátricas. 3ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 1994. p. 193-212.
13. Sarti CA. O atendimento de emergência a corpos feridos por atos violentos. *Physis*. 2005;15(1):107-26.
14. Hora EC, Sousa RMC. Os efeitos das alterações comportamentais das vítimas de trauma crânio-encefálico para o cuidador familiar. *Rev Lat Am Enferm*. 2005; 13 (1):93-8.
15. Wade SL, Taylor HG, Drotar D, Stancin T, Yeates KO. Family burden and adaptation during the initial year after brain injury in children. *Pediatrics*. 1998;102 (1 PT 1):110-6.
16. Faria AB. Traumatismo crânio-encefálico: uma experiência familiar [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2003.
17. Hora EC, Sousa RMC. Depressão: uma possível consequência adversa do trauma crânio-encefálico para o cuidador familiar. *Acta Paul Enferm*. 2005;18(2):131-5.
18. Feuerwerker L. Além do discurso de mudança na educação médica: processo e resultados. São Paulo: Hucitec; 2002.
19. Rothschild AJ, Vigueira AC. Pesar agudo e vítimas de desastre. In: Hyman SE, Tesar GE organizadores. Manual de emergências psiquiátricas. 3ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 1994. p. 55-64.
20. Hoga LAK. A dimensão subjetiva do profissional na humanização da assistência à saúde: uma reflexão. *Rev Esc Enferm USP*. 2004;38(1):13-20.
21. Marín-Leon L, Vizzotto MM. Comportamentos no trânsito: um estudo epidemiológico com estudantes universitários. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(2):515-23.
22. Barros AJD, Amaral RL, Oliveira MSB, Lima SC, Gonçalves EV. Acidentes de trânsito com vítimas: sub-registro, caracterização e letalidade. *Cad Saúde Pública*. 2003; 19(4):979-86.
23. Martins JJ, Albuquerque GL, Nascimento ERP, Barra DCC, Souza WGA, Pacheco WNS. Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. *Texto Contexto Enferm*. 2007;16(2):154-262.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Programa de redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito: mobilizando a sociedade e promovendo a saúde. *Rev Saúde Pública*. 2002;36(1):114-7.
25. Soubhi H, Potvin L. Homes and families as health promotion settings. In: Poland BD, Green LW, Rootman I, editors. *Settings for health promotion: linking theory and practice*. Thousand Oaks: Sage Publications; 2000. p. 44-85.
26. Melione LPR. Morbidade hospitalar e mortalidade por acidentes de transporte em São José dos Campos, São Paulo. *Rev Bras Epidemiol*. 2004;7(4):461-72.
27. Camargo-Júnior KR. Um ensaio sobre a (in)definição de integralidade. In: Mattos RA, Pinheiro R, organizadores. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/ABRASCO; 2003. p. 35-43.
28. Barroso MGT, Vieira NFC, Varela ZMV, organizadoras. *Educação em saúde no contexto da promoção humana*. Fortaleza: Demócrito Rocha; 2003.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho contou com auxílio financeiro e material do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. Processo n. 50.4458/2004-3.