

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE
DA COMUNICAÇÃO HUMANA

MARIA GABRIELLA PACHECO DA SILVA

**ACIDENTES DE TRÂNSITO POR MOTOCICLETA:
QUEIXAS FONOAUDIOLÓGICAS, ACESSO À
REABILITAÇÃO E A CONTINUIDADE DO CUIDADO NA
APS**

RECIFE

2015

Maria Gabriella Pacheco da Silva

**Acidentes de trânsito por motocicleta: queixas
fonoaudiológicas, acesso à reabilitação e a continuidade do
cuidado na APS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Comunicação Humana do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, para obtenção do título de Mestre em Saúde da Comunicação Humana.

Orientadora: Dra. Maria Luiza Lopes Timóteo de Lima

Coorientadora: Dra. Vanessa de Lima Silva

Recife

2015

Ficha catalográfica elaborada pela
Bibliotecária: Mônica Uchôa, CRB4-1010

S586a Silva, Maria Gabriella Pacheco da.
Acidentes de trânsito por motocicleta: queixas fonoaudiológicas,
acesso à reabilitação e a continuidade do cuidado na APS / Maria
Gabriella Pacheco da Silva. – Recife: O autor, 2015.
143 f.: il.; tab.; 30 cm.

Orientadora: Maria Luiza Lopes Timóteo de Lima.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS,
Programa de Pós-Graduação em Saúde da Comunicação Humana,
2015.
Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Acidentes de trânsito. 2. Motocicletas. 3. Fonoaudiologia. I. Lima,
Maria Luiza Lopes Timóteo de (Orientadora). II. Título.

614 CDD (23.ed.) UFPE (CCS2015-108)

Maria Gabriella Pacheco da Silva

**Acidentes de trânsito por motocicleta: queixas
fonoaudiológicas, acesso à reabilitação e a continuidade do
cuidado na APS**

Dissertação aprovada em:

Prof.^a Dr.^a. Maria Luiza Lopes Timóteo de Lima
(UFPE – Orientador)

Profa. Dr.^a. Vanessa de Lima Silva
(UFPE – Co-orientadora)

Profa. Dr.^a. Mirella Bezerra Rodrigues Vilela
(UFPE – Membro Interno)

Profa. Dr.^a. Alice Kelly Barreira
(UFPE – Membro Externo)

Prof. Dr.^a. Cynthia Maria Barboza do Nascimento
(UFPE – Membro Externo)

Recife
2015

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

REITOR

Prof. Dr. Anísio Brasileiro de Freitas Dourado

VICE-REITOR

Prof. Dr. Silvio Romero Barros Marques

PRÓ-REITOR DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

Prof. Dr. Francisco de Souza Ramos

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DIRETOR

Prof. Dr. Nicodemos Teles de Pontes Filho

COORDENADOR DA COMISSÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO DO CCS

Profa. Dra. Jurema Freire Lisboa de Castro

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA COMUNICAÇÃO
HUMANA**

COLEGIADO

Prof. Dr. Hilton Justino da Silva (Coordenador)

Profa. Dra. Bianca Arruda Manchester de Queiroga (Vice-Coordenadora)

Profa. Dra. Anna Myrna Jaguaribe de Lima

Prof. Dr. Antônio Roazzi

Profa. Dra. Cláudia Marina Tavares de Araújo

Profa. Dra. Daniele Andrade da Cunha

Profa. Dra. Denise Costa Menezes

Profa. Dra. Lilian Ferreira Muniz

Profa. Dra. Maria das Graças Wanderley Coriolano

Profa. Dra. Maria Eugenia Farias Almeida Motta

Profa. Dra. Maria Luiza Lopes Timóteo de Lima

Profa. Dra. Mariana de Carvalho Leal

Profa. Dra. Mirella Bezerra Rodrigues Vilela

Profa. Dra. Silvana Maria Sobral Griz

Profa. Dra. Silvia Regina Arruda de Moraes

Profa. Dra. Ana Augusta de Andrade Cordeiro

Profa. Dra. Jônia Alves Lucena

Prof. Dr. Otávio Gomes Lins

SECRETARIA

Alexandre Vasconcelos da Silva Telles

SILVA, M.G.P. Acidentes de trânsito por motocicleta: queixas fonoaudiológicas, acesso à reabilitação e à continuidade do cuidado na APS. (Dissertação) Universidade Federal de Pernambuco, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Comunicação Humana, Recife, 2015.

RESUMO

O objetivo do estudo foi caracterizar as queixas fonoaudiológicas, bem como avaliar o acesso à reabilitação e a continuidade do cuidado na Atenção Primária à Saúde em vítimas de acidentes por motocicletas. Trata-se de um estudo de corte transversal realizado em Recife-PE. Foram estudadas vítimas de acidentes motociclísticos hospitalizadas no Hospital da Restauração entre junho e julho de 2014. Os dados foram coletados através da consulta dos prontuários e entrevistas, no momento da internação e após a alta hospitalar. Para análise foram usados recursos da estatística descritiva, inferencial e construção de fluxos. Foram estudados 99 indivíduos, sendo 90,9% do sexo masculino, com idade média de 32,7 anos, onde 42,3% dos condutores estavam alcoolizados e 51,5% não eram habilitados. A região da cabeça e face foi a segunda área corporal mais afetada com 56,6%. Após a alta hospitalar, foram verificados 30,3% indivíduos com queixas fonoaudiológicas, mostrando uma associação estatisticamente significativa com não habilitados ($p= 0,012$) e colisões entre motos ($p= 0,004$). Os principais obstáculos para o acesso à fonoterapia foram a distância aos serviços de saúde e o tempo de espera para início do tratamento. A continuidade do cuidado foi vista como efetiva para ações como obtenção de insumos e medicamentos. Já a visita domiciliar ocorreu menos frequentemente. Foram identificados alguns fatores que contribuíram para dificuldade no acesso a assistência em Fonoaudiologia, refletindo na ruptura do cuidado contínuo e integral.

Palavras-chave: Acidentes de trânsito. Motocicletas. Fonoaudiologia.

SILVA, M.G.P. Accidents Traffic accidents by motorcycle: speech complaints, access to rehabilitation and continuity of care in PHC. (Thesis)- Federal University of Pernambuco, Program in Health Human Communication, Recife, 2015.

ABSTRATC

The purpose of this study was to characterize the speech complaints and to evaluate access to rehabilitation and continuity of care in the Primary Health Care in a motorcycle accident victims. This is a cross-sectional study in Recife. Victims of motorcycle accidents studied were hospitalized at the Hospital of the Restauração in June and July 2014. The data were collected by consulting the records and interviews, at admission and after discharge. For analysis included descriptive statistical, inferential and construction flows. We studied 99 subjects, 90.9% male, mean age 32.7 years, where 42.3% of drivers were drunk and 51.5% were not enabled. The region of the head and face was the second most affected body area with 56.6%. After hospital discharge, 30.3% were verified individuals with complaints, showing a statistically significant association with not enabled ($p = 0.012$) and collisions between bikes ($p = 0.004$). The main obstacles to access to speech therapy were the distance to health services and the waiting time for starting treatment. Continuity of care was seen as effective in actions such as obtaining supplies and medicine. Have the home visit occurred less frequently. We identified some factors that contributed to difficulty in accessing assistance in speech therapy, reflecting the disruption of continuous and comprehensive care.

Keywords: Traffic accidents. Motorcycles. Speech Therapy.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AT: Acidentes de Trânsito

APS: Atenção Primária à Saúde

OMS: Organização Mundial de Saúde

PNRMAV: Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência

SUS: Sistema Único de Saúde

CER: Centro Especializado em Reabilitação

CEPAM: Comitê Estadual de Prevenção aos Acidentes de Moto

RAS: Rede de Atenção à Saúde

USF: Unidades de Saúde da Família

NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família

ESF: Equipes de Saúde da Família

HR: Hospital da Restauração

RMR: Região Metropolitana do Recife

TCE: Traumatismo Cranioencefálico

AGRADECIMENTO

Agradecer primeiro àquele que me presenteou com a bênção do Mestrado. Deus tem me provado o quanto me ama ao abrir portas e me provar que fiz as escolhas certas.

Aos colegas de turma, que acompanharam, opinaram, sugeriram, contribuindo imensamente para a construção desse trabalho.

Aos meus familiares, meus pais, minha irmã, meu esposo e minha filha, pela paciência e companheirismo durante essa jornada.

À minha orientadora Dr^a Maria Luiza, que se tornou uma amiga em que confiei e dividi minhas dúvidas, minhas angústias. Uma parceria que deixará saudades.

Minha co-orientadora Dr^a Vanessa Lima, que contribuiu com suas colocações sempre muito pertinentes e valorizando mais essa dissertação.

Enfim, a todos que de alguma maneira ajudaram e apoiaram durante essa trajetória, com palavras de afeto, perseverança e incentivo.

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO.....	11
2. MARCO TEÓRICO.....	15
2.1 Epidemiologia dos acidentes de trânsito.....	15
2.2 Políticas de enfrentamento da problemática dos acidentes de transporte	16
2.3 Atenção às vítimas de acidentes de transporte: estrutura da rede, acesso, continuidade do cuidado e atuação fonoaudiológica.....	19
2.4 Compreendendo o conceito de Acesso e utilização dos serviços de saúde.....	22
2.5 Lesões Craniofaciais decorrentes de acidentes por motocicletas: Revisão Integrativa.....	26
3. MÉTODOS.....	41
4. RESULTADOS.....	50
4.1 Artigo Original 1: Fatores associados às alterações fonoaudiológicas em vítimas de acidentes de moto.....	51
4.2 Artigo Original 2: Acesso à reabilitação fonoaudiológica e a Continuidade do Cuidado pela APS em vítimas de acidente de moto.....	70
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	95
REFERÊNCIAS.....	97
APÊNDICE A- TCLE	
APÊNDICE B- Questionário de Continuidade do Cuidado	
APÊNDICE C- Resenha (versão português)	
APÊNDICE D- Resenha (versão inglês)	
ANEXO A- Instrumento coleta de dados PPSUS	
ANEXO B- Protocolo de Anamnese Fonoaudiológica para trauma de face	
ANEXO C- Normas da revista CEFAC	
ANEXO D- Normas da revista CODAS	
ANEXO E- Normas da revista Distúrbios da Comunicação	

ANEXO F- Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa

ANEXO G- Aprovação da revista (Resenha)

CAPÍTULO 1: APRESENTAÇÃO

1 APRESENTAÇÃO

Os acidentes de trânsito (ATs) vêm se constituindo como uma epidemia para as sociedades atuais e entram na agenda da saúde pública como morbi-mortalidades por causas externas com crescentes índices (SILVA, 2012). No Brasil, em 2010, para o total de mortes por causas externas, as agressões (homicídios) ocupavam o primeiro lugar, seguida dos óbitos por acidentes de trânsito (ATs). Em alguns estados brasileiros como Piauí, Rondônia e Minas Gerais, os ATs ultrapassaram os homicídios em 2011 (BRASIL, 2013).

Os dados tornam-se mais alarmantes quando observamos os índices de ATs por motocicletas. No Brasil, os motociclistas destacam-se entre as vítimas dos acidentes de trânsito devido ao uso deste veículo como um rápido meio de transporte e como instrumento de trabalho, correspondendo a um aumento de quase 51% entre 2006 e 2010, enquanto os demais tipos de vítimas de acidentes, como pedestres e ocupantes automóveis, por exemplo, houve redução ou manutenção dos índices (JORGE, 2012).

Em Pernambuco, em 2010, os ATs representaram 25,7% dos óbitos por causas externas, ocupando também o segundo lugar como causa de morte, atrás apenas de homicídio (BRASIL, 2011a). Os óbitos por acidentes de moto são maioria entre eles, registrando 10,2% dos casos quando comparados aos demais meios de transporte. Os homens são vítimas em 89% dessas ocorrências, 65% desses com idades entre os 20 e 39 anos (BRASIL, 2011b). Entre os danos causados aos pacientes que sobrevivem, destacam-se as sequelas motoras, psicológicas e mutilações (CRUZ, 2013).

As sequelas decorrentes dos traumatismos de cabeça e pescoço estão entre as mais frequentes em acidentes de moto e são consideradas graves, uma vez que podem levar à letalidade ou deixar o acidentado com comprometimento motor, tais como paraplegia e tetraplegia, isto é, conduzir o acidentado à condição de deficiente físico (CRUZ, 2013).

As lesões nessa região corporal podem causar também impacto na comunicação, no que diz respeito à fala, voz, leitura, escrita, memória, compreensão e também na alimentação, em particular na deglutição adequada dos alimentos de diferentes consistências, reduzindo a qualidade de vida das vítimas (POLESE et al., 2008). Dependendo do grau de acometimento, a vítima demandará reabilitação fonoaudiológica (NASCIMENTO; GIMENIZ-PASCHOAL, 2008).

A reabilitação fonoaudiológica, nesses casos, servirá para minimizar as sequelas decorrentes do acidente de moto, sequelas estas que geram redução na qualidade de vida dos acidentados. Estudo realizado em algumas das principais capitais brasileiras (Brasília, Manaus, Curitiba, Rio de Janeiro e Recife) apontou que as vítimas têm encontrado barreiras para o acesso aos serviços de reabilitação, que em geral são considerados como um ponto importante de estrangulamento dos serviços de saúde (MINAYO; DESLANDES, 2009).

Nesses municípios, além dos obstáculos para o acesso, existem falhas importantes na articulação entre os serviços de referência e o serviço hospitalar, afetando a organização do sistema de saúde e na orientação dos usuários com sequelas e a seus familiares, com destaque para Recife pelo esforço incipiente em conectar serviços (MINAYO; DESLANDES, 2009).

A conexão entre as redes de serviços se faz necessária para a produção de um cuidado contínuo e integral. No entanto, tem-se observado a rede de serviços de saúde assimétrica e incompleta, com serviços que são acessados de forma desigual pelos usuários com sequelas decorrentes do acidente por motocicleta, dificultando a continuidade do cuidado (CECILIO; MERHY, 2003). Além da assistência em reabilitação, no âmbito do nível secundário e terciário, as vítimas devem também ser assistidas pela Atenção Primária à Saúde (APS), através das práticas de promoção da saúde e prevenção dos agravos, bem como na vigilância à saúde, assegurando e orientando seu acesso à reabilitação.

A equipe da APS, além de organizar a produção do cuidado, do ponto de vista dos fluxos assistenciais, tem responsabilidades sobre o cuidado, deve ser gestor do cuidado integral e, portanto deverá acompanhá-lo, garantindo o acesso aos outros níveis de assistência, com a missão de possibilitar ao usuário a continuidade do cuidado (FRANCO; JÚNIOR, 2004).

No Brasil, a APS incorporou os princípios da Reforma Sanitária, embasando o Sistema Único de Saúde (SUS) a adotar o conceito de Atenção Básica à Saúde (ABS) para reforçar a reorientação do modelo assistencial que tem como ideal um sistema com acesso universal e integral. Atualmente, a principal estratégia para viabilizar a ABS é a Saúde da Família, onde uma das principais atribuições é a responsabilização sanitária e cuidados em saúde para uma população adscrita (MATTA; MOROSINI, 2009).

Assim a APS no Brasil pode contar ainda com um escopo maior de profissionais através dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Estes atuam na retaguarda especializada, ampliando a resolutividade do cuidado e reorientando a população na rede assistencial de saúde (BRASIL, 2008).

Desta forma, o acesso aos serviços de saúde, assim como o acompanhamento permanente do usuário pela APS, são elementos essenciais para a continuidade do cuidado da rede de atenção em Fonoaudiologia, com o objetivo de atenuar as consequências do acidente e promover uma melhor qualidade de vida.

Baseando-se nas questões apresentadas, emerge a seguinte questão: De que forma ocorre o acesso à reabilitação em Fonoaudiologia e a continuidade do cuidado pela APS para as vítimas de acidentes por motocicletas em Recife?

Para conhecer a realidade dos serviços de saúde nos três níveis de atenção, o estudo teve como objetivo geral: Avaliar o acesso à reabilitação em Fonoaudiologia e a continuidade do cuidado pela APS para vítimas de acidentes de transporte por motocicletas. Como objetivos específicos: Descrever o perfil epidemiológico das vítimas de acidentes de motocicletas segundo variáveis ligadas à pessoa, ao evento e à assistência hospitalar; caracterizar os tipos de sequelas, e as queixas fonoaudiológicas e verificar fatores associados em vítimas de acidentes de trânsito por motocicletas; descrever quais os obstáculos e facilidades para o acesso aos serviços de reabilitação em Fonoaudiologia; Verificar a continuidade do cuidado pela APS às vítimas, após a alta hospitalar.

Os resultados do estudo foram apresentados através de dois artigos originais. O primeiro artigo intitulado “Fatores associados às alterações fonoaudiológicas em vítimas de acidentes de moto” corresponde aos objetivos relativos a descrição do perfil epidemiológico e das sequelas fonoaudiológicas da população estudada. O segundo, intitulado “Acesso à reabilitação fonoaudiológica e a continuidade do cuidado pela APS em vítimas de acidente de moto”, corresponde aos objetivos relativos ao estudo do acesso à habilitação e a continuidade do cuidado.

Além disso, como fruto desta dissertação apresentamos no Marco Teórico um artigo de revisão intitulado “Lesões Craniofaciais decorrentes de acidentes por motocicletas: Revisão Integrativa” e submetido à revista CEFAC e uma resenha crítica do artigo “*Influence of Helmet Use in Facial Trauma and Moderate Traumatic Brain Injury Victims of Motorcycle Accidents*” aprovado pela revista Distúrbios da

Comunicação Humana, escritos em versões dos idiomas Português (APÊNDICE C) e Inglês (APÊNDICE D).

CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO

2 MARCO TEÓRICO

2.1 Epidemiologia dos acidentes de transporte terrestre

Os ATs são responsáveis por mais de 1,2 milhões de mortes por ano no mundo, o que corresponde a 2,4% de todas as mortes (BOROWY, 2013). Os ATs encontram-se entre as causas externas com grande incidência, com elevado percentual de internação, além de altos custos hospitalares, perdas materiais, despesas previdenciárias e sofrimento para as vítimas e seus familiares (MACIEL et al., 2009).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) aponta para um cenário de pandemia. Só no ano de 2009, aconteceram 1,3 milhão de mortes por acidentes de trânsito em 178 países do mundo. Estima-se que esses números chegarão a 1,9 milhão de mortes no trânsito em 2020 e 2,4 milhões em 2030. Os acidentes de trânsito representam a 3ª causa de mortes na faixa de 30 a 44 anos; a 2ª na faixa de 5 a 14 anos e a 1ª na faixa de 15 a 29 anos de idade (WAISELFISZ, 2012).

No Brasil, a mortalidade no trânsito é superior à dos países desenvolvidos e representa uma das principais causas de morte prematura da população economicamente ativa (MACIEL et al., 2009). Assim, entre 2000 e 2010, as mortes nas vias públicas brasileiras passaram de 28.995 casos para 40.989, o que representa um incremento de 41,4% em 10 anos. A Região Nordeste é a que ostenta o segundo maior índice de crescimento, com um aumento de 74,4%, para essa década (WAISELFISZ, 2012).

Os motociclistas destacam-se entre as vítimas dos acidentes de transporte no Brasil, devido a uma série de fatores, tais como: crescimento da população, aumento da frota de veículos, utilização inadequada do veículo, tudo isso associado às políticas de prevenção pouco efetivas (SILVA, 2012).

Nos estados Paraíba, Piauí e Rio Grande do Norte, as mortes de motociclistas já representam mais da metade do total de mortes em acidentes de trânsito. No Recife, registrou-se um aumento de 28,7% no número de óbitos por acidentes entre 2000-2010. Desta forma, as motocicletas transformaram-se no ponto focal do crescimento da mortalidade nas vias públicas (WAISELFISZ, 2012).

Nessa última década não só os números mudaram, mas também a estrutura e a composição desses acidentes. Por um lado, o número de mortes de pedestres caiu, e em contrapartida todas as outras categorias aumentaram, como ciclistas e caminhoneiros,

destacando-se de forma trágica os motociclistas, cuja mortalidade aumentou 244% no período. Atualmente, as mortes de motociclistas ultrapassam as das restantes categorias, representando praticamente 1/3 das mortes no trânsito (WAISELFISZ, 2012).

Uma explicação para o aumento da mortalidade por estas causas seria o crescente uso desses veículos em todo o país, por fatores culturais e socioeconômicos e pelas vantagens das motocicletas em relação aos automóveis: menor custo de aquisição, de manutenção e com tamanho reduzido facilitando deslocamentos. Isto resulta no aumento do número de motocicletas e, conseqüentemente, na vulnerabilidade e exposição ao risco de acidentes dos usuários, tornando-se importante causa de incapacitação física ou morte (ANDRADE et al., 2005).

No âmbito das morbidades, em 2010, os acidentes de trânsito no Brasil foram as causas mais frequentes nas internações hospitalares, com 15,7% do total. Como se observa nos índices de mortalidade, as morbidades decorrentes por acidentes com pedestres também tiveram uma redução. No entanto, houve aumento de 243,1% no risco de internação para acidentes com motocicletas, que passou de 1,1 internações por 10 mil habitantes para 3,7 internações por 10 mil habitantes (MASCARENHAS et al., 2011).

Em função da gravidade das lesões decorrentes do acidente de motocicleta, que são em geral de natureza traumatológica, estes indivíduos necessitam de cuidados especializados. No estudo de Koizumi (1990) com acidentados motociclistas, afirma-se que aqueles que recebem alta hospitalar não estão completamente recuperados. As sequelas são aspectos marcantes desta experiência, uma vez que podem limitar as atividades no âmbito das interações sociais mais gerais, e também podem reduzir a capacidade para o trabalho.

2.2 Políticas de enfrentamento à problemática dos acidentes de transporte terrestre

Considerando este novo panorama epidemiológico e como tentativa de enfrentamento da situação desses acidentes, o Ministério da Saúde no Brasil em maio de 2001, promulgou a Portaria do MS/GM nº737, de 16/05/01, instituindo a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência (PNRMAV) (BRASIL, 2001).

A PNRMAV tem o objetivo de orientar a atuação do setor saúde no contexto dos acidentes e violências, que adota como conseqüências desses eventos as

morbimortalidades, que demandam atendimento nos serviços de saúde. Entre as suas diretrizes está a de “Estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e à reabilitação” que menciona a necessidade de elaboração de normas relativas à recuperação e à reabilitação, em nível nacional, ao lado da infraestrutura dos serviços de saúde para o adequado atendimento aos pacientes nesta fase da atenção (BRASIL, 2001).

Mais recentemente, o Ministério das Cidades em conjunto com outros ministérios criou o Plano Nacional de Redução de Acidentes e Segurança Viária para a Década 2011-2020. O plano constitui-se como um conjunto de medidas que visam contribuir para a redução das taxas de mortalidade e lesões por acidentes de trânsito no país, através da implementação de ações de fiscalização, educação, saúde, infraestrutura e segurança veicular, a curto, médio e longo prazo (BRASIL, 2010).

No plano, da mesma forma que na PNRMAV, dentre os delineamentos de diversas ações, no que envolve a Saúde, está a “Ampliação e consolidação do atendimento de reabilitação” com o objetivo de promover e garantir o cuidado e a atenção integral às vítimas, através qualificação continuada dos recursos humanos voltada para o atendimento de reabilitação e aumento da capacidade institucional (BRASIL, 2010). É notório que tanto na Política quanto no Plano, está preconizada a necessidade de estruturação do setor saúde para enfrentamento do problema dos ATs, bem como medidas que visem o atendimento integral às vítimas, seja nos serviços de urgências, hospitalares, mas também nos serviços de recuperação e reabilitação.

As sequelas adquiridas em decorrência do acidente podem ser em caráter temporário ou permanente, levando à vítima a condição de deficiente. Para somar esforços e ampliar a oferta de serviços de saúde às vítimas com sequelas, o Ministério da Saúde em 2012, instituiu a Rede de Cuidados à pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) que deve ofertar uma rede de serviços de reabilitação integrada, articulada e efetiva nos diferentes níveis de atenção para aos usuários que necessitem deste tipo de serviço (BRASIL, 2012).

Ainda nessa mesma política, foi instituída a criação do Centro de Especialidades de Reabilitação (CER). Estes visam a habilitação e a reabilitação de deficiências adquiridas ou congênitas, desenvolvendo habilidades funcionais dessas pessoas para promover sua autonomia e independência. Atualmente o Brasil conta com 117 CER habilitados e em funcionamento. Há também 77 projetos de construção de novos CER

aprovados pelo Ministério da Saúde. Os CER abrangem as reabilitações Físicas, Visuais, Intelectuais e Auditivas (BRASIL, 2014).

Através dos CERs, a participação da Fonoaudiologia está prevista como especialista em alterações de linguagem, voz, audição e motricidade orofacial, sendo profissional obrigatório nas equipes dos centros e tendo papel estratégico no cuidado à saúde das pessoas com deficiência.

Por vez, a área de reabilitação é a que mais necessita de avanços para cumprir tanto as diretrizes da PNRMVA quanto as diretrizes do Plano Nacional de Redução de Acidentes e Segurança Viária para a Década (2011-2020).

No estudo realizado por Minayo e Deslandes (2009), os serviços de reabilitação já apontavam a necessidade de políticas que respondessem mais efetivamente aos problemas, entre eles: fraco acompanhamento pós-hospitalar; deficiente transporte de pacientes com lesões e sequelas; descontinuidade do cuidado à saúde; a rede de reabilitação é pequena para garantir uma cobertura adequada às vítimas; a insuficiência de profissionais e de recursos materiais para responder à demanda tem levado, inclusive, muitos serviços a abreviarem indevidamente o tempo de atendimento aos pacientes. As barreiras somam-se à falta de articulação entre todos os níveis de assistência, do primário à atenção hospitalar, impedindo continuidade do cuidado e a vigilância do estado de saúde do usuário.

Tomando como base os altos índices dos acidentes de moto e somado à problemática do estrangulamento do setor saúde em ofertar atendimento integral, em Pernambuco foi criado por meio do decreto nº 36.568 em 2013, o Comitê Estadual de Prevenção aos Acidentes de Moto (CEPAM), cujo objetivo é criar estratégias que minimizem o número de acidentes de moto no Estado, através de ações nos eixos da legislação, fiscalização, educação e principalmente a saúde (PERNAMBUCO, 2013a).

Para o setor saúde o estado considera como um dos eixos prioritários o ordenamento da rede de atenção em todos os níveis de complexidade e unificação das centrais de regulação, como estratégia de ampliar os atendimentos aos acidentados, de maneira rápida e eficiente, contribuindo para diminuição do período de internação hospitalar, melhorando o prognóstico para a reabilitação e reduzindo principalmente o índice de mortalidade.

Liberato (2009) afirma que, de modo em geral, os serviços de saúde atuam para manutenção da lógica ambulatorial e das filas de espera, demonstrando uma nítida

dicotomia entre a clínica e as diretrizes instituídas na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, políticas e no CEPAM. A construção de uma rede de serviços integrada entre si e com outros equipamentos sociais presentes é algo imprescindível para o avanço dessas diretrizes, uma vez que esse é um dos aspectos que apresentam mais fragilidades, onde o trânsito dos usuários não é facilitado e o mesmo é pouco acolhido em suas diferentes demandas. Identificam-se muito mais serviços isolados, que não se comunicam, fechados em suas rotinas.

2.3 Atenção às vítimas de acidentes de transporte terrestre: estrutura da rede, acesso, continuidade do cuidado e a atuação fonoaudiológica

A rede de atenção à saúde (RAS), os equipamentos e serviços não podem funcionar de forma isolada, e devem se responsabilizar conjuntamente pelo acesso, atenção integral e continuidade do cuidado à saúde das pessoas. Assim, a organização dos serviços é condição fundamental para que estes ofereçam as ações necessárias de forma apropriada (KUSCHNIR et al., 2011).

Segundo Merhy e Cecílio (2003), entende-se que a produção da saúde se dá forma sistêmica, a partir de redes associada à imagem de uma linha de produção do cuidado voltada ao fluxo de assistência ao usuário. Esta tem início na entrada do usuário em qualquer ponto do sistema de saúde que opere a assistência. A partir da entrada, abre-se um percurso que se estende, conforme as necessidades do beneficiário sejam por serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, especialidades, atenção hospitalar e outros.

Cada serviço pode ser repensado como um componente fundamental para que a produção do cuidado seja integral e contínua, como uma “estação” no circuito que cada indivíduo percorre para obter a assistência que necessita. Cabe o desafio de “conectar” essas redes assistenciais, de forma mais adequada à rede de serviços de saúde. Pensar na produção do cuidado em rede traz consigo a ideia de construção de pontes entre os diferentes serviços, visando à continuidade do cuidado (MERHY; CECILIO, 2003).

Para Mendes (2011), a RAS deve estar pautada segundo os seguintes preceitos:

- a. Economia de escala:** serve para a concentração de serviços em determinado local, racionalizando os custos e otimizando os resultados quando os insumos tecnológicos ou humanos relativos a estes serviços inviabilizam sua instalação em municípios isoladamente;

- b. Suficiência e Qualidade:** refere-se aos recursos financeiros, humanos e tecnológicos que devem estar presentes em quantidade suficiente para atender à demanda e expectativa da população, e a qualidade destes serviços deve atingir os níveis e parâmetros preconizados pelo Ministério da Saúde;
- c. Acesso:** a questão do acesso está relacionada à ausência de barreiras no momento em que o usuário ‘entra’ na RAS e quando se faz necessária a continuidade do cuidado. Logo, é preciso que os serviços de saúde sejam de fácil acesso, de qualidade e em quantidade suficiente;
- d. Disponibilidade de recursos:** este fundamento engloba recursos físicos, financeiros, humanos e tecnológicos. Sua disponibilidade é o que determinará o seu grau de concentração de maneira direta. Assim, quanto mais escasso o recurso, ele deverá estar mais concentrado; quanto mais disponível, mais distribuído ele estará na rede de atenção à saúde;
- e. Integração Vertical:** é referente à articulação e coordenação de diferentes organizações de saúde responsáveis por ações de natureza diferenciada (primária, secundária ou terciária), objetivando tornar o serviço integrado e integral;
- f. Integração Horizontal:** é a junção de serviços semelhantes ou iguais para que os custos médios dos serviços diminuam com o aumento do volume das atividades oferecidas;
- g. Processos de substituição:** definidos como o reagrupamento contínuo de recursos entre e dentro dos serviços de saúde, para que estes possam gerar melhores resultados sanitários e econômicos. Ou seja, tanto profissionais quanto processos e atividades são passíveis de substituição, reorganização ou aprimoramento;
- h. Região de Saúde ou Abrangência:** é a área geográfica de abrangência para a cobertura de uma determinada RAS. São normalmente denominados distritos, territórios ou regiões sanitárias. Para delimitação desses territórios, pode ser considerado o critério geográfico, ou agregar a ele aspectos socioculturais ou epidemiológicos.

Para o presente estudo, o “Acesso” foi o fundamento escolhido, considerando que a produção do cuidado somente será contínua e integral se a rede assistencial conseguir garantir o acesso seguro aos serviços de saúde.

Mendes (2010) reforça em seu modelo de funcionamento das RAS a Atenção Primária à Saúde (APS) como o centro da rede, servindo como ponto de comunicação entre os diversos equipamentos de saúde e assim garantir a integralidade e continuidade da atenção à saúde dos usuários.

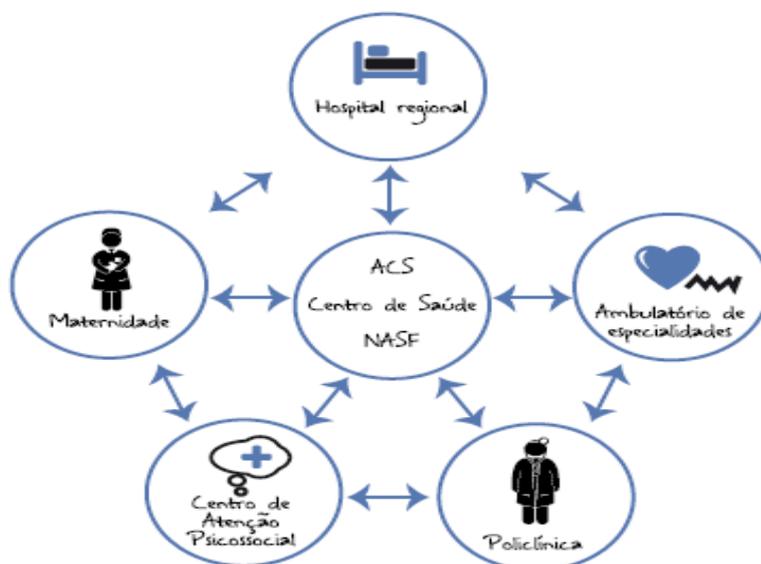


Figura 1. Modelo hierárquico de Rede de Atenção à Saúde (MENDES, 2009). APS como centro de comunicação da rede.

Atualmente em Pernambuco conta-se com 2.204 unidades de saúde, resultando em mais de 70% da população coberta por Unidades de Saúde da Família (USF), sendo ela a responsável em atuar como ordenadora e coordenadora do cuidado (PERNAMBUCO, 2014). A USF é fundamental na constituição do sistema de saúde por sua proximidade com os indivíduos e seu cotidiano.

Vinculada às USF estão os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). O NASF foi instituído através da Portaria GM/MS nº 154, de 24 de janeiro de 2008, que buscou agregar novas categorias profissionais na perspectiva de ampliar a abrangência das ações desenvolvidas pelas equipes de saúde da família (BRASIL, 2008). Sendo assim, além da equipe básica de saúde da família, a USF pode contar, em função dos NASF, com outros profissionais da saúde, como o fonoaudiólogo, por exemplo.

A atuação fonoaudiológica engloba ações de promoção, proteção e recuperação da saúde nos diversos aspectos relacionados à comunicação humana em todo o ciclo vital, inserindo-se além das USF, nos Ambulatórios de Especialidades, Hospitais, Unidades Educacionais, domicílios e outros recursos da comunidade.

Esses equipamentos fazem parte da rede de saúde, onde o fonoaudiólogo deve estar presente, constituindo-se como núcleo profissional responsável em diagnosticar e detectar alterações relativas à comunicação, tratando-as e reabilitando os indivíduos, esteja ele no âmbito hospitalar ou ambulatorial, além de desenvolver atividades de promoção e proteção à saúde em geral (aleitamento materno, saúde auditiva, vocal, entre outras), realizar visitas domiciliares, atuar em escolas e creches, além de coordenar o cuidado do usuário nos serviços de Fonoaudiologia existentes na RAS (LIPAY; ALMEIDA, 2007).

Atualmente em Pernambuco existem 1.462 fonoaudiólogos em atividade, podendo atuar nos 66 centros de saúde vinculados ao SUS. Em 2013, Pernambuco contava com 609 fonoaudiólogos trabalhando nos serviços públicos (BRASIL, 2014a).

Nos últimos anos, políticas nacionais de saúde favoreceram a inserção do fonoaudiólogo no SUS, especialmente na APS. A criação dos NASF retrata e assegura essa inserção, levando o fonoaudiólogo a embasar sua atuação em uma prática intersetorial e interdisciplinar, considerando o indivíduo e sua inserção na família e na comunidade. Atualmente, no estado de Pernambuco existem 222 equipes NASF dispersas em todo o estado, contribuindo para a ampliação do acesso universal e gratuito aos serviços de Fonoaudiologia (LIMA; ACIOLI, 2013).

É importante ressaltar os diversos pontos de atuação dos profissionais da comunicação humana, ficando evidente que os fonoaudiólogos devem trabalhar em todos os níveis de atenção à saúde, estando capacitado para desenvolver ações para além da reabilitação. Acredita-se que com o advento do NASF a Fonoaudiologia poderá centrar seus saberes na APS, reconhecendo que é através desse nível de atenção que se pode reordenar e organizar os serviços, diminuindo as filas de espera nos centros especializados, contribuindo para a garantia do acesso e coordenação do cuidado das necessidades relativas à comunicação humana.

2.4 Compreendendo o conceito de acesso e utilização dos serviços de saúde

O acesso pode ser indicado pelo grau de facilidade ou dificuldade com que as pessoas obtêm serviços de saúde, refletindo as características do sistema de saúde, que atuam aumentando ou diminuindo obstáculos à obtenção de serviços pela população (DONABEDIAN, 2003). Em um dos clássicos modelos de utilização de serviços de

saúde de Andersen e Newman (1973), o acesso é apresentado como um dos elementos dos sistemas de saúde, ligado à organização dos serviços, e refere-se à entrada no serviço de saúde e à continuidade do tratamento. Abrange, nesse caso, a entrada dos usuários nos serviços e o recebimento de cuidados subsequentes.

Para McIntyre e Mooney (2007) as principais características do acesso à saúde são resumidas em quatro dimensões: disponibilidade, que reflete a entrada da vítima do acidente no sistema de saúde; aceitabilidade, que compreende a natureza dos serviços prestados e o modo como eles são percebidos pelos indivíduos e comunidades; capacidade de pagamento, que compreende a relação entre o custo de utilização dos serviços de saúde e a capacidade de pagamento dos indivíduos; e por fim a informação que é resultada do processo de comunicação entre o sistema de saúde e o indivíduo.

Travassos e Martins (2004) consideram o acesso um fator de suma importância na utilização dos serviços de saúde. Esse “uso” compreende o contato direto (consultas/internações) e indireto (exames preventivos) do usuário com os equipamentos de saúde. Em linhas gerais, os autores elencam os seguintes determinantes para utilização dos serviços:

- a. Necessidade de saúde: condições de saúde percebidas pelos indivíduos ou diagnosticadas por profissionais de saúde;
- b. Características demográficas, geográficas, socioeconômicas e culturais: idade, sexo, região, renda, educação, religião;
- c. Prestadores de serviços: especialidade, tipo de prática;
- d. Organização: recursos disponíveis, características da oferta (disponibilidade dos especialistas, hospitais, ambulatórios);
- e. Política: tipo de sistema de saúde, tipo de distribuição de recursos, financiamento.

A influência desses determinantes varia conforme o serviço de saúde existente (ambulatório, hospital, assistência domiciliar) e proposta de atenção à saúde (prevenção, curativos ou reabilitação), podendo ser percebida quando se vislumbra os modelos conceituais de acesso (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Por exemplo, o modelo de Frenk (1985) tomou como referência o modelo de acessibilidade de Donabedian (1973), somando a ele a necessidade da continuidade dos cuidados, presente no modelo de Andersen e Newman (1983). O resultado da junção

dessas bases teóricas é a construção de um modelo de acesso ideal para usuário que caminha em busca da satisfação de uma necessidade de saúde (FERREIRA, 2009).

Para o presente estudo, foi tomado como referência o conceito empregado por Donabedian (1973), que utiliza o termo “acessibilidade” para indicar esse grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde, focando na qualidade do que é acessível. Observaram-se as duas dimensões que estão em contínua interação: a acessibilidade sócio organizacional, na qual estão listados todos os aspectos de funcionamento dos serviços, como horários de funcionamento das unidades e o tempo de espera para o atendimento e a acessibilidade geográfica que diz respeito à distribuição espacial dos recursos, à existência de transporte e à localização das unidades (DONABEDIAN, 1988).

Neste cenário, enfatiza-se a importância da APS como coordenadora do cuidado e ordenadora do acesso dos usuários para os demais pontos de atenção (SILVA, 2011).

Este nível de atenção está baseado em quatro atributos essenciais, sendo eles: facilidade de acesso à população aos demais níveis assistências, longitudinalidade no cuidado, qualidade da atenção (integralidade) e coordenação das ações, dentro do sistema de saúde (BARATIERI; MARCON, 2011). Dos atributos identificados por Starfield (2002), a longitudinalidade tem sido considerada característica central e exclusiva da APS. Trata-se do acompanhamento do paciente ao longo do tempo pela equipe de APS, para os múltiplos episódios de doença e cuidados preventivos.

Alguns estudos sobre APS trazem o conceito de “Continuidade do Cuidado” semelhante ao de “Longitudinalidade”, contudo para Starfield (2002) os termos têm significados e efeitos diferentes, e descreve que a continuidade é dada pelo acompanhamento de um problema de saúde específico, bem como meios de transferência de informações para benefício da conduta terapêutica. Já para Harggerty et al. (2003), o termo continuidade do cuidado se estende além deste episódio específico de doença. Ela está na relação de confiança por parte do usuário e no senso de responsabilidade clínica por parte do médico, estabelecendo assim o reconhecimento da APS como uma fonte regular de cuidado.

No presente estudo, será usado o termo “Continuidade do Cuidado” pela APS, considerando que não será observado o acompanhamento do paciente pela Equipe de Saúde da Família (ESF) ao longo do tempo, e sim a relação da ESF-usuário em

assegurar ao paciente cuidados que leva em conta o contexto pessoal e social relativos ao acidente sofrido.

Entende-se que nos casos em que são necessárias intervenções tecnologicamente mais complexas, que não são contempladas na APS, faz-se necessário o encaminhamento para outros níveis de atenção, havendo uma ponte entre os distintos níveis, mantendo a continuidade do cuidado por meio da coordenação da atenção (HARZHEIM; STEIN; ÁLVAREZ-DARDET, 2004).

Caso existam barreiras ao acesso integral aos serviços de saúde, haverá também o comprometimento no trânsito eficiente dos pacientes na rede de serviços, idealmente resolutivos e organizados em níveis crescentes de complexidade, tornando-se um grande desafio na garantia do uso apropriado da assistência, na articulação dos componentes da rede pública de saúde e, por fim, no alinhamento final de todos os setores do sistema voltados para uma direção única: a qualidade da assistência à saúde (DUARTE; COSTA; MOTA, 2008).

Ao coordenar o cuidado significa que a ESF deve assumir o usuário, até mesmo quando este não necessita apenas de procedimentos que não sejam da competência da APS. A APS tem um papel diferenciado nesses casos, porque a ESF através do contato *in loco* tem informações da vida dos usuários, contribuindo para a eficácia do seu tratamento. Sendo assim, esse acompanhamento e monitoramento, possibilitam a construção de estratégias para planejar um cuidado com um olhar mais ampliado e integral (BRASIL, 2009a).

Para complementação do Marco Teórico desta dissertação será apresentado abaixo o artigo de revisão que abordou especificamente os traumas e lesões decorrentes dos acidentes de motocicletas.

2.5 Lesões craniofaciais decorrentes de acidentes por motocicletas: Revisão Integrativa

Título: Lesões craniofaciais decorrentes de acidentes por motocicleta: Uma revisão integrativa.

Craniofacial injuries resulting from motorcycle accidents: An integrative review

Título Resumido: Lesão craniofacial por acidentes de moto.

Maria Gabriella Pacheco da Silva (1); Vanessa de Lima Silva(2); Maria Luiza Lopes Timóteo de Lima(2)

1 Fonoaudióloga, Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde da Comunicação Humana pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife-Pernambuco, Brasil; Residência Multiprofissional em Saúde da Família pelo Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, IMIP.

2 Fonoaudióloga, Professora Adjunta no Departamento de Fonoaudiologia na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife-Pernambuco, Brasil; Doutora em Saúde Pública pelo Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães.

Endereço para correspondência:
Rua dos Navegantes, 1717, apt.602, Boa Viagem
Recife-PE.
CEP:51020-010
Email: gabriellafono@gmail.com
Telefone: (81) 3032-2790

Área: Saúde Coletiva
Tipo de artigo: Revisão Integrativa
Conflito de interesse: Inexistente

RESUMO

Os acidentes de trânsito têm constituído um problema de saúde pública que mais cresce no Brasil e no mundo, com destaque para as motocicletas. Além dos altos índices de mortalidade, destacam-se também as lesões e sequelas causadas aos sobreviventes ao acidente. As lesões de face são comuns neste tipo de acidente, causando deformidades estéticas e funcionais no rosto, necessitando de reabilitação. Foi realizada uma busca na literatura para mapear as lesões na região craniofacial decorrentes de acidentes de trânsito por motocicleta, buscando também suas possíveis implicações para a Comunicação Humana. As bases de dados Pubmed, Lilacs e Scielo foram acessadas, selecionando os artigos pelos títulos, em seguida pelos resumos, para ao final selecionar os artigos para leitura na íntegra. Após este processo, foram selecionados 10 estudos para a revisão. Na região facial, as fraturas mais frequentes foram nos ossos da Mandíbula, Zigomático e Nasal, por serem os mais proeminentes na região. Destacaram-se os Traumas Cranianos como os tipos de lesões com maior gravidade, uma vez que podem levar ao óbito. Apesar do detalhamento das lesões, as sequelas e dados sobre a reabilitação dessas vítimas de acidentes por motocicletas foram raros na literatura.

Palavras-chave: Acidentes de Trânsito; Motocicletas; Ferimentos e Lesões; Traumatismos Faciais.

ABSTRACT

Traffic accidents have been a public health problem in the fastest growing in Brazil and the world, especially motorcycles. In addition to the high mortality rates, also include injuries and sequelae caused the crash survivors. The face injuries are common in this type of accident causing aesthetic and functional deformities in the face, requiring rehabilitation. A search of the literature was performed to map the lesions in the craniofacial region resulting from traffic accidents per motorcycle, also seeking their possible implications for Human Communication. The Pubmed, Lilacs and SciELO data were accessed by selecting the articles by title, then by abstract, to the end select the articles for reading in full. After this process, 10 studies were selected for review. In the facial region, the most frequent were fractures in the bones of the jaw, and Nasal Zygomatic, being the most prominent in the region. Stood out as the Cranial Trauma injuries more severe, since they can lead to death. Despite the breakdown of injuries, sequelae and data on the rehabilitation of the victims of accidents caused by motorcycles were rare in the literature.

Keywords: Accidents Traffic ; Motorcycles; Wounds and Injuries; Facial Injuries.

Introdução

Os acidentes de trânsito (ATs) vêm se constituindo como uma epidemia para as sociedades atuais e entram na agenda da saúde pública com as morbi-mortalidades por causas externas¹. Em 2010, para o total de mortes por causas externas registradas no Brasil, as agressões (homicídios) ocupavam o a primeira causa de morte para o total da

população, seguida dos óbitos por ATs. Entre 2006 e 2010 as mortes por ATs já correspondiam a um acréscimo de 20%².

Os dados tornam-se mais alarmantes quando observamos os índices de ATs por motocicletas. No Brasil, os motociclistas destacam-se entre as vítimas desses acidentes de trânsito, correspondendo a um aumento de quase 51% entre os anos de 2006 e 2010, enquanto os demais tipos de acidentes, como pedestres e automóveis, por exemplo, houve redução ou permaneceu com os mesmos índices². Os homens são vítimas em 89% dessas ocorrências, onde 65% desses têm idades entre os 20 e 39 anos³.

Entre os danos causados aos pacientes que sobrevivem aos acidentes de moto, destacam-se as sequelas motoras, psicológicas e mutilações. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), entre 20 e 50 milhões de vítimas por acidentes de trânsito sobrevivem com traumatismos e feridas⁴.

Quanto à gravidade, a lesão na região da cabeça, é a lesão isolada mais frequentemente encontrada em casos graves e fatais⁵. Na região da face, que é comumente acometida em todos os tipos de ocorrências de acidentes de transporte, destacam-se as seguintes lesões: fratura nasal e de dente, fratura de mandíbula, laceração de córnea, laceração de nervo óptico e fratura Lefort II⁵.

Nascimento e Gimenez-Paschoal⁶ ressaltam que tais ferimentos na região da cabeça e também da face, podem resultar em distúrbios diretos e indiretos da comunicação humana. Essas alterações fonoarticulatórias acontecem quando a estrutura e função dos tecidos moles e duros sofrem algum tipo de lesão nessa região do corpo⁶.

As autoras ainda afirmam que as lesões nesta região costumam ser mais complexas devido à diversidade e peculiaridades das estruturas anatômicas existentes nestes locais, como sistema nervoso central, ossos, músculos, cartilagens, articulações e complexa vascularização. Dependendo do local da contusão e do grau de acometimento, o quadro clínico da vítima será amenizado por meio de reabilitação fonoaudiológica e demais especialidades da área da saúde⁶.

Considerando os altos índices dos acidentes por motocicleta e a magnitude e seriedade das lesões em região de cabeça e pescoço, o presente estudo irá favorecer um melhor conhecimento das lesões mais incidentes nessa região, visando o cuidado precoce às sequelas de natureza fonoaudiológica.

Desta maneira, foi realizada uma busca na literatura com o objetivo de identificar as lesões na região craniofacial decorrentes de acidentes de trânsito por motocicleta e suas possíveis implicações para a Comunicação Humana.

Método

Trata-se de uma revisão integrativa, estudo que visa sintetizar o conhecimento de uma dada área a partir da formulação de uma pergunta, identificação, seleção e avaliação crítica dos estudos⁷.

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica sobre os dois temas centrais que envolveram a seguinte pergunta: Quais as lesões em região de cabeça e pescoço mais incidentes em vítimas de acidentes de trânsito por motocicleta?

A de artigos incluiu pesquisa em bases dados científicos. As bases pesquisadas foram Lilacs (Literatura Latino-Americano em Ciências de Saúde), Comprehensive Medline (Medical Literature end Retrieval System on Line) via Pubmed e Scielo. Na base Medline foi utilizada palavra-chave em inglês, enquanto nas demais foram utilizadas palavras chaves em português, espanhol e inglês. Não houve restrição quanto ao ano de publicação. Para a busca dos artigos foram utilizados os descritores

padronizados pelo Medical Subject Heading (Mesh) e Descritores em Ciências da Saúde (Decs), de acordo com o quadro 1. Em todas as combinações foi utilizado o operador booleano *And*.

Quadro 1: Combinação dos termos utilizados para estratégia de busca

Inglês	Espanhol	Português
Accidents, Traffic (Mesh) and Motorcycles (Mesh)	Acidentes de Tránsito (Decs) and Motocicletas (Decs)	Acidentes de Tránsito (Decs) and Motocicletas (Decs);
Motorcycles (Mesh) and Wounds and Injuries (Mesh)	Motocicletas (Decs) and Heridas y Tramatismos (Decs)	Motocicletas (Decs) and Ferimentos e Lesões (Decs)
Motorcycles (Mesh) and Sequelae (Termo Livre)	Motocicletas (Decs) and Complicación (Termo livre)	Motocicletas (Decs) and Sequelas (Termo livre);
Motorcycles (Mesh) and Craniocerebral Trauma (Mesh)	Motocicletas (Decs) and Traumatismos Craneocerebrales (Decs)	Motocicletas (Decs) and Traumatismos Craniocerebrais (Decs)
Motorcycles (Mesh) and Rehabilitation (termo livre)	Motocicletas (Decs) and Rehabilitación (termo livre)	Motocicletas (Decs) and Reabilitação (termo livre)
Motorcycles (Mesh) and Facial Injuries (Mesh)	Motocicletas (Decs) and Traumatismos Faciales (Decs)	Motocicletas (Decs) and Traumatismos Faciais(Decs)

Os artigos foram selecionados inicialmente pelos títulos, refinado pelos resumos. Após leitura dos resumos, os estudos que pareceram corresponder ao objetivo desta revisão, foram lidos integralmente, e uma vez que preencheram os critérios de inclusão, participaram este estudo.

Os critérios de inclusão para seleção de artigos foram: estudos que descrevessem as lesões decorrentes dos acidentes de trânsito por motocicletas de forma mais detalhada nas regiões de crânio e face. Quanto aos critérios de exclusão dos estudos, foram desconsiderados os estudos de cunho apenas epidemiológico dos acidentes por motocicletas e estudos de caso.

Os artigos selecionados para esta revisão foram caracterizados segundo o tipo de estudo realizado, tamanho da amostra, o local da realização da pesquisa, o ano de publicação, a origem institucional dos autores, a metodologia utilizada e os resultados encontrados.

As variáveis para caracterizar as lesões foram: localização da lesão, gravidade, sequelas, uso ou não do capacete e reabilitação.

Revisão de Literatura

Como resultados, foi encontrado um total de 3306 nas bases de dados, nos idiomas escolhidos, sendo 2332 artigos destes excluídos na leitura de título. Dos 974 artigos que restaram, 901 foram excluídos na leitura de resumos. Ao final, 73 artigos estavam disponíveis para leitura na íntegra, onde destes, 63 foram excluídos pelo texto ou repetição. Ver fluxograma:

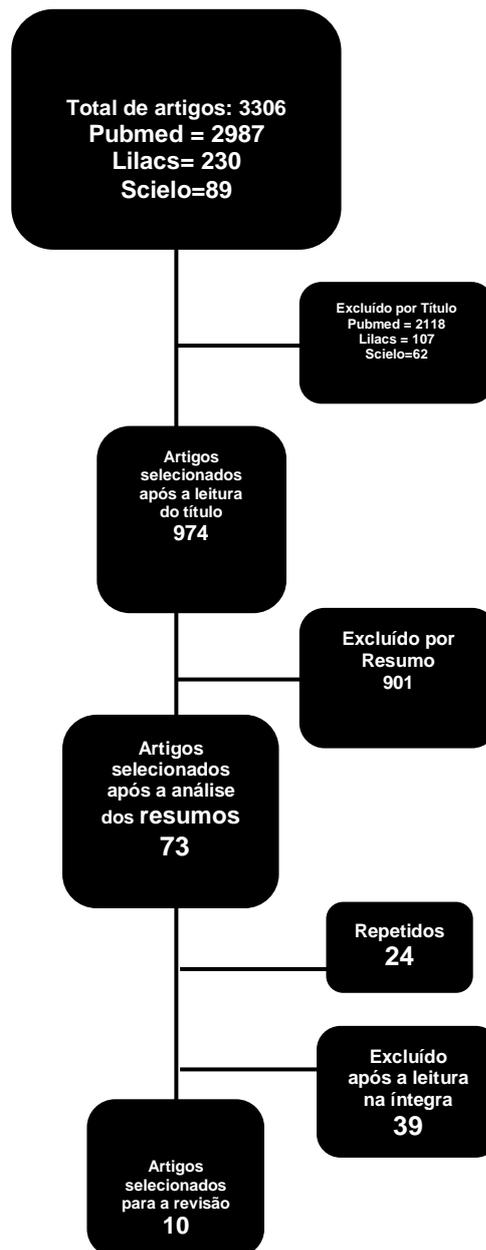


Figura 1. Fluxograma da seleção dos artigos

Para compor esta revisão, os estudos selecionados após leitura na íntegra, estão destacados no Quadro 2, conforme variáveis para caracterização das lesões.

Quadro 2. Artigos selecionados para revisão, descritos conforme as variáveis do estudo

Autor/ano	País	Amostra	Método de coleta	Lesões encontradas	Uso de capacete	Sequelas	Reabilitação
Cannell, H. et al./1982	Inglaterra Eng.	N= 56 indivíduos, com idade média de 25 anos, sexo não detalhado. Período de coleta de dados: 4 meses entre os anos de 1978-1979.	Coleta direta.	Os traumas na cabeça acometeram 49%, os tecidos moles da testa e rosto acometeram 38% das vítimas, e os ossos da face e dentes 11%.	Todos os indivíduos da amostra usavam capacete.	Dos 56 indivíduos totais, 11 foram a óbito.	Não detalhado.
Lee, MC et al. /1995	Taiwan Eng.	N=1.160 com lesões craniofaciais 75% eram do sexo masculino, média de idade da amostra foi de aprox. 31 anos.	Coleta direta, entre o período de Jun 1990 a Jun 1993. A área de cabeça e face área foi dividida em regiões (22 cabeça e 12 face). A gravidade das lesões foi mensurada pela escala de Glasgow.	Entre todos os 1.160 casos, 783 (68 %) tiveram lesões faciais, 785 (68%) tiveram lesões cranianas, e 408 (35%) foram acometidos tanto por lesões faciais e cranianas. Do N total, 220 tiveram fraturas, 94 tiveram apenas fraturas no crânio, 118 teve apenas fraturas faciais, e oito casos tiveram ambos. As fraturas no crânio distribuíram-se da seguinte forma: 46 eram frontal; 41 temporais; 8 parietal; 10 occipital, e duas bases de fraturas de crânio. Entre as fraturas faciais estão: 37 zigomático; 38 osso nasal; 43 mandibular; 4 maxilar; 7 fraturas orbitais	No estudo, nenhum indivíduo da amostra usava capacete (critério de inclusão).	92% das vítimas ficaram recuperadas, 1 vítima permaneceu em estado vegetativo persistente, quatro morreram, e em 6,2% o resultado era desconhecido.	Não detalhado.
Gopalakrishna, G. et al. /1998	E.U.A Eng.	N=5.790, onde 89,7% da amostra foi masculina. Os dados foram coletados entre 1991-1993.	Coleta através de prontuários hospitalares. As lesões foram codificadas pela AIS (Abreviado Injury Scale).	Dos 5.790 motociclistas feridos 1410 (24,3%) foram acometidos por lesões faciais. Quanto à natureza das lesões foram encontrados: Lesões dos tecidos moles: 68,3% Fraturas faciais: 11,6% Tecidos moles e fraturas faciais: 18,7% Lesão de órgão facial: 1,7% As fraturas faciais somam 30% das fraturas ósseas, distribuindo-se entre: Alveolar: 1,5% Orbital: 27,2% Zigomático: 25% Maxila: 37,5% Nasal: 27% Mandíbula: 23,2%	Das vítimas com lesão de face, 36,8% usavam capacete, 56,8% não usavam.	Não detalhado.	Não detalhado.

Quadro 2. Artigos seleccionados para revisão, descritos conforme as variáveis do estudo

				Não especificado:9%			
				Múltiplas lesões:18,7%			
Richter, M. et al./2001	Alemanha Eng.	N=226, onde 88,5% eram do sexo masculino, com média de idade de 28,9 anos.	Coleta direta, através de exame médico, no período entre JUL 1996 a JUL 1998. Mapeou-se as lesões de cabeça de indivíduos que apresentassem a Abreviada Injury Scale (AIS) com pontuação de 2 ou superior.	81 motociclistas apresentaram AIS +2, mapeando-se 409 lesões em região de cabeça. Destas, 84 acometeram os ossos da cabeça(calota craniana; base do crânio; seios frontais; Le Fort; Mandibular; Orbital; Maxilar; Dental; Nasal e Luxação na coluna cervical superior.	No estudo, todos os indivíduos da amostra usavam capacete (critério de inclusão)	37% sujeitos da amostra foram a óbito, onde 88% tiveram como causa morte a lesão em região de cabeça.	Não detalhado.
Kraus, J.F.; et al/ 2003	EUA Eng.	Estudo de coorte composto por motociclistas feridos tratados em 28 hospitais localizados. Vítimas por acidentes que ocorreram entre 1 de Janeiro de 1991 e 31 de dezembro de 1993.A população de estudo foi de 5.790 motociclistas. A idade média dos condutores feridos foi 28,7 anos, onde aproximadamente 90% dos pilotos acidentados eram homens.	Banco de dados	Lesões faciais, incluindo fraturas e danos nos tecidos moles, foram diagnosticadas em 1410 (24,4%) de 5.790 motociclistas feridos. Os ossos faciais mais frequentemente fraturados foram a maxila (23,3%) e da mandíbula (22,0%). O osso zigomático foi menos frequentemente fraturado (15,6%). As chances de uma lesão cerebral traumática associada a uma lesão facial de qualquer tipo foram 3,52 vezes maior do que para aqueles sem lesão facial. Entre os condutores com apenas 1 fratura facial, as maiores chances de traumatismo crânio-encefálico (OR 5,93 , IC 95% 2,64-13,61) são vistos para aqueles com fratura do osso orbital.	A associação de fratura facial com lesão cerebral variava de acordo com o uso do capacete . O estudo comprovou o uso do capacete como um potencial efeito protetor .	Não detalhado.	Não detalhado.
Oginni, F.O.; et al./2006	Nigeria Eng.	Período de 18meses. Estudo Prospectivo. 107 pacientes (83 do sexo masculino e 24 do sexo feminino) com uma média de idade de 25,4 anos.	Coleta direta.	A maioria das lesões dos tecidos moles (70,6%) eram lacerações. Dos 107 pacientes, 52 (48,6 %) sofreram lesões isoladas, enquanto que 55 (51,4 %) tinham várias combinações de lesões. A mandíbula registrou a maior incidência de fraturas (63,3%), seguida do osso Zigomático (22,7%). No estudo, a porção facial média teve 22 lesões que eram Le Fort I ou II, palatina mediana, e fraturas ósseas nasais. Estas foram registadas em casos mais graves.	Não detalhado.	Complicações ocorreram em 13 pacientes, onde 5 foram acometidos por infecção dos tecidos moles,4 por trauma fechado de cabeça, 1 caso de um globo rompido, parestesia do nervo alveolar inferior, trismo grave e otorrêia.	Não detalhado.

Quadro 2. Artigos selecionados para revisão, descritos conforme as variáveis do estudo

Ramli, R. ; et al/ 2008	Malásia Eng.	Foram recrutados todos os pacientes vítimas de acidente de moto com trauma bucomaxilofacial (total de 133), coletados em um período de 2 anos. Destes, 106 eram do sexo masculino. A média de idade foi de 25,8 anos.	Coleta direta.	O estudo mostrou que a maior parte da lesão (46,9% , N = 53) ocorreram na região maxilofacial, na porção inferior da face. A fratura mais comum ocorreu na mandíbula. Em seguida, as lesões ocorreram na porção média da face, acometendo o osso zigomático. A terceira maior incidência de lesão facial, está na porção superior da face, contabilizando apenas 2 casos com fratura do osso frontal. O estudo ainda verificou que a região de cabeça e as lesões faciais são mais comumente vistos em pilotos que sofreram colisões frontais. Colisões frontais, no entanto, são 4 vezes susceptível de causar a morte e lesões graves.	Foi mostrado em nosso estudo que 2,7% (N= 3) não usava capacete, 5,3% (N = 6) não usavam adequadamente os capacetes , e 38 % (N = 43) desconheciam o uso de capacete no momento do acidente.	Não detalhado.	Não detalhado.
Alicioglu, B. et al. /2008	Turquia Eng.	N= 212 pacientes (204 homens, 8 mulheres, com idade de \pm 26 anos)	Estudo retrospectivo, com análise de prontuários.	As lesões de crânio e maxilofaciais estavam presentes em 66,5% dos acidentados por motocicletas. Estas se dividiram da seguinte forma: Lesão Maxilofacial 17,9% Trauma no Crânio 29,7% Lesão intracraniana 50,5%	Não detalhado	4,3% dos pacientes investigados foram a óbito	Não detalhado.
Cavalcante, J.R et al./2012	Brasil Eng.	N=272 pacientes, com idade entre 21 a 40 anos. A predominância do sexo foi o masculino (94,5%). Os dados foram coletados em um período de 1 ano (Março de 2009 a Março de 2010).	Coleta direta.	As principais fraturas faciais encontradas foram: 51,8% nos ossos da mandíbula; 18,8% no zigomático; 9,2% no osso nasais.	Nesta população. 54 indivíduos usavam capacetes e 218 não usavam.	Não especificado.	Não detalhado

Quadro 2. Artigos selecionados para revisão, descritos conforme as variáveis do estudo

Junior, S.L.M. et al/2012	Brasil Eng.	367 foram vítimas de acidentes de moto, onde os acidentes envolveram 299 homens e 68 mulheres, com idade média de 26,1 anos. Os dados foram coletados no período de 01 de abril de 1999 até 31 de julho de 2009.	Banco de dados	Dos 367 casos de acidentes de moto, havia 221 pacientes (60 %) com 338 fraturas faciais, para uma proporção de 1,5 fraturas por paciente. As fraturas mandibulares foram a fratura mais comum, representando 47% de fraturas. A segunda mais frequente foi a fratura de complexo zigomático, presente 31% dos pacientes. Os acidentes de motocicleta causaram múltiplas fraturas faciais em 40% dos pacientes. Quanto às lesões de tecidos, o estudo verificou a seguinte distribuição: Tecidos moles 27% Tecidos moles e osso 51% Tecidas moles e odontológicas 13% Óssea e dental 2% Tecidos moles, ossos e dental 7%.	Duzentos e setenta e nove motociclistas (76%) estavam usando um capacete no momento do acidente. O estudo mostrou que 64% deste grupo tiveram fraturas faciais. O uso de equipamentos de proteção não diminuiu estatisticamente o número de fraturas faciais.	Não detalhado.	Não detalhado.
---------------------------	----------------	--	----------------	---	---	----------------	----------------

Os estudos analisados mostraram que o interesse em mapear as lesões em região de cabeça e pescoço, decorrentes de acidentes de moto, vem atravessando as décadas de 80 e 90, anos 2000 ao ano de 2012. Ao visualizar trabalhos realizados em diversas épocas, deve-se considerar que esses acidentes, bem como suas consequências, têm despertado uma maior preocupação para estudos, uma vez que se tem observado o aumento crescente no número de acidentes envolvendo este tipo de veículo. Esse aumento pode ser justificado pela aceitação e a aprovação da população, por ser um veículo ágil, econômico e de custo reduzido⁸.

Quanto à origem dos estudos selecionados, verifica-se que há uma heterogeneidade de países, localizados em diversos continentes (Taiwan, Alemanha, Turquia, Nigéria, EUA, Brasil)^{9,10,11,12,13,14}. Essa variação corrobora com os índices apontados pela Organização Mundial de saúde, que mostrou um cenário de “pandemia”. Só no ano de 2009, aconteceram 1,3 milhão de mortes por acidentes de trânsito em 178 países do mundo. Estima-se que esses números chegarão a 1,9 milhão de mortes no trânsito em 2020 e 2,4 milhões em 2030⁴.

O destaque para acidentes por motocicleta pode ser observado nos estudos de Lee et al. e Oginni et al.¹⁴, países asiático e africano, devido à grande frota como principal meio de transporte comumente utilizado⁵. No estudo de Ramlí et al., cita-se que 49% de veículos registrados na Malásia são motocicletas¹⁶.

No Brasil, a tendência de crescimento dos acidentes por motocicletas também mereceu destaque^{13,15}, uma vez que, de forma trágica, a mortalidade por motos aumentou 244% no período de 2000 a 2010, período da coleta dos dados desses estudos⁴. Neste sentido, pode se dizer que os acidentes de motocicletas já se configuram como uma grande ameaça à saúde brasileira e também à saúde global.

Quanto à qualidade das amostras dos estudos, verifica-se também uma heterogeneidade nas idades, mas os estudos são unânimes em apontar os homens como as vítimas mais afetadas. Em geral, observaram que a faixa etária compreendida entre 19 e 29 anos, foi mais acometida pelos acidentes e lesões, com ressalva para o estudo de Taiwan e Brasil^{9,13}, que destacaram uma faixa etária acima desta média (31 anos). A explicação está nos índices dados pela OMS, que apontam que os acidentes de trânsito representam a primeira causa de morte entre essa faixa etária (15-29 anos), a 3ª causa de mortes na faixa de 30 a 44 anos e a 2ª na faixa de 5 a 14 anos⁴.

Quanto ao método de coleta dos dados dos estudos selecionado, a maioria consistiu em detalhar minuciosamente as lesões em região de cabeça e pescoço, coletou de forma direta, através de exame clínico, de cada indivíduo participante da amostra^{9,10,8,13,14,16}. Os demais buscaram dados em prontuários hospitalares^{12,11}, e bancos de dados de sistemas de informação hospitalares^{17,15}.

Uma explicação para a divergência nos tipos de coleta pode estar associada às escolhas dos pesquisadores. Ao optar pela coleta direta, reduzem-se os riscos de dados errados devido ao mau preenchimento dos prontuários hospitalares^{18,19}, ou associado à subnotificação de informações dos sistemas de informação, como verificado no estudo de Ferreira (2000)²⁰. A baixa qualidade da informação médica e do registro dos dados nos sistemas de informação dificulta bastante a compatibilização dos bancos de dados²⁰.

Já os percentuais das lesões e fraturas variaram de acordo com o centro de atendimento onde essas vítimas foram recebidas. Por exemplo, nos estudos de Maw- Chang et al., Cavalcante et al. e Alicioglu et al., as lesões e fraturas na região da face chegaram a acometer 68%, 60% e 66,5% respectivamente, em vítimas de acidentes de motocicletas, por se tratar de centros de referência na área de Bucomaxilofacial. Os demais estudos Gopalakrishna et al., Kraus et al. e Canell et al., esses índices se aproximaram, correspondendo 24,3%, 24,4% e 38%, respectivamente.

No que diz respeito às lesões mapeadas pelos estudos, houve divergências e concordâncias. Os estudos corroboram em apontar a região de mandíbula, como a mais comumente presente nas lesões e fraturas faciais decorrentes por acidentes de moto^{14,16,13,15,9}. O osso zigomático oscilou nos “rankings” das lesões/fraturas de face, colocando-se entre 2º^{14,16,13,15} e 3º⁹, mais acometido, bem como o osso nasal, que estava posicionado entre 2º^{9,12} e 3º¹³ colocação. Os demais ossos da face são citados quando fraturados, contudo mostrando-se menos frequente quando comparado os demais ossos da face. No estudo de Gopalakrishna et al. e Kraus et al., o osso da Maxila esteve como o mais acometido entre os ossos faciais, divergindo com os demais estudos. De acordo com o estudo de Oginni et al., esses ossos (Mandibular, Zigomático e Nasal) são proeminentes, desta forma estão em maior frequência sendo acometidos pelas colisões, quando se atinge a região da face.

Quanto à gravidade das lesões e fraturas nessa região, os estudos de Richter et al., Kraus et al. e Oginni et al., destacam uma associação entre as lesões faciais e traumas cranianos presentes nas vítimas mais graves. As lesões de Lefort I e II estavam associadas aos TCE mais graves nos estudos de Richter et al. e Oginni et al., bem como fraturas no osso Orbicular estavam presentes nas vítimas com TCE no estudo de Kraus et al..

Nos estudos selecionados, a incidência e gravidade das lesões faciais e cranianas também variaram de acordo com a posição da colisão (frontal, lateral, ect)¹⁶, o uso ou não de equipamento de proteção (capacete), entre outros. Segundo o estudo de Ramli et al., esses tipos de lesões e fraturas estão mais presentes em pilotos que colidem em posição frontal. O estudo ainda destacou que esse tipo de colisão (frontal) são, em geral, as mais perigosas, ou seja, deixa a vítima mais susceptível à morte.

O uso do capacete foi ressaltado nos estudos de Richter et al., Lee et al. e Cannell et al., como critérios de inclusão da amostra. Pelos estudos de Gopalakrishna et al., Cavalcante et al., Junior et al., Kraus et al. e Ramli et al., houve um comparativo das lesões encontradas de acordo com o uso ou não do capacete. No entanto, entre os estudos de Junior et al. e Kraus et al. houve uma grande discordância, uma vez que o estudo realizado no Brasil, não observou que o uso do equipamento de proteção diminuiu estatisticamente o número de fraturas faciais. O estudo de Kraus et al, encontrou ainda, uma associação entre a fratura facial e a lesão cerebral. Segundo os autores, o capacete tem poder de prevenir as fraturas e lesões cerebrais¹⁷.

Esses dados corroboram com o estudo de Liberatti²¹, que mostrou o uso do capacete como um equipamento capaz de atuar na prevenção de lesões, bem como contribui para redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito²¹.

Quanto aos dados de reabilitação, os estudos selecionados não detalharam a necessidade de tratar as vítimas sobreviventes dos acidentes de motocicletas, com o objetivo de reestabelecer as funções relativas ao sistema Estomatognático, sistema acometido pelo trauma na região de cabeça e pescoço. Para Bianchini et al.²², as fraturas nessa região vêm representando um campo de preocupação fonoaudiológica, uma vez que frequentemente interferem no desempenho das funções desse sistema e, conseqüentemente, na qualidade de vida das vítimas.

No estudo realizado por Bianchini et al.²², onde se avaliou pacientes acometidos por trauma de face oriundos múltiplas causas (acidentes, quedas, agressões), constatou-se que alterações em funções estomatognáticas decorrentes do trauma estavam presentes em 100% dos casos. Alterações como: desvios e/ou alterações no percurso dos movimentos mandibulares, edema na região facial, dor a palpação, alterações musculares decorrentes da fratura, ruídos articulares, alterações cicatriciais (quelóide ou cicatriz restritiva)²².

O mesmo estudo ainda conseguiu comprovar que a intervenção fonoaudiológica mostrou-se eficiente uma vez que todos os pacientes tratados nas sessões apresentaram melhoras

importantes em relação aos aspectos alterados, o que ocasionou melhor organização e funcionamento do sistema estomatognático²².

Após essa ampla revisão, pontos concordantes e discordantes foram levantados acerca do universo das lesões e fraturas presentes nas vítimas por acidentes de moto. Consta-se que as literaturas, nacional e internacional, apresentam corpo de conhecimento sólido acerca da descrição detalhada das lesões sofridas pelas vítimas. No entanto, o que se pode observar é a carência de estudos que descrevam as complicações e sequelas deixadas²³. Os estudos de Maw-Chang et al., Richter et al., Alicioglu et al. e Cannell et al., destacam, em geral, os óbitos como consequência das lesões e das fraturas faciais e na cabeça. O estudo nigeriano de Oginni et al. aprofunda-se mais nas complicações geradas pelas lesões, detalhando-as em localidade e gravidade, contudo não aborda a necessidade da reabilitação nem os possíveis mecanismos de tratamento para amenizá-las.

Em todo o mundo, as lesões e fraturas faciais continuam a gerar discussão entre os pesquisadores devido às deformidades funcionais e estéticas que afetam os indivíduos, como citado por Ramli et al.. Ainda que haja o conhecimento sobre a prevalência das lesões, é importante ressaltar que estas podem ser atenuadas através do tratamento fonoaudiológico, que se mostra eficaz para o tratamento de pacientes que apresentam fraturas nessa região, possibilitando a eliminação das queixas principais, minimizando as sequelas inerentes aos traumas e promovendo assim, a reabilitação miofuncional.

Conclusão

Nos estudos selecionados para esta revisão, pode-se constatar que os acidentes de trânsito por motocicleta, podem gerar deformidades estéticas e alterações funcionais na face. Além desses danos, estão as lesões mais graves, como os traumas cranianos, presentes na maioria das vítimas fatais. Os dados tornam mais estarrecedores quando verificamos a população mais comumente atingida: homens entre 19-29 anos, em idade produtiva, que devido ao acidente, permanecem com sequelas muitas vezes irreversíveis, e nos casos mais graves, abrevia-se o tempo de vida, ou seja, quando o acidente leva ao óbito.

Contudo, o conhecimento dessa realidade dos acidentes por motocicletas, particularidades sobre a prevalência de lesões, regiões da face e cabeça mais frequentemente atingidas, assim como a sua gravidade respaldam a necessidade de serviços de reabilitação fonoaudiológica e outros núcleos profissionais, pois é através destes que os indivíduos com sequelas podem retornar as atividades cotidianas, reintegrando-se à sociedade e recuperando a saúde com qualidade de vida.

Referências

1. Silva PHNV. Epidemiologia dos acidentes de trânsito com foco na mortalidade de motociclistas no Estado de Pernambuco: uma exacerbação da violência social. Tese. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. Recife: 2012.
2. Jorge MHPM. Mortes de motociclistas ultrapassam de pedestres no Brasil. Revista ABRAMET. 2012, 29 (1) :34-7.
3. Brasil, Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, Sistema de informações sobre mortalidade. 2011.
Acesso: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/ext10uf.def>>

4. Waiselfisz JJ. Mapa da Violência 2012. Os novos padrões da violência homicida no Brasil. São Paulo, Instituto Sangari. 2012.
5. Calil AM, Sallum EA, Domingues CA, Nogueira LS. Mapeamento das Lesões em Vítimas de Acidentes de Trânsito: Revisão Sistemática da Literatura. Rev Latino-am Enfermagem. 2009 Jan-Fev, 17.
6. Nascimento E N, Gimenez-Paschoal S R. Os acidentes humanos e suas implicações fonoaudiológicas: opiniões de docentes e discentes sobre a formação superior. Rev. Ciência & Saúde Coletiva. 2008,13(2).
7. Atallah NA, Castro AA. Revisão sistemática da literatura e metanálise: a melhor forma de evidência para tomada de decisão em saúde e a maneira mais rápida de atualização terapêutica. Disponível em:< <http://www.epm.br/cochrane>>
8. Cannel H. et al. Head and facial injuries after low-speed motor-cycle accidents . British Journal of Oral Surgery. 1982, 20: 183- 91.
9. Lee MC. et al. Craniofacial injuries in unhelmeted riders of Motorbikes.Injury: International Journal of the Care of the Injured. 1995, 26 (7).
10. Richter M. et al. Head Injury Mechanisms in Helmet-Protected Motorcyclists: Prospective Multicenter Study. J Trauma. 2001, 51: 949 –58.
11. Alicioglu B. et al. Injuries associated with motorcycle accidents. Acta Orthop Traumatol Turc. 2008, 42(2) :106-111.
12. Gopalakrishna G, Peek-Asa C, Kraus JF. Epidemiologic Features of Facial Injuries Among Motorcyclists. Ann Emerg Med. 1998 Out, 32 : 425-30.
13. Cavalcante JR. et al. Influence of Helmet Use in Facial Trauma and Moderate Traumatic Brain Injury Victims of Motorcycle Accidents. The Journal of Craniofacial Surgery. 2012 Jul, 23 (4).
14. Oginni FO, et al. Motorcycle-Related Maxillofacial Injuries Among Nigerian Intracity Road Users. American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons /J Oral Maxillofac Surg. 2006, 64:56-62.
15. Junior SML, et al. A Comparison of Motorcycle and Bicycle Accidents in Oral and Maxillofacial Trauma. American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons/ J Oral Maxillofac Surg. 2012, 70:577-83.
16. Ramli R, et. al. Pattern of Maxillofacial Injuries in Motorcyclists in Malaysia. The journal of craniofacial surgery. 2008 Mar,19 (2).
17. Kraus JF, Rice TM, Peek-Asa C, McArthur DL. Facial Trauma and the Risk of Intracranial Injury in Motorcycle Riders. Annals of emergency medicine. 2003 Jan, 41 (1).
18. Silveira CA, Robazzi MLCC, Walter EV, Marziale MAP. Acidentes de trabalho na construção civil identificados através de prontuários hospitalares. REM: R. Esc. Minas, Ouro Preto. 2005 Jan-Mar, 58(1): 39-44.
19. Araújo MAL, Silva DMA, Silva RM, Gonçalves MLC. Análise da qualidade dos registros nos prontuários de gestantes com exame de vdrl reagente. Rev. APS. 2008 Jan-Mar, 11 (1): 4-9.
20. Ferreira VMB, Portela MC, Vasconcellos MTL. Fatores associados à subnotificação de pacientes com Aids, no Rio de Janeiro. Rev. Saúde Pública. 2000, 34 (2).
21. Liberatti CLLB, Andrade SM, Soares DA, Matsua T. Uso de capacete por vítimas de acidentes de motocicleta em Londrina, sul do Brasil. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health. 2003, 13(1).

22. Bianchini EMG, Mangili LD, Marzotto SR, Nazário D. Pacientes acometidos por trauma de face: caracterização, aplicabilidade e resultados do tratamento fonoaudiológico específico. Rev CEFAC, São Paulo. 2004 Out-Dez, 6 (4): 388-95.
23. Oliveira, N.L.B.; Sousa, R.M.C. Diagnóstico de lesões e qualidade de vida de motociclistas, vítimas de acidentes de trânsito. Rev Latino-am Enfermagem. 2003 Nov-Dez, 11(6):749-56.

Endereço para correspondência
Rua dos Navegantes, 1717, apt.602, Boa Viagem
Recife-PE.
CEP:51020-010
Email: gabriellafono@gmail.com
Telefone: (81) 3032-2790

CAPÍTULO 3: MÉTODOS

3 MÉTODOS

O presente estudo está vinculado a um projeto que está sendo realizado com apoio do edital FACEPE 13/2012 - Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde PPSUS – REDE MS/CNPQ/FACEPE/SES, por um grupo de pesquisa dos departamentos de Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da UFPE. Desse projeto foi usado o instrumento de coleta de dados para o 1º momento do estudo (ANEXO A).

Este estudo ocorreu em dois momentos: no primeiro momento, foi realizada uma caracterização das vítimas de acidentes de trânsito por motocicletas internados no Hospital da Restauração. Para o segundo momento, os indivíduos foram contatados pelo telefone após a alta hospitalar para verificação de queixas fonoaudiológicas decorrentes do acidente. Para os indivíduos que apresentaram essas queixas, foi investigado também o acesso à reabilitação em Fonoaudiologia e a para aqueles adscritos a uma USF, a continuidade do cuidado pela APS.

3.1 Local do estudo:

1º Momento do estudo:

O local para recrutamento da amostra foi o Hospital da Restauração (HR). O HR é a maior unidade da rede de saúde pública de Pernambuco e também o maior e mais complexo serviço de urgência e trauma do Norte/Nordeste. É uma unidade referência para atender diversos casos, entre esses, os de vítimas de violência – agressões por arma de fogo e arma branca, acidentes de trânsito, atraindo pacientes de todo o Estado, de todo o Nordeste e de todas as classes sociais (PERNAMBUCO, 2013b).

O HR possui 723 leitos registrados, para atender a demanda que lhe é submetida. Realiza uma média mensal de 2,2 mil internações, 800 cirurgias, 10 mil atendimentos emergenciais e 13 mil ambulatoriais (PERNAMBUCO, 2013b).

Devido ao volume de leitos e equipamentos médicos, o HR é o hospital de referência para neurocirurgias de urgência e em casos de trauma com desmaio por TCE, devendo ser encaminhado para o HR para avaliação neurológica. Para que isso ocorra de forma fluida, sem que haja obstáculos para a vítima acessar o serviço, existe a Central Estadual de Regulação de Leitos em Pernambuco.

A Central Estadual de Regulação de Leitos é responsável por definir o acesso do usuário do SUS para um serviço de referência de acordo com a patologia apresentada, evitando erros como encaminhamentos indevidos aos serviços e comprometimento na agilidade da assistência que será prestada aos pacientes (PERNAMBUCO, 2014a).

Além disso, o HR é referência em especialidades como Bucomaxilofacial, Cirurgias Geral e Queimados, possuindo ainda um núcleo para reabilitação física (PERNAMBUCO, 2013b).

No setor de Reabilitação o corpo profissional é composto por fonoaudiólogos, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais distribuídos em diversos setores do HR. No ambulatório o atendimento é voltado para os pacientes com sequelas motoras de diversas etiologias. Mesmo com capacidade física limitada o ambulatório do setor tem uma média de atendimento diário de 55 pacientes (PERNAMBUCO, 2013b).

2º Momento do Estudo:

Para o segundo momento, o presente estudo havia programado um contato pessoal para realização das etapas subsequentes. Esperava-se que no momento da alta ou na consulta de retorno ao hospital, os indivíduos selecionados para a amostra seriam resgatados, o que de fato não ocorreu. Percebeu-se a heterogeneidade de municípios de residência, as variadas datas e horários de marcação de retorno e a oscilação de previsão de alta, tornou esse contato direto inviável. Sendo assim, tomou-se a decisão de buscar por esses pacientes após a alta, contatando-os através do telefone.

Desta vez o novo campo para estudo seria o local onde o entrevistado estivesse no momento da ligação. Em geral, encontravam-se em suas residências, em municípios próximos ou distantes à Região Metropolitana do Recife (RMR), o que conduziria a aplicação dos questionários por outro meio que não fosse pessoalmente. Tais indivíduos foram entrevistados após a alta hospitalar em um período compreendido entre um e três meses.

3.2 População e amostra do estudo:

1º Momento do Estudo:

Foram estudadas as vítimas de acidentes de motocicletas hospitalizadas no HR no período de dois meses, entre junho e julho de 2014. Neste período, foram entrevistados e verificados os

prontuários de 99 pacientes, distribuídos entre as enfermarias de Neurocirurgia, Traumatologia e Bucomaxilofacial.

2º Momento do Estudo:

Todas as vítimas foram contatadas após a alta hospitalar para aplicação do Anexo B, para verificar quais apresentavam queixas relativas às alterações fonoaudiológicas. A partir disso, constatou-se que 30 indivíduos apresentavam. Destes, 18 estavam adscritos em USF, aplicando-se a esses o questionário da Continuidade do Cuidado (APÊNDICE B).

Dos 30 indivíduos que referiram queixas, 8 afirmaram estar em processo de reabilitação em Fonoaudiologia. Para estes, foi aplicado o questionário correspondente ao Acesso.

3.2.1 Critério de inclusão

No primeiro momento foram incluídos todos os indivíduos vítimas de acidente por motocicleta, atendidas no HR, internadas nas enfermarias em que o estudo recebeu a anuência. No segundo momento, foram incluídas as vítimas que referiram queixas fonoaudiológicas decorrente do acidente, que residiam em municípios próximos ou distantes da RMR.

3.2.2 Critério de exclusão

Foram excluídos do estudo os indivíduos menores de 18 anos e os que foram a óbito no período de internação.

3.3 Tipo de estudo:

1º Momento do Estudo:

Trata-se de um estudo observacional e de corte transversal. Esse tipo de estudo ocorre quando a exposição (acidente de moto) e evento (queixa fonoaudiológica) acontecem simultaneamente ou em um curto período de tempo em uma população definida. Produzem “instantâneos” da situação de saúde, contribuindo com informações sobre distribuição e características do evento investigado na população (ROUQUAYROL; FILHO, 2003).

2º Momento do Estudo

Para o segundo momento, o estudo foi dividido em dois tipos:

1. Quantitativo, observacional e de corte transversal: Para descrição das variáveis de prevalência das queixas fonoaudiológicas e de continuidade do cuidado;
2. Qualitativo e de série de casos: Para obter informações relevantes que pudessem subsidiar a compreensão e descrição do micro contexto do acesso à reabilitação em Fonoaudiologia, peculiar a cada caso.

Para Yin (2005), uma pesquisa com abordagem qualitativa com a realização de uma análise a partir de múltiplos casos, “permite generalizar com mais confiança os resultados de uma pesquisa, comparando com caso único”.

O estudo qualitativo valoriza os significados em detrimento da frequência dos fatos, busca a singularidade e especificidade com o objetivo de encontrar padrões, sem se fixar ao modelo teórico (TOBAR; YALOUR, 2001).

Para essa etapa, a fonte de dados foi considerada a parte V do Anexo A, com perguntas que apontavam fatores que facilitavam ou dificultavam o acesso à reabilitação.

3.4 Coleta de dados

A coleta dos dados foi realizada em momentos distintos, através de consulta a duas fontes, a saber: os prontuários dos pacientes e entrevistas direta com estes.

No primeiro momento foi explorado os prontuários dos pacientes internados nas enfermarias de Traumatologia, Bucomaxilofacial e Neurocirurgia do HR para recrutar os indivíduos que sofreram acidente de moto. Foram coletadas informações relativas ao tipo de acidente e as condições clínicas devido ao acidente (área das lesões, traumas, sequelas). Após a seleção dos indivíduos, nos prontuários, foi realizada a entrevista direta com os sujeitos para a coleta de dados sócio econômico e sobre o acidente (partes I e II do ANEXO A).

Após a alta hospitalar, em um período que variou entre 1 a 3 meses, esses pacientes foram contatados através do telefone, com o objetivo de concluir as questões sobre marcação de consulta para retorno e dias de internação (partes III e IV do ANEXO A), para depois serem submetidos a uma breve anamnese para obtenção das informações referentes as queixas fonoaudiológicas. A entrevista foi realizada pela pesquisadora por telefone usando o protocolo de Anamnese Fonoaudiológica para Trauma de Face (ANEXO B), onde poderia ser respondida pelo

próprio sujeito da amostra ou cuidador para os casos que requeriam dependência de outro indivíduo para responder.

Neste mesmo momento, os indivíduos que apresentaram queixas fonoaudiológicas respondiam à parte V do ANEXO A, com o objetivo de relatar como se deu seu acesso ao serviço de reabilitação em Fonoaudiologia. Os pacientes somente eram levados à responder este questionário, caso já estivessem em atendimento em algum serviço para terapia fonoaudiológica.

Ainda durante esse contato por meio do telefone, os indivíduos que referiram as queixas, foram perguntados sobre a adscrição em USF. Para os indivíduos que por ventura responderam positivamente, foi aplicado o questionário sobre a continuidade do cuidado pela APS (APÊNDICE B).

Para apresentar as etapas, bem como o número de indivíduos contidos em cada uma delas, foi criado um fluxograma:

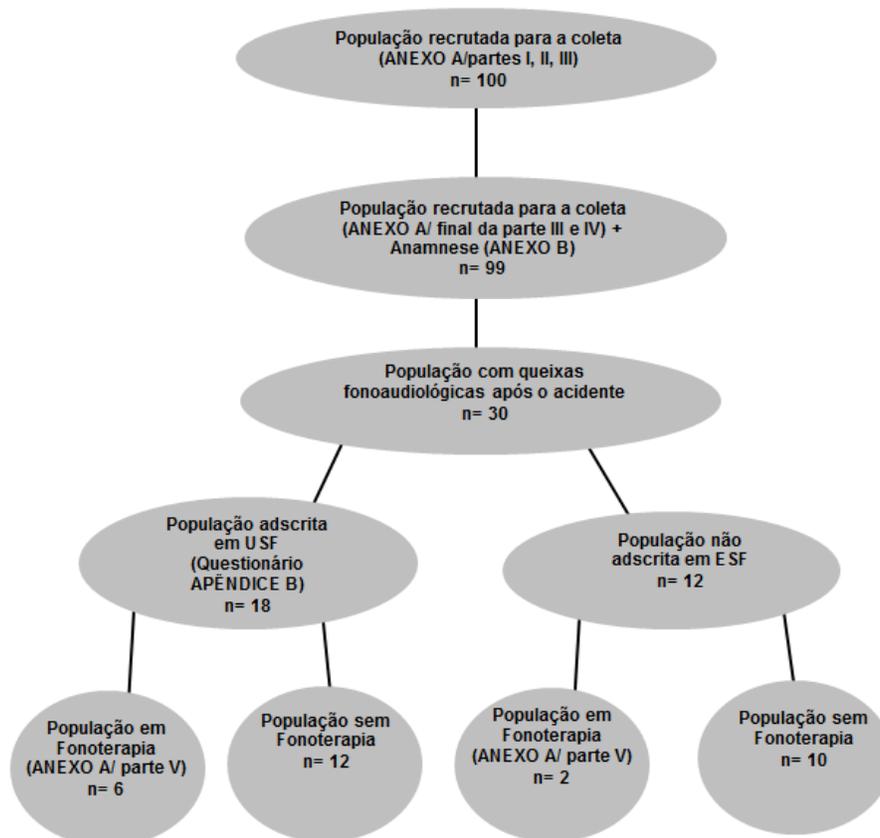


Figura 2. Fluxograma da distribuição dos indivíduos entrevistados estudados em cada etapa.

3.5 Categorias para análise:

3.5.1 Caracterização das vítimas, do acidente e da atenção hospitalar (ANEXO A)

Para esta categoria, serão analisadas variáveis relativas aos dados pessoais, tais como: sexo, idade, ocupação, escolaridade, local de residência; relativas ao acidente, tais como: tipo de acidente (segundo o CID) e tipos de trauma (segundo o CID).

3.5.2 Categorias relativas à alteração fonoaudiológica (conforme a indicação do Protocolo de Anamnese Fonoaudiológica para Trauma de Face (ANEXO B))

O Protocolo de Anamnese Fonoaudiológica para Trauma de Face é um instrumento direcionado aos possíveis aspectos da comunicação humana alterados em consequência de traumas em região de cabeça e pescoço, desenvolvido por Bianchini et al. (2004). Podem ser levantados dados sobre as principais queixas miofuncionais nessa região corporal tais como: situação estrutural e situação muscular da face; quanto ao tônus, mobilidade, aspecto anatômico e dor à palpação na face; caracterização dos movimentos mandibulares e presença de dor durante os movimentos; alteração das funções estomatognáticas decorrentes do trauma.

3.5.3 Categorias relativas ao Acesso aos Serviços de Reabilitação (ANEXO A)

Para esta categoria foram levantados dados relativos à acessibilidade aos serviços de reabilitação, onde foram respondidas 18 perguntas. Destas, 14 estão categorizadas e 4 abertas, abordando desde aspectos de funcionamento dos serviços, como turno de funcionamento das unidades e o tempo de espera para o atendimento, até a existência de transporte e tempo gasto no deslocamento para ida e volta ao serviço de reabilitação.

3.5.4 Categorias relativas à Continuidade do Cuidado pela Atenção Primária à Saúde (APÊNDICE B).

Para esta categoria foram consideradas 15 perguntas relativas à continuidade do cuidado dada pela APS ao participante da pesquisa, abordando de forma específica o cuidado em relação ao acidente sofrido. Este questionário tomou como base a “Avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local” de Almeida e Macinko (2006).

Para as categorias de respostas, foi utilizada uma escala do tipo Likert, que varia em 6 respostas categorizadas ordinalmente : 0.Nunca; 1.Quase Nunca; 2. Algumas Vezes; 3. Muitas Vezes; 4.Quase Sempre 5.Sempre 99.Não sabe responder. Cada resposta possui um significado, correspondendo a frequência, em um mês típico, que o evento perguntado teria acontecido. Este tipo de escala é uma das mais utilizadas para mensurar o grau de concordância dos entrevistados de acordo com as perguntas propostas (RAVE, 2003).

3.6 Análise de dados

Os dados relativos à caracterização da população (ANEXO A) e a continuidade do cuidado (APÊNDICE B), foram analisados pelo *software* Epiinfo, por meio de testes de estatística descritiva (média) e técnica de estatística inferencial pelo teste Qui-quadrado de Pearson ou o teste Exato de Fisher, quando as condições para utilização do teste Qui-quadrado não foram verificadas. Para avaliar a força da associação entre as variáveis categóricas, foi obtido o valor entre as prevalências e um intervalo para o referido parâmetro.

A margem de erro utilizada nas decisões dos testes estatísticos foi de 5% e os intervalos foram obtidos com confiabilidade de 95%.

As variáveis do questionário de Continuidade (APÊNDICE B) foram agrupadas durante a análise dos dados, sendo representadas da seguinte maneira:

- Nunca=0, Quase nunca=1 e Algumas vezes=2: correspondem à baixa frequência do evento;
- Muitas vezes =3, Quase sempre=4 e Sempre=5: correspondem à alta frequência do evento.

Para os dados qualitativos, optou-se por apresentar os fatores determinantes para o estudo do acesso à reabilitação fonoaudiológica através de fluxogramas. Os fluxogramas consistem na representação gráfica do processo de inserção dos entrevistados nos serviços de reabilitação. Assim ficou possível perceber os caminhos percorridos pelas vítimas dos acidentes de moto, observando em quais pontos existiram facilidades ou obstáculos para o acesso à assistência em Fonoaudiologia e também a continuidade do cuidado.

O uso de fluxogramas para entendimento de processos sejam eles em busca por serviços de saúde ou por trabalho nesses serviços, tem sido utilizada como ferramenta potente para a análise desses processos, pois através deles percebe-se o dinamismo e as ações em movimento.

Neles o usuário é o centro de interesse, apontando com riqueza de detalhes os “ruídos” que possam interferir produção do cuidado (FRANCO; MERHY, 2003; FRANCO, 2003).

Procura-se com o Fluxograma, interrogar a organização da rede de saúde para serviço de reabilitação, revelando assim os obstáculos ou facilidades para a obtenção da assistência. Pretende-se, em suma, ao retratar os principais fatores implicados para o acesso, revelar áreas de sombra que não estão claras e explícitas para a oferta de saúde com qualidade, eficácia e resolutiva.

3.7 Considerações Éticas

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do HR sob o parecer nº 504.301/12 (ANEXO F). Os indivíduos recrutados para pesquisa concederam a autorização para a entrevista, através o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A).

CAPÍTULO 4: RESULTADOS

ARTIGO ORIGINAL 1**Fatores associados às alterações fonoaudiológicas em vítimas de acidentes de moto**

Factors associated with speech-language disorders in motorcycle accident victims

Título resumido: Queixa fonoaudiológica após acidentes de moto.

Maria Gabriella Pacheco da Silva (1); Vanessa de Lima Silva (2); Maria Luiza Lopes Timóteo de Lima(2)

1 Fonoaudióloga, Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde da Comunicação Humana pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife-Pernambuco, Brasil; Residência Multiprofissional em Saúde da Família pelo Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, IMIP.

2 Fonoaudióloga, Professora Adjunta no Departamento de Fonoaudiologia na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife-Pernambuco, Brasil; Doutora em Saúde Pública pelo Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães.

Endereço para correspondência:
Maria Gabriella Pacheco da Silva
Rua dos Navegantes, 1717, apt.602, Boa Viagem
Recife-PE.
CEP:51020-010
Email: gabriellafono@gmail.com
Telefone: (81) 3032-2790

Conflito de interesse: Inexistente

Contribuição dos autores:

- (1) Coleta e produção de texto;
- (2) Orientação, revisão e coordenação da pesquisa.

RESUMO

Objetivo: Verificar fatores associados às queixas fonoaudiológicas em vítimas de acidentes motociclísticos. **Método:** Trata-se de um estudo de corte transversal realizado em Recife-PE. Foram estudadas vítimas de acidentes motociclísticos assistidas no Hospital da Restauração entre junho e julho de 2014. Os dados foram coletados através da consulta dos prontuários e entrevistas direta com estes, no momento da internação e após a alta hospitalar. Para análise foram levantadas frequências simples, média e teste Qui-quadrado de Pearson ou o teste Exato de Fisher. A margem de erro utilizada nas decisões dos testes estatísticos foi de 5% e os intervalos foram obtidos com confiabilidade de 95%. **Resultados:** Foram estudados 99 indivíduos, sendo 90,9% do sexo masculino, com idade média de 32,7 anos. Constatou-se um alto percentual de condutores alcoolizados (42,3%) e 51,5% não eram habilitados. Os Traumatismos Cranianos estavam presentes em 30,3% dos casos. A área corporal mais afetada foram os membros inferiores (71,7%), seguida da região da cabeça e face (56,6%). Foi verificado ainda que 30,3% referiram ter queixa de alterações fonoaudiológicas após a alta hospitalar. As queixas fonoaudiológicas mostraram uma associação estatisticamente significativa com não habilitados ($p= 0,012$) e colisões entre motos ($p= 0,004$). **Conclusão:** Verificou-se alto percentual de lesões em região de cabeça e face decorrentes dos acidentes, associadas principalmente a não habilitação para conduzir moto e colisões entre motocicletas, sugerindo que tais fatores podem agravar as lesões fonoaudiológicas.

Palavras-chave: acidentes de trânsito; motocicletas; Fonoaudiologia.

ABSTRACT

Purpose: To investigate factors associated with speech-language disorders in victims of motorcycle accidents. **Method:** This is a cross-sectional study in Recife. Victims of motorcycle accidents studied were treated at Hospital Restauração between June and July 2014. The data were collected by consulting the records and direct interviews with these, at admission and after discharge. For analysis were raised single frequencies, average and chi-square test or Fisher's exact test. The margin of error used in the statistical tests was 5% and the intervals were obtained with 95% reliability. **Results:** 99 subjects were studied, 90.9% male, mean age of 32.7 years. It found a high percentage of 42.3% of drunk drivers and 51.5% were not enabled. The Head Injuries were present in 30.3% of cases. The most affected body area were the lower limbs (71.7%), followed by the head and face region (56.6%). It was also found that 30.3% had complaints of speech pathology after hospital discharge, and a statistically significant association between speech therapy complaint and not enabled ($p = 0.012$) and collisions between bikes ($p = 0.004$). **Conclusion:** There were a high percentage of lesions in the head and face resulting from accidents, associated mainly not eligible to drive bike and collisions between motorcycles, suggesting that these factors can aggravate injuries speech therapy

Keywords: traffic accidents; motorcycles; Speech Therapy.

Introdução

Os acidentes de trânsito (ATs) vêm se constituindo como uma epidemia para as sociedades atuais e entram na agenda da saúde pública como as morbi-mortalidades por causas externas¹. Em 2010, para o total de mortes por causas externas registradas no Brasil, as agressões (homicídios) ocupavam o primeiro lugar como causa de morte para o total da população, seguida dos óbitos por acidentes de trânsito (ATs).

Os dados tornam-se mais expressivos quando observamos os índices de ATs por motocicletas. No Brasil, os motociclistas destacam-se entre as vítimas dos acidentes de trânsito devido ao uso deste veículo como um rápido meio de transporte e como instrumento de trabalho, correspondendo a um aumento de quase 51% nos óbito entre 2006 e 2010, enquanto os demais tipos de acidentes, como pedestres e automóveis, houve redução ou manutenção dos índices².

Os homens são vítimas em 89% dessas ocorrências e 65% desses têm idades entre os 20 e 39 anos³. Entre os danos causados aos pacientes que sobrevivem, destacam-se as sequelas motoras, psicológicas e mutilações.

As sequelas decorrentes dos traumatismos de cabeça e pescoço são consideradas graves, uma vez que podem levar à letalidade ou deixar o acidentado com sequela motora, conduzindo o acidentado à condição de deficiente físico^{4,5,6}. Tais sequelas instaladas pelos acometimentos nessa região podem causar impacto na comunicação, no que diz respeito à fala, voz, leitura, escrita, memória, compreensão e também na alimentação, como as disfagias, reduzindo a qualidade de vida das vítimas. Dependendo do local da lesão e do grau de acometimento, a vítima demandará reabilitação fonoaudiológica^{4,5,6}.

No estudo realizado por Biachini et al. (2004)⁷, onde se avaliou pacientes acometidos por múltiplas causas, dentre elas acidentes por motocicleta, constatou-se que as alterações em funções estomatognáticas decorrentes de trauma em região facial estavam presentes em 100% dos casos. As alterações mais comuns foram: desvios e/ou alterações no percurso dos movimentos mandibulares, edema na região facial, dor a palpação, alterações musculares decorrentes da fratura, ruídos articulares, alterações cicatriciais (quelóide ou cicatriz restritiva).

O mesmo estudo ainda conseguiu comprovar que a intervenção fonoaudiológica mostrou-se eficiente, uma vez que todos os pacientes apresentaram melhoras importantes em relação aos aspectos alterados, o que ocasionou melhor organização das funções estomatognáticas⁷.

As fraturas nessa região de cabeça e face têm sido comuns nas vítimas de acidentes por motocicletas, representando um campo de preocupação fonoaudiológica, pois frequentemente interferem no desempenho das funções desse sistema e, conseqüentemente, na qualidade de vida das vítimas. Desta forma, o objetivo central foi caracterizar as vítimas de acidentes motociclísticos, investigando a associação com as queixas fonoaudiológicas em consequência do acidente.

Método

Trata-se de um estudo observacional e de corte transversal, que ocorreu em dois momentos: no primeiro momento, foi realizada uma caracterização das vítimas de acidentes de trânsito por motocicletas internados no Hospital da Restauração (HR); para o segundo momento, os indivíduos foram contatados pelo telefone após a alta hospitalar para investigação das queixas de alterações fonoaudiológicas decorrentes do acidente.

Foram estudadas as vítimas de acidentes com motocicletas hospitalizadas nos ambulatórios de Bucomaxilofacial, Neurocirurgia e Traumatologia do HR, Recife-PE, no período de dois meses, entre Junho e Julho de 2014.

Os dados foram coletados através de consulta a duas fontes, a saber: os prontuários dos pacientes e entrevistas direta com estes. Nos prontuários foram coletadas informações relativas ao tipo de acidente e as condições clínicas devido ao acidente (partes do corpo com lesões, traumas, sequelas). Os prontuários selecionados para a amostra eram referentes aos casos internados durante o período da coleta.

Após a seleção dos indivíduos, que totalizaram 99, estes foram convidados a responder o protocolo adotado em uma pesquisa intitulada “**Rede de Atenção à Saúde das vítimas de acidentes de transporte com motocicletas: uma avaliação do acesso e da satisfação dos usuários**” com apoio do edital FACEPE 13/2012 - REDE MS/CNPQ/FACEPE/SES, por um grupo de pesquisa dos departamentos de Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

Após a alta hospitalar, em um período que variou entre 1 a 3 meses, os pacientes foram contatados através do telefone, para serem submetidos a uma breve anamnese para obtenção das informações referentes a possíveis alterações de funcionalidade fonoaudiológica. A entrevista foi realizada pela pesquisadora por telefone usando o protocolo de Anamnese Fonoaudiológica para

Trauma de Face⁷, podendo ser respondida pelo próprio sujeito recrutado para amostra ou por um cuidador, quando por ventura o caso requeresse.

O Protocolo de Anamnese Fonoaudiológica para Trauma de Face⁷ é um instrumento direcionado aos possíveis aspectos da comunicação humana alterados em consequência de traumas em região de cabeça e pescoço. É composto por duas partes: uma anamnese, utilizado para o presente estudo, onde podem ser levantados dados sobre as principais queixas miofuncionais nessa região corporal tais como: situação estrutural e situação muscular da face; quanto ao tônus, mobilidade, aspecto anatômico e dor à palpação na face; caracterização dos movimentos mandibulares e presença de dor durante os movimentos; alteração das funções estomatognáticas decorrentes do trauma. A segunda parte refere-se a avaliação dos aspectos morfológicos e funcionais do sistema estomatognático, porém requer uma avaliação pessoal, não sendo possibilitado realizar por telefone.

Após a aplicação da anamnese, contabilizou-se 30 indivíduos com algum tipo de queixa fonoaudiológica, ou seja, um percentual de 30,3% da amostra inicial.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do HR sob o parecer nº 504.301/12. Os indivíduos recrutados para pesquisa concederam a autorização para a entrevista, através o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os dados coletados foram analisados pelo *software* Epiinfo, por meio de testes de estatística descritiva: média, desvio padrão e mediana; e técnica de estatística inferencial através de teste Qui-quadrado de Pearson ou o teste Exato de Fisher, quando as condições para utilização do teste Qui-quadrado não foram verificadas. Para avaliar a força da associação entre as variáveis categóricas, foi obtido o valor entre as prevalências, com a margem de erro utilizada nas decisões dos testes estatísticos de 5% e os intervalos com confiabilidade de 95%.

Resultados

Quanto às características socioeconômicas observou-se que a idade dos pacientes variou entre 19 a 65 anos, com uma média de 32,4 anos, concentrando-se na faixa etária jovem, entre 19 a 29 anos, com de $p < 0,02$. A população masculina foi de 90,1%, com significância em relação à população feminina de $p < 0,001$. Quanto à escolaridade, verificou-se que indivíduos com baixo nível escolar somaram 51,5% ($p < 0,001$), distribuídos entre analfabetos e que não completaram o

ensino fundamental. Quanto ao número de pessoas residentes na mesma habitação, 53,5% ($p < 0,001$) continha entre 3 a 4 moradores na mesma residência. Verificou-se também que a baixa renda, de 1 a 3 salários mínimos, estava presente em 78,8% ($p < 0,001$). Observou-se 39,4% de indivíduos alcoolizados no momento do acidente e 51,5% de condutores não habilitados, com significância de $p = 0,044$ e $p = 0,001$ respectivamente. O uso do capacete foi de 68,7% nos acidentados ($p < 0,001$) (Tabela 1).

Na Tabela 2 estão apresentados os tipos de lesões e as partes do corpo atingidas no acidente. As fraturas foram as lesões frequentes em 88,9%, seguidas dos cortes e lacerações em 34,3% e TCE em 30,3%. Os membros inferiores foram as partes do corpo atingida em 71,7%, seguida da região de cabeça, face e pescoço em 56,6% e membros superiores em 29,3%.

As queixas fonoaudiológicas estavam relacionadas aos traumas em região de face, limitando os movimentos mandibulares em 23,2%, reduzindo a mobilidade facial em 24,2%, mudando a oclusão em 24,2% e dificultando a mastigação em 23,2%. A fala ficou alterada em 20,2% dos entrevistados após o acidente (Tabela 3).

As queixas fonoaudiológicas mostraram uma associação estatisticamente significativa com não habilitados ($p = 0,012$) e colisões entre motos ($p = 0,004$) (Tabela 4).

Discussão

Os indivíduos selecionados totalizaram 99, onde 90 desses eram do sexo masculino, com idade média de 32,4 anos, baixa escolaridade, vivendo com uma renda média de um salário mínimo. Os achados corroboram com de outros estudos, como os de Calil et al., Oliveira e Sousa^{8,9} que verificaram que a população masculina é mais acometida por esse tipo de acidente de trânsito, com idade média de 32,7 anos. Montenegro et al.¹⁰ verificou que 46% dos motociclistas acidentados tinham escolaridade máxima de 7 anos de estudo e que baixo nível de escolaridade pode ser entendido como um fator de risco maior para os acidentes de trânsito por motocicletas.

Liberatti et al.¹¹ descreve que a utilização de motocicletas pela população com menor poder aquisitivo é comum, uma vez que o baixo custo para adquirir e manter esse tipo de veículo corrobora para a maior utilização deles nas ruas.

O consumo de bebida alcoólica antes do acidente pode ser considerado alto (39,4%), da mesma forma que a não habilitação para conduzir moto (51,3%). A alcoolização por

motociclistas foi apontada no estudo realizado por Bastos et al.¹², verificando que o maior percentual de condutores alcoolizados eram motociclistas (78%). Esses dados associados à baixa escolaridade e faixa etária jovem só reafirmam a alta vulnerabilidade dessa população. O consumo de bebidas alcólicas levam à comportamentos de risco e com prejuízos não só para si, como para outros indivíduos a sua volta.

Somando o fato de não serem habilitados ao alto percentual de condutores de moto alcoolizados, alerta-se para a necessidade de ações educativas/punitivas mais eficientes, ressaltando que a investigação dos fatores sociais que contribuem para os desfechos apresentados é essencial para a eficácia de políticas públicas dirigidas a esses condutores.

O presente estudo observou que o tipo de colisão mais frequente foi moto X carros (46,5%), seguidas das quedas de moto (22,2%). Esses dados corroboram com os achados de Kobayashi e Carvalho¹³, que verificaram também na cidade de Londrina (PR) esse tipo de ocorrência. Para os autores, os acidentes envolvendo moto e carro são comuns nos centros urbanos e pode ser explicado pelo grande fluxo de automóveis nas grandes cidades. Esse mesmo estudo também observou que acidentes envolvendo motociclistas o maior número de óbito foi decorrente das colisões moto X carro, justificado pela intensidade de impacto ocasionado ao motociclista no momento da colisão.

Achados diferentes foram vistos pelo Corpo de Bombeiros de Pernambuco, que registraram em 2013 que as ocorrências por queda ultrapassaram as colisões (47,6% e 46,2% respectivamente)¹⁴. Esse fato pode ser explicado porque as vítimas dos acidentes por queda podem não necessitar de atendimentos mais complexos, não exigindo atendimento médico. Silva et al.¹⁵ verificaram em seu estudo que cerca 30% das ocorrências por acidentes de trânsito seguiram para o hospital e que 20% dos casos as vítimas foram “liberadas” no local do acidente, não exigindo que estas deveriam ser conduzida para internação hospitalar. Possivelmente as quedas por serem menos traumáticas, não chegaram a ser encaminhadas ao hospital de estudo.

Quanto à unidade de resgate às vítimas, foi verificada a atuação do SAMU na maioria dos casos (55,6%). Criado em 2003, como parte da Política Nacional de Atenção a Urgências, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) tem ajudado a reduzir o número de óbitos, o tempo de internação em hospitais e as sequelas decorrentes dos acidentes¹⁶.

Minayo e Deslandes¹⁷ no seu estudo sobre a implantação do SAMU no Brasil referiram que houve uma transição dos modelos de atendimento pré-hospitalar, onde antes eram exercidas

em grande parte pelo Corpo de Bombeiros. Estes, não contavam na maioria de suas equipes com o profissional médico. Com o SAMU houve uma expectativa de melhoria da qualidade do atendimento e de padronização de normas e procedimentos, bem como a adoção de equipamentos de resgate necessários para salvar as vítimas.

O percentual de vítimas com queixas fonoaudiológicas regatadas por veículos particulares (47,1%) foi considerado alto. Esse tipo de resgate não é o apropriado, uma vez que acarreta no manejo inadequado da vítima. O atendimento à vítima deve iniciar o mais precoce possível havendo a melhor integração entre o atendimento prestado no local, os cuidados durante o transporte e o tratamento definitivo¹⁸.

O tratamento inicial determina frequentemente, o prognóstico final do paciente. Essa fase começa ainda no cenário do acidente com uma rápida avaliação e procedimentos realizados a partir das lesões que ameaçam a vida, estabelecendo assim as prioridades. A assistência à vítima de moto exige envolvimento na dinâmica do cuidado e uma visão holística de tudo aquilo que o cerca¹⁹. O suporte especializado e apropriado, no caso como o SAMU e Bombeiros, visa acima de tudo, um atendimento de qualidade e equidade proporcionado à vítima a manutenção da vida e prevenindo ou minimizando possíveis sequelas.

Quanto à rede descrita pelas vítimas entrevistadas, foi verificada uma diversidade de equipamentos públicos de saúde compondo a teia de assistência e prol da manutenção da vida. A Política Nacional de Atenção às Urgências preconiza que esta rede deve estar organizada em blocos loco regionais, tecendo os seus diversos componentes: Pré-hospitalar móvel; Hospitalar e Pós-hospitalar¹⁶.

Os hospitais de referência localizados em fronteiras municipais (Caruaru, por exemplo), hospitais regionais, bem como as Unidades de Pronto-Atendimento (UPA) tiveram uma grande participação nos primeiros atendimentos às vítimas, concentrando um alto percentual. Contudo, o HR foi a assistência hospitalar procurada diretamente em 28,3% dos casos. Esse fato pode explicado porque o HR é considerado o maior complexo serviço de urgência e trauma do Norte/Nordeste e é uma unidade referência para atender diversos casos, entre esses, os de vítimas de violência de trânsito²⁰.

No presente estudo, foi constatado que 21,2% dos entrevistados aguardaram menos de 10 minutos para ser resgatado, seguido de 25,3% que aguardaram menos de 30 minutos, posicionando-se dentro da média de tempo estipulado pela Política Nacional de Atenção às

Urgências, que preconiza até 20 minutos, considerando que o atendimento rápido contribui para diminuição do período de internação hospitalar, melhora os prognósticos de reabilitação e reduz principalmente o índice de mortalidade por acidentes¹⁶.

Entre as lesões mais graves, estavam as Fraturas (88,9%) seguidas dos Traumatismos Cranianos (TCEs) (30,3%). Os TCEs podem ser prevenidos ou atenuados pelo uso de equipamento de proteção individual, que neste caso é o capacete. No entanto, no presente estudo foi constatado que 31,3% dos entrevistados não usavam o equipamento. Liberatti et al.¹¹ enfatizam a importância do capacete pelos condutores e passageiros de motocicletas, como forma de prevenção de lesões mais importantes e para a redução da morbimortalidade por acidentes.

Quanto às áreas corporais mais atingidas, estão entre outras, os membros inferiores, seguida da região da cabeça e face e membros superiores. Geralmente os membros inferiores e superiores são apontados como os mais afetados pelos acidentes de moto²¹, embora as vítimas sejam caracterizadas frequentemente como pacientes politraumatizados ou com múltiplas lesões no mesmo segmento corpóreo, situação essa que piora o prognóstico, necessitando avaliação emergencial das equipes cirúrgicas²².

No presente estudo, verificou-se um alto percentual (30,3%) de pacientes com queixas fonoaudiológicas após a alta hospitalar. Entre as queixas referidas, destacam-se as que estão envolvidas no movimento da mandíbula. Tendo em vista a contribuição dessa estrutura à fala, à mastigação eficiente, à deglutição e à formação da parte inferior da face, as lesões que envolveram essa parte da face receberam uma série de queixas fonoaudiológicas como sequelas após o acidente. Foram elas: limitação na abertura da mandíbula, perda/diminuição da mobilidade facial, mudança na oclusão, mudança na consistência alimentar e dificuldade para mastigar.

A incapacidade de movimentos com a mandíbula, inchaço, deformidade da mandíbula e mobilidade anormal são sintomas comuns nos traumas que envolvem estruturas como a mandíbula. De modo geral, os traumas em região de face geralmente são os mais complexos, sendo eles os mais difíceis de lidar, pois geralmente desencadeiam feridas de cicatrização complicada e sequelas²³. Destaca-se ainda que os traumas em cabeça e principalmente em face repercutem no estado emocional, nas funções orofaciais e em deformidades permanentes.

Nesse sentido, está a atuação da Fonoaudiologia. O tratamento fonoaudiológico específico para as lesões em face, tem se mostrado eficiente na reabilitação de pacientes que apresentam fraturas faciais, eliminando as queixas principais, minimizando sinais clínicos observados e

sequelas inerentes aos traumas, promovendo assim a reabilitação miofuncional ou adaptações funcionais. Este profissional contribui para a viabilização do funcionamento adequado do Sistema Estomatognático⁷.

De modo em geral, os acidentes por motocicletas têm chamado a atenção do setor Saúde, principalmente, devido os elevados índices de mortalidade e aos sobreviventes, as sequelas quase que sempre permanentes. As lesões e fraturas em região de cabeça e facial também geram discussão entre os pesquisadores devido às deformidades funcionais e estéticas que afetam os indivíduos²⁴.

Os achados mostram que os pilotos que não possuem habilitação para conduzir moto estão mais susceptíveis a adquirirem alterações fonoaudiológicas decorrentes do acidente ($p=0,012$). Um estudo realizado em Maringá- PR constatou que entre as vítimas de ocorrência de trânsito, os condutores que não possuíam habilitação eram em maior número representado pelos motociclistas²⁵.

Esses dados sugerem o reflexo do pouco preparo dos condutores não habilitados no trânsito, gerando conseqüentemente mais acidentes com lesões graves. Almeida et al.²⁶ verificaram em seu estudo que condutores de moto não habilitados ou com habilitação inadequada apresentaram maior risco para acidentes graves e com óbito quando comparados aos condutores com habilitação adequada.

Uma pesquisa realizada na Espanha também observou que pilotar sem habilitação e sob efeito de bebida alcóolica são fatores fortemente associados com a ocorrência de acidentes com lesões graves, e conseqüentemente sequelas²⁷. Recentemente, estudo realizado com motociclista e também em Maringá-PR, revelou uma grande proporção de mortes em relação aos sobreviventes entre aqueles que não possuíam habilitação ou estavam com o documento vencido⁹.

A faixa etária jovem entre 19 a 29 anos, no presente estudo, concentrou um maior percentual de vítimas com queixas fonoaudiológicas (34,1%). De fato, condutores jovens apresentam mais chances de se envolver em acidentes e trânsito em especial de moto, quando comparados à outras idades, seja pela falta de habilidade ou de inexperiência, eles estão seriamente mais sujeitos às lesões graves e até às mortes. Uma pesquisa na Nova Zelândia com motociclistas encontrou consistente associação entre as mortes e lesões e motociclistas jovens. Nele foi constatado que condutores com idade inferior a 19 anos apresentaram maior risco de óbitos e sequelas que condutores com mais de 25 anos²⁸.

Em relação ao uso de capacete, das vítimas que referiram ter queixas fonoaudiológicas, 40% não estavam utilizando o capacete no momento do acidente. No estudo de Neves²⁹, na percepção dos motociclistas sobre o capacete é de que apenas se salvaram ou tiveram as lesões corporais amenizadas por estarem usando o equipamento de proteção. O capacete é um equipamento indispensável para a segurança dos pilotos de moto, pois diminui o risco e a gravidade de lesão na cabeça em cerca de 72%, a probabilidade de morte em até 39% e os custos com o tratamento associado com colisão²⁹.

Quanto aos serviços de saúde utilizados pelos indivíduos com presença de queixas, foi observado que houve um maior percentual de vítimas que foram atendidas em mais de um serviço (61,5%-UPA+HR) quando comparadas às vítimas com queixas fonoaudiológicas que foram encaminhadas diretamente para o hospital de referência em traumas (21,4%-HR). Esse dado sugere que a passagem de vítima em centros de saúde não especializado na necessidade do doente, pode refletir no agravamento das lesões, gerando as sequelas. Assim, encaminhar o paciente para o serviço de saúde correto através da triagem certa, embora aparentemente simples, pode não ser uma decisão fácil e que seguramente tem um grande impacto no prognóstico das vítimas¹⁸.

Na associação das queixas em relação ao tipo de colisão, verificou-se uma significância estatística para colisão moto x moto ($p= 0,004$). Este mecanismo de acidente não é o mais comum, como descrito nos estudos de Rodrigues et al.²¹ e Santos et al.³⁰, variando entre 2º ou 3º colocação nos tipos de colisão envolvendo motocicletas. O fato é que a vulnerabilidade do piloto de moto é evidente, tornando-se duplicada quando os meios de transportes envolvidos são da mesma natureza. Almeida et al.²⁶, verificaram que os acidentes em que estiveram envolvidas apenas motocicletas configuraram o segundo maior risco para acidentes com óbitos.

No impacto do acidente motociclístico, com frequência, há ocorrência da absorção do impacto pelos motociclistas, considerando que a motos não têm a estrutura ideal para proteção, quando comumente são ejetados à distância. Sendo assim, os condutores estão constantemente sujeitos e propensos a adquirirem lesões que podem levar à morte ou limitar temporária ou definitivamente o desenvolvimento das atividades de vida diária. Afirma-se que para esse grupo, apesar de todos os avanços obtidos pelos equipamentos de segurança, a desigualdade nas condições de proteção leva à maior exposição aos acidentes mais graves, fator determinante de sua alta taxa de morbimortalidade³⁰.

Conclusão

O presente estudo verificou uma predominância do sexo masculino, jovens e em idade produtiva, entre a maioria as vítimas mais frequentes nos acidentes de moto. Estes estão frequentemente propensos adquirirem lesões que podem provocar a morte ou mesmo limitar desenvolvimento de suas atividades diárias.

O consumo de bebida alcóolica antes do acidente teve um alto percentual. Foi verificada ainda uma associação estatisticamente significante entre as queixas fonoaudiológicas com condutores não habilitados e com colisões entre motos, sugerindo a presença dessas queixas em casos de direção irresponsável e acidentes graves. É importante ressaltar que a demanda para assistência Fonoaudiologica para estas vítimas tem se tornado frequente, para o tratamento e amenização das sequelas decorrentes desses acidentes.

Referências

1. Silva PHNV. Epidemiologia dos acidentes de trânsito com foco na mortalidade de motociclistas no Estado de Pernambuco: uma exacerbação da violência social [tese]. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. Recife: 2012.
2. Jorge MHPM. Mortes de motociclistas ultrapassam de pedestres no Brasil. Revista ABRAMET. 2012, v.29, n. 1, p.34-7.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, Sistema de informações sobre mortalidade, 2013. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/ext10uf.def>>.
4. Cruz, MJA. Os impactos dos acidentes de trânsito por lesão corporal na vida dos vitimados em face ao controle social do Estado. Dissertação [mestrado] Universidade da Amazônia, Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento e Meio Ambiente Urbano, 2013.
5. Polese JC, et al., Avaliação da funcionalidade de indivíduos acometidos por Acidente Vascular Encefálico. Revista Neurociências. São Paulo, 2008; 16(3): 175-8.

6. Nascimento EM, Gimenez-paschoal SR. Os acidentes humanos e suas implicações fonoaudiológicas: opiniões de docentes e discentes sobre a formação superior. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*, 2008; 13.
7. Bianchini EMG, Mangili LD, Marzotto SR, Nazário D. Pacientes acometidos por trauma de face: caracterização, aplicabilidade e resultados do tratamento fonoaudiológico específico. *Rev CEFAC*, São Paulo, out-dez 2004, 6 (4): 388-95.
8. Calil AM, Sallum EA, Domingues CA, Nogueira S. Mapeamento das lesões em vítimas de acidentes de trânsito: revisão sistemática da literatura. *Rev Latino-am Enfermagem*, jan-fev 2009; 17 (1).
9. Oliveira NL, Sousa RMC. Fatores associados ao óbito de motociclistas nas ocorrências de trânsito *Rev Esc Enferm USP*, 2012; 46(6): 1379-86.
10. Montenegro MMS, Duarte EC, Prado RR, Nascimento AF. Mortalidade de motociclistas acidentados de transporte no Distrito Federal, 1996 a 2007. *Rev. Saúde Pública*, 2011, 45 (3):529-38.
11. Liberatti CLB, Andrade SM, Soares DA, Matsua T. Uso de capacete por vítimas de acidentes de motocicleta em Londrina, sul do Brasil. *Rev Panam Salud Publica*, 2003; 13(1).
12. Bastos TM, DeBoni R, Benzano D, Pechansky F. Presença de Álcool e Outras Substâncias em Vítimas em Vítimas de Acidentes de Trânsito em Porto Alegre. *Salão de Iniciação Científica (2010:Porto Alegre, RS)*. Livro de resumos. Porto Alegre: UFRGS, 2010.
13. Kobayashi CR, Carvalho MS. Violência urbana: Acidentes de trânsito envolvendo motociclistas na cidade de Londrina (PR). *Revista Geografia*, set-dez. 2011; 20: 171-190.
14. Pernambuco. Secretaria de Saúde de Pernambuco-SES, CEPAM, 2014. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/>.
15. Silva TR, Canto GL. Integração odontologia-fonoaudiologia: a importância da formação de equipes interdisciplinares. *Rev. CEFAC*. Mar-abr 2014;16(2):598-603.
16. Brasil, Ministério da Saúde. Guia de Serviços- Portal Brasil.2009. Acesso:< <http://www.brasil.gov.br/saude/2009/11/pais-tem-servico-movel-de-atendimento-de-urgencia>>.
17. Minayo MCS, Deslandes SF. Análise da implantação do sistema de atendimento pré-hospitalar móvel em cinco capitais brasileiras. *Cad. Saúde Pública (Rio de Janeiro)*, ago 2008; 24(8).
18. Novo FCF, Gebelein NM. *Atendimento Pré Hospitalar e Transporte do Traumatizado*. 6ªed. São Paulo: Manole; 2007.
19. Silva PS, Cruz JS. O cuidado desenvolvido pelo enfermeiro no tratamento de uma ferida traumática: relato de caso. *Rev. pesq.: cuidado é fundamental online*. Abr-jun 2011;3(2):1959-67.

20. Pernambuco. Secretaria de Saúde de Pernambuco-SES. Disponível em: <<http://portal.saude.pe.gov.br/>> ; 2013.
21. Rodrigues NB, Gimenes CM, Lopes CM, Rodrigues, JMS. Mortes, lesões e padrão das vítimas em acidentes de trânsito com ciclomotores no município de Sorocaba, São Paulo, Brasil. Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, 2010; 12 (3): 21-5.
22. Vanlar W, Yannis G. Perception of road accident causes. Accidental Anal Previous, 2006; 38: 17-25.
23. Palma FR, Mello LD, Orsi RV. Traumatismos faciais atendidos pela equipe de Itajaí, SC [monografia]. Curso de Odontologia de Universidade do Vale do Itajaí: Itajaí, SC, 2011.
24. Ramli R, et. al. Pattern of Maxillofacial Injuries in Motorcyclists in Malaysia. The journal of craniofacial surgery. 2008 Mar, 19 (2).
25. Soares, DFPP. Acidentes de trânsito em Maringá-PR: Análise do perfil epidemiológico e dos fatores de risco de internação e de óbitos [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 2003.
26. Almeida RLF et al. Via, homem e veículo: fatores de risco associados à gravidade dos acidentes de trânsito. Rev. Saúde Pública. 2013;47 (4): 718-31.
27. Pinto AO, Witt RR. Gravidade de lesões e características de motocicletas atendidas de um hospital de pronto de socorro. Rev. Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS), set 2008; 29: 408-14.
28. Mullin B, et al. Increasing age and experience: are both protective against motorcycle injury? A case-control study. Inj. Prev. 2000; 6(1): 32-5.
29. Neves F. Atributos da qualidade de capacete para motociclista: a percepção dos profissionais motofretistas e mototaxistas [Dissertação de Mestrado]. Santa Maria: Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Maria; 2011.
30. Santos VEP, Moura LA, Santos SS, Cruz NM *et al.* Atendimento pré-hospitalar a vítima de acidente automobilístico. R. pesq.: cuid. fundam. (Online) abr-jun 2012; 4(2):2932-37.

Tabela 1 – Distribuição dos pacientes analisados segundo informações pessoais e sobre o acidente.

Variável	n	%	Valor p
TOTAL	99	100	
Faixa etária			p⁽¹⁾ = 0,002*
19 a 29 anos	44	44,4	
30 a 39 anos	38	38,4	
40 a 65 anos	17	17,2	
Sexo			p⁽¹⁾ < 0,001*
Masculino	90	90,9	
Feminino	9	9,1	
Escolaridade			p⁽¹⁾ < 0,001*
Analfabeto	8	8,1	
Ensino fundamental incompleto	43	43,4	
Ensino fundamental completo	11	11,1	
Ensino médio incompleto	13	13,1	
Ensino médio completo	24	24,2	
Número de pessoas com quem mora/reside			p⁽¹⁾ < 0,001*
Um a dois	22	22,2	
3 a 4	53	53,5	
5 a 12	24	24,2	
Renda familiar (Em salários mínimos)			p⁽¹⁾ < 0,001*
Menos que 1	13	13,1	
De 1 e 3	78	78,8	
Mas de 3 a 6	8	8,1	
Consumo de álcool/droga antes do acidente			p⁽¹⁾ = 0,044*
Sim	39	39,4	
Não	60	60,6	
Posição na moto			p⁽¹⁾ < 0,001*
Pedestre	1	1,0	
Condutor	84	84,8	
Passageiro	14	14,1	
Habilitação para moto			p⁽¹⁾ < 0,001*
Sim	33	33,3	
Não	51	51,5	
Não se aplica (Pedestre ou passageiro)	15	15,2	
Tipo de colisão			p⁽¹⁾ < 0,001*
Automóvel	46	46,5	
Motocicletas	18	18,2	
Coletivo-ônibus	3	3,0	
Objeto fixo	5	5,1	
Animal	2	2,0	
Queda	22	22,2	
Outro	3	3,0	
Uso de capacete durante a colisão			p⁽¹⁾ < 0,001*
Sim	68	68,7	
Não	30	30,3	
Não se aplica (Pedestre)	1	1,0	
Resgate			p⁽¹⁾ < 0,001*
SAMU	55	55,6	

Ambulância	7	7,1	
Veículo Particular	17	17,2	
Bombeiros	13	13,1	
Outros	7	7,0	
Serviços de saúde			p⁽¹⁾ < 0,001*
HR	28	28,3	
Hospital do município + HR	21	21,2	
Hospital do município + hospital de referência + HR	11	11,1	
UPA+HR	13	13,1	
Hospital de referência + HR	26	26,3	
Tempo de espera para o resgate			p⁽¹⁾ < 0,001*
Até 10 minutos	21	21,2	
Mais de 10 a 30 minutos	25	25,3	
Mais de 30 a 60 minutos	14	14,1	
Mais de 60 minutos	5	5,1	
Não informado	34	34,3	

(*): Diferença significativa a 5%.

(**): Através do teste Qui-quadrado para uma amostra.

Tabela 2 – Distribuição das vítimas de ATs por motocicletas atendidas no HR/PE, segundo tipos de lesão e partes do corpo atingidas, 2014.

Variável	Ocorrência de lesão			
	Sim		TOTAL	
	N	%	n	%
<u>Tipo de lesão</u>				
Fratura	88	88,9	99	100,0
Contusão	4	4,0	99	100,0
Traumatismo crânio-encefálico	30	30,3	99	100,0
Corte / laceração	34	34,3	99	100,0
Traumatismo dentário	5	5,1	99	100,0
Entorse / luxação/Contusão	8	8,0	99	100,0
Politraumatismo	9	9,1	99	100,0
Amputação	4	4,0	99	100,0
<u>Partes do corpo atingidas</u>				
Boca / dentes	16	16,2	99	100,0
Outra região da cabeça/face/pescoço	56	56,6	99	100,0
Pescoço	5	5,1	99	100,0
Coluna / medula	6	6,1	99	100,0
Tórax / torso	11	11,1	99	100,0
Abdômen / quadril	15	15,2	99	100,0
Membros superiores	29	29,3	99	100,0
Membros inferiores	71	71,7	99	100,0
Genitais	1	1,0	99	100,0

Tabela 3 – Distribuição das vítimas de ATs por motocicletas atendidos no HR/PE segundo queixas fonoaudiológicas, 2014.

Tipo de queixa	Ocorrência de queixa			
	Sim		TOTAL	
	n	%	n	%
Limitação na abertura da mandíbula	23	23,2	99	100,0
Perda/diminuição da mobilidade facial	24	24,2	99	100,0
Mudança de oclusão	24	24,2	99	100,0
Mudança na consistência alimentar	21	21,2	99	100,0
Dificuldade na mastigação	23	23,2	99	100,0
Dificuldade de deglutição	7	7,1	99	100,0
Engasgos	6	6,1	99	100,0
Alteração na fala	20	20,2	99	100,0

Tabela 4 – Fatores associados à queixa fonoaudiológica em vítimas de ATs por motocicletas atendidas no HR/PE

Variável	Queixa fonoaudiológica						Valor de p	RP (IC à 95%)
	Sim		Não		TOTAL			
	n	%	n	%	n	%		
Sexo								
Masculino	27	30,0	63	70,0	90	100,0	p ⁽¹⁾ = 1,000	1,00
Feminino	3	33,3	6	66,7	9	100,0		1,11 (0,42 a 2,95)
Faixa etária (anos)								
19 a 29	15	34,1	29	65,9	44	100,0	p ⁽²⁾ = 0,744	1,16 (0,50 a 2,69)
30 a 39	10	26,3	28	73,3	38	100,0		0,89 (0,36 a 2,22)
40 a 65	5	29,4	12	70,6	17	100,0		1,00
Consumo de álcool / droga antes do Acidente								
Sim	11	28,2	28	71,8	39	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,714	1,00
Não	19	31,7	41	68,3	60	100,0		1,12 (0,60 a 2,09)
Posição na moto⁽³⁾								
Condutor	26	31,0	58	69,0	84	100,0	p ⁽²⁾ = 1,000	1,08 (0,45 a 2,63)
Passageiro	4	28,6	10	71,4	14	100,0		1,00
Habilitação para moto⁽⁴⁾								
Sim	5	15,2	28	84,8	33	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,012 *	1,00
Não	21	41,2	30	58,8	51	100,0		2,72 (1,14 a 6,50)
Tipo de colisão								
Automóvel	8	17,4	38	82,6	46	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,004 *	1,00
Motocicleta	10	55,6	8	44,4	18	100,0		3,19(1,50 a 6,78)
Queda	5	22,7	17	77,3	22	100,0		1,31(0,48 a 3,53)
Outros	7	53,8	6	46,2	13	100,0		3,10(1,38 a 6,93)
Uso de capacete durante a colisão⁽³⁾								
Sim	17	25,0	51	75,0	68	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,134	1,00
Não	12	40,0	18	60,0	30	100,0		1,6(0,88 a 2,92)
Resgate⁽⁵⁾								
SAMU	15	27,3	40	72,7	55	100,0	p ⁽²⁾ = 0,240	1,00
Veículo particular	8	47,1	9	52,9	17	100,0		1,72 (0,89 a 3,35)
Bombeiros	2	15,4	11	84,6	13	100,0		0,56 (0,15 a 2,17)
Outro	5	38,5	8	61,5	13	100,0		1,41 (0,63 a 3,18)
Serviço de saúde								
HR	6	21,4	22	76,8	28	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,098	1,00
Hospital do município + HR	7	33,3	14	66,7	21	100,0		1,56 (0,61 a 3,95)
Hospital do município + hospital de referência + HR	3	27,3	8	72,7	11	100,0		1,27 (0,38 a 4,22)
UPA+HR	8	61,5	5	38,5	13	100,0		2,87 (1,25 a 6,58)
Hospital de referência + HR	6	23,1	20	76,9	26	100,0		1,08 (0,40 a 2,92)
Tempo de espera para o resgate (minutos)⁽⁵⁾								
Até 30	16	34,8	30	65,2	46	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,804	1,10 (0,51 a 2,38)
Mais de 30	6	31,6	13	68,4	19	100,0		1,00

(*) Associação significativa a 5,0%.

(1): Através do teste Exato de Fisher.

- (2): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.
- (3): Não foi considerado o pedestre.
- (4): Não se aplica pedestres e passageiros.
- (5). Não foram considerados os que não sabiam informar.

ARTIGO ORIGINAL 2

Acesso à reabilitação fonoaudiológica e a continuidade do cuidado pela Atenção Primária em Saúde para vítimas de acidente de motocicleta.

Access to rehabilitation and care continuity by APS in motorcycle accident victims

Título resumido: Acesso à Fonoaudiologia e o cuidado na APS

Maria Gabriella Pacheco da Silva (1); Vanessa de Lima Silva (2); Maria Luiza Lopes Timóteo de Lima (2)

1 Fonoaudióloga, Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde da Comunicação Humana pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife-Pernambuco, Brasil; Residência Multiprofissional em Saúde da Família pelo Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, IMIP.

2 Fonoaudióloga, Professora Adjunta no Departamento de Fonoaudiologia na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife-Pernambuco, Brasil; Doutora em Saúde Pública pelo Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães.

Endereço para correspondência:
Maria Gabriella Pacheco da Silva
Rua dos Navegantes, 1717, apt.602, Boa Viagem
Recife-PE.
CEP:51020-010
Email: gabriellafono@gmail.com
Telefone: (81) 3032-2790

Conflito de interesse: Inexistente

Contribuição dos autores:

- (1) Coleta e produção de texto;
- (2) Orientação, revisão e coordenação da pesquisa.

RESUMO

Objetivo: Verificar o acesso à reabilitação fonoaudiológica e a continuidade do cuidado pela APS em vítimas de acidente de motocicleta. **Método:** Trata-se de estudo quanti-qualitativo realizado em um hospital de grande porte localizado em Recife-PE. De um total de 99 vítimas recrutadas entre o período de junho e julho de 2014, 30 apresentaram queixas fonoaudiológicas em decorrência do acidente. Após a alta hospitalar todos foram contatados para investigação do processo de reabilitação fonoaudiológica. Os casos foram descritos através de fluxogramas. Já os casos que estavam adscritos na Atenção Primária à Saúde, utilizaram-se uma escala para frequência das atividades desse nível de atenção. **Resultados:** Das 30 pessoas que referiram ter essas queixas, 8 estão em reabilitação. Os principais obstáculos para o acesso à fonoterapia apontados foram a distância aos serviços de Fonoaudiologia e o tempo de espera para início do tratamento. A continuidade do cuidado pela Atenção Primária à Saúde foi vista como efetiva para ações básicas, como a oferta de insumos. Ao contrário da visita domiciliar que foi citada como ocorrência menos frequente. **Conclusão:** Foram identificados alguns fatores que contribuiriam para dificuldade no acesso à fonoterapia, refletindo na ruptura do cuidado contínuo e integral às vítimas de acidentes por motocicletas.

Palavras-chaves: Acesso; Fonoaudiologia; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRATC

Purpose: To verify access to voice rehabilitation and continuity of care by APS in motorcycle accident victims. **Method:** This is quantitative and qualitative study conducted in a large hospital located in Recife. A total of 99 victims recruited from the period of June and July 2014, 30 had speech complaints as a result of the accident. After hospital discharge, all were contacted to investigate the speech therapy rehabilitation process. The cases were presented in flowcharts. Have the cases which were ascribed in Primary Health Care, we used a scale to rate the activities of this level of care. **Results:** Of the 30 people who reported these complaints, eight are in rehabilitation. The main obstacles to access to speech therapy were appointed to the distance of Speech Therapy services and the waiting time for starting treatment. The continuity of care by primary health care was seen as effective for basic actions, such as the supply of inputs (medication, for example). Unlike home visits that occurred less frequently **Conclusion:** We identified some factors that contributed to difficulty in access to speech therapy, reflecting the disruption of ongoing care and integral to victims of accidents by motorcycles.

Key-words: Access; Speech Therapy; Primary Health Care.

Introdução

No âmbito das morbidades, em 2010, os acidentes de trânsito no Brasil foram uma das causas mais frequentes das internações hospitalares entre as causas externas, com 15,7% do total. Para as internações por acidentes por motocicletas, esses números são alarmantes, de 2000 a 2010, houve aumento de 243,1% no risco de internação por estes acidentes, que passaram de 1,1 para 3,7 internações por 10 mil habitantes¹.

Geralmente as lesões decorrentes do acidente por motocicleta são mais graves e as vítimas necessitam de cuidados especializados. No estudo de Koizumi² com motociclistas acidentados, afirma-se que aqueles que recebem alta hospitalar não estão completamente recuperados. O risco de sequelas é um dos aspectos marcantes desta experiência, uma vez que podem limitar as atividades no âmbito das interações sociais mais gerais, e reduzir a capacidade para o trabalho.

A Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência (PNRMAV) instituída pela Portaria nº 737/2001 objetivou orientar a atuação do setor saúde no contexto dos acidentes e violência. Entre as suas diretrizes está a de “Estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e à reabilitação” que menciona a necessidade de elaboração de normas relativas à recuperação e à reabilitação, em nível nacional, ao lado do aparelhamento das unidades de saúde para o adequado atendimento aos pacientes nesta fase da atenção³.

Mais recentemente, para somar esforços e ampliar a oferta de serviços de saúde às vítimas com sequelas, o Ministério da Saúde em abril de 2012, instituiu a Rede de Cuidados à pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Nela está instituído que o SUS deve ofertar uma rede de serviços de reabilitação integrada, articulada e efetiva nos diferentes níveis de atenção para aos usuários que necessitem deste tipo de serviço⁴.

Ainda nessa mesma política, foi instituída a criação dos Centros Especializados em Reabilitação, nas áreas física, visual, intelectual e auditiva. Estes visam a habilitação e a reabilitação de deficiências adquiridas ou congênitas, desenvolvendo habilidades funcionais das pessoas para promover sua autonomia e independência. Atualmente o Brasil conta com 117 CER habilitados e em funcionamento, mais 77 projetos para construção de novos.

Por vez, a área de reabilitação é a que mais necessita de avanços para cumprir tanto as diretrizes da PNRMVA quanto as diretrizes de Rede de Cuidados à pessoa com Deficiência. No estudo realizado por Minayo e Deslandes⁵, os serviços de reabilitação já apontavam a

necessidade de políticas que respondessem mais efetivamente aos problemas, verificando que a rede de reabilitação é pequena para garantir o acesso adequado às vítimas.

O acesso à reabilitação fonoaudiológica, nesses casos, serviram para minimizar as sequelas decorrentes do acidente de moto, sequelas estas que geram redução na qualidade de vida dos acidentados. O fonoaudiólogo deve estar presente, constituindo-se como núcleo profissional responsável em diagnosticar e detectar alterações relativas à comunicação, tratando-as e reabilitando os indivíduos, esteja ele o âmbito hospitalar, ambulatorial ou na APS.

Para o presente estudo, foi tomado como referência o conceito empregado por Donabedian, que utiliza o termo “acessibilidade” para indicar o grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde, focando na qualidade do que é acessível. Observaram-se as duas dimensões que estão em contínua interação: a acessibilidade sócio organizacional, na qual estão listados todos os aspectos de funcionamento dos serviços, como horários de funcionamento das unidades e o tempo de espera para o atendimento e a acessibilidade geográfica que diz respeito à distribuição espacial dos recursos, à existência de transporte e à localização das unidades⁶.

Para assegurar e orientar as vítimas na rede de serviços enfatiza-se a importância da APS como coordenadora do cuidado e ordenadora do acesso dos usuários para os demais pontos de atenção. Nesse contexto, conta-se com a participação dos fonoaudiólogos para orientar e coordenar o cuidado e acesso dos acidentados na rede, além de ter papel de reabilitador da comunicação humana neste nível de atenção. Com a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em 2008, a Fonoaudiologia e outras categorias profissionais passaram a ter resguardada sua inserção na APS⁷.

Acredita-se que com o advento do NASF a Fonoaudiologia poderá centrar seus saberes na APS, reconhecendo que é através desse nível de atenção que se pode reordenar e organizar os serviços, diminuindo as filas de espera nos centros especializados, contribuindo para a garantia do acesso e coordenação do cuidado das necessidades relativas à comunicação humana.

Desta forma, o presente estudo tem como objetivo verificar o acesso à reabilitação fonoaudiológica e a continuidade do cuidado na APS em vítimas de acidente de moto.

Método

Esse estudo é parte de uma pesquisa maior intitulada “Acidentes de trânsito por motocicleta: queixas fonoaudiológicas, acesso à reabilitação e a continuidade do cuidado na APS”, dando sequência aos resultados sobre caracterização do acidente, da assistência pré e hospitalar de vítimas por acidentes de motocicletas. Esta pesquisa foi realizada em um hospital de grande porte no estado de Pernambuco, localizado na cidade do Recife. Das 99 vítimas, recrutadas durante entre o período de junho e julho de 2014, 30 pessoas (30,3%) apresentaram queixas fonoaudiológicas e passaram a fazer parte deste estudo.

A partir dessas informações, verificaram-se quais desses indivíduos com queixas estavam adscritos a uma equipa de Saúde da Família para o estudo da continuidade do cuidado na APS, contabilizando-se 18 entrevistados. Foram mensuradas as médias e medianas das respostas positivas ou negativas, colocando-as em uma escala gráfica para visualização de respostas de maior ocorrência, evidenciando quando houve mais respostas positivas ou negativas para as questões mencionadas sobre atributos para cuidado contínuo pela APS.

Porém foi baseando nos 30 indivíduos que referiram queixas fonoaudiológicas que se buscou verificar quais indivíduos estavam realizando reabilitação em Fonoaudiologia, estando distribuídos em adscritos em USF (6 casos) e não adscritos (2 casos), que serão descritos a seguir.

Trata-se de um estudo que agregou o caráter quantitativo, observacional e de corte transversal às variáveis de continuidade do cuidado; e outro qualitativo, do tipo série de casos, cujo objetivo foi obter informações relevantes que pudessem subsidiar a compreensão e descrição do microcontexto do acesso à reabilitação em Fonoaudiologia, peculiar a cada caso.

Para facilitar a avaliação do acesso aos serviços, estabeleceu-se indicadores divididos em quatro grandes blocos: Disponibilidade, constitui-se na representação da existência ou não do serviço de saúde no local apropriado e no momento em que é necessário; Capacidade de pagamento, compreende a relação entre o custo de utilização dos serviços de saúde e a capacidade de pagamento dos indivíduos; Informação, ressalta a noção do empoderamento do usuários para tomar decisões bem informadas sobre o uso dos serviços de saúde e Aceitabilidade, compreende a natureza dos serviços prestados e o modo como eles são percebidos pelos indivíduos e comunidades⁸.

Os casos que tiveram acesso à reabilitação foram descritos através de fluxogramas, para melhor compreensão dos fatores considerados importantes para obtenção do serviço de saúde. Os

fluxogramas consistem na representação gráfica do processo de inserção dos entrevistados nos serviços de reabilitação baseando-se no protocolo de “**Rede de Atenção à Saúde das vítimas de acidentes de transporte com motocicletas: uma avaliação do acesso e da satisfação dos usuários**”. Assim ficou possível perceber os caminhos percorridos pelas vítimas dos acidentes de moto, observando em quais pontos existiram facilidades ou obstáculos para o acesso à assistência em Fonoaudiologia.

O uso de fluxogramas para entendimento de processos sejam eles em busca por serviços de saúde ou por trabalho nesses serviços, tem sido utilizada como ferramenta potente para a análise, pois através deles percebe-se o dinamismo e as ações em movimento. Neles o usuário é o centro de interesse, apontando com riqueza de detalhes os “ruídos” que possam interferir na produção do cuidado^{9,10}.

Resultados

Quanto às condutas profissionais adotadas no momento da alta hospitalar, foi verificado é que a marcação automática da consulta de retorno faz parte da rotina dos pacientes internados no hospital de estudo, quando estes recebem alta.

Por se tratar de indivíduos com múltiplos traumas em toda extensão do corpo, orientações para repouso na ocasião da alta hospitalar foram dadas em 90,9% (N=99) dos casos. Já na consulta de retorno, 45,4% (N=88) foram encaminhados para reabilitação. Dos encaminhamentos, 90% foram destinados à Fisioterapia, seguida de 25% para a Fonoaudiologia (Tabela 1). Contudo, dos 10 pacientes encaminhados à reabilitação fonoaudiológica, 2 referiram não estar realizando tratamento. Os 8 casos que estão em atendimento de Fonoaudiologia serão descritos a seguir através dos fluxogramas correspondentes a cada indivíduo.

Para a continuidade do cuidado, observou-se que dos 30 indivíduos com queixas fonoaudiológicas, 18 estavam adscritos em USF, onde 6 (33,3%) desses estavam em reabilitação em Fonoaudiologia.

Na escala que buscou mensurar os cuidados prestados pela APS às vítimas após o acidente, o que se pode verificar é que ações básicas como oferta de medicação, curativos e consultas com médico, enfermeiro e equipes NASF foram realizadas com frequência. Contudo, a visita domiciliar foi apontada como menos frequente, ou seja, 8 dos 18 indivíduos receberam a visita em decorrência do acidente.

Outros atributos como orientações sobre cuidados gerais de saúde e articulação com outros equipamentos sociais também foram apontados como frequentes pelas USF. Assim como no serviço hospitalar, os demais pacientes (10) que referiram as queixas fonoaudiológicas, mas não estão em reabilitação, não tiveram suas necessidades de saúde detectadas pela APS (Figura 1).

Para o estudo do acesso à reabilitação, nos casos descritos (Quadro 1) percebeu-se que estavam distribuídos em diversos municípios de Pernambuco e apontam onde alguns serviços de Fonoaudiologia estão difundidos no estado. Observa-se a predominância do sexo masculino entre os casos (5/8 casos), com idade que variou entre 21 a 54 anos. O tempo de internação hospitalar também oscilou, com o mínimo de 4 dias e máximo de 200 dias.

Dos 8 casos descritos, 5 estavam realizando reabilitação em Fonoaudiologia em serviços vinculados ao SUS. A distância para o serviço de fonoterapia e não estar orientado onde buscar Fonoaudiologia pelo SUS foram as dificuldades referidas por 3 e 2 casos respectivamente.

Discussão

Os procedimentos realizados pelo hospital na ocasião da alta hospitalar indicam serem organizados e seguem um padrão protocolar. A marcação para consulta de retorno aconteceu para a maioria dos casos, assim com as orientações quanto aos cuidados após a alta. As recomendações dadas ao pacientes são de extrema importância, uma vez que é através dessas orientações que se transfere o cuidado dado ao paciente no âmbito do hospital para outros contextos de saúde. Como estratégia de preparo do paciente para assumir a responsabilidade pela continuidade do seu cuidado, a Organização Mundial de Saúde destaca o planejamento da alta (PA), sua finalidade é prover transferência segura, evitando dificuldades para o paciente e seus cuidadores, reinternações e, conseqüentemente contenção dos custos para o sistema de saúde¹¹.

Quanto aos encaminhamentos realizados, verificou-se um maior percentual para Fisioterapia (85%). Ressalta-se a estreita relação dos encaminhamentos para este núcleo profissional e os percentuais de lesões em consequência dos acidentes de moto. Os membros inferiores, de maneira em geral, são as partes do corpo mais comumente afetadas por esse tipo de acidente, seguida ainda do membro superior¹².

Os encaminhamentos para a Fonoaudiologia foram o segundo mais realizado, somando 25%, percentual próximo ao grupo de indivíduos que referiram queixas fonoaudiológicas na

avaliação após a alta hospitalar (30,3%). A região da cabeça tem sido apontada como a terceira no ranking das partes do corpo mais acometidas¹². Contudo, esse número de encaminhamentos está abaixo do que deveria acontecer, foi verificado que após a alta hospitalar cerca de 30 pacientes referiram sequelas fonoaudiológicas, contudo, apenas 10 foram encaminhados à reabilitação fonoaudiológica.

Neste aspecto, pode-se enfatizar a abordagem interdisciplinar, que tem se colocado como essencial para área médica, possibilitando ao paciente maior segurança e confiabilidade na reabilitação. Silva¹³ verificou que não são todos os profissionais da área de saúde que possuem conhecimento em relação ao trabalho fonoaudiológico no tratamento do sistema estomatognático, o que acarreta na dificuldade dos encaminhamentos quando não se tem o real conhecimento da atuação e do trabalho que este profissional desenvolve¹³.

Além do baixo percentual dos encaminhamentos à Fonoaudiologia, 40% de todos pacientes encaminhados, não receberam a orientação de onde poderia buscar o serviço. Neste ponto, pode-se destacar a fragmentação do conceito de cuidado integral à saúde e desintegração dos níveis de assistência. O fornecimento de informações escritas através dos encaminhamentos deve ser utilizado quando o usuário é referenciado a outro serviço de saúde, pois representam importante instrumento para integração dos níveis de atenção.

De fato, os profissionais de saúde, até mesmo o próprio sistema de saúde (SUS), estão voltados para a prática de eventos agudos, com tratamentos fragmentados e medicalizados¹⁴. Os acidentados de moto, quando sofrem sequelas, necessitam de cuidados prologados, com necessidades de saúde que vão além dos oferecidos no hospital. A reabilitação, para esses casos, é necessária para minimizar as sequelas, recuperando as vítimas e habilitando para as atividades de vida diária.

Os pontos de atenção à saúde, o Hospital de internação e os serviços de reabilitação, são igualmente importantes e necessários às vítimas, uma vez que atuam conforme as necessidades específicas e devem estar articulados para assegurar o cuidado contínuo e integral.

Somado ao alto percentual de indivíduos que não foram orientados onde procurar o serviço, 45% que buscaram o serviço de reabilitação não obtiveram sua vaga pelo SUS. Esta problemática já vinha sendo apontada por Minayo e Deslandes (2008)¹⁵, onde se afirmou que a atenção especializada e serviços de reabilitação estavam estrangulados, com longas filas de

espera e insuficiência de recurso profissional para a grande demanda. Infelizmente, os problemas aqui apontados culminam para os obstáculos do acesso.

No que diz respeito à continuidade do cuidado pela APS, dos 30 indivíduos que apresentaram queixas fonoaudiológicas após a alta hospitalar, 18 referiram estar adscritos em USF. Observou-se alta frequência nas necessidades básicas, como medicações e curativos, assim como a busca por esses insumos foi realizada pelos usuários na APS e atendimento médico/enfermeiro/NASF. Além disso, foi constatado que 33,3% dos indivíduos adscritos em USF estavam em tratamento de fonoterapia. Em contrapartida, um percentual bem inferior foi observado nos indivíduos que não possuem cobertura pela Saúde da Família, onde apenas 16% entre os não adscritos estavam inseridos em algum serviço de Fonoaudiologia.

Desta forma evidencia-se o reconhecimento das atribuições das unidades de saúde como uma fonte regular de cuidados, admitindo-se que a USF é referência habitual para o atendimento da maioria das necessidades de saúde. Cunha e Giovanella¹⁶ referem-se a tal identificação por parte da população como dependente da oferta e disponibilidade dessa fonte, que deve estar em consonância, em termos qualitativos e quantitativos, com as necessidades de saúde da população adscrita.

Houve correspondência entre a busca e a obtenção dos insumos nas USF. Contudo, torna-se pertinente investigar se existe por parte da população adscrita o real reconhecimento das unidades de saúde da família como fonte regular de cuidados ou se a utilização da unidade é simplesmente pela restrição de opções¹⁶.

Uma problemática levantada envolvendo as USF foi a visita domiciliar (VD), considerada pouco frequente no grupo estudado. Em situações de rotina preconiza-se que a VD ocorra no mínimo, uma vez por mês/família e quando necessário, assim como nos casos das vítimas dos acidentes de moto, repetidas de acordo com as situações determinantes de cada realidade¹⁷. Assim sendo, a VD é uma ferramenta com grande potencial em favor da continuidade do cuidado, pois possibilita a educação permanente em saúde e o fortalecimento da rede de cuidados¹⁸. O mesmo ocorreu com conhecimento pela APS sobre a necessidade de saúde em Fonoaudiologia. Dos 18 indivíduos constituintes dessa amostra, apenas os 6 que de fato estão em reabilitação tiveram suas necessidades fonoaudiológicas reconhecidas. Os demais, mesmo apresentando queixas semelhantes, não foram percebidos pelas equipes de saúde da família, tornando o cuidado fragmentado e incompleto.

Nos atributos de continuidade da atenção à saúde pela APS está a existência de vínculos de confiança entre usuários e equipes de saúde. Cunha e Giovanelli¹⁶ apontam os vínculos como possibilidades de se criar um cuidado mais integral. Para Caprara e Rodrigues¹⁹, uma boa relação entre equipes de saúde e paciente envolve confiança, padrão de comunicação, consideração dos problemas relatados pelo paciente e dos aspectos biopsicossociais do mesmo. Quando ocorre, há uma adesão contínua das orientações sobre cuidados gerais de saúde, bem como por o conhecimento, por parte da equipe, sobre a nova condição de vida após o acidente.

Neste estudo, as recomendações sobre saúde, contribuição da USF para nova condição de vida e ciência das orientações realizadas pelos serviços de reabilitação em Fonoaudiologia foram consideradas frequentes, enfatizando a importância da APS na continuidade da informação, constituindo-se como eixo central da rede de saúde por sua proximidade com os indivíduos e seu cotidiano⁴. Assim, a APS garante além das ações básicas em saúde, desempenhando uma ligação entre os demais pontos de atenção, de modo a garantir o cuidado contínuo.

Nas descrições dos casos para o estudo do acesso à reabilitação fonoaudiológica, foi observado que o acidente ocorreu em múltiplos contextos, desde colisões entre veículos até atropelamento. No impacto do acidente motociclístico, com frequência, há ocorrência da absorção do impacto pelos motociclistas, considerando que a motos não têm a estrutura ideal para proteção, quando comumente são ejetados à distância. Sendo assim, os condutores estão constantemente sujeitos e propensos a adquirirem lesões que podem levar à morte ou limitar temporária ou definitivamente o desenvolvimento das atividades laborais e cotidianas²¹.

O período de internação oscilou entre 4 a 200 dias, com uma média de 58 dias. Dos casos descritos, os que tiveram maior tempo de internação foram os indivíduos que foram acometidos por TCE (200, 84, 47, 45 dias). O traumatismo crânio-encefálico sem dúvida é considerado o primeiro lugar em gravidade de lesão. A região da cabeça é a que mais congrega lesões, como cortes e traumas de face, por exemplo. Sendo assim, o tipo de lesão requer maiores cuidados, levando a vítima ficar por mais tempo internado²¹.

Dos oito casos descritos, três (caso 3, 4 e 6) não obtiveram vaga no serviço público de saúde, recorrendo ao serviço privado ou a clínica escola de instituição de ensino superior em Fonoaudiologia. A busca pelo atendimento gratuito para a reabilitação tornou-se inviável para alguns casos como caso 6, por exemplo, que reside em um município distante dos centros de

tratamento do SUS, uma vez que acrescentadas às sequelas fonoaudiológicas estão as sequelas motoras.

Na realidade, quando se analisa o perfil das vítimas por acidente de moto, observa-se a existência de outras lesões, principalmente motoras. A logística ideal seria a confluência de terapias em locais próximos ou no mesmo centro, favorecendo o acesso dos indivíduos aos serviços de saúde. Esse fator engloba de forma ampla, a relação geográfica entre as instituições de saúde e o indivíduo que delas necessita, será discutido mais tarde.

Para o ingresso ao serviço de reabilitação, foi observado uma série de equipamentos de saúde articulando-se à rede de reabilitação em Fonoaudiologia. Pode-se destacar entre eles: o próprio hospital de internação (casos 1, 4, 6 e 7), o serviço de reabilitação do município de residência que não ofertava fonoterapia reencaminhado para outro serviço (casos 5 e 8). Esse tipo de ingresso pode ser considerado uma integração entre diferentes organizações de saúde. Ocorre de forma vertical, cujo objetivo é agregar valor aos serviços, ou seja, tornar o serviço integrado e integral do ponto de vista da atenção e das tecnologias disponíveis²².

Já no caso 2 destaca-se a APS como centro de comunicação entre o paciente e NASF. Nesse contexto, a Atenção Primária a Saúde foi a principal porta de entrada do usuário no sistema de saúde, responsável por coordenar o caminhar do usuário articulando apoio, uma vez que suas necessidades de saúde não puderam ser atendidas somente por ações e serviços da USF, fortalecendo o vínculo deste usuário junto a APS, possibilitando a continuidade da atenção.

Essa relação horizontal reafirma o papel da APS como ordenadora do cuidado, além de reforçar a importância dos NASF nesse nível de atenção. A atuação do fonoaudiólogo na Atenção Primária pelo NASF está entre o campo clínico e o campo social, cumprindo papel na rede de cuidados à saúde. Este trabalho envolve, além dos dispositivos terapêuticos, a articulação de ações tanto individuais quanto coletivas, cujo objetivo é tratar e monitorar os processos de adoecimento e a participação social²³.

Foi verificado que quatro casos (3, 4, 5 e 7) se deslocam para municípios vizinhos ou mais próximos possíveis para obter atendimento. Esses indivíduos referiram a distância para a instituição de terapia como dificuldade para o acesso.

Para os fatores determinantes para o acesso, tais como: local do serviço de reabilitação; tempo de espera para início do tratamento; transporte utilizado para deslocamento até o serviço; tempo de deslocamento e tempo de espera para sessão fonoaudiológica, percebeu-se que a

distância e tempo de deslocamento para chegar ao serviço foram apontados como barreiras que afetam a entrada o usuário bem como sua satisfação com o serviço prestado. Sanchez e Ciconelli⁸ referem-se à essas dimensões de acesso como mais tangíveis e refletem a organização e efetividade das políticas públicas de saúde em relação ao acesso.

Os indicadores para avaliação da disponibilidade são considerados por Donabedian⁶ como influentes no acesso geográfico e sócio organizacional, e se referem à distância física entre o usuário e os serviços, assim como o tempo de deslocamento. No caso 1, por exemplo, embora esteja realizando tratamento no mesmo município de residência, o usuário gasta uma aproximadamente 2 horas (conta-se ida e volta) para se deslocar até o serviço. Já o caso 4 mesmo se deslocando para outra cidade, gasta um tempo máximo para se deslocar até o serviço de 30 minutos (conta-se ida e volta).

Remoaldo e Costa²⁴ estabeleceram um padrão de tempo de deslocamento satisfatório para usuário, indicando que para o acesso ótimo o tempo gasto seria de até 30 minutos (caso 4), classificando como acesso ruim um tempo gasto superior a 60 minutos (casos 1, 3, 5, 6, 7 e 8). Ou seja, para a análise da disponibilidade para o acesso, não se pode dissociar os determinantes influentes do acesso geográfico e sócio organizacional.

Os mesmo autores, assim como Donabedian⁶, consideram ainda a variável de meio de transporte disponível para o deslocamento como bastante influente para o acesso ideal. Eles salientam que a localização dos serviços de saúde seja disponibilizada conforme a frequência de transportes públicos e acesso facilitado, com horários adequados e ajustados ao funcionamento dos mesmos.

O tempo de espera para o início do tratamento apresentou variação, oscilando entre 1 semana até 3 meses. Remoaldo e Costa²⁴ consideram o tempo de espera para consulta especializada superior a 30 dias como acesso razoável, e a medida que esse tempo aumenta, aumentam também as barreiras para o acesso ao serviço de reabilitação. O tempo de espera para aguardar a sessão também deve ser levado em consideração, e teve no presente estudo uma média de 1 hora. Esse tempo aguardando a sessão da fonoterapia possibilita a avaliação da eficácia do serviço prestado. Entende-se que tempo de espera muito elevado (casos 5 e 8) está relacionado com o sistema de marcação de consultas.

A rotina dos serviços é efetuada com o critério de ordem de chegada, resultando no aumento do tempo de espera, realçando a ineficácia administrativa e organizacional de alguns

centros de saúde, ferindo o conceito de humanização de modo a comprometer o cuidado e a confiança entre usuário e sistema de saúde^{24, 6, 25}.

Por fim, dos pontos levantados pelos 8 casos como possíveis barreiras para o acesso em Fonoaudiologia, o mais comum foi a distância geográfica dos serviços somados ao tempo elevado para o deslocamento (casos 1, 4, 5 e 7). A organização do serviço (caso 2), desarticulação da rede (caso 3), transporte utilizado para deslocamento (caso 5) e tempo de espera aguardando para o início do tratamento (caso 8) foram citados e devem ser considerados também como dimensões mais tangíveis, segundo Sanchez e Ciconelli⁸.

Já a capacidade de pagamento pode ser constatada pelo caso 6, sendo ela uma dimensão menos tangível que a disponibilidade, uma vez que está menos distante do usuário. Embora esteja arcando financeiramente com a fonoterapia, foi apontada como uma dificuldade, pois a reabilitação mesmo sendo necessária está gerando custos não suportados para sua realidade financeira.

Essa dimensão ainda engloba os custos indiretos com o transporte para o serviço de reabilitação e a perda da produtividade em decorrência do acidente. No presente estudo, dos 8 casos descritos, apenas o caso 7 retornou a suas atividades laborais. O retorno à produtividade é uma das metas da reabilitação fonoaudiológica e é extremamente relevante quando se examina o impacto econômico individual e social das sequelas. Soberg²⁶ afirma que pacientes que retornam ao trabalho após o acidente, tendem apresentar melhores condições físicas e psicológicas.

Para a dimensão informação, verificaram-se os entraves através do caso 3. Esta é resultado do processo de comunicação entre o sistema de saúde e o usuário. No caso 3 ficou evidente a falha na oferta da informação, ocasionado a “perda” do indivíduo na rede. Quando o usuário não está munido de informações suficientes para fazer uso do sistema de saúde, utiliza os serviços de forma inadequada para atender às suas reais necessidades. Sanchez e Ciconelli⁸ reconhecem essa dimensão como mais próxima do usuário, e pode determinar a lacuna entre a oportunidade de utilização e o uso real dos serviços.

A continuidade do cuidado e o acesso são conceitos que embora sejam diferentes, exigem uma relação de interdependência quando se observa que para produção contínua do cuidado, necessita-se do acesso como ausência de barreiras no momento em que o usuário ‘entra’ no sistema.

Caso existam barreiras ao acesso integral aos serviços de saúde, haverá também o comprometimento no trânsito eficiente dos pacientes na rede de serviços, tornando-se um grande desafio na garantia da integralidade, na manutenção da produção do cuidado e, por fim, no alinhamento final de todos os setores do sistema voltados para uma direção única: a qualidade da assistência à saúde²⁷.

Conclusão

O conhecimento sobre os fatores que interferem para o acesso à reabilitação em Fonoaudiologia em vítimas de acidentes motociclísticos auxilia o entendimento da existência das barreiras para obtenção das necessidades de saúde da comunicação humana. A distância dos serviços e o tempo de espera para o início do tratamento foram apontados como principais obstáculos para o acesso à fonoterapia. Entende-se que esses fatores podem contribuir ou afetar o prognóstico na reabilitação das vítimas, assim como sugere os pontos determinantes para a equidade ou desigualdade da oferta dos serviços fonoaudiológicos.

Já a continuidade do cuidado pela APS mostrou-se eficiente quando avaliadas como frequentes as ações como oferta de medicação e curativos. Ao contrário da visita domiciliar, atribuição diferencial da APS em relação aos demais níveis de atenção. Esta ocorreu menos frequentemente, fragmentando o vínculo entre usuário e sistema de saúde.

Referências

1. Mascarenhas MDM. et al. Epidemiologia das causas externas no Brasil: morbidade por acidentes e violências. In: Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011, cap.10: 205.
2. Koizumi MS. Natureza das lesões nas vítimas de acidentes de motocicleta.(Tese) 1990. Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo, 1990.
3. Brasil. Portaria MS/GM nº 737 de 16 de maio 2001. Institui a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, n. 96, 2001. Seção 1E.
4. Brasil. Portaria Nº 793, de 24 de Abril de 2012. Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde, 2012.

5. Minayo MCS, Deslandes SF. Análise da implantação da rede de atenção às vítimas de acidentes e violências segundo diretrizes da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade sobre Violência e Saúde. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*, 2009; 14(5).
6. Donabedian A. Los espacios de la salud: aspectos fundamentales de la organización de la atención médica. México DF: Editora Biblioteca de la Salud; 1988.
7. Lima TFP, Acioli RM. A inserção da Fonoaudiologia na Atenção Primária do Sistema Único de Saúde. In: *A Prática fonoaudiológica na atenção primária à saúde*. Org. Vanessa de Lima Silva, et al. São José dos Campos, SP: Pulso Editorial, 2013, p.37.
8. Sanchez RM, Ciconelli RM. Conceitos de acesso à saúde. *Rev Panam Salud Publica*. 2012;31(3):260–8.
9. Franco TB. Fluxograma descritor e projetos terapêuticos para análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento: o caso de Luz (MG). In: MERHY, E. E. et al. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2003; 161-198.
10. Franco TB. Processos de trabalho e transição tecnológica na saúde: um olhar a partir do cartão nacional de saúde. 2003. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Medicina, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.
11. Zwicker D, Picariello G. Discharge planning for the older adult [Internet] EUA: National Guideline Clearinghouse. 2003; 1-12.
12. Rodrigues NB, Gimenes CM, Lopes CM, Rodrigues, JMS. Mortes, lesões e padrão das vítimas em acidentes de trânsito com ciclomotores no município de Sorocaba, São Paulo, Brasil. *Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba*, 2010; 12 (3): 21-5.
13. Silva SR. Contando com a fonoaudiologia. *Rev Assoc Paul Cir Dent* 2004; 58(3):167-75.
14. Mendes VLF(a). Fonoaudiologia, atenção básica e saúde da família. In: Fernandes FDM, Mendes BCA, Navas ALPGP (org). *Tratado de Fonoaudiologia*. 2.ed: São Paulo:Roca;2009.p.612-8.
15. Minayo MCS, Deslandes SF. Análise da implantação do sistema de atendimento pré-hospitalar móvel em cinco capitais brasileiras. *Cad. Saúde Pública (Rio de Janeiro)*, 2008: 24(8).
16. Cunha EM, Giovanella L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Rev.Ciência & Saúde Coletiva*, 2011: 16(1):.1029-1042.
17. Azeredo CM, et al. Avaliação das condições de habitação e saneamento: a importância da visita domiciliar no contexto do Programa de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2007; 12(3): 743-773.

18. Santos JS, Borges ACL, Alves VS. Visita domiciliária na atenção a usuários de álcool e outras drogas no município de Santo Antônio de Jesus-BA. *Extramuros*, Petrolina-PE, 2014; 2(2): p. 27-35.
19. Caprara A, Rodrigues J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Cien Saude Coletiva* 2004; 9(1): 139-146.
20. Calil AM, Sallum EA, Domingues CA, Nogueira S. Mapeamento das lesões em vítimas de acidentes de trânsito: revisão sistemática da literatura. *Rev Latino-am Enfermagem*, jan-fev 2009; 17 (1).
21. Brasil. Curso de auto aprendizado Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde. Brasília, 2012.
22. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2010; 15(5): 2297-2305.
23. Remoaldo PC, Costa ME. Equidade no acesso aos cuidados de saúde-Resultados de dois inquéritos realizados à população. In: *Actas do colóquio internacional de saúde-Saúde e Discriminação Social*. Instituto de Ciências da Saúde. Universidade do Minho Braga, 2002; 71-90.
24. Arroyo CS. Qualidade de serviços de assistência à saúde: o tempo de atendimento da consulta médica. [tese]. Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade. USP: São Paulo, 2007.
25. Soberg H, et al. returning to work after severe multiple injuries multidimensional factoring and the trajectory from injury to work at 5 years. *The journal of Trauma*, Baltimore, 2010; 71 (2): 425-34.
26. Duarte ML, Costa VHF, Mota LS. Avaliação da trajetória, no SUS, de pacientes atendidos na clínica cirúrgica de um serviço de emergência a partir de seus diagnósticos histopatológicos. *Rev. Brasileira de Medicina da Família e Comunidade*. Rio de Janeiro, 2008; 4(15).

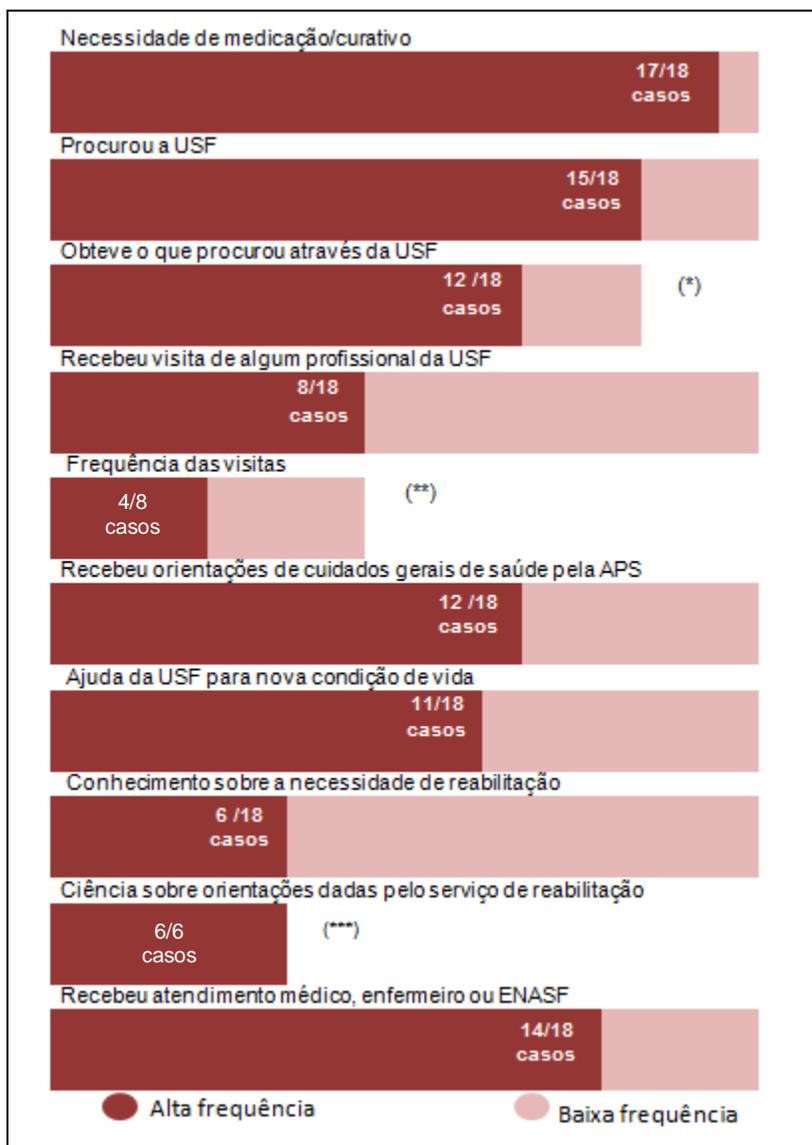
Tabela 1 – Condutas profissionais adotadas no processo de alta hospitalar e na consulta de retorno

Variável	Sim		TOTAL	
	n	%	n	%
Marcação para consulta de retorno				
	90	90,9	99	100,0
Recomendações dadas na alta				
Repouso	90	90,9	99	100,0
Medicação	59	59,6	99	100,0
Curativo	65	65,7	99	100,0
Encaminhados para reabilitação na consulta de retorno				
	40	45,4	88	100,0
Tipo de reabilitação				
Fisioterapia	30	75	40	100,0
Fonoaudiologia	4	10	40	100,0
Fisioterapia + Fonoaudiologia	6	15	40	100,0
Orientação de onde encontrar os serviços de reabilitação				
	24	60	40	100,0

Recebimento de vaga para reabilitação pelo SUS

22 55 40 100,0

Figura 1. Escala para quantificação das atribuições da APS para continuidade do cuidado



(*) Contabilizou-se os indivíduos que buscaram insumos na USF: 15

(**) Contabilizou-se os indivíduos que receberam visita domiciliar após o acidente: 8

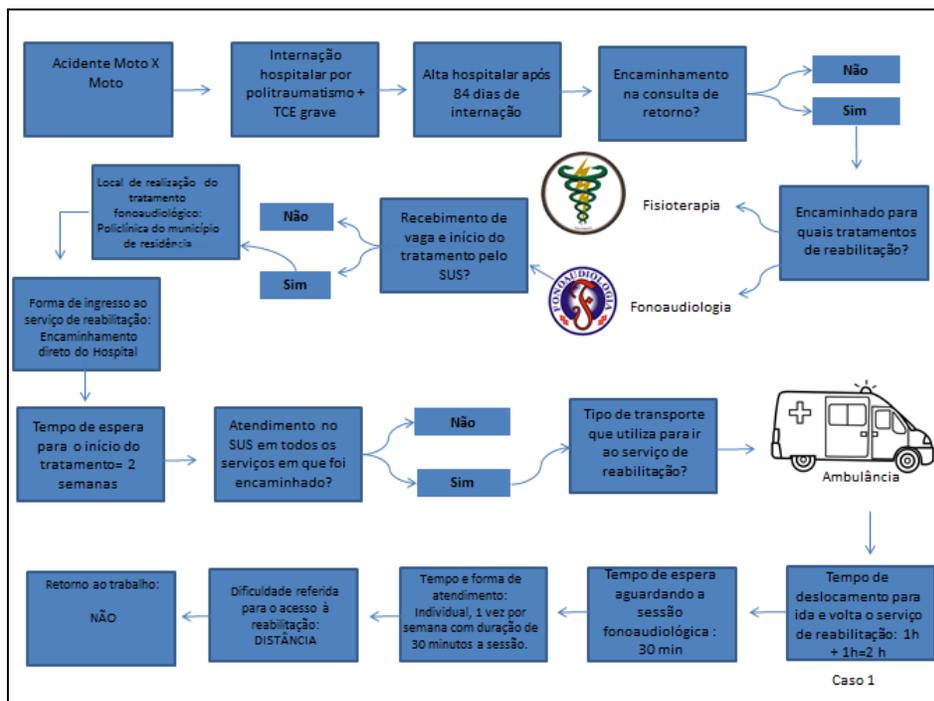
(***) Contabilizou-se os indivíduos que estão em reabilitação e Fonoaudiologia: 6

Quadro 1. Descrição dos casos que estão inseridos nos serviços de reabilitação em Fonoaudiologia após acidente motociclístico

Nome/ Caso	Idade	Sexo	Município de residência	Lesões decorrentes do acidente de moto	Tempo de internação hospitalar	Queixas fonoaudiológicas	Serviço de reabilitação em Fonoaudiologia	Dificuldade referida para o acesso à Fonoaudiologia	Retorno às atividades laborais
J.R.S. Caso 1	54	Masculino	Jurema-PE	TCE grave; Múltiplas fraturas em face; Fratura em membro inferior.	84 dias	Presença de dor em região da face; Mudança na consistência alimentar; Dificuldade para mastigar e deglutir; Engasgos para líquidos; Alteração na fonoarticulação.	Policlínica pelo SUS no município de residência	Distância para o serviço de reabilitação	Não
C.W.A. A./ Caso 2	32	Masculino	Saloá-PE	TCE grave; Múltiplas fraturas em face; Fratura em membro inferior	200 dias	Diminuição na mobilidade facial; Mudança na consistência alimentar; Dificuldade para mastigar e deglutir; Engasgos para líquidos; Alteração na fonoarticulação.	Equipe NASF	Dificuldade para obter a assistência em Fonoaudiologia	Não
T.A.S. Caso 3	25	Masculino	Recife-PE	TCE leve; Fratura em Face.	47 dias	Limitação dos movimentos mandibulares; Inchaço em região de face; Mudança na oclusão e na consistência alimentar; Dificuldade para mastigar; Mudança na consistência alimentar; Dificuldade para mastigar e deglutir; Engasgos para líquidos; Alteração na fonoarticulação.	Clínica escola de uma instituição de ensino superior	Não estar orientado onde procurar o serviço de Fonoaudiologia pelo SUS	Não
J.C.F.L. Caso 4	21	Masculino	Olinda-PE	Trauma de face tipo Lefort I e II; Perda dentária.	21 dias	Presença de dor em região da face; Limitação dos movimentos mandibulares; Diminuição da mobilidade facial; Mudança na oclusão; Mudança na consistência alimentar; Dificuldade para mastigar e deglutir; Engasgos para líquidos; Alteração na fonoarticulação.	Serviço particular no município vizinho	Não estar orientado onde procurar o serviço de Fonoaudiologia pelo SUS	Não

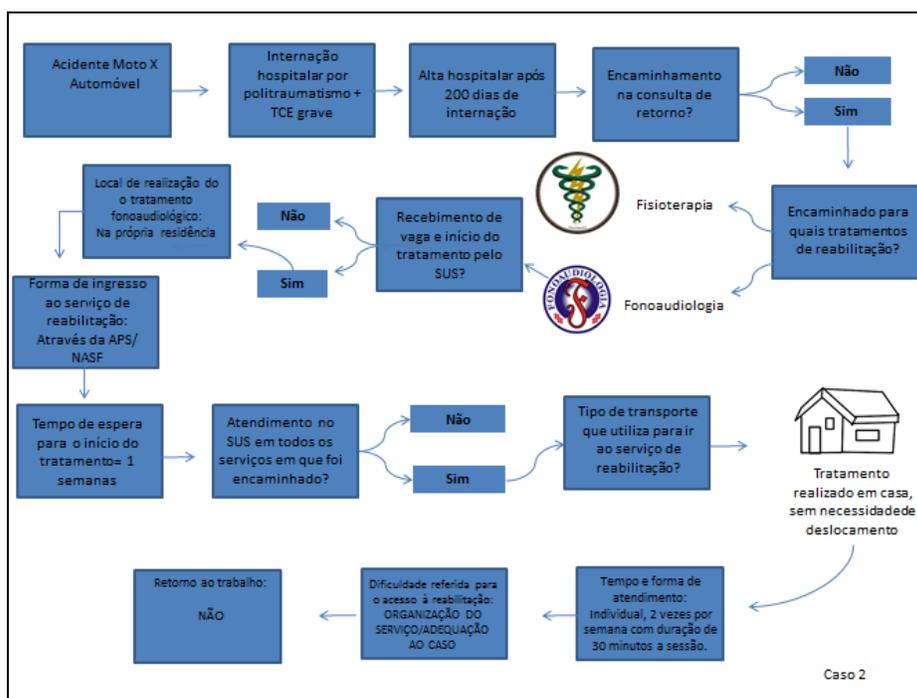
M.O.S. Caso 5	34	Masculino	Belo Jardim-PE	TCE leve; Fratura em região de face; Laceração extensa em língua.	33 dias	Presença de dor em região da face; Limitação dos movimentos mandibulares; Diminuição da mobilidade facial; Mudança na oclusão; Mudança na consistência alimentar; Dificuldade para mastigar; Alteração na fonoarticulação.	Serviço de reabilitação pelo SUS de outro município	Distância e transporte para chegar ao serviço	Não
M.G.L. Caso 6	21	Feminino	Goiana-PE	TCE grave; Fratura em região de face; Traumatismo dentário.	45 dias	Presença de dor em região da face; Limitação dos movimentos mandibulares; Diminuição da mobilidade facial; Mudança na oclusão; Mudança na consistência alimentar; Dificuldade para mastigar e deglutir; Alteração na fonoarticulação.	Serviço privado no município de residência	Não haver serviço pelo SUS no município de residência	Não
E.L.S. Caso 7	24	Masculino	Goiana-PE	Trauma de face tipo Lefort I; NOE; Traumatismo dentário.	4 dias	Presença de dor em região da face; Limitação dos movimentos mandibulares; Mudança na oclusão; Mudança na consistência alimentar; Dificuldade para mastigar; Alteração na fonoarticulação.	Serviço do SUS de outro município	Distância para o serviço	Sim
R.O.L. Caso 8	23	Feminino	Recife-PE	TCE leve; Fratura complexa em terço médio da face; Amputação de membro inferior	30 dias	Presença de dor em região da face; Limitação dos movimentos mandibulares; Mudança na oclusão; Mudança na consistência alimentar; Dificuldade para mastigar; Alteração na fonoarticulação.	Serviço de reabilitação do SUS	Tempo aguardando vaga	Não

Figura 2. Fluxograma descritor do caso 1



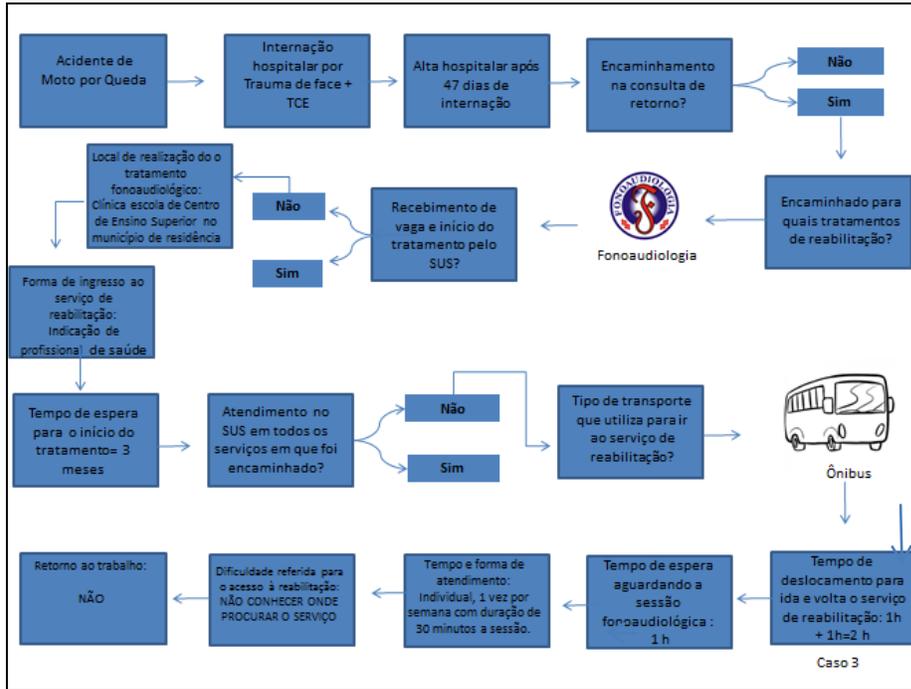
Fonte: Fluxograma elaborado pela autora

Figura 3. Fluxograma descritor do caso 2



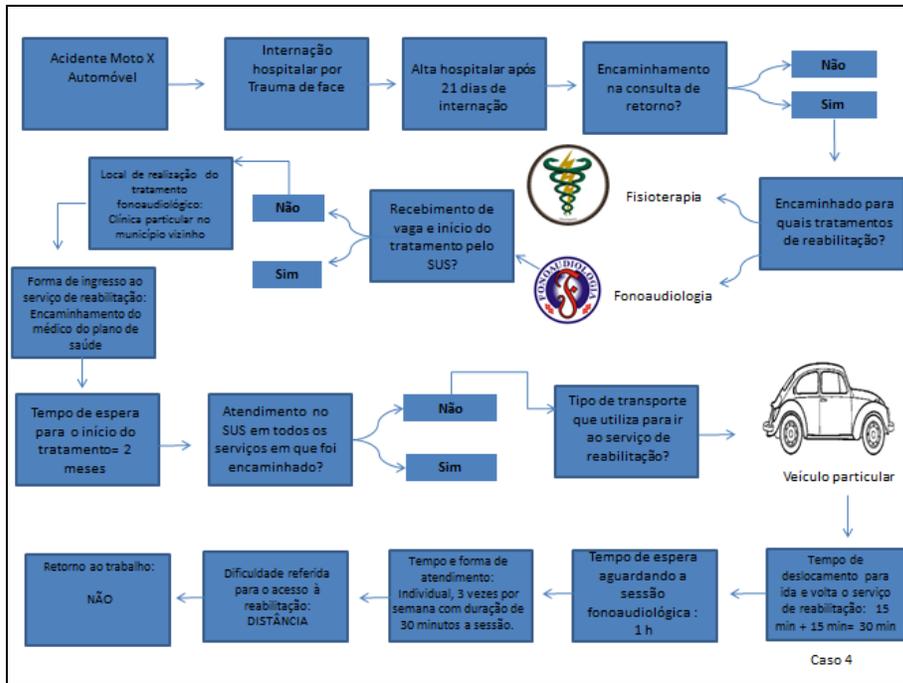
Fonte: Fluxograma elaborado pela autora

Figura 4. Fluxograma descritor do caso 3



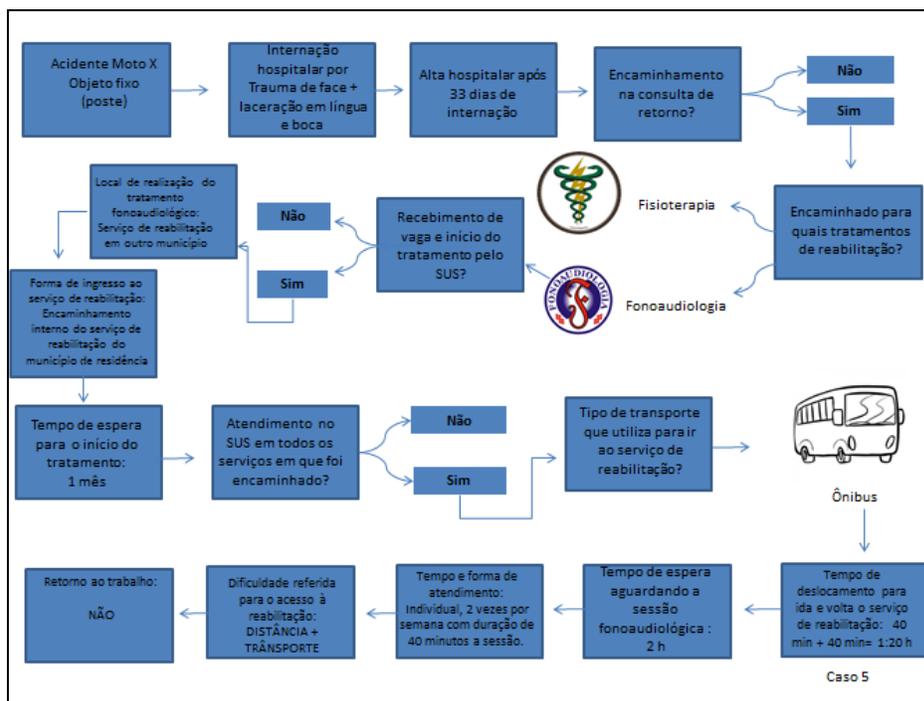
Fonte: Fluxograma elaborado pela autora

Figura 5. Fluxograma descritor do caso 4



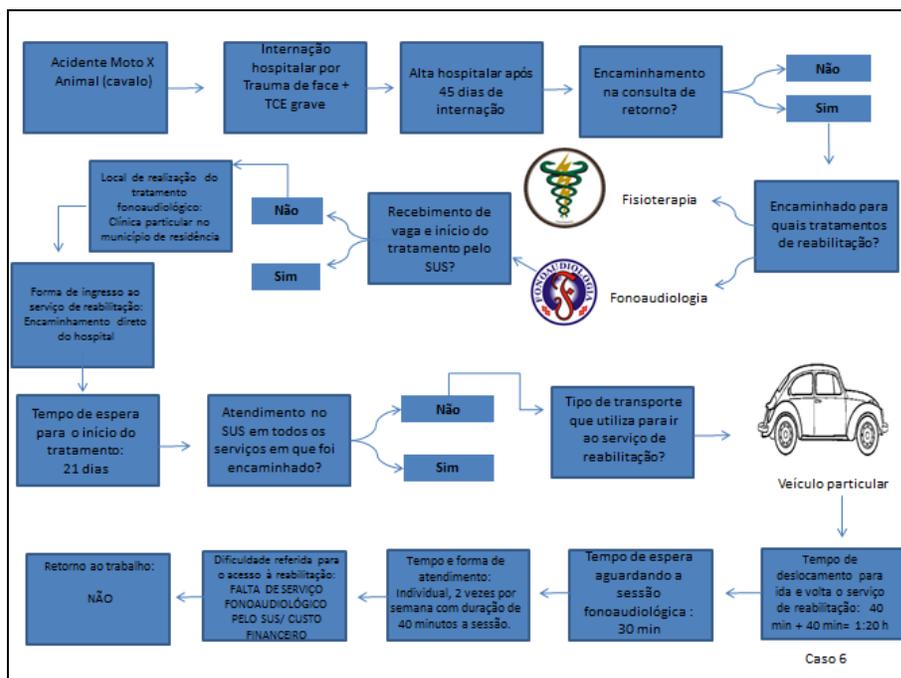
Fonte: Fluxograma elaborado pela autora

Figura 6. Fluxograma descritor do caso 5



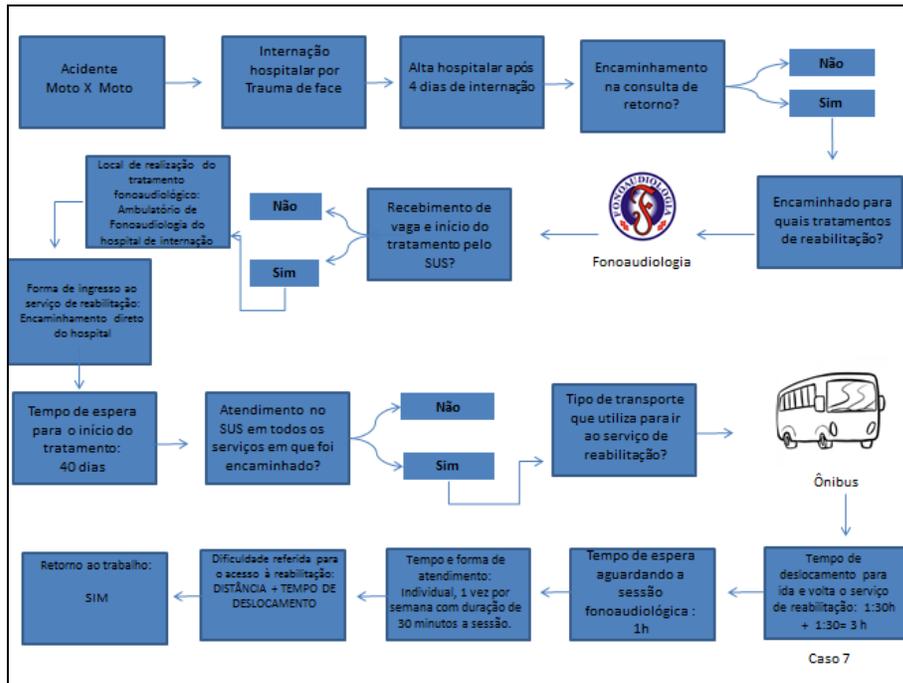
Fonte: Fluxograma elaborado pela autora

Figura 7. Fluxograma descritor do caso 6



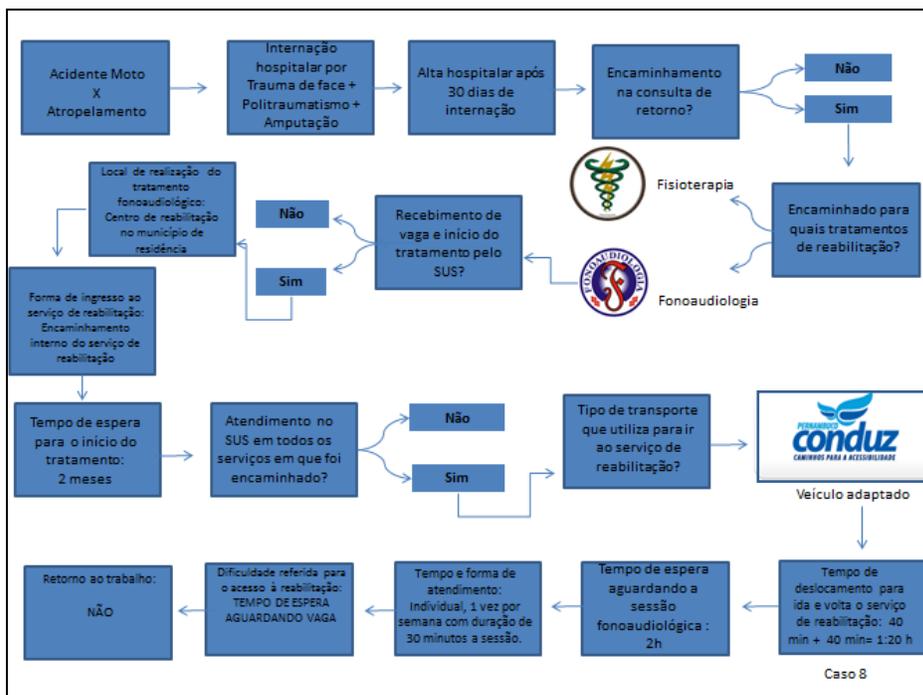
Fonte: Fluxograma elaborado pela autora

Figura 8. Fluxograma descritor do caso 7



Fonte: Fluxograma elaborado pela autora

Figura 9. Fluxograma descritor do caso 8



Fonte: Fluxograma elaborado pela autora

CAPÍTULO 5: CONSIDERAÇÕES FINAIS

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se constatar que os acidentes de trânsito por motocicleta, podem gerar deformidades estéticas e alterações funcionais na face. Além desses danos, estão as lesões mais graves, como os traumas cranianos, presentes na maioria das vítimas fatais. A população mais comumente atingida, homens jovens em idade produtiva que devido ao acidente, permanecem com sequelas muitas vezes irreversíveis, e nos casos mais graves abrevia-se o tempo de vida.

Observou-se que condutores não habilitados estão mais sujeitos à serem acometidos por queixas fonoaudiológicas em consequência do acidente, sugerindo a íntima relação entre o despreparo no trânsito e gravidade dos acidentes. Além disso, quando o acidente envolve meios de transporte da mesma natureza, neste caso moto x moto, verificou-se que as vítimas estão mais propensas a terem as queixas.

O acesso à reabilitação fonoaudiológica, nesses casos, serviram para minimizar as sequelas decorrentes do acidente de moto, sequelas estas que geram redução na qualidade de vida dos acidentados. Contudo, o acesso aos serviços especializados e de reabilitação vêm demonstrando suas fragilidades, promovendo obstáculos e dificuldades para as vítimas. A distância dos serviços e o tempo de espera para o início do tratamento foram apontados como principais obstáculos para o acesso à fonoterapia. Entende-se que esses fatores podem contribuir ou afetar o prognóstico na reabilitação dos acidentados, assim como sugere os pontos determinantes para a equidade ou desigualdade da oferta dos serviços fonoaudiológicos.

A APS foi identificada e reconhecida como uma fonte regular de cuidados pelas vítimas que residiam em área coberta pela USF. Enfatiza-se a importância desse nível de atenção à saúde como coordenadora do cuidado e ordenadora do acesso dos usuários para os demais pontos da rede de atenção. Nesse contexto, conta-se com a participação dos fonoaudiólogos para orientar e coordenar o cuidado e acesso dos acidentados na rede.

No presente estudo, a APS foi considerada eficiente quanto à continuidade, verificando-se como frequentes as ações básicas, como oferta de medicação e curativos. Ao contrário da visita domiciliar, atribuição diferencial da APS em relação aos demais níveis de atenção. Esta ocorreu menos frequentemente, fragmentando o vínculo entre usuário e sistema de saúde.

A continuidade do cuidado e o acesso são conceitos que embora sejam diferentes, exigem uma relação de interdependência quando se observa que para produção contínua do cuidado,

necessita-se do acesso como ausência de barreiras no momento em que o usuário ‘entra’ no sistema.

Caso existam barreiras ao acesso integral aos serviços de saúde, haverá também o comprometimento no trânsito eficiente dos pacientes na rede de serviços, tornando-se um grande desafio na garantia da integralidade, na manutenção da produção do cuidado e, por fim, no alinhamento final de todos os setores do sistema voltados para uma direção única: a qualidade da assistência à saúde.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, C.; MACINKO, J. **Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006.
- ANDERSEN, R.M; NEWMAN, J.F. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. **Milbank Memorial Fund Quarterly– Health and Society**.vol.51,p. 95-124, 1973.
- ANDRADE, L.M.; LIMA, M.A.; SILVA, C.H.C; CAETANO, J.A. Acidentes de motocicleta: Características das Vítimas e dos Acidentes em Hospital de Fortaleza – CE, Brasil. **Rev. Latinoam. de Enfermagem**, vol. 13(1), p. 93, 2005.
- BARATIERI, T., MARCON. Longitudinalidade do cuidado: compreensão dos enfermeiros que atuam na estratégia saúde da família. **Esc. Anna Nery (impr.)**, vol. 15 (4), p. 805, out-dez; 2011.
- BIANCHINI; E.M.G. Traumas de face: atuação fonoaudiológica, caracterização, proposta terapêutica e resultados. In: **Comitê de Motricidade Oral da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia. Motricidade orofacial: como atuam os especialistas**. São José dos Campos: Pulso Editorial, 2004.
- BIANCHINI, E.M.G; MANGILI, L.D.; MARZOTTO, S.R.; NAZÁRIO, D. Pacientes acometidos por trauma de face: caracterização, aplicabilidade e resultados do tratamento fonoaudiológico específico. **Rev CEFAC**, São Paulo,6 (4), p 388-95, out-dez, 2004.
- BOROWY, I. Road Traffic Injuries: Social Change and Development. **Medical History**, Cambridge University, vol. 57, p. 108, 2013
- BRASIL. Ministério das Cidades.Comitê Nacional de Mobilização pela Saúde, Segurança e Paz no Trânsito. **Plano Nacional de Redução de Acidentes e Segurança Viária para a Década 2011 – 2020, Proposta Preliminar**. Brasília, DF em 08 de setembro de 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde ,Sistema de informações sobre mortalidade, 2011a Acesso: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/ext10uf.def>>
- BRASIL. Portaria MS/GM nº 737 de 16 de maio 2001. Institui a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, n. 96, 2001. Seção 1E.
- BRASIL. Portaria Nº 793, de 24 de Abril de 2012.Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde CNES, DATASUS, Brasil.2014.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília, DF, 2008. (Cadernos de atenção básica).

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, Sistema de informações sobre mortalidade, 2011b. Disponível em:
<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/ext10uf.def>>

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, Sistema de informações sobre mortalidade, 2013. Disponível em:
<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/ext10uf.def>>

MERHY, E.E.; CECÍLIO, L.C.O. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**. Campinas: Unicamp, 2003.

CRUZ, M.J.A. **Os impactos dos acidentes de trânsito por lesão corporal na vida dos vitimados em face ao controle social do Estado**. Dissertação (Mestrado) – Universidade da Amazônia, Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento e Meio Ambiente Urbano, 2013.

DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in health care**. New York: Oxford University Press; 2003.

DONABEDIAN, A. **Los espacios de la salud: aspectos fundamentales de la organización de la atención médica**. México DF: Editora Biblioteca de la Salud; 1988.

DUARTE, M.L.; COSTA, V.H.F.; MOTA, L.S. Avaliação da trajetória, no SUS, de pacientes atendidos na clínica cirúrgica de um serviço de emergência a partir de seus diagnósticos histopatológicos. **Rev. Brasileira de Medicina da Família e Comunidade**. Rio de Janeiro, v.4, n° 15, out /dez 2008.

FRANCO, T.B.; JÚNIOR, H.M.M. **Integralidade Na Assistência à Saúde: A Organização das Linhas do Cuidado**. O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no Cotidiano. HUCITEC, 2a. edição; São Paulo, 2004.

FRANCO, T. B. Fluxograma descritor e projetos terapêuticos para análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento: o caso de Luz (MG). In: MERHY, E. E. et al. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 161-198.

FRANCO, T. B. Processos de trabalho e transição tecnológica na saúde: um olhar a partir do cartão nacional de saúde. 2003. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Medicina, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

FERREIRA, M.P. Assistência à saúde nos departamentos regionais de saúde: Um exercício metodológico sobre eficiência e acesso aos serviços de saúde. [tese] Faculdade de Saúde da Universidade de São Paulo: São Paulo, 2009.

HAGGERTY, J.L; REID, R.J; FREEMAN, G.K.; STARFIELD, B.H.; ADAIR, C.E.; MCKENDRY, R. Continuity of care: a multidisciplinary review. **BMJ**,2003.

HARZHEIM, E.; STEIN,A.T.; ÁLVAREZ-DARDET, C. A efetividade dos atributos da atenção primária sobre a saúde infantil.**Bol. saúde**, vol. 18 (1), p. 23-40, 2004.

JORGE, M.H.P.M. Mortes de motociclistas ultrapassam de pedestres no Brasil. **Revista ABRAMET**.v.29, n. 1, p.34-37, 2012.

LIBERATO, M.D.M. Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersectorialidade e do trabalho em rede. **Cad. Bras. Saúde Mental**, v.1, n.1, 2009.

LIMA, T.F.P.; ACIOLI, R.M. A inserção da Fonoaudiologia na Atenção Primária do Sistema Único de Saúde.In: **A Prática fonoaudiológica na atenção primária à saúde**.Org. Vanessa de Lima Silva, et al. São José dos Campos, SP: Pulso Editorial, p.37, 2013.

LIPAY, M.S; ALMEIDA, E.C. A fonoaudiologia e sua inserção na saúde pública. **Rev. Ciênc. Méd.**, Campinas, n. 16, v. 1, p. 31-41, jan./fev., 2007.

KOIZUMI, M.S. **Natureza das lesões nas vítimas de acidentes de motocicleta**.(Tese) 1990. Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo, 1990.

KUSCHNIR, R.; LIMA, L.D.; BAPTISTA,T.W.F.; MACHADO, C.V. **Configuração da rede regionalizada e hierarquizada de atenção à saúde no âmbito do SUS**. In: Gondim R, Grabois V, Mendes Junior WV, organizadores. **Qualificação dos Gestores do SUS**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD; p. 123-124, 2011.

MASCARENHAS, M.D.M. et al. Epidemiologia das causas externas no Brasil: morbidade por acidentes e violências. In: **Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde**. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, cap.10, p. 205, 2011.

MATTA, G.C.; MOROSINI, M.V.G. Atenção Primária à Saúde. In: **Dicionário de Educação Profissional em Saúde**. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro: Rio de Janeiro, 2009.

MCINTYRE, D.; MOONEY,G. **The economics of health equity**. New York: Cambridge University; 2007.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Organização Panamericana da Saúde, 2ª edição.Brasília: p.549, 2011.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**.v.15,p.2297-2305, 2010.

MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F. Análise da implantação da rede de atenção às vítimas de acidentes e violências segundo diretrizes da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade sobre Violência e Saúde. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n.5, 2009.

NASCIMENTO, E. N.; GIMENIZ-PASCHOAL, S. R. Os acidentes humanos e suas implicações fonoaudiológicas: opiniões de docentes e discentes sobre a formação superior. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, 2008.

OLIVEIRA, N.L.B; SOUSA, R.M.C. Diagnóstico de lesões e qualidade de vida de motociclistas, vítimas de acidentes de trânsito. **Rev Latinoam Enfermagem**. v.11,p.749-56, 2003.

PERNAMBUCO. Decreto nº 36.568. **O Comitê Estadual de Prevenção aos Acidentes de Moto** [Diário Oficial do Estado de Pernambuco] 28.05, 2013 a.

PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde de Pernambuco-SES. Disponível em: <<http://portal.saude.pe.gov.br/>> ; 2013b.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Balanço de Gestão 2011-2014. Pernambuco, 2014. Disponível em:<<http://portal.saude.pe.gov.br/zine/balanco-2014>>

PERNAMBUCO. Secretaria de Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Regulação em Saúde. Diretoria Geral dos Fluxos Assistenciais. Central de Regulação de Leitos; Manual Operacional. Recife, 2014^a.

POLESE, J. C. et al., Avaliação da funcionalidade de indivíduos acometidos por Acidente Vascular Encefálico. **Revista Neurociências**. São Paulo, v. 16, n. 3, p. 175-178, 2008.

RAVE, B.E.O.; SANDOVAL, J.J.; BOTERO, C.A.A.; GÓMEZ, M.C.R. La escala de Likert en la valoración de los conocimientos y las actitudes de los profesionales de enfermería en el cuidado de la salud. **Antioquia**, 2003.

ROUQUAYROL, M.Z; FILHO, N.A. **Epidemiologia & Saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; p.736, 2003.

SILVA, P.H.N.V. **Epidemiologia dos acidentes de trânsito com foco na mortalidade de motociclistas no Estado de Pernambuco: uma exacerbação da violência social**. Tese. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. Recife: 2012.

SILVA, S.F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, vol.16(6), p. 2756-2757, 2011.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco/ Ministério da Saúde; 2002.

TOBAR, F.; YALOUR, M. R. **Como fazer teses em saúde pública**: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2001.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n.2, 2004.

WAISELFISZ, J. J. **Mapa da Violência 2012. Os novos padrões da violência homicida no Brasil**. São Paulo, Instituto Sangari, 2012.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

APÊNDICES

APÊNDICE A

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO PROGRAMA DE PÓS GRADUÇÃO EM SAÚDE DA COMUNICAÇÃO HUMANA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Acidentes de trânsito por motocicleta: queixas fonoaudiológicas, acesso à reabilitação e a continuidade do cuidado na APS

Estamos convidando o (a) Sr.(a) para participar como voluntário e responder a uma pesquisa sobre os problemas de saúde, o tratamento e a reabilitação de quem sofreu acidente de moto e foi atendido no Hospital da Restauração/Recife. Se não entender alguma palavra ou desejar qualquer informação agora ou em outro momento, por favor pergunte a equipe. Caso aceite fazer parte da pesquisa assine este documento, que está em duas vias e uma delas é sua. Se o (a) Sr(a).não quiser participar o seu tratamento não vai ser modificado ou prejudicado em nada. Também garantimos que os seus dados pessoais ou informações contidas em seu prontuário e que possam lhe identificar não serão divulgados e, ao fim da pesquisa e por 5 anos, ficarão sob a guarda da responsável pela pesquisa, em local seguro.

Ser voluntário nessa pesquisa não tem risco e não será necessário nenhum procedimento diferente do que o (a) Sr.(a) já recebe em seu tratamento e que venha lhe causar desconforto, a não ser possível vergonha ou chateação de falar do acidente e dos seus problemas com a saúde. Se isso acontecer o (a) Sr.(a) pode deixar de responder ou pedir para suspender a entrevista e não mais participar, se assim desejar. Como benefício para quem participar, os resultados do estudo irão servir para avaliar o andamento e dificuldades do tratamento e reabilitação dos acidentados de moto, podendo haver sugestões de condutas que beneficiem a sua recuperação. Os resultados da pesquisa serão apresentados em eventos e revistas científicos. O resultado da pesquisa será enviado ao Sr.(a) por correio. Todos os gastos de pesquisa serão assumidos pelos responsáveis e não haverá custo para o (a) Sr.(a), como também nenhum tipo de pagamento por sua participação.

Desta forma com tudo explicado e entendido, livremente, concordo em participar da pesquisa, assinando este Termo. Autorizo ainda que a equipe possa colher dados a meu respeito no prontuário do Hospital da Restauração e que sejam usados para estudos e divulgados

conforme antes me foi informado. Estou consciente que posso desistir ou buscar informações a qualquer momento, sem que meu tratamento seja prejudicado e sem benefício financeiro para minha participação. Sei que posso procurar o Comitê de Ética e os responsáveis para tirar dúvidas, inclusive telefonando a cobrar ou, se desejar, indo nos locais abaixo.

Recife, / /

Nome:

RG:

Assinatura:.....

Presenciamos a solicitação de consentimento, os esclarecimentos e o aceite do sujeito em participar como voluntário na pesquisa.

Nome: _____ RG _____

Assinatura: _____

Nome: _____ RG _____

Assinatura: _____

RESPONSÁVEIS PELA PESQUISA:

Responsável: Maria Gabriella Pacheco da Silva

Orientadora: Prof^ª Dra. Maria Luiza Lopes Timóteo de Lima

Co-orientadora: Vanessa de Lima Silva

Telefones para contato: (81) 3032 – 2790.

E-mail: gabriellafono@gmail.com

APÊNDICE B

Questionário para avaliação rápida da Continuidade do Cuidado da APS em nível local Adaptação do protocolo de James Macinko & Celia Almeida, 2006

Nome:							
Idade:							
Identificação:							
Data:							
Bairro:							
UBS:				Micro-área/ESF			
Perguntas/Respostas	Nunca=0	Quase nunca=1	Algumas vezes=2	Muitas vezes=3	Quase sempre=4	Sempre=5	Não sabe responder=99
1.O Senhor (a) necessitou de algum cuidado de saúde (medicamentos, curativos) devido ao acidente, após a alta hospitalar?							
2. Procurou a UBS?							
3.Obteve o que procurou na UBS (atendimento, visita domiciliar, medicamento, curativo)?							
4.Quando o (a) Senhor (a) teve alta hospitalar e chegou aqui em sua casa, recebeu a visita de algum profissional da UBS?							
5. Caso sim, por qual profissional da UBS?							
6. Com que frequência, após o acidente, tem recebido visita dos profissionais da UBS?							
7.O Senhor (a) recebeu orientações quanto aos cuidados preventivos (orientação nutricional, orientação para administração de medicação, medidas preventivas por risco de quedas) para sua saúde após o acidente?							
8. O profissional que realizou a visita fez perguntas sobre suas condições de vida (acesso a alimentação, emprego, acesso ao transporte) após o acidente?							
9.O profissional que realizou a visita fez perguntas sobre o seu							

trajeto terapêutico (acidente-hospital-alta hospitalar- necessidade de reabilitação) em decorrência do acidente?							
10. Sobre a necessidade de reabilitação (Fonoaudiologia- Fisioterapia- Terapia Ocupacional), o profissional fez perguntas sobre a obtenção do acesso ao serviço?							
12. Caso esteja em serviço de reabilitação, o profissional que atende o Senhor(a) na reabilitação fez orientações para realização do autocuidado em casa?							
11. O profissional mostrou interesse relativo aos cuidados terapêuticos que o(a) Senhor (a) recebe no serviço de reabilitação (exercícios, instrumentos utilizados)?							
13. Os profissionais na UBS estão cientes dessas orientações dadas pelo profissional da reabilitação?							
14. Após o acidente, o Senhor (a) recebeu atendimento do médico ou enfermeiro ou ENASF responsável pela sua área de adstrição?							
15. Caso de resposta positiva, eles tinham conhecimento de sua trajetória terapêutica devido ao acidente?							
Total:							

Influência do uso do capacete em Trauma Facial em vítimas de lesões cerebrais traumáticas moderadas decorrentes de acidentes de motocicletas

Maria Gabriella Pacheco da Silva*
 Maria Luiza Lopes Timóteo de Lima*
 Vanessa de Lima Silva*

Cavalcante JR, Cury-Rad Oka S, Santos TS, Dourado E, Silva EDO, Gomes ACA. Influence of Helmet Use in Facial Trauma and Moderate Traumatic Brain Injury Victims of Motorcycle Accidents. *The Journal of Craniofacial Surgery*. 2012, 23 (4): 982-5.

O desenvolvimento industrial gerou aumento significativo da frota de veículos a motor em todo o mundo e o maior consumo de substâncias como o álcool e as drogas, tem ocasionado o aumento de acidentes de trânsito (ATs), uma das principais causas de morbimortalidade atual.

Entre as vítimas, destaca-se a vulnerabilidade dos motociclistas, apontando a soma da alta velocidade de deslocamento ao intenso trânsito, que têm como principal efeito as graves lesões e traumas, envolvendo várias regiões do corpo, inclusive a face. Um dispositivo que pode atenuar os efeitos dessas lesões, em especial na face, é o capacete. Esse, além de reduzir as lesões, quando devidamente usado, diminui os riscos de traumas mais graves e até a morte.

O não uso do capacete pode acarretar em alterações permanentes, entre elas deformidades faciais em tecidos duros e moles, causando modificações estéticas e funcionais, necessitando

assim de reabilitação para minimizar os efeitos decorrentes das lesões, maximizando as funções do Sistema Estomatognático. Apesar do grande índice de traumas faciais e da gravidade dessas lesões nos indivíduos vítimas de acidentes de moto, os autores do artigo ora resenhado, apontam que há poucos dados epidemiológicos relacionando o uso do capacete (ou não) ao trauma facial^{1,2,3,4}. Assim, o objetivo do estudo proposto por eles foi caracterizar as lesões em região facial de vítimas de acidentes de motocicletas com lesão cerebral traumática moderada, associando o uso (ou não) de capacete.

Para isso, os pesquisadores brasileiros buscaram no período de um ano (2009-2010), em um hospital de referência de trauma, pacientes vítimas de acidentes de moto com diagnóstico de Traumatismo Crânio-Encefálico (TCE) Moderado, ou seja, pacientes com 9 a 12 pontos na Escala de Coma de Glasgow (ECG). A ECG se caracteriza

*Departamento de Fonoaudiologia, área de Fonoaudiologia, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, Brasil.

Conflito de interesses: Não

Contribuição dos autores: MGPS: Autora, participou na coleta de dados e produção textual, MLLTL e VLS: Co-autoras e participação na administração e metodologia do projeto

Autora Responsável: Maria Gabriella Pacheco da Silva

Endereço para correspondência: Rua dos Navegantes, 1717, apt.602, Boa Viagem

Recife-PE, CEP:51020-010

E-mail: gabriellafono@gmail.com

Recebido: 16/7/2014; Aprovado: 18/11/2014

como uma escala neurológica que avalia o nível de consciência de uma pessoa acometida por TCE. Seu valor também é utilizado no prognóstico do paciente, prevendo inclusive as eventuais sequelas.

No presente estudo, a amostra foi quantificada em 272 pacientes que tiveram o diagnóstico de TCE moderado, compondo assim a população, caracterizada quanto a dados pessoais, do acidente e traumas faciais.

Os resultados do estudo mostraram uma predominância de homens (94,5 %) entre aqueles envolvidos em acidentes de motocicleta, bem como a faixa etária entre 21 e 40 anos (62,9%). Em relação ao uso do capacete, a maioria (80,1%) não estava usando no momento do acidente, as maiores vítimas foram os motoristas (86,8%), e o tipo de acidente registrado foram as quedas (57,7%). O estudo também conseguiu mensurar que os acidentes se distribuem de forma diferente nos dias da semana, sendo o maior percentual aos domingos (37,9%) seguido dos sábados (19,9%). Esse dado pode estar associado ao consumo de bebidas alcoólicas no dia do acidente, com um percentual de (58,5%) dos entrevistados fazendo tal referência.

Quanto às lesões de face, as mais frequentes foram osso zigomático (51,8 %), seguido de mandíbula (18,8%) e osso nasal (9,2%). Em outros estudos os dados sobre a prevalência da região facial mais acometida não vão na mesma direção dos registrados pelos autores. Os estudos de Ramili et al (2008) e Oginni et al (2006), por exemplo, verificaram que a região da face mais lesionada foi a Mandíbula^{6,9}.

Os autores encontraram ainda uma associação ($p<0,05$) entre a extensão da fratura na face e o uso de capacete, sendo verificado que dentre os 23 indivíduos com fraturas mais extensas, nenhum utilizava esse equipamento no momento do acidente ($p<0,041$). Esse dado torna-se preocupante uma vez que Goslar e Crawford (2008)³, constataram em sua pesquisa que maioria dos motoqueiros não utilizavam o capacete enquanto pilotavam³. De acordo com esses autores³, o uso do capacete que tem um efeito protetor em lesões cerebrais traumáticas. Os acidentes de moto são considerados também por outros autores, como o principal agente etiológico dos traumas faciais^{8,5,4,9}. De fato, os motociclistas estão mais susceptíveis a essas lesões, quando comparados à vítimas acidentadas por outros meios de transportes, já que a moto oferece pouca proteção aos seus condutores.

Quanto à caracterização da população mais acometida, destacam-se os homens de faixa etária jovem (21-40 anos). Esses dados corroboram com outras pesquisas, inclusive com relatórios de outros países como Nigéria e Malásia^{3,6}.

Os autores enfatizam que o crescente número de acidentes por motocicletas, associado à faixa etária jovem das vítimas (21-40 anos), revela a necessidade de políticas mais ativas para o enfrentamento dos ATs, como também de extrema relevância a conscientização do público sobre a gravidade dos ferimentos que possam ocorrer em acidentes de moto, sensibilizando seus condutores as formas de preveni-los.

Uma questão que precisa ser considerada é que as lesões de face podem trazer graves consequências para as vítimas, a saber, alterações nas funções como mastigação, deglutição e fala. Estas podem acarretar em prejuízos nas atividades de vida diária, reduzindo assim a qualidade de vida.

Desta forma, a Fonoaudiologia é a área de atuação capaz de assistir na reabilitação de pacientes que apresentam fraturas nessa região, possibilitando a eliminação das queixas principais, minimizando as sequelas inerentes aos traumas, promovendo reabilitação miofuncional ou adaptações funcionais, viabilizando assim o funcionamento do sistema estomatognático.

Referências Bibliográficas

1. Diniz EPH, Assunção A, Lima FPA. Accident prevention: recognition of motorcycle couriers' work strategies as the basis for collective bargaining. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2005;10:905-16.
2. Mallikarjuna SK, Krishnappa P. Prevalence of maxillofacial injuries by motorized two wheeler road traffic accidents in Bangalore city. *Dent Traumatol*. 2009; 25: 599-604.
3. Goslar PW, Crawford NR, Petersen SR, et al. Helmet use and associated spinal fractures in motorcycle crash victims. *J Trauma*. 2008;64:190-6.
4. Veronese AM, Oliveira DL, Shimizu TS. Characterization of motorcyclists admitted in the emergency hospital of Porto Alegre. *Rev Gaucha Enferm*. 2006; 27:379-85.
5. Oginni FO, Ugboko VI, Ogunlipo O, et al. Motorcycle-related maxillofacial injuries among Nigerian intracity road users. *J Oral Maxillofac Surg*. 2006; 64: 56-62.
6. Ramli R, Abdul Rahman R, Abdul Rahman N, et al. Pattern of maxillofacial injuries in motorcyclists in Malaysia. *J Craniofac Surg*. 2008; 19:316-21.
7. Liberati CL, de Andrade SM, Soares DA, et al. Helmet use by motorcyclists injured in traffic accidents in Londrina, southern Brazil. *Rev Panam Salud Publica*. 2003;13:33-8.
8. Gassner R, Tuli T, Hachl O, et al. Cranio-maxillofacial trauma: a 10 year review of 9,543 cases with 21,067 injuries. *J Craniofac Surg*. 2003; 31:51-61.
9. Krause RGS, Silva Junior AN, Aguiar RC, et al. Aetiology and incidence of facial fractures: prospective study of 108 patients. *J Med Biol Sci*. 2004; 3:188-93.

APÊNDICE D

RESENHA-VERSÃO EM INGLÊS

Influence of helmet use of in Facial Trauma victims of moderate traumatic brain injuries resulting from motorcycle accidents.

Silva MGP, Lima MLLT, Silva VL.

Cavalcante JR, Cury-Rad Oka S, Santos TS, Dourado E, Silva EDO, Gomes ACA. Influence of Helmet Use in Facial Trauma and Moderate Traumatic Brain Injury Victims of Motorcycle Accidents. *The Journal of Craniofacial Surgery*. 2012 Jul, 23 (4): 982-5.

Industrial development has generated significant increase in the fleet of motor vehicles throughout the world and the increased consumption of substances such as alcohol and drugs has caused an increase in traffic accidents (TA), one of the main causes of injuries and mortality actual.

Among the victims, there is the vulnerability of motorcyclists, by pointing the sum of the high-speed movement and heavy traffic, which the main effect are serious injuries and traumas, involving several regions of the body, including the face. A device that can mitigate the effects of these lesions, especially on the face, is the helmet. It reduces injuries when properly used, reduces the risk of more severe trauma and even death.

Not using the helmet can lead to permanent changes, including facial deformities in hard and soft tissues, causing aesthetic and functional changes, thus requiring rehabilitation to minimize the effects of injuries, maximizing the functions of the stomatognathic system. Despite the great number of facial trauma and severity of these lesions in individuals victims of motorcycle accidents, the paper's authors now reviewed, indicate that there are few epidemiological data relating helmet use (or not) with facial trauma^{1,2,3,4}. The aim of the study proposed by them was to characterize the lesions in the facial region of victims of motorcycle accidents with mild traumatic brain injury, involving the use (or not) of the helmet.

For this, the Brazilian researchers sought in the period of one year (2009-2010), in a reference trauma hospital, patients victims of motorcycle accidents diagnosed with Traumatic Brain Injury (TBI) Moderate, i.e. patients with 9-12 points in the Glasgow Coma Scale (GCS). The GCS is characterized as a neurological scale that assesses the level of consciousness of a person affected by TBI. Its value is also used in patient prognosis, including predicting any sequelae.

In the present study, the sample was measured in 272 patients who were diagnosed with moderate TBI, thus making the population, characterized about the personal information, of the accident and facial trauma.

The results of the study showed a predominance of men (94.5%) among those involved in motorcycle accidents, as well as the age group between 21 and 40 years (62.9%). Regarding the use of the helmet, the majority (80.1%) was not using at the time of the accident, the main victims were the drivers (86.8%), and the type of recorded accidents were falls (57.7%). The study also managed to measure that accidents are distributed differently on weekdays, with the highest percentage on Sundays (37.9%) followed by Saturdays (19.9%). This data may be associated with the consumption of alcohol on the day of the accident, with a percentage of (58.5%) of respondents making such reference.

As for the facial injury, the most common were zygomatic bone (51.8%), followed by the mandible (18.8%) and nasal bone (9.2%). In other studies, the data on the prevalence of most affected facial region do not go on the same direction as recorded by the authors. Studies Ramili et al (2008) Oginni et al (2006), for example, found that the most injured region of the face was the mandible^{5,6}.

The authors also found an association ($p < 0.05$) between the extent of fracture in the face and helmet use, and found that among the 23 individuals with more extensive fractures, none used this equipment when the accident occurred ($p < 0.041$). This finding is concerning since Goslar and Crawford (2008)³, found in his research that most bikers did not use the helmet while piloted³. According to these authors, a helmet has a protective effect on traumatic brain injury. Other authors consider motorcycle accidents, as the main agent of facial trauma^{8,5,4,9}. In fact, motorcyclists are more susceptible to these lesions, as compared to the victims of other means of transport, since the bike offers little protection to their drivers.

As for the characterization of the most affected population, we highlight the young aged men (21-40 years). These data corroborate other studies, including reports from other countries like Nigeria and Malaysia^{5,6}.

The authors emphasize that the increasing number of accidents by motorcycles, associated with young age of the victims (21-40 years), reveals the need for more active policies to face the TAs, as well as extremely relevant to public awareness of the severity of injuries that may occur in motorcycle accidents by raising awareness their drivers of ways to prevent them.

One issue that needs to be considered is that the facial injury can have serious consequences for the victims, namely, changes in chewing, swallowing and speaking. These can result in damage to activities of daily living, thereby reducing the quality of life.

Thus, speech therapy is the practice area able to assist in rehabilitation of patients with fractures in this region, enabling the elimination of the main complaints, minimizing the inherent trauma sequelae, promoting myofunctional rehabilitation or functional adaptations, thus enabling the operation of the stomatognathic system.

References

1. Diniz EPH, Assunção A, Lima FPA. Accident prevention: recognition of motorcycle couriers' work strategies as the basis for collective bargaining. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2005, 10: 905-16.
2. Mallikarjuna SK, Krishnappa P. Prevalence of maxillofacial injuries by motorized two wheeler road traffic accidents in Bangalore city. *Dent Traumatol*. 2009, 25: 599-604.
3. Goslar PW, Crawford NR, Petersen SR, et al. Helmet use and associated spinal fractures in motorcycle crash victims *Trauma*. 2008,64:190-6.
4. Veronese AM, Oliveira DL, Shimitz TS. Characterization of motorcyclists admitted in the emergency hospital of Porto Alegre. *Rev Gaucha Enferm*. 2006, 27:379-85.
5. Oginni FO, Ugboko VI, Ogundipe O, et al. Motorcycle-related maxillofacial injuries among Nigerian intracity road users. *J Oral Maxillofac Surg*. 2006, 64: 56-62.

6. Ramli R, Abdul Rahman R, Abdul Rahman N, et al. Pattern of maxillofacial injuries in motorcyclists in Malaysia. *J Craniofac Surg.* 2008, 19:316-21.
7. Liberatti CL, de Andrade SM, Soares DA, et al. Helmet use by motorcyclists injured in traffic accidents in Londrina, southern Brazil. *Rev Panam Salud Publica* 2003,13:33-8.
8. Gassner R, Tuli T, Hachl O, et al. Cranio-maxillofacial trauma: a 10 year review of 9,543 cases with 21,067 injuries. *J Craniomaxillofac Surg.* 2003, 31:51-61.
9. Krause RGS, Silva Júnior AN, Aguiar RC, et al. Aetiology and incidence of facial fractures: prospective study of 108 patients. *J Med Biol Sci.* 2004, 3:188-93.

ANEXOS

9. O Sr(a) tem plano de saúde?
 Sim Não

II- O acidente

10. No acidente de moto qual era a sua posição?
 Pedestre Passageiro Sem informação
 Condutor Outra

44. O acidente de moto envolveu alguma dessas opções? (Marcar + de 1 opção):
 Automóvel Bicicleta Sem informação
 Outra motocicleta Objeto fixo Outra
 Coletivo (ônibus; Van) Animal

12. Qual o tipo de via em ocorreu o acidente?
 Via Pública Rodovia rural Sem informação
 Rodovia urbana Estrada vicinal

13. No momento do acidente qual o equipamento de segurança em uso?

Equipamento	Sim	Não
Capacete		
Calça de tecido resistente ou couro		
Jaqueta de de tecido resistente ou couro		
Sapato ou bota		
Luvas		
Óculos		
Protetor de tórax /colete		
Protetor de pernas		
Outro. Especifique		

14. Que atividade estava realizando no momento do acidente?
 Trabalho/ deslocamento Lazer Outra

15. Como o Sr(a) foi transportado(a) no momento do resgate?
 A pé SAMU Outro
 Coletivo (ônibus; Van) Ambulância Sem informação
 Motocicleta Veículo particular
 Bicicleta Viatura Policial

16. Natureza da lesão corporal: marcar mais +1 – Identificar no Prontuário ou consultar a equipe
 Sem lesão física Corte/ laceração Amputação
 Fratura Traumatismo dentário Queimadura
 Contusão Entorse/luxação Outro
 Traumatismo crânio-encefálico Politraumatismo Sem informação

17. Parte do corpo atingida: marcar mais +1 – Identificar no Prontuário ou consultar a equipe
 Boca/dentes Tórax/dorso Genitais/ânus
 Outra região da cabeça/face Abdômen/quadril Múltiplos órgãos
 Pescoço Membros superiores Outro
 Coluna/medula Membros inferiores Sem informação

18. Por qual(is) serviço(s) de saúde passou até chegar ao hospital?
 19. Qual foi o tempo gasto entre o acidente e o resgate (em min. OU hora)?
 20. Qual foi o tempo gasto entre a estada na UPA e o hospital?

III – Internação Hospitalar

21. Quantos dias o Sr(a) ficou internado(a)?*
22. Quais foram as categorias profissionais/especialidades envolvidas nos atendimentos?
23. Qual foi o motivo para a internação hospitalar?
 Cirurgia Exames complementares Sem informação
 Internação para reabilitação Avaliação especialista Outra
24. Quais foram os exames realizados? –Identificar no Prontuário ou consultar a equipe
 Raio X tempo de espera _____
 Ultrassonografia tempo de espera _____
 Tomografia tempo de espera _____
 Ressonância tempo de espera _____
 Laboratório Pré-operatório tempo de espera _____
 Laboratório para Alta tempo de espera _____
 Outro tempo de espera _____
25. Houve avaliação médica diária?
 Sim Não

IV - Alta

26. Na alta do hospital você foi orientado/informado sobre:
 a. A sua condição de saúde no momento da (alta
 b. A realização de curativos ou a retirada de pontos, órtese ou outra imobilização
 c. Necessidade de realizar tratamento de reabilitação
27. O Sr(a) recebeu encaminhamento para tratamento de reabilitação?
 Sim Não
 Caso sim, por quais profissionais/área:
28. Para qual/quais tratamento(s) de reabilitação, profissional/área foi encaminhado na alta do hospital?

29. Qual o profissional/área fez o encaminhamento para a reabilitação?

30. Você foi encaminhado ou orientado sobre as opções de serviços de reabilitação próximos a sua residência ou cidade?
 Sim Não
31. O Sr(a) recebeu vaga para reabilitação pela regulação?
 Sim Não

() Fonoaudiologia () Outro.

45. Qual é o turno de atendimento?

Fisioterapia () Manhã | () Tarde () Noite
 Fonoaudiologia () Manhã | () Tarde () Noite
 Terapia Ocupacional () Manhã | () Tarde () Noite
 Outro () Manhã | () Tarde () Noite

46. Sobre o uso de Tecnologia Assistiva especifique o recurso disponível para uso no serviço de reabilitação?

Tipo	Sim	Não		Tipo	Sim	Não
Cadeira de rodas				Lentes de aumento		
Cadeira higiênica				Computador adaptado		
Andador				Fono (prancha de comunicação, eletrolaringe, etc)		
Bengala				Adaptações em utensílios		
Muleta						
Órtese MMSS						
Órtese MMII						
Outro						

47. Sobre o uso de Tecnologia Assistiva especifique o que obteve para uso na residência

	Orteses	Próteses	Auxiliares de locomoção	Tipo
Prescrição				
Avaliação				
Adequação				
Treino para o uso				
Acompanhamento				
Dispensação				

48. Foram realizados todos os exames complementares solicitados durante o tratamento de reabilitação?

() Sim Caso sim, o serviço foi pago pelo Sr(a)? () Sim () Não

() Não

Caso não, quais? _____

49. Aponte as principais dificuldades encontradas para acesso ao serviço de reabilitação: para conseguir vaga / para iniciar o tratamento?

50. Aponte sugestões para melhorar o acesso a este serviço:

ANEXO B

**PROTOCOLO DE ANAMNESE FONOAUDIOLÓGICA
PARA TRAUMAS DE FACE**
Departamento de ATM, Cirurgia Ortognática e Trauma de Face
Clínica/ Escola CEFAC Assistencial
Fonoaudióloga responsável: Esther Mandelbaum G Bianchini
Protocolo de Anamnese - Trauma de Face

I. Identificação:**Data do exame: //**

Nome:

D/N: Idade: Estado Civil:

Profissão/ Local de Trabalho:

Equipe responsável:

Queixa principal:

Data do acometimento:

Etiologia:

Histórico:

Primeiros Socorros (no local):

Primeiros Socorros (atendimento médico):

Internação:

Cirurgia:

Medicamentos (anteriores e atuais):

Exames/ RX:

Evolução:

Tratamento médico atual e prognóstico:

II. Sintomas relatados:

Presença de dor:

Limitação dos movimentos mandibulares:

Perda ou diminuição da mobilidade facial:

Incômodo ou sensação de corpo estranho:

Percebe mudança na oclusão:

Perda de sensibilidade:

Aumento de sensibilidade:

Descrição da alimentação atual:

Dificuldade ao mastigar:

Dificuldade em deglutir:

Engasgos:

Dificuldade em respirar ou falta de ar:

Dificuldade ou alteração ao falar:

Outras dificuldades:

Algumas dessas dificuldades já existiam antes do trauma?

III. Aspectos Gerais:

Outras regiões acometidas pelo trauma:

Saúde geral:

Situação emocional:

Atividade atual: (dados de trabalho):

ANEXO C
Normas da Revista CEFAC

Instruções aos Autores

Escopo e política

A **REVISTA CEFAC - Speech, Language, Hearing Sciences and Education Journal** (Rev. CEFAC.), ISSN 1516-1846, indexada nas bases de dados LILACS, SciELO, BVS, Sumários.org, Gale, Electronic Journals Service - Redalyc, ABEC, é publicada bimestralmente com o objetivo de registrar a produção científica sobre temas relevantes para a Fonoaudiologia e áreas afins. São aceitos para apreciação apenas trabalhos completos originais, preferencialmente em Inglês, também podendo ser em Português ou Espanhol; que não tenham sido anteriormente publicados, nem que estejam em processo de análise por outra revista. Caso aprovados, os artigos (tanto em língua estrangeira quanto na versão em português) deverão vir acompanhados de comprovante de que a tradução (língua estrangeira) e a correção (português) foram feitas por profissional habilitado. Inicialmente, a submissão poderá ser feita na versão em português, mas caso o artigo seja aprovado, o envio da versão em inglês é obrigatória. Podem ser encaminhados: artigos originais de pesquisa, artigos de revisão, comunicação breve e relatos de casos clínicos. Na seleção dos artigos para publicação, avaliam-se a originalidade, a relevância do tema e a qualidade da metodologia científica utilizada, além da adequação às normas editoriais adotadas pela revista. Os trabalhos que não respeitarem os requisitos técnicos e não estiverem de acordo com as normas para publicação não serão aceitos para análise e os autores serão devidamente informados, podendo ser novamente encaminhados para apreciação após as devidas reformulações. Todos os trabalhos, após avaliação técnica inicial e aprovação pelo Corpo Editorial, serão encaminhados para análise e avaliação de, no mínimo, dois pareceristas (peer review) de reconhecida competência no assunto abordado cujo anonimato é garantido durante o processo de julgamento. Os comentários serão compilados e encaminhados aos autores para que sejam realizadas as modificações sugeridas ou justificadas em caso de sua conservação. Após as correções sugeridas pelos revisores, a forma definitiva do trabalho e a carta resposta comentando ponto a ponto as observações dos avaliadores, deverão ser encaminhadas por e-mail, em arquivo Word, anexado, para o endereço revistacefac@cefac.br. Somente após aprovação final dos revisores e editores, os autores serão informados do aceite e os trabalhos passarão à sequência de entrada para publicação. Os artigos não selecionados receberão notificação da recusa e, não serão devolvidos.

É reservado ao departamento editorial da Revista CEFAC, o direito de modificação do texto, caso necessário e sem prejuízo de conteúdo, visando uniformizar termos técnicos e apresentação do manuscrito. Somente a Revista CEFAC poderá autorizar a reprodução em outro periódico dos artigos nela contidos. Nestes casos, os autores deverão pedir autorização por escrito à Revista CEFAC.

Envio do Manuscrito Para Submissão

Os documentos deverão ser enviados à *REVISTA CEFAC – Speech, Language, Hearing Sciences and Education Journal*, de forma eletrônica: <http://www.revistacefac.com.br>; contato: revistacefac@cefac.br, em arquivo Word anexado.

As confirmações de recebimento, contatos e quaisquer outras correspondências deverão ser encaminhados à Revista por e-mail.

Tipos de Trabalhos

Artigos originais de pesquisa: são trabalhos destinados à divulgação de resultados inéditos de pesquisa científica, de natureza quantitativa ou qualitativa; constituindo trabalhos completos. Sua estrutura formal deve apresentar os tópicos: *Introdução (Introduction)*, *Métodos (Methods)*, *Resultados (Results)*, *Discussão (Discussion)*, *Conclusão (Conclusion)* e *Referências (References)*. Máximo de 40 referências constituídas de 70% de artigos publicados em periódicos da literatura nacional e internacional, sendo estes preferencialmente dos últimos 5 anos. É recomendado: uso de subtítulos, menção de implicações clínicas e limitações do estudo, particularmente na discussão do artigo. Sugere-se, quando apropriado, o detalhamento do

tópico “Métodos”, informando a aprovação do Comitê de Ética e o número do processo, o desenho do estudo, local onde foi realizado, participantes, desfechos clínicos de interesse e intervenção. O resumo deve ser estruturado com 250 palavras no máximo e conter os tópicos: *Objetivo (Purpose)*, *Métodos (Methods)*, *Resultados (Results)* e *Conclusão (Conclusion)*.

Artigos de revisão de literatura: são revisões sistemáticas da literatura, constituindo revisões críticas e comentadas sobre assunto de interesse científico da área da Fonoaudiologia e afins, desde que tragam novos esclarecimentos sobre o tema, apontem falhas do conhecimento acerca do assunto, despertem novas discussões ou indiquem caminhos a serem pesquisados, preferencialmente a convite dos editores. Sua estrutura formal deve apresentar os tópicos: *Introdução (Introduction)* que justifique o tema de revisão incluindo o *objetivo*; *Métodos (Methods)* quanto à estratégia de busca utilizada (base de dados, referências de outros artigos, etc), e detalhamento sobre critério de seleção da literatura pesquisada (ex.: últimos 3 anos, apenas artigos de relatos de casos sobre o tema, etc.); *Revisão da Literatura (Literature Review)* comentada com discussão; *Conclusão (Conclusion)* e *Referências (References)*. Máximo de 40 referências de artigos publicados em periódicos da literatura nacional e internacional, sendo estes preferencialmente dos últimos 10 anos. O resumo deve conter no máximo 250 palavras e não deve ser estruturado.

Comunicação breve: são relatos breves de pesquisa ou de experiência profissional com evidências metodologicamente apropriadas; manuscritos que descrevem novos métodos ou técnicas serão também considerados. Sua estrutura formal deve apresentar os tópicos: *Introdução*, *Métodos*, *Resultados*, *Discussão*, *Considerações finais/Conclusões* e *Referências*. O resumo deve ser estruturado com 250 palavras no máximo e conter os tópicos: *Resumo (Abstract)*, *Objetivo (Purpose)*, *Métodos (Methods)*, *Resultados (Results)* e *Conclusão/Considerações Finais (Conclusion)*.

Relatos de casos clínicos: relata casos raros ou não comuns, particularmente interessantes ou que tragam novos conhecimentos e técnicas de tratamento ou reflexões. Devem ser originais e inéditos. Sua estrutura formal deve apresentar os tópicos: *Introdução (Introduction)*, sucinta e apoiada em literatura que justifique a apresentação do caso clínico; *Apresentação do Caso (Case Report)*, descrição da história, dos procedimentos e tratamentos realizados; *Resultados (Results)*, mostrando claramente a evolução obtida; *Discussão (Discussion)* fundamentada; *Conclusão/Considerações Finais (Conclusion/Final Considerations)* e *Referências (References)*, pertinente ao relato. Máximo de 30 referências constituídas de artigos publicados em periódicos da literatura nacional e internacional, preferencialmente dos últimos 5 anos. O resumo deve conter no máximo 250 palavras e não deve ser estruturado.

Forma e preparação de manuscritos

As normas da revista são baseadas no formato proposto pelo *International Committee of Medical Journal Editors* e publicado no artigo: *Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals*, versão de fevereiro de 2006 disponível em: <http://www.icmje.org/>

A Revista CEFAC apóia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do *International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE)*, reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e a divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Um ensaio clínico é qualquer estudo que atribua seres humanos prospectivamente a grupos de intervenção ou de comparação para avaliar a relação de causa e efeito entre uma intervenção médica e um desfecho de saúde. Os ensaios clínicos devem ser registrados em um dos seguintes registros:

<i>Australian Clinical Trials Registry</i>	http://actr.org.au
<i>ISRCTN Register</i>	http://www.clinicaltrials.gov/
<i>Netherlands Trial Register</i>	http://isrctn.org
	http://www.umin.ac.jp/ctr

Os autores são estimulados a consultar as diretrizes relevantes a seu desenho de pesquisa específico. Para obter relatórios de estudos controlados randomizados, os autores podem consultar as recomendações CONSORT <http://www.consort-statement.org/>

Requisitos Técnicos

a) Arquivos em Word, formato de página A4 (212 X 297mm), digitado em espaço simples, fonte Arial, tamanho 12, margens superior, inferior, direita e esquerda de 2,5 cm, com páginas numeradas em algarismos arábicos, na sequência: página de título, resumo, descritores, abstract, keywords, texto, agradecimentos, referências, tabelas ou figuras com as respectivas legendas. O manuscrito deve ter até 15 páginas, digitadas em espaço simples (conta-se da introdução até antes das referências), máximo de 10 tabelas (ou figuras). Gráficos, fotografias e ilustrações se caracterizam como figuras. Questionários podem vir como Anexo e devem, necessariamente, estar em formato de quadro.

b) permissão para reprodução do material fotográfico do paciente ou retirado de outro autor, quando houver; anexando cópia do “Consentimento Livre e Esclarecido”, constando a aprovação para utilização das imagens em periódicos científicos.

c) aprovação do *Comitê de Ética em Pesquisa* (CEP), quando referente a pesquisas com seres humanos. É obrigatória a apresentação do número do protocolo de aprovação da Comissão de Ética da instituição onde a pesquisa foi realizada, assim como a informação quanto à assinatura do “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”, por todos os sujeitos envolvidos ou seus responsáveis (*Resolução MS/CNS/CNEP nº 196/96 de 10 de outubro de 1996*).

d) carta assinada por todos os autores no Termo de Responsabilidade em que se afirme o ineditismo do trabalho assim como a responsabilidade pelo conteúdo enviado, garantindo que o artigo nunca foi publicado ou enviado a outra revista, reservando o direito de exclusividade à Revista CEFAC e autorizando a adequação do texto ao formato da revista, preservando seu conteúdo. A falta de assinatura será interpretada como desinteresse ou desaprovação à publicação, determinando a exclusão editorial do nome da pessoa da relação dos autores. Todas as pessoas designadas como autores devem ter participado suficientemente no trabalho para assumir responsabilidade pública pelo seu conteúdo. O crédito de autoria deve ser baseado somente em: 1) contribuições substanciais para a concepção e delineamento, coleta de dados ou análise e interpretação dos dados; 2) redação ou revisão crítica do artigo em relação a conteúdo intelectualmente importante; 3) aprovação final da versão a ser publicada.

Os editores podem solicitar justificativas quando o total de autores exceder a oito. Não será permitida a inclusão de um novo autor após o recebimento da primeira revisão feita pelos pareceristas.

Termo de Responsabilidade – Modelo

Nós, (Nome(s) do(s) autor(es) com, RG e CPF), nos responsabilizamos pelo conteúdo e autenticidade do trabalho intitulado _____ e declaramos que o referido artigo nunca foi publicado ou enviado a outra revista, tendo a Revista CEFAC direito de exclusividade sobre a comercialização, edição e publicação seja impresso ou on line na Internet. Autorizamos os editores a realizarem adequação de forma, preservando o conteúdo.

Data, Assinatura de todos os Autores

Preparo do Manuscrito

1. Página de Identificação: deve conter: **a)** título do manuscrito em Português (ou Espanhol) e Inglês, que deverá ser conciso, porém informativo; **b)** título resumido com até 40 caracteres, incluindo os espaços, em Português, Inglês ou em Espanhol; **c)** nome completo dos autores numerados, assim como profissão, cargo, afiliação acadêmica ou institucional e maior titulação acadêmica, sigla da instituição, cidade, estado e país; **d)** nome, endereço completo, fax e e-mail do autor responsável e a quem deve ser encaminhada a correspondência; **e)** indicar a área: Linguagem, Motricidade Orofacial, Voz, Audiologia, Saúde Coletiva, Disfagia, Fonoaudiologia Escolar, Fonoaudiologia Geral e Temas de Áreas Correlatas a que se aplica o trabalho; **f)** identificar o tipo de manuscrito: artigo original de pesquisa, artigo de revisão de literatura, comunicação breve, relatos de casos clínicos; **g)** citar fontes de auxílio à pesquisa ou indicação de financiamentos relacionados ao trabalho assim como conflito de interesse (caso não haja colocar inexistentes).

Em síntese:
Título do manuscrito: em português ou espanhol e em inglês.
Título resumido: até 40 caracteres em português, espanhol ou em inglês.

Autor Principal (1), Primeiro Co-Autor (2)...
(1) profissão, cargo, afiliação acadêmica ou institucional, sigla da Instituição, Cidade, Estado, País; maior titulação acadêmica.
(2) profissão, cargo, afiliação acadêmica ou institucional, sigla da Instituição, Cidade, Estado, País; maior titulação acadêmica.
Nome, endereço, telefone, fax e e-mail do autor responsável.
Área:
Tipo de manuscrito:
Fonte de auxílio:
Conflito de Interesse:

2. Resumo e descritores: a segunda página deve conter o resumo, em português (ou espanhol) e em inglês, com no máximo **250 palavras**. Deverá ser estruturado conforme o tipo de trabalho, descrito acima, em português e em inglês. O resumo tem por objetivo fornecer uma visão clara das principais partes do trabalho, ressaltando os dados mais significantes, aspectos novos do conteúdo e conclusões do trabalho. Não devem ser utilizados símbolos, fórmulas, equações e abreviaturas. Abaixo do *resumo/abstract*, especificar os *descritores/keywords* que definam o assunto do trabalho: no mínimo três e no máximo seis. Os descritores deverão ser baseados no *DeCS (Descritores em Ciências da Saúde)* publicado pela Bireme, que é uma tradução do *MeSH (Medical Subject Headings)* da *National Library of Medicine* e disponível no endereço eletrônico: <http://www.bireme.br>, seguir para: terminologia em saúde – consulta ao *DeCS*; ou diretamente no endereço: <http://decs.bvs.br>. Deverão ser utilizados sempre os descritores exatos.

No caso de Ensaio Clínico, abaixo do Resumo, indicar o número de registro na base de Ensaio Clínico (<http://clinicaltrials.gov>).

3. Texto: deverá obedecer à estrutura exigida para cada tipo de trabalho. Abreviaturas devem ser evitadas. Quando necessária a utilização de siglas, as mesmas devem ser precedidas pelo referido termo na íntegra em sua primeira aparição no texto. Os trabalhos devem estar referenciados no texto, em ordem de entrada sequencial numérica, com algarismos arábicos, sobrescritos, evitando indicar o nome dos autores. A Introdução deve conter dados que direcionem o leitor ao tema, de maneira clara e concisa, sendo que os objetivos devem estar claramente expostos no último parágrafo da Introdução. Por exemplo: O (s) objetivo (s) desta pesquisa foi (foram)....

O Método deve estar detalhadamente descrito. O primeiro parágrafo deve iniciar pela aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com o respectivo número de protocolo. Os critérios de inclusão e de exclusão devem estar especificados na casuística. Os procedimentos devem estar claramente descritos de forma a possibilitar réplica do trabalho ou total compreensão do que e como foi realizado. Protocolos relevantes para a compreensão do método devem ser incorporados à metodologia no final deste item e não como anexo, devendo constar o pressuposto teórico que a pesquisa se baseou (protocolos adaptados de autores, baseados ou utilizados na íntegra, etc.). No último parágrafo deve constar o tipo de análise estatística utilizada, descrevendo-se os testes utilizados e o valor considerado significativo. No caso de não ter sido utilizado teste de hipótese, especificar como os resultados serão apresentados. Os Resultados podem ser expostos de maneira descritiva, por tabelas ou figuras (gráficos, quadros, fotografias e ilustrações são chamados de figuras) escolhendo-se as que forem mais convenientes. Solicitamos que os dados apresentados não sejam repetidos em gráficos ou em texto.

4. Notas de rodapé: não deve haver notas de rodapé. Se a informação for importante para a compreensão ou para a reprodução do estudo, a mesma deverá ser incluída no corpo do artigo.

5. Agradecimentos: inclui colaborações de pessoas que merecem reconhecimento, mas que não justificam a inclusão como autores; agradecimentos por apoio financeiro, auxílio técnico, entre outros.

6. Referências Bibliográficas: a apresentação deverá estar baseada no formato denominado “*Vancouver Style*”, conforme exemplos abaixo, e os títulos de periódicos deverão ser abreviados de acordo com o estilo apresentado pela *List of Journal Indexed in Index Medicus*, da *National Library of Medicine* e disponibilizados no endereço: <http://nlmpubs.nlm.nih.gov/online/journals/ljweb.pdf>

Devem ser numeradas consecutivamente, na mesma ordem em que foram citadas no texto e identificadas com números arábicos sobrescritos. Se forem sequenciais, precisam ser separadas por hífen. Se forem aleatórias, a

separação deve ser feita por vírgulas.

Referencia-se o(s) autor(es) pelo seu sobrenome, sendo que apenas a letra inicial é em maiúscula, seguida do(s) nome(s) abreviado(s) e sem o ponto.

Para todas as referências, cite todos os autores até seis. Acima de seis, cite os seis primeiros, seguidos da expressão *et al.*

Comunicações pessoais, trabalhos inéditos ou em andamento poderão ser citados quando absolutamente necessários, mas não devem ser incluídos na lista de referências bibliográficas; apenas citados no texto.

Artigos de Periódicos

Autor(es) do artigo. Título do artigo. Título do periódico abreviado. Data, ano de publicação; volume(número):página inicial-final do artigo.

Ex.: Shriberg LD, Flipsen PJ, Thielke H, Kwiatkowski J, Kertoy MK, Katcher ML et al. Risk for speech disorder associated with early recurrent otitis media with effusions: two retrospective studies. *J Speech Lang Hear Res.* 2000;43(1):79-99.

Observação: Quando as páginas do artigo consultado apresentarem números coincidentes, eliminar os dígitos iguais. Ex: p. 320-329; usar 320-9.

Ex.: Halpern SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid-organ transplantation in HIV-infected patients. *N Engl J Med.* 2002Jul;25(4):284-7.

Ausência de Autoria

Título do artigo. Título do periódico abreviado. Ano de publicação; volume(número):página inicial-final do artigo.

Ex.: Combating undernutrition in the Third World. *Lancet.* 1988;1(8581):334-6.

Livros

Autor(es) do livro. Título do livro. Edição. Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação.

Ex.: Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. *Medical microbiology.* 4th ed. St. Louis: Mosby; 2002.

Capítulos de Livro

Autor(es) do capítulo. Título do capítulo. “In”: nome(s) do(s) autor(es) ou editor(es). Título do livro. Edição. Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação. Página inicial-final do capítulo.

Ex.: Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. *The genetic basis of human cancer.* New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.

Observações: Na identificação da cidade da publicação, a sigla do estado ou província pode ser também acrescentada entre parênteses. Ex.: Berkeley (CA); e quando se tratar de país pode ser acrescentado por extenso. Ex.: Adelaide (Austrália);

Quando for a primeira edição do livro, não há necessidade de identificá-la. A indicação do número da edição será de acordo com a abreviatura em língua portuguesa. Ex.: 4ª ed.

Anais de Congressos

Autor(es) do trabalho. Título do trabalho. Título do evento; data do evento; local do evento. Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação.

Ex.: Harnden P, Joffe JK, Jones WG, editors. Germ cell tumours V. *Proceedings of the 5th Germ Cell Tumour Conference; 2001 Sep 13-15; Leeds, UK.* New York: Springer; 2002.

Trabalhos apresentados em congressos

Autor(es) do trabalho. Título do trabalho apresentado. “In”: editor(es) responsáveis pelo evento (se houver). Título do evento: Proceedings ou Anais do título do evento; data do evento; local do evento. Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação. Página inicial-final do trabalho.

Ex.: Christensen S, Oppacher F. An analysis of Koza’s computational effort statistic for genetic programming. In: Foster JA, Lutton E, Miller J, Ryan C, Tettamanzi AG, editors. *Genetic programming. EuroGP 2002: Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming; 2002 Apr 3-5; Kinsdale, Ireland.* Berlin: Springer; 2002. p. 182-91.

Dissertação, Tese e Trabalho de Conclusão de curso

Autor. Título do trabalho [tipo do documento]. Cidade da instituição (estado): instituição; Ano de defesa do trabalho.

Ex.: Borkowski MM. *Infant sleep and feeding: a telephone survey of Hispanic Americans [dissertation].* Mount Pleasant (MI): Central Michigan University; 2002.

Ex.: Tannouri AJR, Silveira PG. Campanha de prevenção do AVC: doença carotídea extracerebral na população da grande Florianópolis [trabalho de conclusão de curso]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Medicina. Departamento de Clínica Médica; 2005.

Ex.: Cantarelli A. Língua: que órgão é este? [monografia]. São Paulo (SP): CEFAC – Saúde e Educação; 1998. *Material Não Publicado (No Prelo)*

Autor(es) do artigo. Título do artigo. Título do periódico abreviado. Indicar no prelo e o ano provável de publicação após aceite.

Ex.: Tian D, Araki H, Stahl E, Bergelson J, Kreitman M. Signature of balancing selection in Arabidopsis. Proc Natl Acad Sci USA. No prelo 2002.

Material Audiovisual

Autor(es). Título do material [tipo do material]. Cidade de publicação: Editora; ano.

Ex.: Marchesan IQ. Deglutição atípica ou adaptada? [Fita de vídeo]. São Paulo (SP): Pró-Fono Departamento Editorial; 1995. [Curso em Vídeo].

Documentos eletrônicos

ASHA: American Speech and Hearing Association. Otitis media, hearing and language development. [cited 2003 Aug 29]. Available from: http://asha.org/consumers/brochures/otitis_media.htm.2000

Artigo de Periódico em Formato Eletrônico

Autor do artigo(es). Título do artigo. Título do periódico abreviado [periódico na Internet]. Data da publicação [data de acesso com a expressão “acesso em”]; volume (número): [número de páginas aproximado]. Endereço do site com a expressão “Disponível em:”.

Ex.: Abood S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. Am J Nurs [serial on the Internet]. 2002 Jun [cited 2002 Aug 12]; 102(6):[about 3 p.]. Available from:<http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htm>

Monografia na Internet

Autor(es). Título [monografia na Internet]. Cidade de publicação: Editora; data da publicação [data de acesso com a expressão “acesso em”]. Endereço do site com a expressão “Disponível em:”.

Ex.: Foley KM, Gelband H, editores. Improving palliative care for cancer [monografia na Internet]. Washington: National Academy Press; 2001 [acesso em 2002 Jul 9]. Disponível em: <http://www.nap.edu/books/0309074029/html/>

Cd-Rom, DVD, Disquete

Autor (es). Título [tipo do material]. Cidade de publicação: Produtora; ano.

Ex.: Anderson SC, Poulsen KB. Anderson’s electronic atlas of hematology [CD-ROM]. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.

Homepage

Autor(es) da homepage (se houver). Título da homepage [homepage na Internet]. Cidade: instituição; data(s) de registro* [data da última atualização com a expressão “atualizada em”]; data de acesso com a expressão “acesso em[.]. Endereço do site com a expressão “Disponível em:”.

Ex.: Cancer-Pain.org [homepage na Internet]. New York: Association of Cancer Online Resources, Inc.; c2000-01 [atualizada em 2002 May 16; acesso em 2002 Jul 9]. Disponível em: <http://www.cancer-pain.org/>

Bases de dados na Internet

Autor(es) da base de dados (se houver). Título [base de dados na Internet]. Cidade: Instituição. Data(s) de registro [data da última atualização com a expressão “atualizada em” (se houver); data de acesso com a expressão “acesso em[.]. Endereço do site com a expressão “Disponível em:”.

Ex.: Jablonski S. Online Multiple Congenital Anomaly/Mental Retardation (MCA/MR) Syndromes [base de dados na Internet]. Bethesda (MD): National Library of Medicine (US). 1999 [atualizada em 2001 Nov 20; acesso em 2002 Aug 12]. Disponível em: http://www.nlm.nih.gov/mesh/jablonski/syndrome_title.html

7. Tabelas: cada tabela deve ser enviada em folha separada após as referências bibliográficas. Devem ser autoexplicativas, dispensando consultas ao texto ou outras tabelas e numeradas consecutivamente, em algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. Devem conter título na parte superior, em caixa alta, sem ponto final, alinhado pelo limite esquerdo da tabela, após a indicação do número da tabela. Abaixo de cada tabela, no mesmo alinhamento do título, devem constar a legenda, testes estatísticos utilizados (nome do teste e o valor de p), e a fonte de onde foram obtidas as informações (quando não forem do próprio autor). O

traçado deve ser simples em negrito na linha superior, inferior e na divisão entre o cabeçalho e o conteúdo. Não devem ser traçadas linhas verticais externas; pois estas configuram quadros e não tabelas.

8. Figuras (gráficos, fotografias, ilustrações): cada figura deve ser enviada em folha separada após as referências bibliográficas. Devem ser numeradas consecutivamente, em algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. As legendas devem ser apresentadas de forma clara, descritas abaixo das figuras, fora da moldura. Na utilização de testes estatísticos, descrever o nome do teste, o valor de p, e a fonte de onde foram obtidas as informações (quando não forem do próprio autor). Os gráficos devem, preferencialmente, ser apresentados na forma de colunas. No caso de fotos, indicar detalhes com setas, letras, números e símbolos, que devem ser claros e de tamanho suficiente para comportar redução. Deverão estar no formato JPG (Graphics Interchange Format) ou TIF (Tagged Image File Format), em alta resolução (mínimo 300 dpi) para que possam ser reproduzidas. Reproduções de ilustrações já publicadas devem ser acompanhadas da autorização da editora e autor. Todas as ilustrações deverão ser em preto e branco.

9. Análise Estatística: os autores devem demonstrar que os procedimentos estatísticos utilizados foram não somente apropriados para testar as hipóteses do estudo, mas também corretamente interpretados. Os níveis de significância estatística (ex.: $p < 0,05$; $p < 0,01$; $p < 0,001$) devem ser mencionados.

10. Abreviaturas e Siglas: devem ser precedidas do nome completo quando citadas pela primeira vez. Nas legendas das tabelas e figuras devem ser acompanhadas de seu nome por extenso. Quando presentes em tabelas e figuras, as abreviaturas e siglas devem estar com os respectivos significados nas legendas. Não devem ser usadas no título e no resumo.

11. Unidades: valores de grandezas físicas devem ser referidos nos padrões do Sistema Internacional de Unidades, disponível no endereço: <http://www.inmetro.gov.br/infotec/publicacoes/Si/si.htm>.

DECLARAÇÃO DE REVISÃO DE PORTUGUÊS – MODELO

_____, _____ de _____ de 201__.
(Cidade, dia, mês, ano)

Eu, _____(nome completo), _____ (profissão), portador(a) da cédula de identidade RG no. _____, declaro para os devidos fins que o artigo intitulado _____, a ser publicado na REVISTA CEFAC - Speech, Language, Hearing Sciences and Education Journal, foi por mim revisado. Desta forma, atesto a qualidade da redação do manuscrito.

(assinatura)

DECLARAÇÃO DE REVISÃO DE INGLÊS – MODELO

_____, _____ de _____ de 201__.
(Cidade, dia, mês, ano)

Eu, _____(nome completo), _____ (profissão), portador(a) da cédula de identidade RG no. _____, declaro para os devidos fins que o artigo intitulado _____, a ser publicado na REVISTA CEFAC - Speech, Language, Hearing Sciences and Education Journal, foi por mim revisado. Desta forma, atesto a correspondência entre as versões em português e em inglês bem como a qualidade da redação do manuscrito.

(assinatura)

Envio de manuscritos

Os documentos deverão ser enviados à **REVISTA CEFAC – ATUALIZAÇÃO CIENTÍFICA EM FONOAUDIOLOGIA E EDUCAÇÃO**, de forma eletrônica: <http://www.revistacefac.com.br>; contato: revistacefac@cefac.br, em arquivo Word anexado.

ANEXO D Normas da revista CODAS



INSTRUÇÕES AOS AUTORES

ISSN 2317-1782 versão on-line

Escopo e política

São aceitos trabalhos originais, em Português, Inglês ou Espanhol. Todos os trabalhos, após aprovação pelo Conselho Editorial, serão encaminhados para análise e avaliação de dois revisores, sendo o anonimato garantido em todo o processo de julgamento. Os comentários serão devolvidos aos autores para as modificações no texto ou justificativas de sua manutenção. Somente após aprovação final dos editores e revisores os trabalhos serão encaminhados para publicação. O conteúdo dos manuscritos é de inteira responsabilidade dos autores. Os artigos que não estiverem de acordo com as normas da revista não serão avaliados.

Todos os trabalhos terão publicação bilíngue Português/Inglês (ou Espanhol/Inglês), e a tradução para o Inglês será de responsabilidade dos autores.

A revista publica os seguintes tipos de artigos: Artigos originais, Revisões sistemáticas ou meta-análises, Comunicações breves, Relatos de casos, Cartas ao editor.

Artigos originais: são trabalhos destinados à divulgação de resultados de pesquisa científica. Devem ser originais e inéditos. Sua estrutura deverá conter necessariamente os seguintes itens: resumo e descritores, *abstract e keywords*, introdução, métodos, resultados, discussão, conclusão e referências. O resumo deve conter informações que incentivem a leitura do artigo e, assim, não conter resultados numéricos ou estatísticos. A introdução deve apresentar uma breve revisão de literatura que justifique os objetivos do estudo. Os métodos devem ser descritos com o detalhamento necessário e incluir apenas as informações relevantes para que o estudo possa ser reproduzido. Os resultados devem ser interpretados, indicando a relevância estatística para os dados encontrados, não devendo, portanto, ser mera apresentação de tabelas, quadros e figuras. Os dados apresentados no texto não devem ser duplicados nas tabelas, quadros e figuras e/ou vice e versa. Recomenda-se que os dados recebam análise estatística inferencial para que sejam mais conclusivos. A discussão não deve repetir os resultados nem a introdução, e a conclusão deve responder concisamente aos objetivos propostos, indicando clara e objetivamente qual é a relevância do estudo apresentado e sua contribuição para o avanço da Ciência. Das referências citadas (máximo 30), pelo menos 70% deverão ser constituídas de artigos publicados em periódicos da literatura nacional e estrangeira preferencialmente nos últimos cinco anos. O arquivo não deve conter mais do

que 30 páginas.

O número de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, bem como a afirmação de que todos os sujeitos envolvidos (ou seus responsáveis) assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no caso de pesquisas envolvendo pessoas ou animais (assim como levantamentos de prontuários ou documentos de uma instituição), são obrigatórios e devem ser citados no item métodos.

Revisões sistemáticas ou meta-análises: artigos destinados a identificar sistematicamente e avaliar criticamente todas as evidências científicas a respeito de uma questão de pesquisa. Resultam de uma pesquisa metodológica com o objetivo de identificar, coletar e analisar estudos que testam uma mesma hipótese, sistematicamente reúnem os mesmos dados, dispõem estes dados em gráficos, quadros e/ou tabelas e interpretam as evidências. As revisões sistemáticas de literatura devem descrever detalhadamente o método de levantamento dos dados, justificar a escolha das bases de dados consultadas e indicar a relevância do tema e a contribuição para a Ciência. Os resultados numéricos dos estudos incluídos na revisão podem, em muitas circunstâncias, ser analisados estatisticamente por meio de meta-análise. Os artigos de meta-análise devem respeitar rigorosamente as normas indicadas para essa técnica. Revisões sistemáticas e meta-análises devem seguir a estrutura: resumo e descritores, *abstract* e *keywords*, introdução, objetivos, estratégia de pesquisa, critérios de seleção, análise dos dados, resultados, conclusão e referências. Todos os trabalhos selecionados para a revisão sistemática devem ser listados nas referências. O arquivo não deve conter mais do que 30 páginas.

Relatos de casos: artigos que apresentam casos ou experiências inéditas, incomuns ou inovadoras com até dez sujeitos (ou casos), com características singulares de interesse para a prática profissional, descrevendo seus aspectos, história, condutas e resultados observados. Deve conter: resumo e descritores, *abstract* e *keywords*, introdução (com breve revisão da literatura), apresentação do caso clínico, discussão, comentários finais e referências (máximo 15). O arquivo não deve conter mais do que 20 páginas.

A apresentação do caso clínico deverá conter a afirmação de que os sujeitos envolvidos (ou seus responsáveis) assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, consentindo, desta forma, com a realização e divulgação da pesquisa e seus resultados. No caso de utilização de imagens de pacientes, anexar cópia do Consentimento Livre e Esclarecido dos mesmos, constando a aprovação para reprodução das imagens em periódicos científicos.

Comunicações breves: artigos curtos de pesquisa, com o objetivo de apresentar resultados preliminares interessantes e com impacto para a Fonoaudiologia. São limitados a 6000 caracteres (da introdução à conclusão). Seguem o mesmo formato dos Artigos originais, devendo conter: resumo e descritores, *abstract* e *keywords*, introdução, métodos, resultados, discussão, conclusão e referências. Devem conter no máximo duas tabelas/quadros/figuras e 15 referências, das quais pelo menos 70% deverão ser constituídas de artigos publicados em periódicos da literatura nacional e estrangeira, preferencialmente nos últimos cinco anos.

Cartas aos editores: críticas a matérias publicadas, de maneira construtiva, objetiva e educativa, ou discussões de assuntos específicos da atualidade. Serão publicadas a critério dos Editores. As cartas devem ser breves (até por volta de

4000 caracteres).

A CoDAS apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, somente serão aceitos para publicação os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE (<http://www.icmje.org>) ou em <http://www.who.int/ictrp/network/primary/en/index.html>. O número de identificação deverá ser apresentado ao final do resumo.

Forma e preparação de manuscritos

As normas que se seguem devem ser obedecidas para todos os tipos de trabalhos e foram baseadas no formato proposto pelo *International Committee of Medical Journal Editors* e publicado no artigo "*Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals*", versão de abril de 2010, disponível em: <http://www.icmje.org/>.

REQUISITOS TÉCNICOS

Devem ser incluídos, obrigatoriamente, além do arquivo do artigo, os seguintes documentos suplementares (digitalizados):

1. carta assinada por todos os autores, contendo permissão para reprodução do material e transferência de direitos autorais, além de pequeno esclarecimento sobre a contribuição de cada autor;
2. aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde foi realizado o trabalho, quando referente a pesquisas em seres humanos ou animais;
3. cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado pelo(s) sujeito(s) (ou seus responsáveis), autorizando o uso de imagem, quando for o caso;
4. declaração de conflitos de interesse, quando pertinente.

PREPARO DO MANUSCRITO

O texto deve ser formatado em Microsoft Word, RTF ou WordPerfect, em papel tamanho ISO A4 (212x297mm), digitad. em espaço duplo, fonte Arial tamanho 12, margem de 2,5 cm de cada lado, justificado, com páginas numeradas em algarismos arábicos; cada seção deve ser iniciada em uma nova página, n. seguinte sequência: página de identificação, resumo e descritores, *abstract* e *keywords*, texto (de acordo com os itens necessários para a seção para a qual o artigo foi enviado), agradecimentos, referências, tabelas, quadros, figuras (gráficos, fotografias e ilustrações) e anexos, com suas respectivas legendas. A extensão do manuscrito (incluindo página de rosto, resumo e *abstract*, texto, tabelas, quadros, figuras, anexos e referências) não deve ultrapassar as indicações mencionadas na descrição: 30 páginas para Artigos originais e Revisões sistemáticas ou meta-análises, 20 páginas para Relatos de

casos, 4500 caracteres para Comunicações breves, e 3000 caracteres para Cartas aos editores.

Página de identificação

Deve conter:

1. título do artigo, em Português (ou Espanhol) e Inglês. O título deve ser conciso, porém informativo;
2. título do artigo resumido com até 40 caracteres;
3. nome completo de cada autor, seguido do departamento e/ou instituição;
4. departamento e/ou instituição onde o trabalho foi realizado;
5. nome, endereço institucional e e-mail do autor responsável e a quem deve ser encaminhada a correspondência;
6. fontes de auxílio à pesquisa, se houver;
7. declaração de inexistência de conflitos de interesse;
8. texto breve descrevendo a contribuição de cada autor listado.

Resumo e descritores

A segunda página deve conter o resumo, em Português (ou Espanhol) e Inglês, de não mais que 250 palavras. Deverá ser estruturado de acordo com o tipo de artigo, contendo resumidamente as principais partes do trabalho e ressaltando os dados mais significativos. Assim, para Artigos originais, a estrutura deve ser, em Português: objetivo, métodos, resultados, conclusão; em Inglês: *purpose, methods, results, conclusion*. Para Revisões sistemáticas ou meta-análises a estrutura do resumo deve ser, em Português: objetivo, estratégia de pesquisa, critérios de seleção, análise dos dados, resultados, conclusão; em Inglês: *purpose, research strategies, selection criteria, data analysis, results, conclusion*. Para Relatos de casos o resumo não deve ser estruturado. Abaixo do resumo, especificar no mínimo cinco e no máximo dez descritores/*keywords* que definam o assunto do trabalho. Os descritores deverão ser baseados no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) publicado pela Bireme que é uma tradução do MeSH (*Medica. Subject Headings*) da *National Library of Medicine* e disponível no endereço eletrônico: <http://decs.bvs.br>.

Texto

Deverá obedecer a estrutura exigida para cada tipo de trabalho. A citação dos autores no texto deverá ser numérica e sequencial, utilizando algarismos arábicos entre parênteses e sobrescritos, sem data e preferencialmente sem referência ao nome dos autores, como no exemplo:

"... *Qualquer desordem da fala associada tanto a uma lesão do sistema nervoso quanto a uma disfunção dos processos sensorio-motores subjacentes à fala, pode ser classificada como uma desordem motora(11-13)...*"

Palavras ou expressões em Inglês que não possuam tradução oficial para o Português devem ser escritas em itálico. Os numerais até dez devem ser escritos por extenso.

No texto deve estar indicado o local de inserção das tabelas, quadros, figuras e anexos, da mesma forma que estes estiverem numerados, sequencialmente.

Todas as tabelas e quadros devem ser em preto e branco; as figuras (gráficos, fotografias e ilustrações) podem ser coloridas. Tabelas, quadros e figuras devem ser dispostas ao final do artigo, após as referências.

Agradecimentos

Inclui reconhecimento a pessoas ou instituições que colaboraram efetivamente com a execução da pesquisa. Devem ser incluídos agradecimentos às instituições de fomento que tiverem fornecido auxílio e/ou financiamentos para a execução da pesquisa, inclusive explicitando números de processos, quando for o caso.

Referências

Devem ser numeradas consecutivamente, na mesma ordem em que foram citadas no texto, e identificadas com números arábicos. A apresentação deverá estar baseada no formato denominado "Vancouver Style", conforme exemplos abaixo, e os títulos de periódicos deverão ser abreviados de acordo com o estilo apresentado pela *List of Journal Indexed in Index Medicus*, da *National Library of Medicine* e disponibilizados no endereço: <ftp://nlmpubs.nlm.nih.gov/online/journals/ljweb.pdf>

Para todas as referências, citar todos os autores até seis. Acima de seis, citar os seis primeiros, seguidos da expressão et al.

Recomenda-se utilizar preferencialmente referências publicadas nos últimos cinco anos.

ARTIGOS DE PERIÓDICOS

Shriberg LD, Flipsen PJ, Thielke H, Kwiatkowski J, Kertoy MK, Katcher ML et al. Risk for speech disorder associated with early recurrent otitis media with effusions: two retrospective studies. *J Speech Lang Hear Res.* 2000;43(1):79-99.

Wertzner HF, Rosal CAR, Pagan LO. Ocorrência de otite média e infecções de vias aéreas superiores em crianças com distúrbio fonológico. *Rev Soc Bras Fonoaudiol.* 2002;7(1):32-9.

LIVROS

Northern J, Downs M. *Hearing in children.* 3r. ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1983.

CAPÍTULOS DE LIVROS

Rees N. An overview of pragmatics, or what is in the box? In: Iwin J. *Pragmatics: the role in language development.* La Verne: Fox; 1982. p. 1-13.

CAPÍTULOS DE LIVROS (mesma autoria)

Russo IC. *Intervenção fonoaudiológica na terceira idade.* Rio de Janeiro: Revinter; 1999. *Distúrbios da audição: a presbiacusia;* p. 51-82.

TRABALHOS APRESENTADOS EM CONGRESSOS

Minna JD. Recent advances for potential clinical importance in the biology of lung cancer. In: Annual Meeting of the American Medical Association for Cancer Research; 1984 Sep 6-10; Toronto. Proceedings. Toronto: AMA; 1984; 25:2293-4.

DISSERTAÇÕES E TESES

Rodrigues A. Aspectos semânticos e pragmáticos nas alterações do desenvolvimento da linguagem [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo - Faculdade de Filosofia Letras e Ciências Humanas; 2002.

DOCUMENTOS ELETRÔNICOS

ASHA: American Speech and Hearing Association [Internet]. Rockville: American Speech-Language-Hearing Association; c1997-2008. Otitis media, hearing and language development. [cited 2003 Aug 29]; [about 3 screens] Available from: http://www.asha.org/consumers/brochures/otitis_media.htm

Tabelas

Apresentar as tabelas separadamente do texto, cada uma em uma página, ao final do documento. As tabelas devem ser digitadas com espaço duplo e fonte Arial 8, numeradas sequencialmente, em algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. Todas as tabelas deverão ter título reduzido, auto-explicativo, inserido acima da tabela. Todas as colunas da tabela devem ser identificadas com um cabeçalho. No rodapé da tabela deve constar legenda para abreviaturas e testes estatísticos utilizados. O número de tabelas deve ser apenas o suficiente para a descrição dos dados de maneira concisa, e não devem repetir informações apresentadas no corpo do texto. Quanto à forma de apresentação, devem ter traçados horizontais separando o cabeçalho, o corpo e a conclusão da tabela. Devem ser abertas lateralmente. Serão aceitas, no máximo, cinco tabelas.

Quadros

Devem seguir a mesma orientação da estrutura das tabelas, diferenciando apenas na forma de apresentação, que podem ter traçado vertical e devem ser fechados lateralmente. Serão aceitos no máximo dois quadros.

Figuras (gráficos, fotografias e ilustrações)

As figuras deverão ser encaminhadas separadamente do texto, ao final do documento, numeradas sequencialmente, em algarismos arábicos, conforme a ordem de aparecimento no texto. Todas as figuras deverão ter qualidade gráfica adequada (podem ser coloridas, preto e branco ou escala de cinza, sempre com fundo branco), e apresentar título em legenda, digitado em fonte Arial 8. As figuras poderão ser anexadas como documentos suplementares em arquivo eletrônico separado do texto (a imagem aplicada no processador de texto não significa que o original está copiado). Para evitar problemas que comprometam o padrão de publicação da CoDAS, o processo de digitalização de imagens ("scan") deverá obedecer os seguintes parâmetros: para gráficos ou esquemas usar 800 dpi/*bitmap* para traço; para ilustrações e fotos usar 300

dpi/RGB ou *grayscale*. Em todos os casos, os arquivos deverão ter extensão .tif e/ou .jpg. Também serão aceitos arquivos com extensão .xls (Excel), .cdr (CorelDraw), .eps, .wmf para ilustrações em curva (gráficos, desenhos, esquemas). Se as figuras já tiverem sido publicadas em outro local, deverão vir acompanhadas de autorização por escrito do autor/editor e constando a fonte na legenda da ilustração. Serão aceitas, no máximo, cinco figuras.

Legendas

Apresentar as legendas usando espaço duplo, acompanhando as respectivas tabelas, quadros, figuras (gráficos, fotografias e ilustrações) e anexos.

Abreviaturas e siglas

Devem ser precedidas do nome completo quando citadas pela primeira vez no texto. As abreviaturas e siglas usadas em tabelas, quadros, figuras e anexos devem constar na legenda com seu nome por extenso. As mesmas não devem ser usadas no título dos artigos e nem no resumo.

Tradução

A versão em Inglês será de responsabilidade dos autores. Após revisão técnica do manuscrito aprovado em Português os autores serão instruídos a realizarem a tradução do documento para a língua inglesa, garantindo pelo menos a correção por empresa especializada com experiência internacional.

Envio de manuscritos

Serão aceitos para análise somente os artigos submetidos pelo Sistema de Editoração *Online*, disponível em <http://mc04.manuscriptcentral.com/codas-scielo>.

Os autores dos artigos selecionados para publicação serão notificados, e receberão instruções relacionadas aos procedimentos editoriais técnicos. Os autores de manuscritos não selecionados para publicação receberão notificação com os motivos da recusa. Os trabalhos em análise editorial não poderão ser submetidos a outras publicações, nacionais ou internacionais, até que sejam efetivamente publicados ou rejeitados pelo corpo editorial. Somente o editor poderá autorizar a reprodução dos artigos publicados na CoDAS em outro periódico.

Em casos de dúvidas, os autores deverão entrar em contato com a secretaria executiva pelo e-mail revista@codas.org.br

ANEXO E

Normas da revista *Distúrbios da Comunicação*

Diretrizes para Autores



Revista DIC – Distúrbios da Comunicação publica artigos originais, comunicações, resenhas críticas e veicula resumos de dissertações e teses, cartas e informes, sobre temas das áreas da Saúde e Educação relacionados aos Distúrbios da Comunicação.

Cadastro dos autores: Antes de enviar o manuscrito **TODOS** os autores deverão estar cadastrados como leitores e autores da Revista DIC com nome completo, instituição, titulação e e-mail que devem ser inseridos nos metadados do sistema.

A identificação dos autores e instituição, portanto, **NÃO** deverá ser inserida no corpo do manuscrito para garantir o sigilo no processo de avaliação.

O manuscrito deve ser encaminhado para uma das CATEGORIAS DE PUBLICAÇÃO e deve conter os seguintes itens solicitados para cada seção:

ARTIGOS ORIGINAIS - contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa original inédita, que possam ser replicados e/ou generalizados, ou uma análise crítica de artigos. O autor deve deixar claro quais as questões que pretende responder e explicitar o método científico adotado. Nesta categoria será aceita revisão bibliográfica sistemática da literatura, de material publicado sobre um assunto específico e atualizações sobre o tema. Estudos experimentais envolvendo seres humanos devem fazer referência à aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição a que está vinculada a pesquisa.

- *Na primeira parte do texto deve constar:*
- Título do artigo;
- Versão exata do título para o inglês e espanhol;
- O manuscrito deve ter até 25 páginas, incluindo-se as referências bibliográficas;
- Especificar, caso o trabalho já tenha sido apresentado anteriormente, qual o congresso, data e cidade.

Todos os originais devem dispor de **resumo** de no máximo 250 palavras em português, inglês, e espanhol, seguido de três a seis descritores (nas três línguas), que são palavras-chave, e que auxiliarão a inclusão adequada do resumo nos bancos de dados bibliográficos; para tal, empregar a lista de "Descritores em Ciências da Saúde", elaborada pela Biblioteca Regional de Medicina e disponível nas bibliotecas médicas e no site <http://decs.bvs.br> ou no *Thesaurus of Psychological Index Terms*, da *American Psychological Association*.

O texto deverá conter:

- Introdução com revisão de literatura e objetivo; deve ser curta, definindo o problema estudado, sintetizando sua importância e destacando as lacunas do conhecimento ("estado da arte") que serão abordadas no artigo;
- Material e método explicitando a população estudada, a fonte de dados e critérios de seleção, dentre outros. Esses devem ser descritos de forma compreensiva e completa.
- Resultados com descrição dos achados encontrados sem incluir interpretações/comparações; devem ser separados da discussão. O texto deve complementar e não repetir o que está descrito em tabelas, quadros e/ou figuras. Essas não devem exceder o número de 10, e devem ser alocadas no final do artigo após as referências bibliográficas;
- Discussão que deve começar apreciando as limitações do estudo, seguida da comparação com a literatura e da interpretação dos autores;
- Conclusões, indicando os caminhos para novas pesquisas;
- Referências bibliográficas: Os ARTIGOS devem conter até 30 referências atualizadas, preferencialmente 70% de periódicos e 30% de livros, dissertações e teses. As referências de periódicos devem citar publicações de periódicos nacionais e internacionais.

A modalidade **ESTUDO DE CASO** pode ser aceita nesta seção, desde que apresente relato de casos não rotineiros. Especificamente quando se tratar desse tipo de estudo, deverá ter a descrição do histórico, condutas e procedimentos.

O texto deverá conter:

- Introdução (com breve revisão da literatura);
- Apresentação do Caso Clínico;
- Discussão;
- Comentários Finais;
- Referências bibliográficas.

COMUNICAÇÕES - são textos sintéticos sobre experiências clínicas, revisão bibliográfica não-sistemática ou outros assuntos de interesse da Fonoaudiologia. Os textos não devem ultrapassar 20 páginas, incluindo as referências.

Na primeira parte do texto deve constar:

- Título do artigo;
- Versão exata do título para o inglês e espanhol;
- O manuscrito deve ter até 20 páginas, incluindo-se as referências bibliográficas;
- Se o trabalho foi apresentado anteriormente, especificar qual o congresso, com data e cidade.

O **resumo** deve ter no máximo 250 palavras em português, inglês, e espanhol. Não precisa necessariamente ser estruturado, e abaixo dele, deve conter de três a seis descritores (em português, inglês e espanhol), que são palavras-chave, e que auxiliarão a inclusão adequada do resumo nos bancos de dados bibliográficos; para tal, empregar a lista de "Descritores em Ciências da Saúde", elaborada pela Biblioteca Regional de Medicina e disponível nas bibliotecas médicas e no site <http://decs.bvs.br> ou no *Thesaurus of Psychological Index Terms*, da *American Psychological Association*.

O texto deve conter, de forma estruturada ou não:

- Introdução com apresentação da proposta;
- Descrição e no caso de haver tabelas, quadros e/ou figuras (máximo de 10), essas devem ser colocadas na sequência, ao final do texto;
- Considerações finais;
- Referências bibliográficas: devem conter até 30 referências, atualizadas preferencialmente 70% de periódicos e 30% de livros, dissertações e teses. As referências de periódicos devem citar publicações de periódicos nacionais e internacionais.

RESENHAS - podem ser de artigos ou livros internacionais e não devem se restringir a resumos das obras e sim apresentar uma análise crítica, reflexiva, ter no máximo 2000 palavras, e no caso de haver referências bibliográficas, essas não devem exceder a 10.

Na primeira parte de texto deve constar:

- Título, seguido da referência completa do artigo ou livro a ser resenhado.

CARTA AO EDITOR- Inclui cartas que visam a discutir artigos recentes publicados na Revista ou a relatar pesquisas originais ou achados científicos significativos. Não devem exceder a 600 palavras.

RESUMOS DE DISSERTAÇÕES E TESES - são textos breves (até 500 palavras) sobre dissertações e teses recentemente defendidas nas áreas de interesse da revista. Apenas os manuscritos destas categorias podem ser encaminhados para e-mail : revistadic@gmail.com

Na primeira parte do texto deve constar:

- Título da dissertação/tese;
- Autor;
- Orientador;
- Grau e título do grau;

- Departamento/programa;
- Instituição de ensino superior;
- Data da defesa;
- Banca;
- Auxílio recebido (se houver).

OBSERVAÇÕES PARA TODAS AS CATEGORIAS DE PUBLICAÇÃO:

TODOS os textos devem ser encaminhados:

1. Pelo site <http://revistas.pucsp.br/index.php/dic/login>.
2. Formatado em folha tamanho A4 (210mm X 297mm), digitado em Word for Windows, usando fonte Arial, tamanho 12, em espaço simples, com margens de 25mm em todos os lados (laterais, superior e inferior). Todas as páginas devem ser numeradas;
3. No caso de apresentar abreviaturas ou siglas essas devem ser precedidas do nome completo quando citadas pela primeira vez. Nas legendas das tabelas e figuras devem ser acompanhadas de seu nome por extenso. Quando presentes em tabelas e figuras, as abreviaturas e siglas devem estar com os respectivos significados nas legendas. Não devem ser usadas no título e nos resumos. Valores de grandezas físicas devem ser referidos nos padrões do Sistema Internacional de Unidades, disponível no endereço: <http://www.inmetro.gov.br/infotec/publicacoes/Si/si.htm>.
4. A apresentação dos títulos de periódicos deverá ser abreviada de acordo com o estilo apresentado pela *List of Journal Indexed in Index Medicus*, da *National Library of Medicine* e disponibilizados no endereço: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog>.
5. Os autores devem enviar a contribuição que cada autor teve no desenvolvimento do manuscrito.
6. Todos os trabalhos terão publicação bilíngue Português/Inglês. Os artigos podem ser encaminhados em Português ou em Inglês. Nos casos dos artigos redigidos em Inglês será solicitada uma cópia em Português da versão final. A versão do artigo em Inglês é de responsabilidade exclusiva dos autores. Após revisão técnica do manuscrito aprovado em Português os autores serão orientados a realizarem a tradução completa do documento para a língua inglesa (que inclui tradução da contribuição de cada autor), e deverão enviar um comprovante informando que a tradução foi realizada por um profissional habilitado.
7. As citações devem ser numeradas de forma consecutiva, de acordo com a ordem em que forem sendo apresentadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos.
8. As referências bibliográficas devem seguir formato denominado “Vancouver Style”.

Apresentação das referências bibliográficas devem seguir os seguintes exemplos:

- **Artigos de Periódicos**
Autor(es) do artigo. Título do artigo. Título do periódico abreviado. Data, ano de publicação; volume(número):página inicial-final do artigo.
Ex.: Shriberg LD, Flipsen PJ, Thielke H, Kwiatkowski J, Kertoy MK, Katcher ML et al. Risk for speech disorder associated with early recurrent otitis media with effusions: two retrospective studies. *J Speech Lang Hear Res*. 2000;43(1):79-99.
Observação: Quando as páginas do artigo consultado apresentarem números coincidentes, eliminar os dígitos iguais.
Ex.: p. 320-329; usar 320-9. Ex.: Halpern SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid-organ transplantation in HIV-infected patients. *N Engl J Med*. 2002Jul;25(4):284-7.
- **Ausência de Autoria**
Título do artigo. Título do periódico abreviado. Ano de publicação; volume(número):página inicial-final do artigo.
Ex.: Combating undernutrition in the Third World. *Lancet*. 1988;1(8581):334-6.
- **Livros**
Autor(es) do livro. Título do livro. Edição. Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação.
Ex.: Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. *Medical microbiology*. 4th ed. St. Louis: Mosby; 2002.
- **Capítulos de Livro**
Autor(es) do capítulo. Título do capítulo. “In”: nome(s) do(s) autor(es) ou editor(es). Título do livro. Edição. Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação. Página inicial-final do capítulo.
Ex.: Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. *The genetic basis of human cancer*. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.
Observações: Na identificação da cidade da publicação, a sigla do estado ou província pode ser também acrescentada entre parênteses.
Ex.: Berkeley (CA); e quando se tratar de país pode ser acrescentado por extenso.
Ex.: Adelaide (Austrália);
Quando for a primeira edição do livro, não há necessidade de identificá-la;
A indicação do número da edição será de acordo com a abreviatura em língua portuguesa.
Ex.: 4ª ed.
- **Anais de Congressos**
Autor(es) do trabalho. Título do trabalho. Título do evento; data do evento; local do evento. Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação.

Ex.: Hamden P, Joffe JK, Jones WG, editors. Germ cell tumours V. Proceedings of the 5th Germ Cell Tumour Conference; 2001 Sep 13-15; Leeds, UK. New York: Springer; 2002.

- **Trabalhos apresentados em congressos**

Autor(es) do trabalho. Título do trabalho apresentado. “In”: editor(es) responsáveis pelo evento (se houver). Título do evento: Proceedings ou Anais do título do evento; data do evento; local do evento. Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação. Página inicial-final do trabalho.

Ex.: Christensen S, Oppacher F. An analysis of Koza's computational effort statistic for genetic programming. In: Foster JA, Lutton E, Miller J, Ryan C, Tettamanzi AG, editors. Genetic programming. EuroGP 2002: Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming; 2002 Apr 3-5; Kinsdale, Ireland. Berlin: Springer; 2002. p. 182-91.

- **Dissertação, Tese e Trabalho de Conclusão de curso**

Autor. Título do trabalho [tipo do documento]. Cidade da instituição (estado): instituição; Ano de defesa do trabalho.

Ex.: Borkowski MM. Infant sleep and feeding: a telephone survey of Hispanic Americans [dissertation]. Mount Pleasant (MI): Central Michigan University; 2002.

Ex.: Tannouri AJR, Silveira PG. Campanha de prevenção do AVC: doença carotídea extracerebral na população da grande Florianópolis [trabalho de conclusão de curso]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Medicina. Departamento de Clínica Médica; 2005.

Ex.: Cantarelli A. Língua: que órgão é este? [monografia]. São Paulo (SP): CEFAC – Saúde e Educação; 1998.

- **Material Não Publicado (No Prelo)**

Autor(es) do artigo. Título do artigo. Título do periódico abreviado. Indicar no prelo e o ano provável de publicação após aceite.

Ex.: Tian D, Araki H, Stahl E, Bergelson J, Kreitman M. Signature of balancing selection in Arabidopsis. Proc Natl Acad Sci USA. No prelo 2002.

- **Material Audiovisual**

Autor(es). Título do material [tipo do material]. Cidade de publicação: Editora; ano.

Ex.: Marchesan IQ. Deglutição atípica ou adaptada? [Fita de vídeo]. São Paulo (SP): Pró-Fono Departamento Editorial; 1995. [Curso em Vídeo].

- **Documentos eletrônicos**

ASHA: American Speech and Hearing Association. Otitis media, hearing and language development. [cited 2003 Aug 29]. Available from: http://asha.org/consumers/brochures/otitis_media.htm. 2000

- **Artigo de Periódico em Formato Eletrônico**

Autor do artigo(es). Título do artigo. Título do periódico abreviado [periódico na Internet]. Data da publicação [data de acesso com a expressão “acesso em”]; volume (número): [número de páginas aproximado]. Endereço do site com a expressão “Disponível em”.

Ex.: Abood S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. Am J Nurs [serial on the Internet]. 2002 Jun [cited 2002 Aug 12]; 102(6):[about 3 p.]. Available from: <http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htm>

- **Monografia na Internet**

Autor(es). Título [monografia na Internet]. Cidade de publicação: Editora; data da publicação [data de acesso com a expressão “acesso em”]. Endereço do site com a expressão “Disponível em”.

Ex.: Foley KM, Gelband H, editores. Improving palliative care for cancer [monografia na Internet]. Washington: National Academy Press; 2001 [acesso em 2002 Jul 9]. Disponível em: <http://www.nap.edu/books/0309074029/html/>

- **Cd-Rom, DVD, Disquete**

Autor (es). Título [tipo do material]. Cidade de publicação: Produtora; ano.

Ex.: Anderson SC, Poulsen KB. Anderson's electronic atlas of hematology [CD-ROM]. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.

- **Homepage**

Autor(es) da homepage (se houver). Título da homepage [homepage na Internet]. Cidade: instituição; data(s) de registro* [data da última atualização com a expressão “atualizada em”]; data de acesso com a expressão “acesso em”. Endereço do site com a expressão “Disponível em”.

Ex.: Cancer-Pain.org [homepage na Internet]. New York: Association of Cancer Online Resources, Inc.; c2000-01 [atualizada em 2002 May 16; acesso em 2002 Jul 9]. Disponível em: <http://www.cancer-pain.org/>

- **Bases de dados na Internet**

Autor(es) da base de dados (se houver). Título [base de dados na Internet]. Cidade: Instituição. Data(s) de registro [data da última atualização com a expressão “atualizada em” (se houver); data de acesso com a expressão “acesso em”. Endereço do site com a expressão “Disponível em”.

Ex.: Jablonski S. Online Multiple Congenital Anomaly/Mental Retardation (MCA/MR) Syndromes [base de dados na Internet]. Bethesda (MD): National Library of Medicine (US). [EMGB1] 1999 [atualizada em 2001 Nov 20; acesso em 2002 Aug 12]. Disponível em: http://www.nlm.nih.gov/mesh/jablonski/syndrome_title.html

Apresentação de tabelas, figuras e legendas deve seguir as seguintes normas:

- **Tabelas**

As tabelas devem estar após as referências bibliográficas. Devem ser auto-explicativas, dispensando consultas ao texto ou outras tabelas e numeradas consecutivamente, em algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. Devem conter título na parte superior,

em caixa alta, sem ponto final, alinhado pelo limite esquerdo da tabela, após a indicação do número da tabela. Abaixo de cada tabela, no mesmo alinhamento do título, devem constar a legenda, testes estatísticos utilizados (nome do teste e o valor de p), e a fonte de onde foram obtidas as informações (quando não forem do próprio autor). O traçado deve ser simples em negrito na linha superior, inferior e na divisão entre o cabeçalho e o conteúdo. Não devem ser traçadas linhas verticais externas; pois estas configuram quadros e não tabelas.

- **Figuras(gráficos, fotografias, ilustrações, quadros)**

Cada figura deve ser inserida em página separada após as referências bibliográficas. Devem ser numeradas consecutivamente, em algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. As legendas devem ser apresentadas de forma clara, descritas abaixo das figuras, fora da moldura. Na utilização de testes estatísticos, descrever o nome do teste, o valor de p, e a fonte de onde foram obtidas as informações (quando não forem do próprio autor). Os gráficos devem, preferencialmente, ser apresentados na forma de colunas. No caso de fotos, indicar detalhes com setas, letras, números e símbolos, que devem ser claros e de tamanho suficiente para comportar redução. Deverão estar no formato JPG (Graphics Interchange Format) ou TIF (Tagged Image File Format), em alta resolução (mínimo 300 dpi) para que possam ser reproduzidas. Reproduções de ilustrações já publicadas devem ser acompanhadas da autorização da editora e autor. Todas as ilustrações deverão ser em preto e branco.

Legendas

Elaborar as legendas usando espaço duplo, uma em cada página separada. Cada legenda deve ser numerada em algarismos arábicos, correspondendo a cada tabela ou figura e na ordem em que foram citadas no trabalho.

Processo Avaliativo dos Originais

Todo manuscrito enviado para publicação será submetido a uma pré-avaliação inicial, pelo Corpo Editorial e em seguida encaminhado à avaliação de mérito por pares (no mínimo dois pareceristas. O material será devolvido ao(s) autor(es) caso haja necessidade de mudanças ou complementações. Em caso de divergência de pareceres, o texto será encaminhado a um terceiro parecerista, para mediação. A decisão final sobre o mérito do trabalho é de responsabilidade do Corpo Editorial da Revista DIC. A publicação do trabalho implica a cessão integral dos direitos autorais à Revista Distúrbios da Comunicação, não sendo permitida a reprodução parcial ou total de artigos e matérias publicadas, sem a prévia autorização dos editores.

Idiomas dos artigos para publicação: Português, espanhol e inglês.

Dúvidas entrar em contato com o e-mail: revistadic@gmail.com

Condições para submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

1. A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista; caso contrário, deve-se justificar em "Comentários ao Editor".
2. Os arquivos para submissão estão em formato Microsoft Word, OpenOffice ou RTF (desde que não ultrapassem 2MB)
3. URLs para as referências foram informadas quando disponíveis.
4. O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em [Diretrizes para Autores](#), na seção Sobre a Revista.
5. Em caso de submissão a uma seção com avaliação pelos pares (ex.: artigos), as instruções disponíveis em [Assegurando a Avaliação pelos Pares Cega](#) foram seguidas.

Declaração de Direito Autoral

Os autores concedem à revista todos os direitos autorais referentes aos trabalhos publicados. Os conceitos emitidos em artigos assinados são de absoluta e exclusiva responsabilidade de seus autores.

Política de Privacidade

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.

ANEXO F

Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ACIDENTES DE TRÂNSITO POR MOTOCICLETA: O ACESSO A REABILITAÇÃO EM FONOAUDIOLOGIA E A CONTINUIDADE DO CUIDADO

Pesquisador: Gabriela Pacheco

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 24399613.4.0000.5198

Instituição Proponente: Hospital da Restauração - PE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio
Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 504.301

Data da Relatoria: 26/11/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo observacional e de corte transversal, a ser realizado na cidade do Recife, com vítimas de acidentes por motocicleta assistidas no Hospital da Restauração

Objetivo da Pesquisa:

Tem por objetivo avaliar o acesso e a continuidade do cuidado em Fonoaudiologia para vítimas de acidentes de transporte por motocicletas.

avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa apresenta riscos mínimos, uma vez que intervenções diretas não serão realizadas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa apresenta relevância científica, epidemiológica, social e, sobretudo, na organização das redes de assistência à saúde dentro do SUS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos obrigatórios apresentam-se adequadamente anexados.

Recomendações:

Endereço: Av. Agamenon Magalhães, s/nº 5º Andar
 Bairro: Derby CEP: 52.010-040
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (51)3181-5803 Fax: (51)3181-5803 E-mail: joalmarolive@terra.com.br

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO 

Continuação do Parecer 504.301

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisa apresenta embasamento teórico, metodológico e ético e possui importância social, devendo ser executada dentro da metodologia proposta.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

RECIFE, 23 de Dezembro de 2013

Assinador por:
Josimário João da Silva
(Coordenador)

Endereço: Av. Agamenon Magalhães, s/nº 5º Andar
Bairro: Derby CEP: 52.010-040
UF: PE Município: RECIFE
Telefone: (81)3181-5803 Fax: (81)3181-5803 E-mail: josimarjosilva@terra.com.br

ANEXO G

Aprovação para publicação da Resenha

Revista Distúrbios da Comunicação revistadic@gmail.com por.pucsp.br
para mim

Sra Maria Gabriella Pacheco da Silva,

Foi tomada uma decisão sobre a resenha submetida à revista Distúrbios da Comunicação. ISSN 2176-2724, "Influência do uso do capacete em Trauma Facial em vítimas de lesões cerebrais traumáticas moderadas decorrentes de acidentes de motocicletas".

A decisão é: Aprovado para Publicação.

Qualquer alteração que os autores julgarem necessária, desde que não afete o conteúdo, deverá ser feita dentro do prazo máximo de 5 (cinco) dias a partir da data desse comunicado, devendo ser enviada a solicitação para o e-mail: revistadic@gmail.com. Após essa data e, principalmente, depois da publicação do artigo, não será aceita nenhuma outra alteração.

O manuscrito seguirá para revisão editorial, revisão bibliográfica, diagramação, e então entrará na pauta para publicação on line. A previsão para o fascículo ser publicado depende do andamento das publicações aceitas anteriormente à sua. Quando o manuscrito estiver disponível no site, o autor principal será informado. A Revista Distúrbios da Comunicação agradece a submissão do seu trabalho e espera receber seus próximos manuscritos.

Atenciosamente,
Michele Picanço do Carmo
Editora Jr.