

Maria Gabriella Pacheco da Silva¹ 

Vanessa de Lima Silva² 

Cynthia Maria Barboza do Nascimento² 

Mirella Bezerra Rodrigues Vilela² 

Maria Luiza Lopes Timóteo de Lima² 

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

Access to speech-language pathology therapy and continuity of assistance in Primary Health Care for victims of motorcycle accidents

Descritores

Fonoaudiologia
Atenção Primária à Saúde
Reabilitação
Acidentes
Motocicletas

Keywords

Speech, Language and Hearing Sciences
Primary Health Care
Rehabilitation
Accidents
Motorcycles

Endereço para correspondência:

Maria Gabriella Pacheco da Silva
Departamento de Fonoaudiologia,
Universidade Federal de Pernambuco – UFPE
Av. Prof. Moraes Rego, 1235, Cidade Unversitária, Recife (PE), CEP: 50670-901.
E-mail: gabriellafono@gmail.com

Recebido em: Junho 22, 2018

Aceito em: Maio 07, 2019

RESUMO

Objetivo: Verificar o acesso à reabilitação fonoaudiológica e a continuidade do cuidado pela Atenção Primária à Saúde (APS) em vítimas de acidente de motocicleta. **Método:** Trata-se de estudo realizado em um hospital de grande porte localizado em Recife-Pernambuco, recrutado entre o período de junho e julho de 2014. Após a alta hospitalar todos foram contatados para investigação do processo de reabilitação fonoaudiológica. Para o estudo na Atenção Primária à Saúde, foram utilizadas medidas de frequência absoluta e relativa. Já os casos em reabilitação foram descritos através de quadros. **Resultados:** Foi verificado que 99 indivíduos foram vítimas de acidentes por motocicletas no período estudado. Desses, 30 entrevistados referiram ter essas queixas de alteração no sistema estomatognático, dos quais 8 estavam em reabilitação e 18 referiram residir em área adstrita a Unidade de Saúde da Família. 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. Um dos aspectos relacionados à continuidade do cuidado pela Atenção Primária à Saúde, como a busca e obtenção de insumos, foi visto como frequente. Ao contrário da visita domiciliar, menos frequente. **Conclusão:** Foram identificados obstáculos que dificultaram o acesso à fonoterapia, assim como fragilidades nos cuidados dispensados pela Atenção Primária, como a visita domiciliar, contribuindo para a fragmentação do cuidado contínuo e integral às vítimas.

ABSTRACT

Purpose: To verify the access to speech-language pathology (SLP) therapy and continuity of assistance in Primary Health Care (PHC) for victims of motorcycle accidents. **Methods:** A quantitative and qualitative study was conducted at a large hospital in the city of Recife, Pernambuco state, Brazil. Among the 99 victims recruited between June and July 2014, 30 had SLP complaints as a result of the accidents. After hospital discharge, all victims were contacted for investigation of the SLP rehabilitation process. Absolute and relative frequencies were used for the analysis in PHC, and data were displayed in tables for the therapy cases. **Results:** Among the 30 individuals who reported having alterations of the stomatognathic system, eight were undergoing rehabilitation and 18 reported residing in an area covered by the Family Health Strategy (primary care modality). Seeking and obtaining continuity of treatment (medication and bandaging) in primary care were frequent; in contrast, home visits were less frequent. The main obstacles to access SLP therapy were distance to the service and waiting time to begin treatment. **Conclusion:** This study identified obstacles that hamper access to SLP therapy in PHC, such as the low frequency of home visits, contributing to the fragmentation of continuous and complete care for victims.

Trabalho realizado no Departamento de Fonoaudiologia, Universidade Federal de Pernambuco – UFPE - Recife (PE), Brasil.

¹ Universidade São Miguel - Recife (PE), Brasil.

² Departamento de Fonoaudiologia, Universidade Federal de Pernambuco – UFPE - Recife (PE), Brasil.

Fontes de financiamento: nada a declarar.

Conflito de interesses: nada a declarar.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

INTRODUÇÃO

No âmbito das morbidades, em 2016, 10,08% do total de internações hospitalares foram decorrentes de causas externas. Destes, 15,8% foram acidentes de trânsito terrestre. Para as internações por acidentes de motocicletas, esses números são alarmantes, uma vez que entre 2008 e 2016 houve aumento de 262,1% no risco de internação por estes acidentes, que passaram de 2,08 para 5,02 internações por 10 mil habitantes⁽¹⁾.

Geralmente as lesões decorrentes do acidente por motocicleta são mais graves e as vítimas necessitam de cuidados especializados. No estudo de Koizumi⁽²⁾ 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⁽³⁾ 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”. Para somar esforços e ampliar a oferta de serviços de saúde às vítimas com sequelas, o Ministério da Saúde instituiu em 2012 a Rede de Cuidados à pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). E, para tal, o SUS deve ofertar uma rede de serviços de reabilitação integrada, articulada e efetiva nos diferentes níveis de atenção para os usuários que necessitem deste tipo de serviço^(4,5). O acesso à reabilitação fonoaudiológica, para os casos de acidentes por motocicletas, poderia minimizar as sequelas decorrentes do acidente que interferem na qualidade de vida dos acidentados.

Para o presente estudo, foi tomado como referência o conceito empregado por Donabedian⁽⁶⁾, que utiliza o termo “acessibilidade” para indicar o grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde, focando a 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⁽⁶⁾.

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. 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 APS⁽⁷⁾. Nesse contexto, conta-se com a participação dos fonoaudiólogos para orientar e coordenar o cuidado e acesso dos acidentados na rede, garantindo a reabilitação dos distúrbios da comunicação humana neste nível de atenção.

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⁽⁸⁾.

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

MÉTODO

Trata-se de um estudo observacional do tipo corte transversal que engloba três momentos: no primeiro momento foram recrutados os casos de vítimas de acidentes de trânsito por motocicleta no ambiente hospitalar; no segundo momento, constou, após a alta hospitalar, no ambiente domiciliar, do levantamento dos casos com alterações nas funções do sistema estomatognático; no terceiro momento, verificaram-se os casos adscritos na APS e em processo de reabilitação fonoaudiológica

A população do estudo, no primeiro momento, constou de todas as vítimas de acidentes de motocicletas atendidas no hospital da Restauração, entre junho e julho de 2014, o que somou 99 casos. Desses, no segundo momento, foram incluídos os participantes que apresentaram alterações nas funções do sistema estomatognático, totalizando 30 casos. Para o terceiro momento, foram incluídos os casos que estavam adscritos na APS, o que totalizou 18 indivíduos e, entres estes, 8 casos apresentavam-se em reabilitação fonoaudiológica.

No âmbito hospitalar, no primeiro momento, foi levantado um total de 99 vítimas de acidentes por motocicletas internadas nas enfermarias de Bucomaxilofacial, Neurocirurgia e Traumatologia, entre junho e julho de 2014. A pesquisa foi realizada em um hospital público de grande porte localizado na cidade do Recife, considerado de referência em neurocirurgia.

Após um período que variou entre um e três meses, tempo sugestivo para a alta hospitalar de todos os participantes do primeiro momento, iniciou-se um segundo momento. Nessa ocasião, todos os pacientes foram contatados por telefone, para responderem a uma breve anamnese sobre possíveis alterações no sistema estomatognático.

A entrevista foi realizada por uma das pesquisadoras, por telefone, utilizando as duas primeiras partes do protocolo de Anamnese Fonoaudiológica para Trauma de Face⁽⁹⁾, o qual foi respondido pelo próprio participante, recrutado para amostra, ou por um cuidador, quando por ventura o caso o requeresse.

O Protocolo de Anamnese Fonoaudiológica para Trauma de Face⁽⁹⁾ é um instrumento direcionado aos aspectos da comunicação humana que podem estar alterados em consequência de traumas em região de cabeça e pescoço. É composto por duas partes: uma anamnese, utilizada para o presente estudo, em que puderam ser levantados dados sobre as principais queixas miofuncionais nessa região corporal, tais como: perda ou diminuição da mobilidade facial, mudança de oclusão, limitação na abertura da mandíbula, dificuldade na mastigação, mudança na consistência alimentar, alteração na fala, dificuldade de deglutição e engasgo. A segunda parte refere-se à avaliação dos aspectos morfológicos e funcionais do sistema estomatognático.

Para o terceiro momento, constatou-se que 18 indivíduos apresentavam queixas fonoaudiológicas e simultaneamente estavam adscritos na atenção primária à saúde.

Considerou-se esse o terceiro momento do estudo, e, para estes participantes, foi aplicado um questionário estruturado com 10 questões, elaborado pela pesquisadora e adaptado do questionário de Almeida e Macinko⁽¹⁰⁾. O questionário foi composto pelas variáveis: necessidade de medicação/curativo; Em caso positivo, procurou a Unidade de Saúde da Família (USF); Obteve o que procurou através da USF?; Recebeu a visita de algum profissional da USF após o acidente?; Em caso positivo, qual a frequência das visitas?; Recebeu orientações gerais de saúde pela USF?; Teve ajuda da USF para a nova condição de vida?; Os profissionais da USF têm conhecimento da necessidade de reabilitação do paciente?; Recebeu atendimento médico, enfermeiro ou equipe do NASF?. As repostas foram categorizadas em: nunca, às vezes e sempre.

Foi observado que, embora 30 indivíduos tivessem queixas de alterações no sistema estomatognático, apenas 8 estavam realizando reabilitação em Fonoaudiologia. Para esses casos, o presente estudo analisou as informações sobre o microcontexto do acesso aos serviços de Fonoaudiologia.

Para analisar os dados quantitativos, foram mensuradas as frequências absolutas e relativas, e as medianas, com resultados dispostos em uma escala gráfica para facilitar a visualização de repostas de maior ocorrência.

Para avaliação do acesso aos serviços de Fonoaudiologia, estabeleceram-se categorias divididas em quatro 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 dos usuários para tomar decisões bem informadas sobre o uso dos serviços de saúde; Aceitabilidade - compreende a natureza dos serviços prestados e o modo como eles são percebidos pelos indivíduos e comunidades⁽¹¹⁾.

No presente estudo, todos os indivíduos participantes foram orientados e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o parecer nº 504.301/12.

RESULTADOS

Os indivíduos selecionados no primeiro momento totalizaram 99, dos quais, 90 eram do sexo masculino, com idade média de 32,4 anos.

Verificou-se ainda que, dos 99 entrevistados após alta hospitalar, 30 indivíduos referiram queixas fonoaudiológicas, 88% eram do sexo masculino e com idade média de 32,5 anos e 60% (18 indivíduos) residiam em área coberta por USFs. O tempo de internação hospitalar oscilou, com o mínimo de quatro dias e máximo de duzentos dias.

Em relação à continuidade do cuidado na APS, dos 18 casos de vítimas de acidentes de moto, foi observado que 96,6% necessitavam de algum tipo de medicação ou curativo após a alta hospitalar. Destes, 83,3% procuraram a USF e 80% destes obtiveram o que buscaram. A visita domiciliar foi realizada em 44,4% dos casos, com periodicidade mensal em 50% destes. O atendimento médico, enfermeiro ou equipe NASF foi prestado em 77,7% (Figura 1).

Outros atributos como orientações sobre cuidados gerais de saúde e ajuda da USF para a nova condição de vida foram frequentes, com 66,6% e 61%, respectivamente. O conhecimento sobre a necessidade de reabilitação em Fonoaudiologia ficou restrita aos casos que já estavam em processo terapêutico de fonoterapia (33,3%) (Figura 1).

Verificou-se a predominância do sexo masculino entre esses casos (5/8 casos), cuja idade variou entre 21 e 54 anos, e 6 estão adscritos em alguma USF (Quadro 1).

Com relação aos dados de acesso, foi constatado que o tempo de espera para início do tratamento em Fonoaudiologia variou entre duas semanas e três meses. As queixas referidas mais comuns foram: alteração na fonoarticulação (oito casos), dor em região da face e limitação dos movimentos mandibulares (seis casos). Constatou-se que seis pessoas realizavam reabilitação em Fonoaudiologia em serviços vinculados ao SUS. Os principais obstáculos apontados para o acesso à reabilitação foram a distância aos serviços de Fonoaudiologia, geralmente localizados em municípios vizinhos, e o tempo de espera para início do tratamento. Dos oito casos estudados, apenas um havia retornado às atividades laborais (Quadro 2).

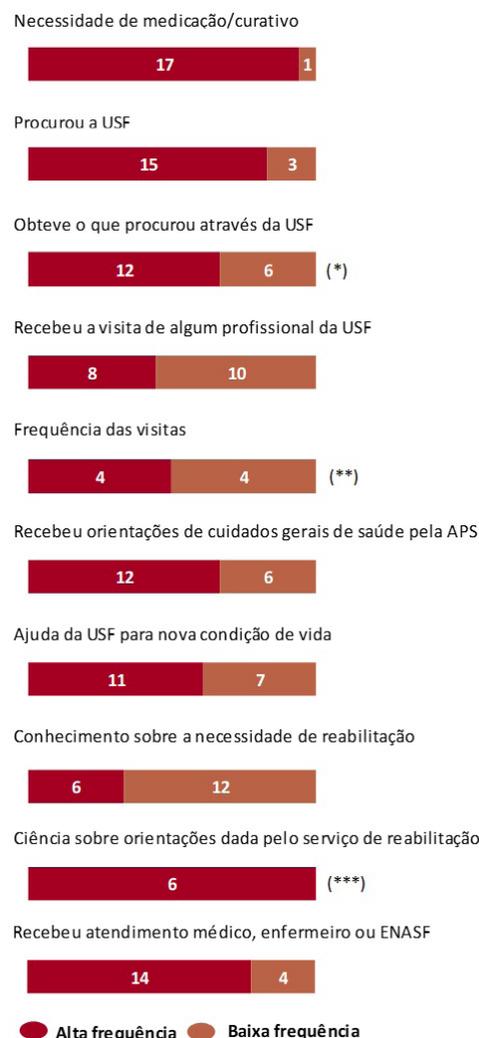


Figura 1. Escala para quantificação das atribuições da APS para continuidade do cuidado

Quadro 1. Descrição dos casos que estão inseridos nos serviços de reabilitação em Fonoaudiologia após acidente motociclístico, variáveis ligadas à pessoa e ao acidente, Recife, 2014

Casos	Idade	Sexo	Município de resid.	Lesões decorrentes do acidente de moto	Tempo de internação (dias)	Adscrição em USF
1	54	Masculino	Jurema-PE	TCE grave; Múltiplas fraturas em face; Fratura em membro inferior.	84	Sim
2	32	Masculino	Saloá-PE	TCE grave; Múltiplas fraturas em face; Fratura em membro inferior	200	Sim
3	25	Masculino	Recife-PE	TCE leve; Fratura em Face.	47	Sim
4	21	Masculino	Olinda-PE	Trauma de face tipo Lefort I e II; Perda dentária.	21	Não
5	34	Masculino	Belo Jardim	TCE leve; Fratura em região de face; Laceração extensa em língua.	33	Sim
6	21	Feminino	Goiana-PE	TCE grave; Fratura em região de face; Traumatismo dentário'.	45	Não
7	24	Masculino	Goiana-PE	Trauma de face tipo Lefort I; NOE; Traumatismo dentário.	4	Sim
8	23	Feminino	Recife-PE	TCE leve; Fratura complexa em terço médio da face; Amputação de membro inferior	30	Sim

Quadro 2. Descrição dos casos que estão inseridos nos serviços de reabilitação em Fonoaudiologia após acidente motociclístico, variáveis ligadas às sequelas e ao acesso à reabilitação, Recife, 2014

Nome/Caso	Queixas fonoaudiológicas	Tempo de espera/início do tratamento	Serviço de reabilitação em Fonoaudiologia	Dificuldade referida para o acesso à Fonoaudiologia	Retorno às atividades laborais
Caso 1	Presença de dor em região da face; Mudança na consistência alimentar;	2 semanas	Policlínica pelo SUS no município de residência	Distância para o serviço de reabilitação	Não
	Dificuldade para mastigar e deglutir; Engasgos para líquidos; Alteração na fonoarticulação.				
Caso 2	Diminuição na mobilidade facial; Mudança na consistência alimentar;	2 semanas	Equipe NASF	Dificuldade para obter a assistência em Fonoaudiologia	Não
	Dificuldade para mastigar e deglutir; Engasgos para líquidos; Alteração na fonoarticulação.				
Caso 3	Limitação dos movimentos mandibulares; Inchaço em região de face;	3 meses	Clínica escola de uma instituição de ensino superior	Não estar orientado onde procurar o serviço de Fonoaudiologia pelo SUS	Não
	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.				
Caso 4	Presença de dor em região da face; Limitação dos movimentos mandibulares;	2 meses	Serviço particular no município vizinho	Não estar orientado onde procurar o serviço de Fonoaudiologia pelo SUS	Não
	Diminuição da mobilidade facial; Mudança na oclusão;				
	Mudança na consistência alimentar; Dificuldade para mastigar e deglutir; Engasgos para líquidos; Alteração na fonoarticulação.				
Caso 5	Presença de dor em região da face; Limitação dos movimentos mandibulares;	1 mês	Serviço de reabilitação pelo SUS de outro município	Distância e transporte para chegar ao serviço	Não
	Diminuição da mobilidade facial; Mudança na oclusão;				
	Mudança na consistência alimentar; Dificuldade para mastigar; Alteração na fonoarticulação.				
Caso 6	Presença de dor em região da face; Limitação dos movimentos mandibulares;	3 semanas	Serviço privado no município de residência	Não haver serviço pelo SUS no município de residência	Não
	Diminuição da mobilidade facial; Mudança na oclusão;				
	Mudança na consistência alimentar; Dificuldade para mastigar e deglutir;				
	Alteração na fonoarticulação.				

Tabela 2. Continuação...

Nome/Caso	Queixas fonoaudiológicas	Tempo de espera/início do tratamento	Serviço de reabilitação em Fonoaudiologia	Dificuldade referida para o acesso à Fonoaudiologia	Retorno às atividades laborais
Caso 7	Presença de dor em região da face; Limitação dos movimentos mandibulares;	40 dias	Serviço do SUS de outro município	Distância para o serviço	Sim
	Mudança na oclusão; Mudança na consistência alimentar;				
	Dificuldade para mastigar; Alteração na fonoarticulação.				
Caso 8	Presença de dor em região da face; Limitação dos movimentos mandibulares;	2 meses	Serviço de reabilitação do SUS	Tempo aguardando vaga	Não
	Mudança na oclusão; Mudança na consistência alimentar;				
	Dificuldade para mastigar; Alteração na fonoarticulação.				

DISCUSSÃO

Os indivíduos selecionados totalizaram 99, sendo 90 desses do sexo masculino, com idade média de 32,4 anos. Os achados corroboram os de outros estudos, como os de Calil et al.⁽⁸⁾ e Oliveira e Sousa⁽⁹⁾ que verificaram que a população masculina é mais acometida por esse tipo de acidente de trânsito, com idade média de 32,7 anos.

No grupo estudado, houve predomínio do sexo masculino, faixa etária adultos jovens, distribuídos em diferentes municípios. Esses dados corroboram outros estudos^(12,13) que verificaram que a população masculina é a mais acometida por esse tipo de acidente de trânsito. Os registros do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), em 2014, apontam também que 83% dos casos de óbitos nos acidentes motociclistas envolveram a população masculina⁽¹⁴⁾. Dos casos descritos, os que tiveram maior tempo de internação foram os indivíduos que foram acometidos por Traumatismo Crânioencefálico (TCE) (200, 84, 47, 45 dias) (Quadro 1). O traumatismo crânioencefálico 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 a ficar por mais tempo internada⁽¹⁵⁾.

No grupo estudado, as queixas fonoaudiológicas, após o acidente, foram: Alteração na fonoarticulação, presença de dor em região da face e limitação na abertura da mandíbula. Entre as queixas referidas, destacam-se as que estão envolvidas no movimento da mandíbula⁽¹⁶⁾, tendo em vista a contribuição dessa estrutura à fala, à mastigação eficiente, à deglutição e à formação da parte inferior da face⁽¹⁶⁾ (Quadro 2).

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⁽⁷⁾. De modo geral, os traumas em região de face geralmente são os mais complexos, sendo eles os mais difíceis de lidar, pois frequentemente desencadeiam feridas de cicatrização complicada e sequelas⁽¹⁷⁾. Destaca-se ainda que os traumas em cabeça e principalmente em face repercutem no estado emocional, nas funções orofaciais e em deformidades estéticas permanentes⁽¹⁶⁾.

Para os dados de continuidade do cuidado, foi observado nos 18 entrevistados uma reciprocidade entre os que buscaram e a obtiveram os insumos nas USF, dos quais, entre os 15 desses que procuraram a USF, 12 conseguiram o que precisavam (Figura 1). As informações evidenciam o reconhecimento das atribuições das equipes de saúde da família 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 Giovanella⁽¹⁸⁾ referem-se à 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.

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, devem ser repetidas, assim como nos casos das vítimas dos acidentes de moto, de acordo com as situações determinantes de cada realidade⁽¹⁹⁾. 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 cuidados⁽²⁰⁾. O mesmo ocorreu com conhecimento pela APS sobre a necessidade de saúde em Fonoaudiologia, já que apenas indivíduos que apresentaram queixas fonoaudiológicas, e que estavam inseridos em algum serviço de reabilitação, tiveram suas necessidades reconhecidas. Contudo, destaca-se que, do total de indivíduos em reabilitação (8 casos), os 6 adscritos na APS tiveram seus sintomas detectados também pelas equipes de saúde da família, reiterando o papel da APS na coordenação e continuidade do cuidado (Figura 1).

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 Giovanelli⁽¹⁸⁾ apontam os vínculos como possibilidades de se criar um cuidado mais integral. Para Caprara e Rodrigues⁽²¹⁾, uma boa relação entre equipes de saúde e paciente envolve confiança, padrão de comunicação, consideração dos problemas relatados pelo paciente e dos aspectos biopsicossociais. Quando ocorre, há uma adesão contínua das orientações sobre cuidados gerais de saúde, bem como por

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 (os 6 casos), 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 cotidiano⁽⁴⁾. Assim, a APS garante, além das ações básicas em saúde, uma ligação entre os demais pontos de atenção, de modo a garantir o cuidado contínuo.

Neste contexto, ressalta-se a importância da inserção das equipes NASF na ESF, como retaguarda especializada, visando ações compartilhadas, a cogestão e corresponsabilização do cuidado prestado na APS. O NASF, através de suas ferramentas tecnológicas, atua potencialmente para a ampliação do conhecimento na atenção básica, operando de forma cooperativa e interdependente junto às equipes, aumentando a resolubilidade dos casos e melhor orientando o usuário na rede de assistência à saúde⁽²²⁾.

Sobre o acesso aos serviços de reabilitação em Fonoaudiologia, o tempo de espera para o início do tratamento apresentou variação, oscilando entre 1 semana até 3 meses. Remoaldo e Costa⁽²³⁾ consideram o tempo de espera para consulta especializada superior a 30 dias como acesso razoável e, à medida que esse tempo aumenta, aumentam também as barreiras para o acesso ao serviço de reabilitação (Quadro 2).

Entre os indicadores sugeridos por Donabedian⁽⁶⁾, para avaliar o “acesso ideal” está a disponibilidade, que indica obter serviço de saúde no momento em que o usuário necessita do atendimento, compreendendo ainda a abrangência, qualidade e quantidade dos serviços de saúde prestados. Uma vez reduzidos, estrangulam-se os serviços de reabilitação e consequentemente originam filas de espera, assim influenciam diretamente o acesso, tornando o tempo de espera uma variável mensurável que afeta a entrada no sistema de saúde. Ressalta-se que a dimensão da disponibilidade sozinha não garante o acesso efetivo, nem se avalia a capacidade de um sistema em ser resolutivo nos serviços prestados⁽⁶⁾.

Quanto ao tipo de serviço na rede de assistência à saúde, dos oito casos descritos, três não obtiveram vaga no serviço público de saúde, recorrendo ao serviço privado ou à clínica escola de instituição de ensino superior em Fonoaudiologia (Quadro 2). A busca pelo atendimento gratuito para a reabilitação tornou-se inviável para pessoas que residem em município distante dos centros de tratamento do SUS, uma vez que sequelas fonoaudiológicas podem coexistir a 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 serviços em locais próximos ou no mesmo centro, favorecendo o acesso dos indivíduos aos serviços de saúde. Esse fator engloba de forma ampla também a Disponibilidade⁽¹¹⁾, referindo-se como a relação geográfica entre as instituições de saúde e o indivíduo que delas necessita, discutido anteriormente. Foi verificado que quatro casos se deslocam para municípios vizinhos ou o mais próximo possível para obter atendimento.

Esses indivíduos referiram a distância para a instituição de terapia como dificuldade para o acesso. Em Pernambuco, constatou-se uma concentração de profissionais da Fonoaudiologia na Região Metropolitana. Atualmente o Estado conta com 511 profissionais, distribuídos nos 185 municípios, e 39% estão atuando na capital Recife⁽²⁴⁾. Sanchez e Ciconelli⁽¹¹⁾ referem-se à essa dimensão de acesso como mais tangível e reflete a organização e efetividade das políticas públicas de saúde em relação ao acesso (Quadro 2).

A capacidade de pagamento⁽¹¹⁾ para a fonoterapia foi apontada como uma dificuldade, pois a reabilitação mesmo sendo necessária gera custos. 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, apenas uma pessoa retornou às suas atividades laborais (Quadro 2). Soberg et al.⁽¹⁶⁾ afirmam que pacientes que retornam ao trabalho após o acidente, tendem a apresentar melhores condições físicas e psicológicas.

Para a dimensão informação, ficou evidente a falha na oferta de serviços de Fonoaudiologia, ocasionando 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 (Quadro 2). Sanchez e Ciconelli⁽¹¹⁾ 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 saúde⁽²⁵⁾.

Por fim, salienta-se que a principal limitação do presente estudo é o delineamento seccional, em diferentes momentos no tempo, com investigação de aspectos distintos em cada momento o que não permite estabelecer relações temporais entre as variáveis pesquisadas. Outro aspecto a ser considerado como limitação é o viés de memória, uma vez que as alterações no sistema estomatognático e as questões relativas ao acesso foram investigadas em tempo posterior, por telefone, considerando o autorrelato. No entanto, trata-se de um estudo que contou com informações coletadas por instrumentos padronizados e examinadores treinados, garantindo a qualidade dos dados apresentados.

CONCLUSÃO

O conhecimento sobre os fatores que interferem no 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. Tal fato pode ser justificado pela grande concentração dos profissionais da Fonoaudiologia atuando na capital, ocasionando a má distribuição de fonoaudiólogos em todo o Estado de Pernambuco. 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 frequente em 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. Sugiro reforçar aqui aquele dado de que 6 dos 8 indivíduos em reabilitação residiam em área coberta por ESF.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM. Brasília: Datasus; 2017. [citado em 2017 Fev 1]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/ext10uf.def>
2. Koizumi MS. Natureza das lesões nas vítimas de acidentes de motocicleta [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1990.
3. Brasil. Portaria MS/GM nº 737 de 16 de maio 2001. Instituto a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Diário Oficial da União; Brasília; 16 maio 2001.
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. Diário Oficial da União; Brasília; 24 abril 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. Ciênc Saúde Coletiva. 2009;14(5):1641-9. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000500002>. PMID:19851573.
6. Donabedian A. Los espacios de la salud: aspectos fundamentales de la organización de la atención médica. México: Editora Biblioteca de la Salud; 1988.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de atenção básica: diretrizes do NASF. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Atenção Básica; 2009.
8. Lima TFP, Acioli RM. A inserção da Fonoaudiologia na Atenção Primária do Sistema Único de Saúde. In: Silva VL, Lima MLLT, Lima TFP, Advíncula KP, editores. A prática fonoaudiológica na atenção primária à saúde. São José dos Campos: Pulso Editorial; 2013. p. 25-42.
9. Bianchini EMG, Mangili LD, Marzotto SR, Nazário D. Pacientes acometidos por trauma de face: caracterização, aplicabilidade e resultados do tratamento fonoaudiológico específico. Rev CEFAC. 2004;6(4):388-95.
10. 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.
11. Sanchez RM, Ciconelli RM. Conceitos de acesso à Saúde. Ver Panam Salud Publica. 2012;31(3):260-8. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892012000300012>.
12. Zwicker D, Picariello G. Discharge planning for the older adult. EUA: National Guideline Clearinghouse; 2003.
13. 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 Cienc Med. 2010;12(3):21-5.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM. Brasília: Datasus; 2017 [2017 fev 01]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/ext10uf.def>
15. Calil AM, Sallum EA, Domingues CA, Nogueira S. Mapeamento das lesões em vítimas de acidentes de trânsito: revisão sistemática da literatura. Rev Lat Am Enfermagem. 2009;17(1):120-5. PMID:19377817.
16. Soberg HL, Roise O, Bautz-Holter E, Finset A. Returning to work after severe multiple injuries multidimensional factoring and the trajectory from injury to work at 5 years. J Trauma. 2011;71(2):425-34. <http://dx.doi.org/10.1097/TA.0b013e3181eff54f>. PMID:21045746.
17. 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. 2008;4(15):157-64. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc4\(15\)167](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc4(15)167).
18. 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. Ciênc Saúde Coletiva. 2011;16(Suppl 1):1029-42. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700036>. PMID:21503452.
19. Azeredo CM, Cotta RM, Schott M, Maia TM, Marques ES. Avaliação das condições de habitação e saneamento: a importância da visita domiciliar no contexto do Programa de Saúde da Família. Ciênc Saúde Coletiva. 2007;12(3):743-53. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000300025>. PMID:17680132.
20. Santos JS, Borges ACL, Alves VS. Visita domiciliar na atenção a usuários de álcool e outras drogas no município de Santo Antônio de Jesus-BA. Extramuros. 2014;2(2):27-35.
21. Caprara A, Rodrigues J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. Cien Saude Colet. 2004;9(1):139-46. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232004000100014>.
22. Mendes VLF. (a) Fonoaudiologia, atenção básica e saúde da família. In: Fernandes FDM, Mendes BCA, Navas ALPGP, organizadores. Tratado de Fonoaudiologia. 2. ed: São Paulo: Roca; 2009. p. 612-8.
23. Remoaldo PC, Costa ME. Equidade no acesso aos cuidados de saúde - Resultados de dois inquéritos realizados à população. In: Colóquio Internacional de Saúde - Saúde e Discriminação Social; 2002 Fev 22-23; Braga. Actas. Braga: Instituto de Ciências da Saúde; Universidade do Minho; 2002. p. 71-90.
24. Brasil. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES. Brasília: Datasus; 2017. [citado em 2016 Out 1]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/prid02pe.def>
25. Travassos C. Fórum: equidade no acesso aos serviços de saúde. Cad Saude Publica. 2008;24(5):1159-61. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000500023>. PMID:18461245.

Contribuição dos autores

MGPS: Coleta, análise dos dados e produção de texto; VLS: Orientação, produção do texto e revisão do artigo e coordenação da pesquisa; CMBN: Orientação, produção do texto e revisão do artigo; MBRV: Orientação, produção do texto e revisão do artigo; MLLTL: Orientação, produção do texto e revisão do artigo e coordenação da pesquisa.