

**Stricto
ensu**
Editora

**Ciências da Saúde no Mundo
Contemporâneo:
violência e causas externas**

ISBN:978-65-86283-34-1

**Organizadores:
Greiciane da Silva Rocha
Creso Machado Lopes**

2020

Greiciane da Silva Rocha

Creso Machado Lopes

(Organizadores)

**Ciência da Saúde no Mundo
Contemporâneo: violência e causas
externas**

Rio Branco, Acre

Stricto Sensu Editora

CNPJ: 32.249.055/001-26

Prefixos Editorial: ISBN: 80261 – 86283 / DOI: 10.35170

Editora Geral: Profa. Dra. Naila Fernanda Sbsczk Pereira Meneguetti

Editor Científico: Prof. Dr. Dionatas Ulises de Oliveira Meneguetti

Bibliotecária: Tábata Nunes Tavares Bonin – CRB 11/935

Capa: Elaborada por Led Camargo dos Santos (ledcamargo.s@gmail.com)

Avaliação: Foi realizada avaliação por pares, por pareceristas *ad hoc*

Revisão: Realizada pelos autores e organizadores

Conselho Editorial

Prof^a. Dr^a. Ageane Mota da Silva (Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia do Acre)

Prof. Dr. Amilton José Freire de Queiroz (Universidade Federal do Acre)

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto (Universidade Federal de Goiás – UFG)

Prof. Dr. Edson da Silva (Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri)

Prof^a. Dr^a. Denise Jovê Cesar (Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia de Santa Catarina)

Prof. Dr. Francisco Carlos da Silva (Centro Universitário São Lucas)

Prof. Dr. Humberto Hissashi Takeda (Universidade Federal de Rondônia)

Prof. Msc. Herley da Luz Brasil (Juiz Federal – Acre)

Prof. Dr. Jader de Oliveira (Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho - UNESP - Araraquara)

Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos (Universidade Federal do Piauí – UFPI)

Prof. Dr. Leandro José Ramos (Universidade Federal do Acre – UFAC)

Prof. Dr. Luís Eduardo Maggi (Universidade Federal do Acre – UFAC)

Prof. Msc. Marco Aurélio de Jesus (Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia de Rondônia)

Prof^a. Dr^a. Mariluce Paes de Souza (Universidade Federal de Rondônia)

Prof. Dr. Paulo Sérgio Bernarde (Universidade Federal do Acre)

Prof. Dr. Romeu Paulo Martins Silva (Universidade Federal de Goiás)

Prof. Dr. Renato Abreu Lima (Universidade Federal do Amazonas)

Prof. Msc. Renato André Zan (Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia de Rondônia)

Prof. Dr. Rodrigo de Jesus Silva (Universidade Federal Rural da Amazônia)

Ficha Catalográfica

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

C569

Ciência da Saúde no Mundo Contemporâneo: violência e causas externas / Greiciane da Silva Rocha, Creso Machado Lopes (orgs.). – Rio Branco : Stricto Sensu, 2020.

207 p.: il.

ISBN: 978-65-86283-34-1

DOI: 10.35170/ss.ed.9786586283341

1. Saúde. 2. Violência. 3. Causas externas. I. Rocha, Greiciane da Silva. II. Lopes, Creso Machado. III. Título.

CDD 22. ed.: 616.85822

Bibliotecária Responsável: Tábata Nunes Tavares Bonin / CRB 11-935

O conteúdo dos capítulos do presente livro, correções e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores.

É permitido o download deste livro e o compartilhamento do mesmo, desde que sejam atribuídos créditos aos autores e a editora, não sendo permitido à alteração em nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

www.sseditora.com.br

APRESENTAÇÃO 1

Violências e acidentes se esculpem como um novo perfil de morbidade e mortalidade na população mundial. No Brasil, tais causalidades passaram a traduzir o quadro de transição epidemiológica, onde as doenças infecciosas cediam seu espaço para as doenças crônicas e agravos externos.

As causas externas passaram ao longo do tempo, a se configurar como grande desafio para os serviços de saúde e políticas de enfrentamento do país, com forte determinante social.

Essa mutação se deve em parte as desmedidas diferenças e desigualdades entre os grupos sociais. De originalidade latina, a violência se traduz na força e no ponto de vista do constrangimento e de uso da superioridade física imposta ao outro.

A violência advém de conflitos de poder, da imposição de autoridade, da necessidade nata ao domínio, da posse e da anulação de outrem e de seus bens. Definir o termo violência é árduo por ser a mesma algo da fenomenologia do vivido, em que suas manifestações geram e advém de acentuadas cargas emocionais experienciadas por aqueles que cometem, sofre e presencia o ato.

O problema se avoluma em meio social com repercussões não só da saúde individual como também coletiva. Lesões, traumas e óbitos gerados por acidentes e violência repercutem em altos custos sociais e emocionais, como também a expressivos prejuízos econômicos, com lacunas nas atividades laborais, a partir de consequências mentais, emocionais provocados nas vítimas e eixo familiar com anos potenciais de vida perdidos.

Acidentes e violência afetam fortemente o serviço de saúde, com gastos pré-hospitalares, de emergência, assistência e reabilitação. Pelo seu caráter fenomenológico sócio-histórico ele não é em si uma questão de saúde pública, mas um fator que afeta fortemente a saúde exigindo uma readequação da organização do serviço, com inserção de novas demandas de foco preventivo e curativo.

A problemática em tela pontua a necessidade de atuações direcionadas com foco interdisciplinar, intersetorial, multiprofissional, pois pelo número alargado de vítimas e sequelas, os acidentes e violência adquiriram um caráter endêmico no país e no mundo.

Contudo, vale ressaltar que a magnitude dos fenômenos que impetram a violência e acidentes é de necessário conhecimento, como também dos seus sentidos, como quesito para formulação, e reformulação de programas de promoção e de prevenção.

Nesse livro, são abordados um corolário da violência e acidentes, com apresentações diversificadas da problemática, traduzindo o efeito em linha temporal, da distribuição do fenômeno, evidenciando perfis e características possivelmente preditoras e explicativas, capazes de promover um maior entendimento da realidade e da manifestação dos fatos, que fazem os acidentes e violências hoje responsáveis pelo incremento na morbidade e mortalidade da população em várias localidades geográficas.

Desejamos a todos uma excelente leitura.

Inspiração textual: Maria Cecília de Souza Minayo

Prof^a Dr^a Greiciane da Silva Rocha

Prof. Dr. Creso Machado Lopes

APRESENTAÇÃO 2

A Região Amazônica Brasileira representa quase sessenta por cento (60%) de todo território nacional, a qual detém uma enorme biodiversidade, composta pela fauna, flora, recursos hídricos, minerais, madeireiro, fármacos, fitoterápicos, indústria, agropecuária, frutas tropicais, caça, pesca, aviário, turismo, comércio, serviços, e sobretudo o homem amazônico.

Pela sua importância, ainda alberga Centros e Institutos de Pesquisas, Universidades Públicas e da Iniciativa Privada, Fundações de Amparo à Pesquisa, as quais em conjunto contribuem com a produção acadêmica / científica amazônica nas diversas áreas do conhecimento.

Aliado a isso, um ponto importante que não pode deixar de mencionar está relacionado a produção acadêmica, técnica e científica, a qual deve reverter em benefício da comunidade amazônica, entre elas os ribeirinhos, povos tradicionais, colonos, seringueiros, comunidades indígenas, quilombolas, os quais chamamos de Povos da Floresta, fazendo com que esta comunidade particular da Amazônia, viva e não sobreviva, em meio a tantos recursos naturais disponíveis, justificando assim os investimentos financeiros aplicados.

Ao falar em conhecimento científico produzido em nossa região, mais uma vez a Stricto Sensu Editora publica um livro no formato E-book, proporcionando a comunidade científica, acadêmicos, técnica e demais interessados em nível local, regional, nacional e internacional se inteirar da vasta produção intelectual, ora publicada.

Essa coletânea denominada *Ciência da Saúde no Mundo Contemporâneo: violência e causa externa*, ora publicada em quinze capítulos com temas versando sobre: Acidentes de trânsito e mortalidade; Violência sexual contra crianças, adolescentes; Obstétricas; Suicídio e educação à saúde; Homicídio; Fragilidades e quedas em idosos, quando o principal objetivo foi reunir esses conhecimentos, proporcionado resgatar o que de relevante se produziu pelos seus autores docentes, pesquisadores, alunos de graduação, pós-graduação, iniciação científica e trabalhos de conclusão de curso, com um número significativo de capítulos oriundos da Amazônia acreana, somado com capítulos de Manaus (AM) e Ariquemes (RO) também pertencentes a região Amazônica, não se preocupando aqui muito com a temporalidade, mas sim recuperar sua memória para que sirva de fonte de consulta a gerações atuais e futuras.

Com isso, é com muita honra que participamos como organizadores desta publicação, com o esforço composto por várias mãos, conseguiu reunir vastos conhecimentos, os quais esperamos contribuir com o desenvolvimento loco regional e na melhoria das condições de vida e bem estar da comunidade, mais particularmente a da Amazônia.

Atenciosamente

Prof. Dr. Creso Machado Lopes
Prof^a Dr^a Greiciane da Silva Rocha

SUMÁRIO

CAPÍTULO. 1.....12

ACIDENTES DE TRÂNSITO POR MOTOCICLETAS COM VÍTIMAS EM RIO BRANCO - ACRE - BRASIL

Ivanildo de Melo Santos (Universidade Federal do Acre)

Creso Machado Lopes (Universidade Federal do Acre)

DOI: 10.35170/ss.ed.9786586283341.01

CAPÍTULO. 2.....27

CARACTERIZAÇÃO DOS ACIDENTES DE TRÂNSITO AUTO REFERIDOS, EM INQUÉRITO DE BASE POPULACIONAL, RIO BRANCO, ACRE, 2008

Andrea Fernandes Magalhães (Universidade Federal do Acre)

Creso Machado Lopes (Universidade Federal do Acre)

Rosalina Jorge Koifman (Fundação Oswaldo Cruz)

Pascoal Torres Muniz (Universidade Federal do Acre)

DOI: 10.35170/ss.ed.9786586283341.02

CAPÍTULO. 3.....41

VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES: PERFIL DE CASOS NOTIFICADOS NO ACRE ENTRE 2013 E 2017

Wiliane da Silva Gondim (Universidade Federal do Acre)

Gabriel Andrade de Souza (Universidade Federal do Acre)

Carla Diana de Mello Mendes Amorim (Secretaria de Estado de Saúde do Acre)

Wendell Braga da Silva (Secretaria de Estado de Saúde do Acre)

Bruna Lima Rocha (Universidade Federal do Acre)

Rozilaine Redi Lago (Universidade Federal do Acre)

DOI: 10.35170/ss.ed.9786586283341.03

CAPÍTULO. 4.....59

MORTALIDADE POR SUICÍDIO NO MUNICÍPIO DE RIO BRANCO, ACRE, NO PERÍODO DE 2015 A 2017

Lis Brendha da Silva Magalhães (Universidade Federal do Acre)

Andreia Cristina Vilas Boas (Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco)

Dionatas Ulises de Oliveira Meneguetti (Universidade Federal do Acre)

Greiciane da Silva Rocha (Universidade Federal do Acre)

Rozilaine Redi Lago (Universidade Federal do Acre)

DOI: 10.35170/ss.ed.9786586283341.04

CAPÍTULO. 5.....75

DISCURSO DOS SENTENCIADOS POR ACIDENTES DE TRÂNSITO: PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS À COMUNIDADE COMO ALTERNATIVAS PENAIS EM RIO BRANCO - ACRE - BRASIL

Arthur da Silva Dias (Universidade Federal do Acre)

Creso Machado Lopes (Universidade Federal do Acre)

DOI: 10.35170/ss.ed.9786586283341.05

CAPÍTULO. 6.....95

MORTALIDADE POR HOMICÍDIOS NO MUNICÍPIO DE RIO BRANCO ENTRE 2015 A 2017: UM OLHAR DE SAÚDE PÚBLICA

Juliana Pereira Cabral (Universidade Federal do Acre)

Kaira Carla de Oliveira Portilho (Universidade Federal do Acre)

Rozilaine Redi Lago (Universidade Federal do Acre)

Greiciane da Silva Rocha (Universidade Federal do Acre)

Andreia Cristina Vilas Boas (Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco)

DOI: 10.35170/ss.ed.9786586283341.06

CAPÍTULO. 7.....106

PERFIL DOS INFRATORES POR ACIDENTES DE TRÂNSITO COM PENA ATRIBUÍDA PELA JUSTIÇA EM RIO BRANCO - ACRE - BRASIL

Theruzza Vale Freitas (Universidade Federal do Acre)

Creso Machado Lopes (Universidade Federal do Acre)

DOI: 10.35170/ss.ed.9786586283341.07

CAPÍTULO. 8.....123

QUEDAS E FRAGILIDADE EM IDOSOS INTERNADOS EM UM HOSPITAL PÚBLICO NO MUNICÍPIO DE RIO BRANCO-ACRE

Letícia Vieira Crispim (Universidade Federal do Acre)

Greiciane da Silva Rocha (Universidade Federal do Acre)

DOI: 10.35170/ss.ed.9786586283341.08

CAPÍTULO. 9.....135

REPRESENTAÇÃO SOCIAL DAS MARCAS TERRESTRES DE ACIDENTES DE TRÂNSITO EM RIO BRANCO - ACRE - BRASIL: PERCEPÇÃO DE CONDUTORES DE VEÍCULOS AUTOMOTORES

Luciana de Mendonça Freire (Universidade Federal do Acre)

Creso Machado Lopes (Universidade Federal do Acre)

Milton dos Santos Freitas (Universidade Federal do Acre)

Andréa Fernandes Magalhães (Universidade Federal do Acre)

Greiciane da Silva Rocha (Universidade Federal do Acre)

Marisol de Paula Reis Brandt (Universidade Federal do Acre)

DOI: 10.35170/ss.ed.9786586283341.09

CAPÍTULO. 10.....155

CARACTERIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NOS ESPAÇOS ASSISTENCIAIS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Frederico Lopes Alves Vieira (Centro Universitário do Norte)

Lorrayne Nascimento da Silva (Centro Universitário do Norte)

Orácio Carvalho Ribeiro Junior (Centro Universitário do Norte)

DOI: 10.35170/ss.ed.9786586283341.10

CAPÍTULO. 11.....164

TENDÊNCIA DE MORTALIDADE POR ACIDENTES DE TRÁFEGO A PARTIR DOS LAUDOS DE NECRÓPSIA DO INSTITUTO MÉDICO LEGAL NO MUNICÍPIO DE RIO BRANCO - ACRE ENTRE 2015-2017

Rodrigo Lázaro Rocha Veloso (Universidade Federal do Acre)

Greiciane da Silva Rocha (Universidade Federal do Acre)

Rozilaine Redi Lago (Universidade Federal do Acre)

Andréia Cristina Vilas Boas (Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco)

Hermes Olímpio da Costa Filho (Universidade Federal do Acre)

Karolayne Hettwer (Universidade Federal do Acre)

DOI: 10.35170/ss.ed.9786586283341.11

CAPÍTULO. 12.....177

AVALIAÇÃO ECONÔMICA DOS ATENDIMENTOS DE ACIDENTES DE TRÂNSITO PELO SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA MÓVEL DE URGÊNCIA EM RIO BRANCO - ACRE - BRASIL

Rayse Alyne Biths de Lima Lima (Universidade Federal do Acre)

Rubicleis Gomes da Silva (Universidade Federal do Acre)

DOI: 10.35170/ss.ed.9786586283341.12

CAPÍTULO. 13.....188

ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA CRIANÇAS VÍTIMAS DE ABUSO SEXUAL

Leticia da Silva Consoline (Faculdade de Educação e Meio Ambiente)

Larissa dos Santos Lemos (Faculdade de Educação e Meio Ambiente)

Katia Regina Gomes Bruno (Faculdade de Educação e Meio Ambiente)

DOI: 10.35170/ss.ed.9786586283341.13

CAPÍTULO. 14.....197

A EDUCAÇÃO EM SAÚDE INSERIDA NA PREVENÇÃO DO SUICÍDIO EM ADOLESCENTES DE UMA ESCOLA PÚBLICA DE MANAUS/AM: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Paloma Dutra da Silva (Centro Universitário Fametro)

Thayana de Assis Cardoso (Centro Universitário Fametro)

Layara de Almeida Lopes (Centro Universitário Fametro)

Luane Suelen do Nascimento Sena (Centro Universitário Fametro)

Adriene Roberta Costa dos Santos (Centro Universitário Fametro)

Jennifer Marical Duarte (Centro Universitário Fametro)

Eurides Souza de Lima (Universidade Federal do Amazonas)

DOI: 10.35170/ss.ed.9786586283341.14

ORGANIZADORES.....203

ÍNDICE REMISSIVO204

ACIDENTES DE TRÂNSITO POR MOTOCICLETAS COM VÍTIMAS EM RIO BRANCO - ACRE - BRASIL

Ivanildo de Melo Santos¹ e Creso Machado Lopes²

1. Curso de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Acre (UFAC), Rio Branco, Acre, Brasil;
2. Centro de Ciências da Saúde e do Desporto (CCSD); Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Acre (UFAC), Rio Branco, Acre, Brasil.

RESUMO

Introdução. Os acidentes de trânsito por motocicletas com vítimas representam um sério problema de saúde pública, dado sua alta morbimortalidade e implicações econômicas, saúde, previdenciária, reabilitação, legal, financeira e emocional, entre outras. Objetivo. Descrever os acidentes de trânsito por motocicletas com vítimas, ocorridos no município de Rio Branco - Acre - Brasil, no período de 2013 e 2016. Material e Método. Estudo transversal, descritivo, com abordagem quantitativa, utilizando os dados secundários do Banco de Dados do Departamento Estadual de Trânsito de Rio Branco - Acre - Brasil. Resultados. Sob o ponto de vista dos acidentes com todos os tipos de veículos, ocorreram 37.293. Destes, 29,7% foram por motocicletas, sendo que 53,2% tiveram vítimas e 46,8% sem vítimas. Dentre os diferentes tipos de veículos, as motocicletas representaram 80,5% dos acidentes, e que para este veículo, 98,5% foram com vítimas não fatais e 1,5% fatais, tendo as colisões com 84,6% das ocorrências, representadas pelo sexo masculino com 68,8% e tendo o condutor com 75,8% nos envolvimento. Para as vítimas, agora exclusivamente fatais, as motocicletas representaram 61,0%, também para o sexo masculino com 82,6%, na faixa etária de 18 a 55, com 73,2%, tendo o condutor com 74,4% e a colisão fatal em 62,8%. Conclusão: Os acidentes de trânsito envolvendo motocicletas com vítimas na cidade de Rio Branco estão diretamente relacionados a ser adulto jovem, população economicamente ativa, do sexo masculino, e a colisão tendo o condutor como envolvido.

Palavras-chave: Acidente de trânsito, Motocicletas e Vítimas.

ABSTRACT

Introduction. Motor vehicle traffic accidents with victims represent a serious public health problem, given its high morbidity and mortality and economic, health, social security, rehabilitation, legal, financial and emotional implications, among others. Objective. Describe traffic accidents involving motorcycles with victims, which occurred in the municipality of Rio Branco – Acre – Brazil, in the period 2013 and 2016. Material and Method. Cross-sectional, descriptive study with a quantitative approach, using secondary data from the Database of the State Traffic Department of Rio Branco – Acre – Brazil. Results. From the point of view of accidents with all types of vehicles, 37.293 occurred. Of these, 29.7% were motorcycles, with 53.2% having victims and 46.8% without victims. Among the different types of vehicles,

motorcycles accounted for 80.5% of accidents and for this vehicle, 98.5% were with non-fatal victims and 1.5% were fatal, with the collision with 84.6% of occurrences, represented by male with 68.8% and the driver with 75.8% in the involvement. For victims, now exclusively fatal, motorcycles accounted for 61.0%, also for males with 82.6%, in the age group 18 to 55, with 73.2%, with driver with 74.4% and the fatal collision by 62.8%. Conclusion. Traffic accidents involving motorcycles with victims in the city of Rio Branco are directly related to being a young adult, economically active population, male, and the collision with the as involved.

Keywords: Traffic accidents, Motorcycles and Victims.

1. INTRODUÇÃO

As mortes e lesões causadas pelos acidentes de trânsito constituem um sério problema de saúde pública em todo o mundo, quando se estima que a cada ano 1,2 milhões de pessoas perdem suas vidas em decorrência dos acidentes de trânsito, enquanto que os números de lesões podem chegar 50 milhões em todo o mundo (OMS, 2011).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2011), as lesões causadas pela violência no trânsito foram consideradas a 10ª causa de óbitos em 2002 em todo o mundo. Estimativas apontam que se nada for feito para reduzir as mortes causadas pela violência no trânsito, até 2030 tornar-se-á a 8ª maior causa de morte no mundo.

Os países de baixa e média renda são responsáveis por 90% das mortes que ocorrem no trânsito onde circulam 20% da frota mundial e vivem 81% da população de todo o mundo. Se nada for feito a tendência é aumentar em 83% os números de acidentes, enquanto que nos países mais desenvolvidos tendem a redução em 27% (OMS, 2011).

De acordo com a OMS (2020) a esse respeito e pela gravidade dos acidentes de trânsito enquanto problema de saúde pública, a Organização das Nações Unidas (ONU), lançou em 2011 a Década de Ação pela Segurança no Trânsito - 2011- 2020, o Plano de Ação Global para a Década, bem como o Projeto Vida no Trânsito, quando todos os governos do mundo se comprometem a tomar medidas para prevenir os acidentes no trânsito, quando definiram as etapas para melhorias na segurança rodoviária, maior rigor na legislação, proteção aos grupos mais vulneráveis, como ciclistas e pedestres, além da redução das mortes e lesões causadas no trânsito em 10 países, contando com apoio financeiro da Fundação Bloomberg, e com a Coordenação Global da OMS e suas agências regionais, como a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera “Acidente de trânsito todo acidente

com veículo ocorrido na via pública, originando-se, terminado ou envolvendo um veículo parcialmente na via pública”. Para o Departamento Nacional de Trânsito (DENATRAN), “acidente de trânsito é todo evento não intencional, envolvendo pelos menos um veículo, motorizado ou não, que circula por uma via destinada ao trânsito de veículos”. Neste estudo optamos pelo conceito do DENATRAN, por considerar o mais adequado para a realidade do município (BRASIL, 2000).

Diante desta realidade social e estatística crescente das mortes e das lesões causadas pelos acidentes de trânsito, quando atenção especial deve ser dada as ações de prevenção de acidentes de trânsito envolvendo motociclistas. Faz-se necessário conhecer a extensão, a magnitude e as consequências dos problemas dos acidentes com motocicletas, e adotar ações de prevenção na tentativa de reduzir o número de vítimas.

No município de Rio Branco, diariamente ocorrem um grande número de acidentes de trânsito envolvendo todos os tipos de veículos. Diante desta realidade e em virtude da existência de poucos estudos sobre o tema em nossa realidade nos levaram à necessidade de reunir conhecimentos a respeito dos acidentes de trânsito, ocorridos no município principalmente aqueles em que as motocicletas estavam envolvidas nos acidentes com vítimas.

De acordo com o Departamento Estadual de Trânsito – DETRAN - AC, o município de Rio Branco, nos últimos quatro anos ocorreu aumento significativo do número de veículos e de novos condutores habilitados (DETRAN-AC, 2016), fatores esses importantes e que podem estar diretamente relacionados aos números de acidentes de trânsito ocorridos no município.

O aumento do número de veículos automotores em circulação é um fenômeno que vem ocorrendo em todo mundo, tendo como consequências as taxas de incidências de óbitos e lesões causadas pela violência no trânsito, a qual vem acompanhando esse crescimento. A escolha pelo uso do transporte individual está relacionada a diversos fatores que direta ou indiretamente, podem estar contribuindo para o aumento do número de veículos e de acidentes como a ineficiência do transporte público, tarifas elevadas, falta de planejamento viário, e investimento na qualidade dos transportes públicos, o que tem levado a população de menor poder aquisitivo a optar por alternativas de transportes mais viáveis e econômicos (BACHIERRI; BARROS, 2011).

Diante desta problemática e do crescente índice de motorização nas vias urbanas, a motocicleta tem se tornado o principal meio de transporte de grande parte da população, motivado a fatores como facilidade de aquisição, baixo consumo de combustível, baixo custo

de manutenção em relação a outros tipos de veículos, tornando-a mais viável economicamente (SILVA; CARDOSO; SANTOS; 2011), além de ser mais ágil no trânsito.

Ainda a esse respeito e que contribuem para os acidentes de trânsito por motos, segundo Malta et al. (2010) quando discorreram que a falta de transporte coletivo, de infraestrutura nas vias, dificuldades de fiscalização, habilitação, uso de proteção como capacete, consumo de bebida alcoólica e direção, deficiências na assistência médico-hospitalar, o que contribuem para não só os acidentes de trânsito, como também a morbidade, mortalidade e letalidade.

Como consequência às populações que utilizam esse tipo de veículo estão mais expostos a riscos de se envolverem em algum tipo de acidente de gravidade imprevisível podendo levar a morte pré-matura ou a incapacidades físicas pelo resto de suas vidas (OMS, 2011).

O crescimento da frota de motocicletas no Brasil foi apoiado por políticas federais que favoreceram a fabricação, o baixo custo e o financiamento, fatores estes que podem estar intrinsicamente relacionados ao aumento do número de óbitos com motocicletas, passando de 3% para 27% entre anos de 1996 a 2006 (MARÍN-LEÓN et al., 2012).

Desta forma, preocupados com a problemática dos acidentes por motocicletas com vítimas, o presente estudo objetivou descrever os acidentes de trânsito com vítimas envolvendo as motocicletas, ocorridos no município de Rio Branco - Acre no período de 2013 a 2016 além procurar conhecer o perfil das vítimas e as características dos acidentes envolvendo as motocicletas, segundo as variáveis: sexo, idade, natureza dos acidentes, tipos de veículos, com vítimas, sem vítimas e fatalidade.

2. MATERIAIS E MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa, desenvolvido junto à fonte de dados secundários do banco de dados do Departamento Estadual de Trânsito do Acre (DETRAN-AC). A população do estudo abrangeu todas as vítimas de acidentes de trânsito envolvendo motocicletas, ocorridos no município de Rio Branco - Acre - Brasil, no período de 2013 a 2016.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período de 2013 a 2016 ocorreram 37.293 acidentes de trânsito, envolvendo os diferentes tipos de veículos e naturezas, sendo com e sem vítimas. Destes, os acidentes com motocicletas foram encontrados em 11.094, representando 29,7%, cujos dados podem ser visualizados na tabela 1.

A motocicleta representa um meio de transporte muito utilizada tanto no meio urbano, como rural, tendo em vista seu considerável baixo custo para aquisição e manutenção, a qual pela sua característica deixa os condutores e passageiros extremamente vulneráveis aos acidentes, tendo sérias consequências para suas vidas, o que vem ao encontro do que dizem Marín-León et al., (2012), quando mencionam que o crescimento da frota tem sido apoiado por políticas federais que favorecem a fabricação e aquisição através de uma política de financiamento com taxas menores.

Do total de 11.094 acidentes por motocicletas, 5.904 (53,2%) foram com vítimas, enquanto que, 5.190 (46,8%) foram sem.

Por sua vez, no tocante mais particularmente aos acidentes por motocicletas, do total de 7.331 destaca-se os 5.904 (80,5%) com vítimas, quando os demais dados podem ser encontrados na tabela 2.

A esse respeito, Rocha (2009) fez uma análise por tipo e percentual de veículos envolvidos em acidentes de trânsito em Rio Branco/AC, no período de 2005 a 2008. Os dados mostram que os veículos que mais se envolveram em acidentes foram: as motocicletas com 43,4%, automóveis com 30,3%; bicicletas com 12,8%, e os caminhões com 10,2%, o que reforça a problemática do estudo.

A esse respeito, no estudo de Bife e Silva (2012), encontraram que 47,6% foram para motocicletas, 41,7% por automóveis, além de que, 35,2% aconteceram nas vias, 33,2% nas avenidas e 21,2% nas ruas.

Para a natureza das ocorrências dos acidentes com vítimas, a colisão foi encontrada em 4.996 (84,6%), seguida pelo atropelamento com 364 (6,2%), a queda com 330 (5,6%) (Tabela 3).

Tipos de veículos	2013		2014		2015		2016		Total	(%)
	Com Vítimas	Sem Vítimas	Com Vítimas	Sem Vítimas	Com Vítimas	Sem Vítimas	Com Vítima	Sem Vítimas		
Automóvel	224	5071	206	5030	178	4573	133	4474	19889	53,3
Motocicleta (*)	1703	1523	1466	1356	1405	1190	1330	1121	11094	29,7
Caminhão	20	483	12	557	6	470	12	281	1841	4,9
Caminhonete	24	755	31	697	20	664	19	385	2595	7,0
Ônibus/micro-ônibus	15	229	11	261	15	204	5	123	863	2,3
Bicicleta	119	62	107	41	138	36	91	33	627	1,7
Não Informado	15	65	8	67	3	47	10	43	258	0,7
Trator	1	31	0	12	0	8	0	4	56	0,2
Caminhão-trator	0	18	0	1	0	0	0	2	21	0,1
Camioneta	1	8	0	2	0	1	2	13	27	0,1
Carroça	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0,0
Utilitário	0	4	0	0	0	0	0	0	4	0,0
Reboque/semirreboque	0	1	0	1	0	9	0	6	17	0,0
Total	2122	8250	1841	8025	1766	7202	1602	6485	37293	100,0

Tabela 1. Distribuição dos acidentes de trânsito por tipos de veículos, com e sem vítimas ocorridas em Rio Branco - Acre - Brasil, no período 2013 a 2016.

Fonte: Coordenação de Mapeamento e Estatística de Acidentes de Trânsito (DETRAN - AC), 2017.

(*) As motonetas foram incluídas na espécie motocicletas para facilitar o estudo.

Tabela 2. Distribuição dos acidentes com vítimas segundo os diferentes tipos de veículos, ocorridos em Rio Branco - Acre - Brasil, no período 2013 a 2016.

Tipo de veículo	2013	2014	2015	2016	Total	(%)
Motocicleta	1703	1466	1405	1330	5904	80,5
Automóvel	224	206	178	133	741	10,1
Bicicleta	119	107	138	91	455	6,2
Caminhonete	24	31	20	19	94	1,3
Caminhão	20	12	6	12	50	0,7
Ônibus/micro-ônibus	15	11	15	5	46	0,6
Não Informado	15	8	3	10	36	0,5
Camioneta	1	0	0	2	3	0,0
Carroça	0	0	1	0	1	0,0
Trator	1	0	0	0	1	0,0
Total	2122	1841	1766	1602	7331	100,0

Fonte: Coordenação de Mapeamento Estatística de Acidentes de Trânsito (DETRAN-AC), 2017.

Tabela 3. Distribuição dos acidentes de trânsito envolvendo motocicletas com vítimas, segundo a natureza do acidente, ocorridos em Rio Branco - Acre - Brasil, no período 2013 a 2016.

Natureza do Acidente	2013	2014	2015	2016	Total	(%)
Colisão	1410	1250	1203	1133	4996	84,6
Atropelamento	133	78	71	82	364	6,2
Queda	88	86	83	73	330	5,6
Atropelamento de animal	28	16	29	14	87	1,5
Choque com objeto fixo	16	27	17	16	76	1,3
Não Informado	12	7	2	6	27	0,5
Tombamento	16	0	0	6	22	0,4
Capotamento	0	2	0	0	2	0,0
Total	1703	1466	1405	1330	5904	100,0

Fonte: Coordenação de Mapeamento e Estatísticas de Acidentes de Trânsito (DETRAN - AC), 2017.

Com relação ao sexo, no estudo sobre o perfil epidemiológico de acidentes de trânsito, Biffe e Silva (2012) encontraram 67,3% para o sexo masculino, com predominância na faixa de 20-29 anos, com 33,0%, seguida pelas faixas de 30-39 e 40-49 anos, com 14,5% respectivamente, sendo os acidentes por sexo, bem semelhantes ao nosso estudo.

A esse respeito em estudo realizado por Barbosa et al. (2014) no município de Sousa - Paraíba, ao caracterizarem o perfil epidemiológico das vítimas de trauma por acidentes com motocicletas socorridas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), encontraram que 73,5% das vítimas, eram do sexo masculino.

Prosseguindo, em estudo realizado por Schoeller et al. (2012), para caracterizar as vítimas de acidentes com motocicletas atendidas em um Centro de Reabilitação no Sul do Brasil, constataram que 81,09% das vítimas de acidentes eram homens, dos quais 10% eram menores de 18 anos.

Em Rio Branco, os acidentes de trânsito envolvendo motocicletas, com vítimas, são socorridos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), e encaminhados para Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco (HUERB) e Pronto Socorro (PS) do mesmo hospital, sendo esse o único hospital do município que possui suporte adequado para realizar este tipo de atendimento.

No que se refere ao envolvimento das motocicletas nos acidentes de trânsito com e sem vítimas, por faixa etária, dos 5.904 acidentes, a de 18 - 25 e a de 26 a 35 anos estiveram representadas por 64,0%.

Em estudo realizado por Oliveira e Sousa (2012) encontraram a proporção de homens em relação a mulheres de 4,2:1, quando 71,6% dos motociclistas tinham de 20 a 39 anos, sendo que os condutores foram 6,62 vezes mais frequentes do que os motociclistas passageiros.

A esse respeito, em estudo quantitativo com fontes secundárias realizado em município do interior paulista sobre as ocorrências de acidentes de trânsito com motocicletas, Silva, Oliveira e Caritá (2011) constataram que a faixa etária entre 18 e 35 anos tiveram maior número de ocorrências, quando juntas somaram 79,3% do total de número de vítimas. Sabe-se que os indivíduos compreendidos nessa faixa são os que mais se envolvem em acidentes.

Ao discorrer sobre a participação das vítimas nos acidentes com motocicletas, houve predominância maciça do condutor com 4.477 (75,8%), seguidas pelo passageiro com 1.102 (18,7%), enquanto que os demais dados constam na tabela 4.

Tabela 4. Distribuição dos acidentes de trânsito com motocicletas, segundo participação das vítimas nos acidentes, em Rio Branco - Acre - Brasil, no período de 2013 a 2016.

Participação	2013	2014	2015	2016	Total	(%)
Condutor	1261	1097	1079	1040	4477	75,8
Passageiro	326	292	261	223	1102	18,7
Pedestre	116	75	65	66	322	5,5
Não informado	0	2	0	1	3	0,1
Total	1703	1466	1405	1330	5904	100,0

Fonte: Coordenação de Mapeamento Estatística de Acidentes de Trânsito/DETRAN-AC, 2017.

As mortes de condutores e passageiros de motocicletas aumentaram mais de 700% de 1998 a 2008, passaram de 3% para 23% do total das mortes, enquanto que os ciclistas representaram de 1% a 4% das mortes (BACCHIERRI; BARROS, 2011).

Os condutores de motocicletas devem ser considerados o grupo prioritário em programas de prevenção, com risco efetivo de sete vezes por morte, quatro vezes para lesão corporal e duas vezes por atropelar pedestres (BACCHIERI; BARROS, 2011).

Com relação aos acidentes com e sem vítimas houve redução de -21,9% nas com vítimas, e - 26,4% nos sem vítimas, conforme figura 1.

Santos et al. (2008) de forma geral no perfil das vítimas por motocicletas, também houve predominância para o sexo masculino com 85,8%, se situando principalmente nas faixas de 15-24 e 25-34 anos, com 68,1%, sendo que as vítimas foram classificadas como o

condutor com 301, passageiro com 81 e atropelado por moto com 48.

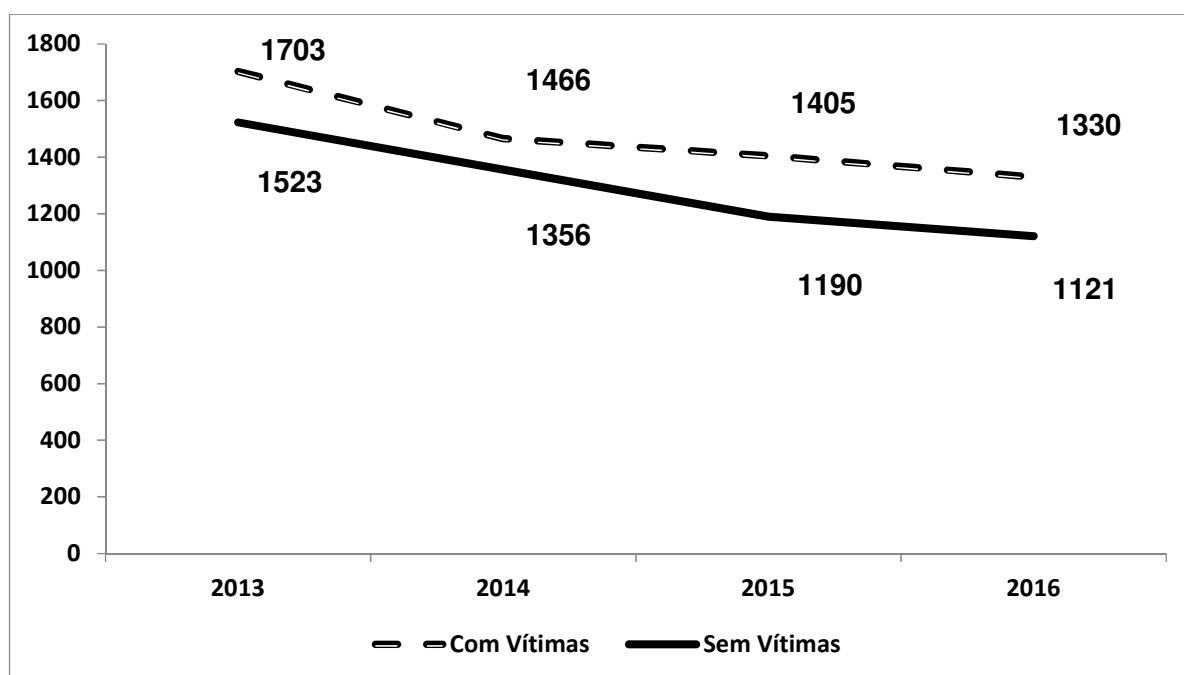


Figura 1. Evolução da diminuição dos acidentes de trânsito por motocicletas com e sem vítimas, em Rio Branco - Acre - Brasil, no período de 2013 a 2016.

Rios et al. (2020) ao estudarem os acidentes de trânsito entre condutores de veículos encontraram que de modo geral o tipo mais frequente foi a colisão envolvendo moto e automóvel, sendo representado por 32,6% dos 147 acidentes. O segundo lugar aconteceu pela queda de moto, com 21,8%.

Ao analisar agora os dados referentes aos acidentes por motocicletas com vítimas fatais, quando do total de 141 que perderam suas vidas envolvendo todos os tipos de veículos, tendo como destaque as motocicletas com 86 (61,0%), enquanto que os automóveis somaram 25 (17,7%), cujos demais dados estão na tabela 5.

Pinto e Witt (2008) ao realizarem estudo no Pronto Socorro de Porto Alegre encontraram lesões intermediárias em 46,5%, seguidas pelas leves com 34,4% e graves em 20,0% dos casos.

No que concerne ao perfil das vítimas dos acidentes com motocicletas com fatalidade, mais uma vez, houve predominância para o sexo masculino, com 71 (82,6%) e para o feminino com 15 (17,4%).

A esse respeito, a OMS (2011), afirma que mais de 73% de todas as vítimas fatais de acidentes de trânsito são do sexo masculino.

Tabela 5. Distribuição das vítimas fatais de acidentes de trânsito, por tipo de veículo, em Rio Branco - Acre - Brasil, no período de 2013 a 2016.

Tipos de Veículos	2013	2014	2015	2016	Total	(%)
Motocicleta	31	20	15	20	86	61,0
Automóvel	5	10	6	4	25	17,7
Bicicleta	3	5	3	3	14	9,9
Caminhão	4	1	2	0	7	5,0
Ônibus/Micro-ônibus	0	2	2	0	4	2,8
Caminhonete	0	1	0	2	3	2,1
Não Informado	1	1	0	0	2	1,4
Total	44	40	28	29	141	100,0

Fonte: Coordenação de Mapeamento e Estatística de Acidentes de Trânsito (DETRAN-AC), 2017.

Dentro desta problemática, Schooller et al. (2012) mencionam que a mortalidade por acidentes de trânsito envolvendo motocicletas no Brasil, tem aumentado rapidamente nos últimos anos com crescimento de 276% no período de 2000 a 2009.

Em virtude disso, ao sexo masculino pode ser atribuído uma série de fatores que contribuem para estes tipos de acidentes, pela necessidade de se inserir no mercado de trabalho, com atividades peculiares na entrega mais rápida de documentos, objetos, alimentos, transportes de passageiros, representados pelos motoboys, moto taxi, moto frete, *delivery*, entre outras.

No que concerne à faixa etária também para as vítimas fatais, estas estiveram relacionadas nas faixas de 18 a 25, 26 a 35 e 36 a 45 anos de idade, totalizando 63 (73,2%), com destaque também para a faixa de 65 e mais anos, com 10,5%, cujos demais dados estão na tabela 6.

A esse respeito, Leyton et al. (2005) em estudo sobre o perfil epidemiológico das vítimas fatais por acidentes com motocicletas, correlacionando a idade, o sexo e a alcoolemia, nas suas discussões, com referência ao sexo masculino, não observou diferença nas idades das que apresentaram alcoolemia positiva ou negativa. O grupo dos homens na faixa etária de 30-35 anos foi considerado as vítimas fatais mais comuns nestes tipos de acidentes, e que não se evidenciou sob o ponto de vista estatístico. Por sua vez, no caso do sexo feminino, discutiram que embora a mediana e média tenham sido mais altas que no masculino, não se observou diferenças estatísticas entre os dois grupos.

Ainda sobre a problemática da alcoolemia, Hardeman et al. (2008) relataram que em

Cali - Colômbia após o governo municipal proibir o uso de motocicletas durante o mês de dezembro, motivado pelas festividades do fim do ano, quando ocorre maior consumo de álcool, conseguiu reduzir as taxas de mortalidades nestes tipos de veículos em 19,7% em 1999.

Tabela 6. Distribuição das vítimas fatais de acidentes de trânsito envolvendo motocicletas por faixa etária em Rio Branco - Acre - Brasil, no período 2013 a 2016.

Faixa etária	2013	2014	2015	2016	Total	(%)
0 a 17	1	2	2	1	6	7,0
18 a 25	5	4	4	5	18	20,9
26 a 35	12	6	2	3	23	26,7
36 a 45	8	6	4	4	22	25,6
46 a 55	2	0	1	2	5	5,8
56 a 65	0	0	0	3	3	3,5
65>	3	2	2	2	9	10,5
Total	31	20	15	20	86	100,0

Fonte: Coordenação de Mapeamento e Estatística de Acidentes de Trânsito (DETRAN - AC), 2017.

Prosseguindo, mais uma vez, o condutor foi a maior vítima fatal nos acidentes envolvendo as motocicletas, quando foram encontrados 64 (74,4%), seguida pelos passageiros, com 9 (10,5%), sendo os demais encontrados na tabela 7.

Tabela 7. Distribuição dos acidentes de trânsito envolvendo motocicletas com vítimas fatais quanto à participação, em Rio Branco - Acre - Brasil, no período 2013 a 2016.

Participação	2013	2014	2015	2016	Total	(%)
Condutor	22	15	10	17	64	74,4
Passageiro	5	1	2	1	9	10,5
Pedestre	4	4	3	2	13	15,1
Total	31	20	15	20	86	100,0

Fonte: Coordenação de Mapeamento Estatística de Acidentes de Trânsito (DETRAN-AC), 2017.

As mortes de condutores e passageiros de motocicletas aumentaram mais de 700% de 1998 a 2008, quando passaram de 3% para 23% do total das mortes, enquanto que para os ciclistas, passou de 1% para 4% das mortes (BACHIERRI; BARROS, 2011).

Os condutores de motocicletas devem ser considerados o grupo prioritário em

programas de prevenção, com risco efetivo de sete vezes maior de morte, quatro vezes maior de lesão corporal e duas vezes maior de atropelar pedestres (BACCHIERI; BARROS, 2011).

Oliveira e Sousa (2012) ao estudarem os fatores associados ao óbito por motocicletas no trânsito encontraram que os condutores foram 6,62 vezes mais frequentes do que os motociclistas passageiros.

A colisão fatal esteve em 54 (62,8%) das ocorrências, seguida pelo atropelamento, com 12 (14,0%), sendo que os demais dados estão na tabela 8.

Tabela 8. Distribuição dos acidentes de trânsito em motocicletas com vítimas fatais, por natureza da ocorrência em Rio Branco - Acre - Brasil, no período de 2013 a 2016.

Natureza da ocorrência	2013	2014	2015	2016	Total	(%)
Colisão	23	8	10	13	54	62,8
Atropelamento	4	4	3	1	12	14,0
Queda	3	4	0	3	10	11,6
Choque com objeto fixo	1	4	2	2	9	10,5
Atropelamento de animal	0	0	0	1	1	1,2
Total	31	20	15	20	86	100,0

Fonte: Coordenação de Mapeamento e Estatística de Acidentes de Trânsito (DETRAN-AC), 2017.

As lesões causadas por motocicletas pela sua vulnerabilidade são de forma geral muito mais grave, principalmente se relacionados a outros tipos de veículos automotores, o que de certa forma proporcionam consequências irreparáveis as suas vítimas, sendo extremamente perigoso tanto para os condutores como para os passageiros.

4. CONCLUSÃO

O principal achado deste trabalho sobre os acidentes de trânsito com vítimas tendo as motocicletas envolvidas foi representado pelas colisões entre veículos seguidos pelo atropelamento como os mais relevantes.

Com relação aos aspectos sócios demográficos o sexo masculino, foi o que mais se envolveu nos acidentes representado pela faixa etária de 18 a 35 anos, porém tendo uma média de 30,2 anos.

As vítimas fatais envolvendo motocicletas foram relevantes, seguida pelos automóveis.

O estudo encontrou algumas limitações referentes às informações importantes que não foram coletadas junto às vítimas envolvidas nos acidentes de trânsito, o que em muito ajudariam em caracterizar o perfil das vítimas, tais como: profissão, nível de escolaridade, tempo de habilitação, logradouro, hora do acidente, tipo específico de veículos, tipo de uso da motocicleta (passeio, deslocamento ao trabalho ou ferramenta trabalho). A variável uso do capacete, uso do cinto de segurança e teste do etilômetro na maioria dos boletins dos acidentes não foram informados.

Além das limitações já citadas outro ponto importante refere-se quanto à divisão do município de Rio Branco, por regionais, quando não existe uma delimitação física ou marco que esclareça melhor onde começa e onde termina cada regional, sendo que em alguns casos existem ruas e avenidas que se encontram dentro de duas regionais trazendo dificuldades na hora do preenchimento do Boletim de Acidente de Trânsito (BAT).

Existe necessidade de haver aprimoramento do banco de dados das vítimas de acidentes de trânsito no município, principalmente aqueles em que a motocicleta está envolvida no acidente.

Conclui-se com esse trabalho que no município de Rio Branco, os motociclistas são os mais vulneráveis das vias urbanas quando comparado com outros tipos de veículos, sendo preciso o estabelecimento de campanhas e políticas públicas direcionadas para prevenir as mortes e as lesões no trânsito envolvendo motocicletas, além das ações constantes de fiscalização, controle de velocidade nas vias, consumo de álcool e outras drogas na direção, habilitação dos condutores, verificação das condições dos veículos, além de constantes ações de educação de trânsito nas escolas e nas ruas, ações importantes que podem reduzir significativamente o número de acidente de trânsito com motocicletas.

A realização do estudo foi gratificante, pois nos aproximou de um tema relevante para a sociedade, porém pouco tem se discutido em nosso meio acadêmico, visto que os acidentes de trânsito tem efeitos econômicos, na segurança, na saúde pública, na assistência social, e principalmente para as famílias das vítimas, pois a cada ano a violência e a imprudência no trânsito fazem milhares de vítimas, reforçando a necessidade de ações preventivas na tentativa de reduzir os números das vítimas envolvidas em acidentes de trânsito principalmente junto às motocicletas.

5. REFERÊNCIAS

BACCHIERI, G.; BARROS, A.J D. Acidentes de trânsito no Brasil de 1998 a 2010: muitas mudanças e poucos resultados. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 5, p. 949-963, 2011.

BARBOSA, M. Q. et al. Acidente Motociclístico: caracterização das vítimas socorridas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). **Rev Bras Ciênc Saúde**, v. 18, n. 1, p. 3-10, 2014.

BIFE, C.R.F.; SILVA, T.I. Perfil epidemiológico dos acidentes de trânsito em Marília, São Paulo. **Epidemiol Serv Saúde**, v.26, n.2, , p. 389-398, 2017.

BRASIL, Ministério da Justiça. Departamento Nacional de Trânsito: **Manual de Procedimento do Sistema Nacional de Estatísticas de Acidentes de Trânsito-SINET**. Brasília: DENATRAN, 2000.

DETRAN. Governo do Estado do Acre. **Relatório sobre as ocorrências de acidentes de trânsito ocorridos no município de Rio Branco - Acre**, 2016.

LEYTON, V. et al. Perfil epidemiológico das vítimas fatais por acidentes de trânsito e a relação com o uso do álcool. **Saúde, Ética & Justiça**. v.10, n.1/2, p.12-8, 2005.

MALTA, D.C. et al. Análise da mortalidade por acidentes de transporte terrestre antes e após a Lei Seca. Brasil,2007-2009. **Epidemiol. Serv. Saúde**. v. 19, n. 4, p.317-28, 2010.

MARÍN-LEÓN, L. et al. Tendência dos acidentes de trânsito em Campinas, São Paulo, Brasil: importância crescente dos motociclistas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 1, p. 39-51, 2012.

OLIVEIRA, N.L.B.; SOUSA, R.M.C. Fatores associados ao óbito de motociclistas nas ocorrências de trânsito. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 46, n. 6, p. 1379-86, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS), **Prevenção de lesões causadas pelo trânsito**: manual de treinamento, Genebra, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Década de Ação pela Segurança no Trânsito (2011-2020)**. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/campanha/seguranca-transito/>>. Acessado em: 23/07/2020.

PINTO, A. de O.; WITT, R. R. Gravidade de lesões e características de motociclistas atendidos em um hospital de pronto socorro. **Rev Gaúcha Enfermagem**, v. 29, n. 3, p. 408-414, 2008.

RIOS, P.A.A. et al. Acidentes de trânsito com condutores de veículos: incidência e diferenciais entre motociclistas e motoristas em estudo de base populacional. **Rev Bras Epidemiol**, v. 22. n. 5, p. e190054, 2019.

ROCHA, G. S. **Caracterização dos acidentes de trânsito e vítimas no município de Rio Branco-Acre**. (Dissertação) Mestrado em Saúde Pública - Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, 2009.

SANTOS, A. M. R. et al. Perfil da vítimas de trauma por acidentes de moto atendidas em um serviço público de emergência. **Cad Saúde Publica**, v. 24, n. 8, p. 1927-1938, 2008.

SCHOELLER, S. D. et al. Características das vítimas de acidentes motociclísticos atendidas em um centro de reabilitação de referência estadual do sul do Brasil. **Acta Fisiátrica**, v. 18, n. 3, p.141-145, 2012.

SILVA, E. R.; CARDOSO, B. C.; SANTOS, M. P. de S. O aumento da taxa de motorização de motocicletas no Brasil. **Revista Brasileira de Administração Científica**, v. 2, p. 49-63, 2011.

SILVA-SILVA, S.; OLIVEIRA, S. M.; CARITÁ, E. C. Ocorrências de acidentes de trânsito com motocicletas en un municipio del interior paulista. **Rev Enfermagem Heridiana**, v. 4, n. 1, p. 32-38, 2011.

CARACTERIZAÇÃO DOS ACIDENTES DE TRÂNSITO AUTO REFERIDOS, EM INQUÉRITO DE BASE POPULACIONAL, RIO BRANCO, ACRE, 2008

Andrea Fernandes Magalhães^{1,2}, Creso Machado Lopes², Rosalina Jorge Koifman^{2,3} e Pascoal Torres Muniz²

1. Curso de Medicina da Universidade Federal do Acre (UFAC), Rio Branco, Acre, Brasil;

2. Programa de Pós-Graduação - Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Acre, Rio Branco, Acre, Brasil;

3. Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

RESUMO

Introdução. Os acidentes de trânsito (AT's) representam uma grande porcentagem da mortalidade por causas externas nas quais ocupam o segundo lugar em todo o mundo desenvolvido, atrás das doenças degenerativas. **Objetivo.** Avaliar a situação epidemiológica dos AT's não fatais, auto referidos, na cidade de Rio Branco - Acre, visando à orientação das políticas públicas para minimizar os seus impactos na comunidade acreana. **Material e Método.** Estudo transversal de base populacional realizado de setembro de 2007 a agosto de 2008, na zona urbana e rural de Rio Branco - Acre, com adultos maiores de 18 anos. Dos 35 setores censitários foram sorteados 35, sendo 31 urbanos e 4 rurais, totalizando 875 domicílios, e com a previsão de perda de 15%, foi ampliada para 977 domicílios, totalizando 1516 indivíduos, os quais foram aplicados um questionário e realizadas entrevistas. **Resultados.** A percepção da população quanto às causas dos AT's apontam a imprudência como principal fator etiológico e o humano como foco de atenção preventiva. A questão do respeito às leis para garantir a efetividade das medidas de segurança foi demonstrada como o exemplo do uso do cinto de segurança. As faixas etárias mais jovens foram os grupos com maior mortalidade, constituindo um grande problema de saúde pública. **Conclusão.** Algumas medidas de segurança nos meios de transporte, bem como a legislação regulamentar do tráfego, com ênfase no seu cumprimento e campanhas educacionais promovem a redução significativa na sua ocorrência e gravidade.

Palavras-chave: Acidentes de trânsito, Inquérito, Amazônia e Brasil.

ABSTRACT

Introduction. Traffic accidents (TA's) represent a large percentage of mortality due to external causes in which they hold the second position in the developed world, behind degenerative diseases. **Objective.** To assess the epidemiological situation of non-fatal, self-reported TA's

in the city of Rio Branco - Acre, aiming at guiding public policies to minimize their impacts on the Acre community. Material and Method. Cross-sectional population-based study conducted from September 2007 to August 2008, in the urban and rural areas of Rio Branco - Acre, with adults over 18 years old. Of the 35 census sectors, 35 were selected, of which 31 were urban and 4 rural, totaling 875 residences, and with a 15% loss forecast, it was expanded to 977 residences, adding 1516 individuals, which were applied a questionnaire and conducted interviews. Results. People's perception of TA's causes indicates imprudence as the main etiological factor and the human as the preventive care focus. The matter of respecting laws to ensure safety measures effectiveness was demonstrated as seat belts use example. The youngest age groups were the groups with the highest mortality, constituting a major public health problem. Conclusion. Some security measures in transport, as well as traffic regulatory legislation, with emphasis on compliance and educational campaigns promote a significant decrease in their occurrence and severity.

keywords: Traffic accidents, Survey, Amazon and Brazil.

1. INTRODUÇÃO

Os acidentes de trânsito (AT's) constituem um dos maiores problemas de saúde pública na atualidade. Estima-se que 1,26 milhões de pessoas morreram no ano de 2000, sendo que a maioria das vítimas era de países em desenvolvimento, acarretando um custo anual de 100 bilhões de dólares (WHO, 2002)

Conforme o exposto, a identificação das características epidemiológicas dos AT's é importante não só para profissionais especializados como para os da saúde, da engenharia de tráfego, legisladores e delineadores de políticas preventivas e de assistencialismo, mas principalmente para a população que nele se envolve.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) refere-se aos AT's como problemas previsíveis e passíveis de prevenção através de estudos sistematizados. Um importante elemento ao lidar com questões de segurança viária é certificar-se da sua magnitude e características, o que inclui um entendimento não só da extensão das mortes no tráfego, das lesões nas vítimas não fatais e da energia das colisões, mas também das características próprias dos usuários do sistema incluídos em seu "habitat específico", quais os fatores contribuintes para seu o desfecho e quais políticas e programas de intervenção têm lugar para essa população, neste contexto (WHO, 2002).

Da mesma forma, a Organização das Nações Unidas (ONU) chama a atenção para os fatores responsáveis pela agudização do problema, enfatizando a velocidade excessiva, falta de equipamentos de segurança ao dirigir, estado de embriaguez do motorista, inadequada infraestrutura das vias públicas e rodovias, bem como para a frota de veículos,

ambos em estado inadequado de conservação. A ONU os considera fatores potenciais para aumentar o risco de lesões e mortes em todo mundo (ONU, 2005).

Nos Estados Unidos da América (EUA) foi descrito uma matriz “Haddon Matrix”, para ilustrar a interação dos três fatores: humano, veículo e meio ambiente, durante as três fases do evento: pré-colisão, colisão e pós-colisão, resultando em novas células, num modelo dinâmico onde cada célula representa uma oportunidade de intervenção e assistência (HADDON JR, 1972).

Este trabalho revelou detalhes para entender o quanto o comportamento, a segurança dos meios de transporte e as vias de acesso afetam a causalidade na ocorrência do desfecho - o acidente de trânsito (AT).

Diferentes modelos de estudos são assim desenvolvidos para investigar a percepção da população (o fator humano) envolvida com o tráfego para o direcionamento das políticas preventivas. Esses modelos tentam associar comportamentos e percepções de exposição ao AT com os de estudos de riscos de prevalências (VANLAAR; YANNIS, 2006).

Um das formas de diminuir a elevada morbidade e mortalidade por AT's é a execução de estudos regionais com o objetivo de conhecer e identificar elementos próprios que auxiliem na aplicação de políticas adaptadas para a sua prevenção (RAMOS et al., 2008). Uma pesquisa realizada em Bogotá revelou que o policiamento ostensivo e preventivo apresentou resultados positivos imediatos, e revelou que a adoção dessas medidas foi relativamente simples (LEITÃO, 1997).

Considerando a posição geográfica, a Amazônia Legal é a área onde se situa o município de Rio Branco, capital do Estado do Acre. Nessa região, atenção especial deve ser dada à preservação da floresta, pois suas fronteiras diminuem especialmente pela expansão agropecuária e pela infiltração de assentamentos nas matas virgens a partir das margens das estradas, expondo a degradação ambiental e humana (SOUZA; SOUZA; FARIA, 2008). São regiões que sofreram um processo de urbanização acelerado e desordenado com sua população sofrendo uma maior exposição a acidentes. Para definir e atingir metas de segurança viária os gestores precisam se conscientizar dos vários fatores conflitantes com a ocupação humana e a conservação do meio ambiente.

É nesse contexto que se desencadeia a discussão sobre saúde pública e o desenvolvimento dos meios de transportes, uma vez que os problemas que despontam não são passíveis de solução simples e imediatas, mas requerem modificações profundas na forma de pensar o processo de desenvolvimento e as propostas de políticas públicas. Um plano nacional com metas graduais e ambiciosas, em colaboração com os governos

estaduais, deve ser estabelecido para reverter à evolução dessa epidemia. O pré-requisito para essa condução é ter dados confiáveis para fomentar estudos e investimentos nessas áreas (WHO, 2002).

O presente estudo teve como objetivo geral: Avaliar a situação epidemiológica dos acidentes de trânsito (AT's) não fatais, auto referidos, na cidade de Rio Branco - Acre, visando à orientação das políticas públicas para minimizar os seus impactos na comunidade acreana. Os objetivos específicos foram: Determinar a distribuição dos AT's não fatais, auto referidos segundo, o sexo, faixa etária, situação conjugal, renda, zona de moradia, trabalho, álcool e direção, envolvimento em acidentes de outros moradores no domicílio e o uso do cinto de segurança; Investigar a variável notificação policial do acidente de trânsito, limitação física residual acontecida nas vítimas, tipo de atendimento e veículo envolvido; identificar a percepção das vítimas que sofreram acidentes de trânsito nos últimos doze meses, quanto às suas causas.

2. MATERIAIS E MÉTODO

Estudo transversal de base populacional realizado no período de setembro de 2007 a agosto de 2008, tendo como alvo a população da zona urbana e rural do município de Rio Branco - Acre, sendo o acidente de trânsito um dos desfechos pesquisados entre os diversos agravos a saúde e fatores de risco investigados.

A população do estudo foi constituída por adultos maiores de 18 anos, moradores das residências sorteadas por amostragem probabilística. A seleção da amostra foi baseada no mapa dos setores censitários e número de domicílios, de acordo com Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio (PNAD) de 2006 e o Censo de 2000.

Dos 35 setores censitários, foram sorteados aleatoriamente 35, sendo 31 urbanos e 4 rurais, totalizando 875 domicílios, e com a previsão de uma perda de 15%, a amostra foi ampliada para 977 domicílios, totalizando 1516 indivíduos, para os quais foram aplicados um questionário e realizadas entrevistas domiciliares.

Os dados foram processados no Programa Epi Info, versão 6.0, enquanto que as variáveis quantitativas foram selecionadas para a determinação das características dos AT's utilizando o Programa Stata 7.0.

O projeto original de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Acre, conforme número 23.107.00150/2007-22, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados demográficos, sociais e de comportamento de risco relevantes aos determinantes dos AT's da população amostral, estão apresentados no quadro 1.

O sexo masculino foi representado por 56,73%, a faixa etária agrupada mais representativa esteve na de 25-45 anos, com 42,49%. A variável idade apresentou média de 38,27 anos, com mínimo de 18 e máximo de 94 anos, desvio padrão de 16,07. Essa variável também foi categorizada em três estratos, sendo o primeiro de 18 até 25 anos (27,5% da amostra), o segundo a partir de 25 até 45 anos (42,5%) e o terceiro, a partir dos 45 anos (30,0%).

A população amostral teve média de 38,27 anos, mínimo de 18 e máximo de 94 anos, dp 16,07; discreta maioria do sexo feminino (56,73%), predominantemente morando na zona urbana (92,2%) 54,88% dos indivíduos afirmou ter um emprego ou atividade remunerada, a maioria foi composta por pessoas casadas ou união estável (55,58%), 30% relatou consumir bebida alcoólica, sendo que 3,5% deles afirmaram que bebiam e dirigiam. A renda familiar foi descrita tanto em salários mínimos (SM) quanto em valores absolutos, em reais. Na data de primeiro de abril de 2007, o salário mínimo era de 380 reais, aumentado para 415 reais a partir de março de 2008. A renda teve media de 1,91 SM, dp 1,7. e mais de um terço da população vivendo com renda mensal de até dois salários mínimos (39,77%), pertencentes às classes C e D. Essa mesma variável foi categorizada em três estratos, sendo o primeiro com renda zero até dois SM (39,77% do N total), a segunda a partir de dois SM até cinco (50,10%) e a última, a partir de cinco SM (10,13%). Essa estratificação foi baseada nas divisões de classes do IBGE que classificou a população brasileira com classe baixa (D e E) até dois salários, classe média (B e C), até cinco SM e classes altas (A e B) acima de cinco SM (IBGE, 2009).

Quadro 1. Distribuição das variáveis socioeconômicas, demográficas e de estilo de vida da população adulta (18 aos 96 anos N=1516), do inquérito da base populacional desenvolvido em Rio Branco - Acre - Brasil, no período de 2007-2008.

Variáveis	N	%
Sexo		
Masculino	860	56,73
Feminino	656	43,27
Faixa etária		
18 - 25 anos	417	27,51
25 - 45 anos	651	42,49
45 e mais	448	29,55
Status conjugal		
Casado / união estável	838	55,28
Solteiro / divorciado / viúvo	678	44,72
Renda / salários mínimos (SM)		
Até 2 salários	593	39,77
2 a < 5 salários	747	50,10
> = 5 salários	151	10,13
Morador		
Zona rural	118	7,78
Zona urbana	1398	92,22
Trabalho		
Sim	832	54,88
Não	678	45,12
Consumo de Álcool		
Sim	464	30,61
Não	1052	69,39
Dirige embriagado		
Sim	53	3,50
Não	1463	96,50
Acidente no trânsito		
Sim	546	36,02
Não	970	63,39
Acidente no trânsito nos últimos 12 meses		
Sim	119	7,85
Não	1397	92,25
Uso de cinto de segurança (motorista)		
Sempre	370	70,56
Quase sempre	41	8,70
Às vezes	35	7,43
Raramente	13	2,76
Nunca	12	2,55
Uso de cinto de segurança (passageiro da frente)		
Sempre	1175	83,39
Quase sempre	67	4,76
Às vezes	97	6,88
Raramente	31	2,20
Nunca	39	2,77
Uso de cinto de segurança (passageiro de trás)		
Sempre	304	21,98
Quase sempre	31	2,24
Às vezes	152	10,99
Raramente	164	11,86
Nunca	732	52,93

A amostra foi predominantemente da zona urbana, 92,22%, 54,88% tinham trabalho remunerado, 69,39% declarou não consumir bebida alcoólica e apenas declarou que 3,50% declararam que dirigiam embriagado. Desta amostra, 63,39% declararam não ter sofrido AT nos últimos 12 meses anteriores à pesquisa.

Foi observada elevada prevalência (70,56%) de adesão rotineira do uso do cinto de segurança pelos motoristas condutores, 83,39%, para o passageiro no banco dianteiro, apenas 21,98% de adesão do uso pelo passageiro no banco traseiro. É importante lembrar que o inquérito foi realizado dez anos após as alterações incorporadas ao Código de Trânsito Brasileiro, o qual incluiu a Resolução nº 48, de 21 de maio de 1988. Que estabelece os requisitos de instalação dos cintos de segurança e o Artigo nº 167 que previa as penalidades sobre a infração (CONTRAN, 1998).

Um dos fatores na gênese dos AT ligados ao comportamento humano é o respeito às leis que determinam o uso dos equipamentos de segurança como encostos de cabeça, capacetes e cinto de segurança. A obrigatoriedade do uso do cinto foi uma das mais bem sucedidas histórias internacionais de prevenção de lesões no trânsito. Esses foram introduzidos como equipamentos opcionais nos carros em 1961 e aprovaram ser tão efetivos que em 1971 ficaram como itens regulamentados (O'NEILL et al., 1972).

O Estado de Victória, na Austrália, liderou a questão legislativa da sua obrigatoriedade para as indústrias automobilistas e no seu uso para motoristas e passageiros (WHO, 2002). O uso do cinto de segurança foi calculado em 49% das vítimas de acidentes fatais. Entretanto, uma pesquisa sugere que há superestimação do uso do cinto nas colisões quando os estudos são feitos através de relatos policiais (COOPER, 1994).

Semelhante ao ocorrido em Rio Branco, Riyadh, capital da Arábia Saudita, experimentou uma rápida urbanização desde 1952, com conseqüente aumento no número de acidentes e mortes no trânsito. Observou-se uma prevalência de 33,3% da população usando o cinto de segurança pela observação direta dos motoristas num subúrbio da classe média, enquanto 4,0% dos passageiros dianteiros usaram o cinto quanto foram observados moradores da área residencial da classe trabalhadora. Eles consideram essas proporções baixas quando comparada aos dos Estados Unidos, que apresentaram 71,0% de uso do cinto de segurança, em 2000, ou em relação ao Estado de Victoria, Austrália onde atingiu 85,0% em 1994 (BENDAK, 2005).

Em comparação, pesquisa com dados do Departamento Estadual de Trânsito de São Paulo (DETRAN-SP), no município de Campinas, comparou os índices de adesão ao cinto de segurança, antes e depois da lei que penalizava a infração. Quando o uso era estimulado

apenas através de campanhas educativas, somente 20,0% dos motoristas usavam o cinto de segurança. Depois da aplicação das penalidades a adesão ao cinto alcançou 95,0% da população (QUEIROZ; OLIVEIRA, 2002).

A distribuição das variáveis da percepção da população que sofreu AT nos últimos doze meses (N=119), está contida no quadro 2.

Quadro 2. Distribuição das variáveis da percepção da população que sofreu acidente de trânsito nos últimos doze meses quanto à limitação física, tipo de atendimento recebido e veículo envolvido no acidente da população adulta (18 aos 96 anos N=119), do inquérito da base populacional desenvolvido, Rio Branco - Acre - Brasil, no período de 2007-2008.

Variáveis	F	%
Notificação policial (n total 99)		
Sim	33	33,33
Não	66	66,66
Limitação física (n total 119)		
Sim	4	3,36
Não	109	91,60
Em recuperação	6	5,04
Limitação física (outro morador)		
Sim	15	12,60
Não	104	87,40
Tipo de atendimento (n total 113)		
Ambulância	25	22,12
Hospitalar	29	25,67
Outros	17	15,04
Não	42	37,17
Tipo de veículo * (n total 144)		
Ônibus	3	3,03
Carro	44	44,44
Bicicleta	25	17,36
Camionete	5	3,47
Caminhão	4	2,78
Motocicleta	61	61,61
Taxi	2	1,39

*As diferenças nos valores se devem ao fato do entrevistado responder sim em mais de uma alternativa ou ao total de *missings*.

Dos resultados encontrados, 66,66% das vítimas de AT não notificaram às autoridades policiais, 91,60% das vítimas não apresentaram nenhuma limitação física, sendo também para outro morador, e dos outros moradores da casa 12,6% relatou apresentar alguma limitação física decorrente de um AT. Com relação ao tipo de atendimento, 25,67% foram atendidos em hospitais, 22,12% receberam atendimento na ambulância. 5,04% dos

entrevistados se encontravam em recuperação de alguma lesão sofrida no AT, 3,36% tinham lesão residual e 12,60% dos outros moradores da residência também tiveram limitação física.

Para o tipo de veículo envolvido no AT, a motocicleta foi a mais representativa, 61,61%, seguido pelo carro, 44,44%, dados que apontam o alto número de vítimas motociclistas.

A presença de sequelas implica em gastos previdenciários bem como em repercussões psicológicas e sociais tanto para a vítima do AT quanto para a família, visto que nesse na maioria dos estudos os homens jovens são as vítimas predominantes (ANJOS et al., 2007). O relatório sobre prevenção de AT da WHO lembra sobre os custos diretos com assistência médica e reabilitação e os indiretos que incluem os cuidados domésticos e a perda de dias de trabalho dos familiares que cuidam dos sobreviventes, diminuindo ainda mais o rendimento das famílias (WHO, 2002).

Nos AT não fatais há significativa mobilização do sistema de saúde. O estudo em Rio Branco apontou que as vítimas receberam atendimento em hospitais, mobilizaram ambulância da Defesa Civil ou do Corpo de Bombeiros e tipos de atendimento, onerando o sistema de saúde. Cada vítima de AT envolve no mínimo três unidades de assistência médica pública (CÂMARA, 2007).

Os registros de pagamentos das Autorizações de Internações Hospitalares (AIH's) por causas externas representaram cerca de 1% do total dos gastos com a saúde pública no período 1998-2004. Esses registros representaram apenas uma parcela do montante, visto que, os atendimentos ambulatoriais, inclusive o de urgência e emergência, não são contabilizados, não há nos dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS) informações referentes a essas unidades. Com informações indiretas sobre a demanda por atendimento ambulatorial pelas causas externas foi assim estimado um total de 2,2 bilhões em 2004, sendo 119 milhões por AT (RODRIGUES et al., 2009).

Dados semelhantes foram obtidos através de um estudo descritivo efetuado no período de 2001 a 2003, que analisou a mortalidade por AT, em Rio Branco - Acre, com informações coletadas junto ao Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), Exame Cadavérico do Instituto Médico Legal (IML) e Serviço de Resgate do Corpo de Bombeiros do Acre. Na ocasião foram contabilizados 3412 AT, 228 (6,7%) com vítimas fatais, carro, caminhão, ônibus e carreta totalizaram 35,7%, seguido pela bicicleta com 29,7% e motocicleta com 27,2% (GOMES et al., 2008). O envolvimento das motocicletas é cada vez mais frequente, suas consequências são mais incapacitantes e letais, principalmente nos

países em desenvolvimento, Vários estudos em cidades, brasileiras confirmam essa realidade (OTT et al., 1993; WHO, 2002, RODRIGUES et al., 2009).

A deficiência do transporte público e o aumento populacional, bem como o modelo de desenvolvimento urbano e industrial brasileiro viabilizaram e estimularam o uso de transporte individual como o carro, nas famílias com renda mais alta, e a motocicleta naquelas com renda mais baixa. Uma pesquisa qualitativa realizada em Campinas - São Paulo, reafirmou que transporte público era precário e a sua melhoria era essencial para reduzir os AT (QUEIROZ; OLIVEIRA, 2002).

Segundo dados do Departamento Estadual de Trânsito - Acre (DETRAN-AC), Rio Branco possuía uma frota de 41.431 veículos, sendo 29.475 automóveis, 9360 utilitários, 27.134 motocicletas e 462 ônibus (DETRAN - AC, 2007). Nesse inquérito apenas 3% dos entrevistados sofreu AT no transporte coletivo, ônibus. O transporte público, quando eficiente, diminui o número de veículos circulantes, o impacto ambiental e dinamiza o trânsito (IPEA, 2009).

Com base nos resultados deste estudo, pode-se sugerir que o transporte público é uma alternativa segura para esta capital, pois os dados revelaram um pequeno número de AT envolvendo os ônibus. Um possível viés dessa informação encontra-se no fato desse meio de transporte é pouco utilizado ou ser pouco disponível e efetivo para os entrevistados.

No tocante percepção da população que sofreu AT, nos últimos dose meses, o quadro 3, apresenta seus dados. Na percepção da causa do AT a imprudência do motorista foi o principal fator apontado pela população amostral de Rio Branco, 67% das respostas para as questões: motorista desrespeitou o semáforo / avanço, motorista na contra mão, motorista perdeu a direção (dormiu ao volante) passou mal, ultrapassagem perigosa / fechada ou motorista em alta velocidade, apenas 12,12% respondeu que o motorista havia ingerido bebida alcoólica. Entretanto, em 2008, no município de Rio Branco, foi aferido que em AT's fatais, 34,1% das vítimas, faziam uso de álcool, 15,3% dirigiam em alta velocidade e 21,2% estavam em alta velocidade e consumiram álcool (SOUZA; SOUZA; FARIA, 2008).

Estudo qualitativo investigando a percepção dos jovens, em Barcelona, Espanha, sobre a evolução, magnitude e causa de AT revelou fatos semelhantes ao inquérito de Rio Branco. Os maiores responsáveis pela ocorrência dos AT's identificados foram: dirigir sob o efeito de drogas, álcool, medicamentos, cansaço, condução noturna e a falta de alternativa de transporte público (RAMOS et al., 2008).

Quadro 3. Distribuição das variáveis da percepção da população que sofreu acidente de trânsito nos últimos doze meses, quanto à causa dos acidentes no inquérito de base populacional, Rio Branco - Acre - Brasil, no período de 2007-2008.

Variável	*N	Sim (%)	Não (%)
Motorista desrespeitou o semáforo / avanço	98	16 (16,32)	82
Pedestre desrespeitou o sinal luminoso	98	0 (0)	98
Pedestre atravessou inadvertidamente um trecho de via, fora do sinal	99	4 (4,04)	95
Motorista na contra mão	99	6 (6,06)	93
Problemas no veículo	99	3 (3,03)	96
Motorista perdeu a direção (dormiu ao volante) passou mal	99	10 (10,10)	89
Motorista havia bebido	99	12 (12,12)	87
Pedestre havia bebido	99	0 (0)	99
Semáforo com defeito	99	0 (0)	99
Ultrapassagem perigosa / fechada	99	10 (10,10)	89
Curva perigosa	99	7 (7,07)	92
Freio com defeito	99	1 (1,01)	98
Motorista em alta velocidade	99	25 (25,25)	74
Outros	99	28 (28,28)	71

* As diferenças nos valores totais se devem ao fato do entrevistado responder sim em mais de uma alternativa ou ao total de *missings*.

Inquérito realizado com os estudantes da Universidade Estadual de Campinas evidenciou que os condutores com envolvimento em AT apresentaram comportamentos inadequados para o trânsito seguro como: dirigir logo após beber, multas anteriores e tráfego pelo acostamento. A imprudência é superior entre os condutores do sexo masculino com maior prevalência de AT (MARÍN-LEÓN; VIZZOTTO, 2003).

Outro inquérito na Universidade Católica de Goiás revelou comportamentos de risco entre os universitários: 41% dirigiram sem habilitação, 35% já haviam se envolvido em AT, 50% dos homens sofreram AT e 30% das mulheres. Falta de atenção, excesso de velocidade e desrespeito à sinalização foram os fatores que contribuíram para a ocorrência dos acidentes, segundo percepção dos estudantes que se acidentaram ⁽²⁶⁾. Nos países europeus inquérito semelhante revelou que dirigir sob a influência do álcool, drogas e medicamentos

e usando telefone móvel são percepções das vítimas e as causas de AT nos países europeus (VANLAAR; YANNIS, 2006).

Essas evidências demonstram que o problema de saúde pública relacionado ao trânsito no Município de Rio Branco, uma região ainda pouco explorada por estudos epidemiológicos, segue a tendência global quanto aos fatores de risco e medidas a serem adotadas. Comprovou-se uma adequada adesão da população amostral ao uso do cinto de segurança. A associação de álcool a direção ainda persiste nessa sociedade e é vista como causa de AT's pelos acidentados. A lei de tolerância zero ao álcool foi regulamentada após o término das entrevistas.

4. CONCLUSÃO

Os AT's com vítimas não fatais no Município de Rio Branco, têm perfil semelhante ao das outras cidades brasileiras, o tipo de veículo envolvido no acidente revela o tipo de urbanização adotado pelo município e pelas políticas de desenvolvimento econômico e industrial onde o transporte particular supera o coletivo. As consequências dos AT's implicam em gastos ao sistema de saúde e previdenciário. A percepção da população quanto aos problemas dos acidentes aponta a imprudência como principal fator etiológico e o fator humano como foco de atenção preventiva. O respeito às leis para garantir a efetividade das medidas de segurança é bem demonstrado com o exemplo do uso do cinto de segurança.

5. REFERÊNCIAS

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

BENDAK, S. Seat belt utilization in Saudi Arabia and its impact on road accident injuries. **Accident Analysis and Prevention**, v. 37, n. 2, p. 367-371, 2005.

CÂMARA, M. R. **Epidemiologia dos acidentes de trânsito com vítimas na cidade de Uberlândia (MG)**. (Tese) Mestrado em Ciências da Saúde - Faculdade de Medicina de Uberlândia. Universidade Federal de Uberlândia, 2007.

CONTRAN. Conselho Nacional de Trânsito. **Resolução CONTRAN nº 48 de 21/05/1998**. Estabelece requisitos de instalação e procedimentos para ensaios de cintos de segurança de acordo com o inciso I do artigo 105 do Código de Trânsito Brasileiro, 1998. Disponível

em: <<https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=96366>>. Acesso em 30/09/2008.

COOPER, P. J. Estimating overinvolvement of seat belt nonwearers in crashes and the effect of lap/shoulder restraint use on different crash severity consequences. **Accident Analysis and Prevention**, v. 26, n. 2, p. 263-275, 1994.

DETRAN - AC. **Estatísticas de Trânsito 2007**. Disponível em: <<https://www.detran.ac.gov.br/site/artigo.jsp?id=10644>>. Acesso em 31/07/2009.

GOMES, E. S. et al. Mortalidade por acidentes de trânsito em Rio Branco - Acre - Brasil, 2001 to 2003. **Online Bras J Nurs**, v. 3, n. 3, p. 46-54, 2004.

HADDON, J. R. W. A logical framework for categorizing highway safety phenomena and activity. **J Trauma**, v. 12, n. 3, p.193-207, 1972.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Fundação Getúlio Vargas. **Rendimento, despesa e consumo**. Disponível em <<http://www.ibre.fgv.br>>. Acesso em 31/08/2009.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Agência Nacional de Transportes Públicos. **A questão da qualidade do transporte urbano**. Disponível em: <https://www.hist.antp.org.br/telas/congresso_transito_transporte9.htm>. Acesso em 31/08/2009.

LEITÃO, F. B. P. IV - Relato de experiência quanto à prevenção de acidentes de trânsito: Um modelo usado pela Organização Panamericana de Saúde. **Revista de Saude Publica**, v.31, n. suppl. 4, p. 47-50, 1997.

MARÍN-LEÓN, L.; VIZZOTTO, M. M. Driving-related behavior: an epidemiologic study of undergraduate students. **Cadernos de saúde pública / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública**, v. 19, n. 2, p. 515-523, 2003.

O'NEILL, B. et al. Automobile head restraints--frequency of neck injury claims in relation to the presence of head restraints. **American Journal of Public Health**, v. 62, n. 3, p. 399-406, 1972.

ONU. La Asamblea General de las Naciones Unidas ONU. **La resolución 60, de 06 de octubre de 2005. Mejoramiento de la seguridad vial en el mundo**. Disponível em: <<https://www.unece.org>>. Acesso em 31/08/2008.

OTT, E. A. et al. Acidentes de trânsito em área metropolitana da região sul do Brasil-caracterização da vítima e das lesões. **Revista de Saude Publica**, v. 27, n. 5, p. 350-356, 1993.

QUEIROZ, M. S.; OLIVEIRA, P. C. Acidentes de trânsito: uma visão qualitativa no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos de saúde pública / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública**, v. 18, n. 5, p.1179-1187, 2002.

RAMOS, P. et al. Young people's perceptions of traffic injury risks, prevention and enforcement measures: A qualitative study. **Accident Analysis and Prevention**, v. 40, n. 4, p. 1313-1319, 2008.

RODRIGUES, R. I. et al. Os custos da violência para o sistema público de saúde no Brasil: informações disponíveis e possibilidades de estimação. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 1, p. 29-36, 2009.

SOUZA, E.F.; SOUZA, G.E.A.B.; FARIA, G. B. As políticas de desenvolvimento rural sustentável no acre em meio ao processo de globalização. **XLVI Congresso da Sociedade Brasileira de Economia, Administração e Sociologia Rural**, 2008.

VANLAAR, W.; YANNIS, G. Perception of road accident causes. **Accident Analysis and Prevention**, v. 38, n. 1, p. 155-161, 2006.

WHO. The World Health Organization Report 2002: reducing risks, promoting healthy life. Geneva. **WHO Library Cataloguing in Publication Data**, 2002.

VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES: PERFIL DE CASOS NOTIFICADOS NO ACRE ENTRE 2013 E 2017

Wiliane da Silva Gondim¹, Gabriel Andrade de Souza¹, Carla Diana de Mello Mendes Amorim², Wendell Braga da Silva², Bruna Lima Rocha³ e Rozilaine Redi Lago⁴

1. Universidade Federal do Acre (UFAC), Curso de Graduação em Saúde Coletiva, Rio Branco, Acre, Brasil;
2. Secretaria de Estado de Saúde (SESACRE), Divisão de Doenças e Agravos não Transmissíveis (DANTs), Rio Branco, Acre, Brasil;
3. Universidade Federal do Acre (UFAC), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Rio Branco, Acre, Brasil;
4. Universidade Federal do Acre (UFAC), Centro de Ciências da Saúde e do Desporto, Rio Branco, Acre, Brasil.

RESUMO

Introdução: A violência sexual contra a criança e adolescente caracteriza-se como o aproveitamento da condição de vulnerabilidade mediante o abuso sexual perpetrado pelo agressor. Este agravo representa um problema de saúde pública, demandando diversos recursos em seu enfrentamento. **Objetivo:** Descrever as características das notificações compulsórias de violência sexual contra crianças e adolescentes no Estado do Acre, entre os anos de 2013 e 2017. **Metodologia:** Trata-se de um estudo transversal, descritivo, no qual são analisados dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Os dados foram processados utilizando-se o software SPSS v 19.0, sendo calculadas frequências absolutas e relativas, utilizando-se o teste de qui-quadrado de Pearson, considerando $p < 0,05$. **Resultados:** As vítimas são em sua maioria do sexo feminino, de raça/cor da pele parda, com grau de escolaridade de 5º ao 8º ano do ensino fundamental incompleto e com a condição de gestante após o ato violento. A maior parte dos agressores são do sexo masculino, sendo geralmente, conhecidos da vítima. O ato violento caracteriza-se como estupro, através de ameaças e uso de força/espancamento. Geralmente ocorre na residência da vítima e é de repetição. Os encaminhamentos realizados são principalmente para a rede de saúde e para o conselho tutelar. **Conclusão:** Os resultados confirmaram que apesar da presença e, aparente crescimento, do fenômeno na população estudada, o atendimento ofertado ainda é frágil, indicando a necessidade de maior investimento na atenção integral às vítimas, dentre outras medidas.

Palavras-chave: Violência sexual, Saúde pública, Crianças e Adolescentes.

ABSTRACT

Introduction: Sexual violence against children and adolescents is characterized as taking advantage of the condition of vulnerability through sexual abuse perpetrated by the

aggressor. This problem represents a public health problem, requiring several resources to face it. Objective: To describe the characteristics of compulsory notifications of sexual violence against children and adolescents in the State of Acre, between the years 2013 to 2017. Methodology: This is a cross-sectional, descriptive and analytical study, in which data from the Information on Notifiable Diseases (SINAN). The data were processed using the SPSS v 19.0 software, with absolute and relative frequencies being calculated using Pearson's chi-square test, considering $p < 0.05$. Results: The victims are mostly female, of mixed race / skin color, with an education level from 5th to 8th grade of incomplete elementary school and with the condition of pregnant women after the violent act. Most of the aggressors are male and are generally known to the victim. The violent act is characterized as rape, through threats and the use of force / beatings. It usually occurs at the victim's residence and is repeated. Referrals are made mainly to the health network and to the tutelary council. Conclusion: The results confirmed that despite the presence and, apparent growth, of the phenomenon in the studied population, the health care offered is still fragile, indicating the need for greater investment in comprehensive care for victims, among other measures. **Keywords:** Sexual violence, Public health, Children and Adolescents.

1. INTRODUÇÃO

A violência entra no cenário mundial de saúde pública como um problema histórico de natureza multicausal que atinge todos os setores da sociedade, acarretando problemas físicos, psíquicos e comportamentais. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a violência é compreendida como “o uso intencional da força ou poder em uma forma de ameaça contra si mesmo, outra pessoa, grupo ou comunidade que ocasiona ou tem grandes possibilidades de ocasionar lesão, morte, dano psíquico, alterações do desenvolvimento ou privações” (MINAYO, 2007; KRUG et al., 2002).

Tendo em vista que a violência é um problema multicausal, existem subdivisões para a mesma, sendo estas de diferentes eixos: violência doméstica, violência de gênero, violência étnica, violência cultural e violência sexual. Esta última aflige, não somente a adultos, mas a crianças e adolescentes. A violência sexual caracteriza-se por toda ação na qual uma pessoa obriga outra à realização de práticas sexuais por meio da força física ou psicológica. Muitas vezes, as crianças e adolescentes vítimas de violência sexual costumam apresentar problemas de crescimento e desenvolvimento além de baixa autoestima e a tendência ao sentimento de culpa (ABRÁPIA, 1997, 2002; ROMARO; CAPITÃO, 2007).

A OMS define a violência sexual como: “Qualquer ato sexual ou tentativa do ato não desejada, ou atos para traficar a sexualidade de uma pessoa, utilizando repressão, ameaças ou força física, praticados por qualquer pessoa independente de suas relações com a vítima, qualquer cenário, incluindo, mas não limitado ao do lar ou do trabalho” (KRUG, 2002).

A violência sexual entre crianças e adolescentes é compreendida como a utilização das vítimas para o prazer sexual dos agressores, em uma relação de domínio e poder do violentador sobre a sexualidade da vítima e, também, uma transgressão dos direitos de integridade psicológica e física da criança e do adolescente e do livre-arbítrio de desempenhar sua sexualidade de acordo com seu padrão de desenvolvimento (ABRAPIA, 1997).

Ela pode acontecer em situações distintas, por exemplo, quanto ao ambiente, podemos classificá-la: no ambiente extrafamiliar, ou seja, no ambiente social em que as vítimas estão inseridas ou no ambiente familiar, dentro da casa em que a vítima reside. Essa violência, assim como as demais, ocorre em países de todos os níveis de desenvolvimento e renda e pode afetar crianças e adolescente de todas as idades e em diferentes contextos. Todos os sexos e identidades de gêneros podem ser alvo de violência sexual, contudo o sexo feminino, e pessoas em vulnerabilidade socioambiental, estão em maior risco (HABIGZANG; CAMINHA, 2004; TRABBOLD et al., 2016).

Segundo a Organização das Nações Unidas, 225 milhões de crianças e adolescentes no mundo, são vítimas de abusos sexuais anualmente, destes, 150 milhões são do sexo feminino (SENA; SILVA; NETO, 2018). Em 2013, segundo o Ministério da Saúde no Brasil (MS), a violência sexual ocupava o segundo maior tipo de violência entre indivíduos na faixa etária dos 10 a 14 anos, sucedendo apenas a violência física (BRASIL, 2013). Segundo o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS), em 2012, foram registrados 67.903 casos de violência sexual contra a criança e adolescente. Já em 2013 foram registrados 70.588 casos, caracterizando-se com um aumento no número de casos.

O Brasil foi o primeiro país a promulgar um marco legal no que tange a busca pelo enfrentamento da violência sexual, em consonância com a Convenção sobre os Direitos da Criança. Considerado internacionalmente como um instrumento legislativo de vanguarda, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), criado pela Lei 8.069 e aprovado em 1990, tornou-se referência no que se trata da proteção da infância e da adolescência (BRASIL, 1990).

Segundo o ECA, é dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária de crianças e adolescentes. A lei acrescenta que nenhuma criança ou adolescente considerado até 18

anos incompletos, será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais (BRASIL, 1990, 2017).

Percebe-se que há uma grande carência de dados e estudos sobre a violência sexual no mundo; além disso, este tema ainda representa um grande tabu para a sociedade permeando diferentes contextos, especialmente aqueles de maior vulnerabilidade social. A sociedade, profissionais de saúde, família e entre outros, não estão preparados para o acolhimento das vítimas, gerando mais violência (institucional), frustrações e até receio de procurar ajuda não só por parte das vítimas, mas também dos indivíduos que percebem e identificam este problema.

Portanto, considera-se que o tema deste estudo possui destaque no cenário da atualidade, e que se trata de uma questão que exige vigilância e monitoramento no setor saúde, diante disso e da relevância do tema para a saúde pública, o presente estudo se propôs a descrever o perfil das crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, bem como o perfil do perpetrador e as características do ato violento no Estado do Acre, entre 2013 a 2017.

2. MATERIAIS E MÉTODO

2.1. TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo ecológico, com dados secundários de acordo com os registros do SINAN. Foram analisados os dados de notificação compulsória de violência sexual contra crianças e adolescentes no estado do Acre, entre 2013 e 2017 e investigados 3.007 de casos de violência sexual contra crianças e adolescentes, relacionados a variáveis sócio demográficas descritivas do ato violento bem como do (s) perpetrador (es) de violência.

2.2. POPULAÇÃO DE ESTUDO, CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram selecionados todos os casos de violência sexual contra crianças e adolescentes ocorridas no Estado do Acre registrados no SINAN tendo como base os seguintes critérios: Tipo de violência sexual, idade da vítima e local de ocorrência. Foram

excluídas as fichas de notificação de vítimas com 19 anos ou mais de idade e os dados que possuíam duplicidade.

2.3. COLETA, PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS E DIFUSÃO

O instrumento de coleta de dados utilizado neste estudo foi a ficha de notificação compulsória de violência interpessoal/autoprovocada, a qual representa do instrumento padronizado pelo ministério da saúde do Brasil para a vigilância de violências em populações vulneráveis (crianças, adolescentes, mulheres e pessoas idosas) de acordo com o SINAN. Esta ficha é composta por variáveis agrupadas nos seguintes tópicos: dados gerais, notificação individual, dados de residência, dados da pessoa atendida, dados da ocorrência, violência; violência sexual, dados do provável autor da violência, encaminhamento e dados finais.

A notificação compulsória de violência sexual contra crianças e adolescentes deve ser realizada mediante a suspeita ou confirmação da ocorrência deste ato violento, em até 24h da identificação do caso. Profissionais de saúde, professores, profissionais de outros setores e até cidadãos podem ser agentes dessa notificação durante seu contato/atendimento das vítimas no âmbito de serviços de saúde, educação, dentre outros espaços. Embora existam discussões sobre o uso desta ficha como instrumento integrador da rede de garantia de direitos de crianças e adolescentes no caso de vitimização por violência, como a referida ficha padronizada de notificação é relacionada à alimentação de um sistema de informação em saúde (neste caso, o SINAN), observa-se que são os profissionais de saúde atuantes no Sistema Único de Saúde (SUS) os principais realizadores desta notificação. As fichas são preenchidas nas unidades de saúde pelos profissionais que fazem o acolhimento das vítimas, em seguida são enviadas para a Secretaria Municipal de Saúde onde são digitadas. Em seguida os dados são transferidos também aos níveis estadual e federal, compondo os bancos de dados dessa área nas três esferas de atuação do SUS.

De acordo com o Instrutivo de Notificação de Violência doméstica, sexual e outras violências (VIVA), a ficha de notificação Individual de Violência Interpessoal/Autoprovocada possibilita que outras unidades façam a notificação, como: estabelecimento de ensino, conselho tutelar, unidade da assistência social, centro especializado de atendimento à mulher e unidades de saúde indígena. Desse modo, quando essas unidades identificarem um caso de violência, é possível fazer a notificação de violência utilizando esta ficha de notificação. Ressalta-se que em seguida, a ficha deve ser encaminhada para uma unidade

de saúde que seja referência no território para fins de digitação da ficha. A pessoa em situação de violência também deve ser encaminhada para acompanhamento pelo serviço de saúde de referência na área e pelos conselhos de direitos, quando for o caso (BRASIL, 2016).

Em caso de mais de uma notificação em outra unidade com a mesma vítima deve-se completar a primeira ficha de notificação individual já preenchida e registrada no SINAN, arquivando todas na Vigilância Epidemiológica e uma cópia nas unidades que as preencheram.

Os dados referentes às notificações de violência sexual contra crianças e adolescentes do estado do Acre entre 2013 e 2017 foram fornecidos à equipe da pesquisa em planilhas no Microsoft Excel 2010, preparadas pelos profissionais da área de vigilância de violências do referido estado. As planilhas foram revisadas quanto a erros, lacunas e duplicidade. Em seguida, os dados foram processados utilizando-se o software SPSS v 19.0, sendo calculadas frequências absolutas e relativas o teste qui-quadrado de Pearson, considerando $p < 0,05$, na comparação entre os grupos de interesse.

Foram estudadas as seguintes variáveis, de acordo com as respectivas categorias:

a) Da vítima:

- Idade (0 a 12 e 13 a 18 anos);
- Sexo (feminino ou masculino);
- Raça/Cor da Pele (branca, preta, amarela, parda, indígena);
- Possui Algum tipo de Deficiência (sim ou não);
- Escolaridade
- Situação Conjugal (solteiro (a), casado (a), viúvo (a), separado (a), não se aplica;
- Gestação após a violência sexual (sim, não);

b) Do Evento:

- Tipo de Violência Sexual (assédio sexual, estupro, pornografia infantil, exploração sexual e outros);
- Violência de repetição (se já ocorreu outras vezes);
- Local de Ocorrência (residência, habitação coletiva, escola, local de prática esportiva, bar ou similar, via pública, comércio/serviços, indústrias/construção e outro);

- Tipo de Agressão (força/espancamento, enforcamento, objeto contundente, objeto perfuro cortante, objeto quente, envenenamento, arma de fogo, ameaças e outros).

c) Do agressor (a):

- Sexo (feminino, masculino, ambos os sexos);
- Conhecido da Vítima (sim, não);
- Uso de bebida alcoólica (sim, não);
- Número de Envolvidos (um e dois ou mais).

d) Do atendimento:

- Procedimentos indicados (profilaxia IST, profilaxia HIV, profilaxia HBV, coleta de sangue, coleta de sêmen, coleta de secreção vaginal, contracepção de emergência e aborto);
- Encaminhamento para outros setores (rede de saúde, conselho tutelar, instituto médico legal, delegacia de proteção à criança e adolescente, outras delegacias, centro de referência especializado de assistência social, delegacia da mulher, vara da infância e juventude, programa sentinela, ministério público, centro de referência da mulher, abrigo, outros).

A análise, interpretação e discussão dos dados foi realizado em conjunto com os profissionais da Secretaria de Estado de Saúde do Acre (SESACRE), a fim de difundir os resultados do estudo e facilitar a adoção das medidas de prevenção e abordagem das vítimas no contexto local. Houve a participação em 03 reuniões no Comitê Estadual de Enfrentamento a Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes para aprofundamento do tema tratado e para apresentação de resultados parciais junto aos profissionais de diversos setores públicos e da sociedade civil organizada. Além destes espaços, os resultados parciais deste estudo foram apresentados no 9th International Meeting of Child and Adolescent Health 2019. Os autores do estudo também ministraram um minicurso na 11ª Semana de Saúde Coletiva da UFAC, em 03 Junho de 2019, com o tema: Vigilância das violências no Brasil: fique por dentro e faça a diferença! ”.

2.4. ASPECTOS ÉTICOS

A equipe de pesquisa foi treinada quanto ao atendimento dos aspectos éticos previstos na Resolução 466 de 2012- CONEP, dentre os quais a garantia do sigilo das informações e o resguardo dos dados da pesquisa para unicamente para os fins propostos e não obtiveram acesso aos dados nominais das vítimas. Por se tratar de um estudo com informações secundárias, não houve a necessidade de apresentar o projeto de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa local.

Adotou-se uma postura ética de difusão dos resultados parciais em função da relevância do tema de pesquisa junto a acadêmicos, a comunidade organizada, aos profissionais que atuam nessa área, portanto, todos esses agentes tiveram acesso resultados preliminares do estudo.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 RESULTADOS

Foram identificadas 3.007 notificações de violência sexual entre crianças (n=635) e adolescentes (n=2.372) no Estado do Acre, no período de 2013 a 2017. Neste período, houve aumento no número de notificações, que passou de 490 casos no ano de 2013 para 715 casos em 2017 no Estado do Acre (Figura 1).

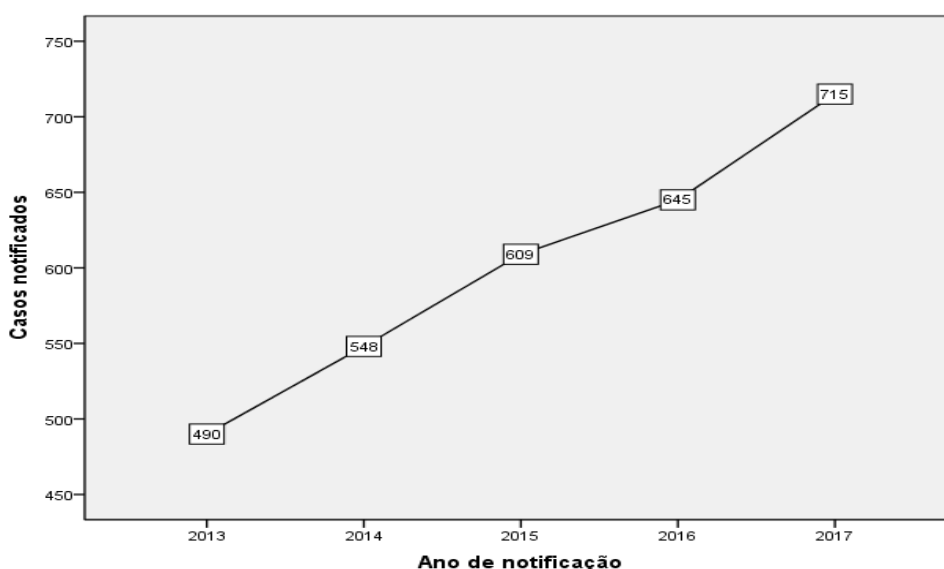


Figura 1. Casos notificados de violência sexual contra crianças e adolescentes, Acre, 2013-2017.

Em relação ao sexo das vítimas, houve predominância do feminino em crianças (n=599; 94,3%) e adolescentes (n=2.352; 99,1%), de raça/cor da pele parda em crianças (n=512; 82,1%) e em adolescentes (n=2.045; 87,2%). No que diz respeito a deficiência (n=23; 3,8%) das vítimas crianças e (n=55; 3,0%) das vítimas adolescentes possuía algum tipo de deficiência. A maioria possuía o grau de escolaridade 5ª a 8ª série incompleta do ensino fundamental, crianças (n=249; 40,3%) e adolescentes (n=983; 45,8%). Em relação à situação conjugal, (n=321; 51,2%) em crianças não se aplica e entre os adolescentes, (n=746; 32,1%) se autodeclararam casados. A maioria das vítimas engravidaram após a violência sexual, crianças (n=148; 50,9%) e adolescentes (n=1.720; 80,1%) (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização das vítimas de violência sexual, segundo faixa etária de Crianças e Adolescentes, Acre, 2013-2017.

Variáveis	Crianças		Adolescentes		Total ^a (N=3.007; 100%)		P valor ^b
	N	%	N	%	N	%	
Sexo							
Masculino	36	5,7	20	0,9	56	1,9	
Feminino	599	94,3	2352	99,1	2951	98,1	
Raça/cor da pele							
Branca	52	8,3	172	7,3	224	7,5	
Pretas	26	4,2	70	3,0	96	3,2	
Amarela	3	0,5	5	0,2	8	0,3	0,001
Parda	512	82,1	2045	87,2	2557	86,2	
Indígena	30	4,8	53	2,3	83	2,8	
Deficiência							
Não	588	96,2	2261	97	2849	97,3	
Sim	23	3,8	55	3	78	2,7	0,023
Escolaridade							
Analfabeto	4	0,6	21	1,0	25	0,9	
1ª a 4ª incompleta do EF	101	16,3	169	7,9	270	9,5	
4ª completa do EF	39	6,3	121	5,6	160	5,6	
5ª a 8ª incompleta do EF	249	40,3	983	45,8	1232	43,2	
Ensino médio Completo	7	1,1	248	11,6	255	8,9	
Ensino médio incompleto	10	1,6	477	22,2	487	17,1	<0,001
Ensino médio completo	5	0,8	117	5,5	122	4,3	
Educação superior incompleto	0	0,0	9	0,0	9	0,3	
Educação superior completo	0	0,0	1	1,0	1	0,0	
Ignorado	20	3,2	90	7,9	110	3,9	
Não se aplica	183	29,6	0	5,6	183	6,4	
Situação conjugal							
Solteiro	235	37,5	1469	63,1	1704	57,7	
Casado	70	11,2	746	32,1	816	27,6	
Viúvo	1	0,2	1	0,0	2	0,1	<0,001
Separado	0	0,0	4	0,2	4	0,1	
Não se aplica	321	51,2	107	4,6	428	14,5	
Gestação após violência sexual							
Sim	148	50,9	1720	80,1	1868	76,7	<0,001
Não	143	49,1	426	19,9	569	23,3	

a) Totais divergem devido a dados faltantes (ignorado/em branco). b) Teste do qui-quadrado de Pearson.

Houve maior frequência de notificação em crianças menores de um ano (n=53) e 12 anos completos (n=248). Nos adolescentes, predominou-se a faixa etária de 13 (n=574) a 14 anos (n=572), como mostra a figura 2.

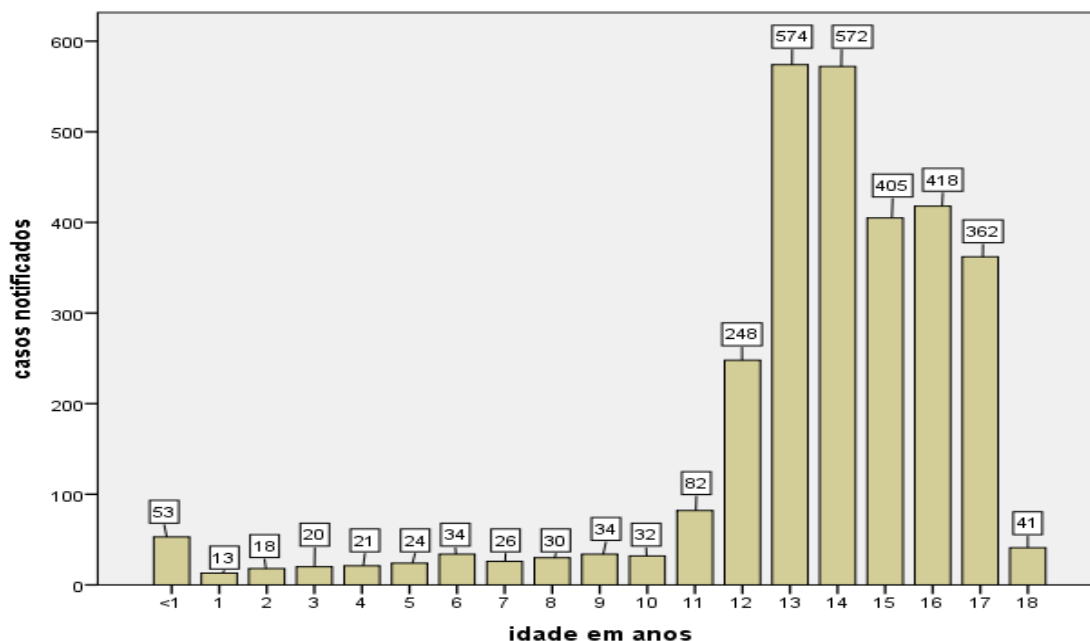


Figura 2. Casos notificados de violência sexual contra crianças e adolescentes, segundo idade contínua, Acre, 2013-2017.

O tipo de violência sexual mais frequente foi estupro (n=507; 79,6%) em crianças e (n=1.272; 71,1%) em adolescentes, seguido do assédio sexual (crianças – n=84; 13,2% e adolescentes – n=282; 15,8%). Houve registro de reincidência da violência em (n=315; 61,4%) nas crianças e (n=1.391; 73,4%) nos adolescentes. O local de ocorrência que mais foi notificado a violência se deu nas residências em que as vítimas residem (crianças n=459; 87,6% e adolescentes n=1.682; 91,0%), seguido de vias públicas (crianças n= 22; 4,2% e adolescentes n=52; 2,8%). Os meios de agressões mais usadas em crianças foram ameaças (n=89; 42,2%) e uso de força/espancamento (n=74; 35,1%), já nos adolescentes foram uso de força/espancamento (n=124; 25,6%) e outros tipos de agressões (n=164; 33,9%) (Tabela 2).

Tabela 2. Caracterização dos tipos de violência sexual, segundo faixa etária de Crianças e Adolescentes, Acre, 2013-2017.

Variáveis	Crianças		Adolescentes		Total ^a (N=3.007; 100%)		P valor ^b
	N	%	N	%	N	%	
Tipo de violência							
Assédio sexual	84	13,2	282	15,8	366	15,1	0,160
Estupro	507	79,6	1272	71,1	1779	73,4	<0,001
Atentado ao pudor	17	2,7	26	1,5	43	1,8	0,036
Pornografia infantil	4	0,6	11	0,6	15	0,6	0,384
Exploração sexual	7	1,1	18	1,0	25	1,0	0,349
Outros	18	2,8	179	10,0	196	8,1	<0,001
Violência de repetição							
Sim	315	61,4	1391	73,4	1706	70,8	<0,001
Não	198	38,6	504	26,6	702	29,2	
Local da ocorrência							
Residência	459	87,6	1682	91,0	2141	90,2	0,001
Habitação coletiva	8	1,5	21	1,1	29	1,2	
Escola	11	2,1	5	0,3	16	0,7	
Local de prática esportiva	1	0,2	4	0,2	5	0,2	
Bar ou similar	2	0,4	7	0,4	9	0,4	
Via pública	22	4,2	52	2,8	74	3,1	
Comercio/Serviços	0	0,0	7	0,4	7	0,3	
Indústrias/Construções	0	0,0	2	0,1	2	0,1	
Outros	21	4,0	69	3,7	90	3,8	
Tipos de agressão							
Força/Espancamento	74	35,1	124	25,6	198	28,5	<0,000
Enforcamento	10	4,7	21	4,3	31	4,5	0,004
Objeto contundente	2	0,9	6	1,2	8	1,2	0,061
Objeto perfuro-cortante	10	4,7	34	7,0	44	6,3	0,149
Objeto quente	2	0,9	3	0,6	5	0,7	0,055
Envenenamento	1	0,5	3	0,6	4	0,6	0,072
Arma de fogo	6	2,8	17	3,5	22	3,2	0,036
Ameaças	89	42,2	112	23,1	201	29,0	<0,001
Outros	17	8,1	164	33,9	181	26,1	<0,001

a) Totais divergem devido a dados faltantes (ignorado/em branco). b) Teste do qui-quadrado de Pearson.

Os agressores em sua maioria são conhecidos das vítimas (crianças n=599, 93,3% e adolescentes – 2.255, 95,4%) e sexo masculino (crianças – 601, 97,6%, adolescentes – 2.306, 97,8%). Em (90, 16,9%) das notificações em crianças vítimas da violência sexual, suspeita-se de que os prováveis agressores haviam ingerido bebida alcoólica, já em adolescentes apenas (209, 9,9%) das notificações, as vítimas suspeitaram que os perpetradores houvessem feito o uso da bebida alcoólica. Quanto ao número de envolvidos, foram mais frequentes os casos perpetrados por um indivíduo (crianças – 577, 93,5%, adolescentes – 2.265, 96,6%) (Tabela 3).

Tabela 3. Caracterização dos agressores de violência sexual, segundo faixa etária de Crianças e Adolescentes, Acre, 2013-2017.

Variáveis	Crianças		Adolescentes		Total ^a (N=3.007; 100%)		P valor ^b
	N	%	N	%	N	%	
Sexo do agressor (N=3.003)							
Masculino	601	97,6	2306	97,8	2907	97,7	
Feminino	13	2,1	45	1,9	58	2,0	<0,001
Ambos os sexos	2	0,3	7	0,3	9	0,3	
Conhecido da vítima (N=2.998)^c							
Sim	594	93,7	2255	95,4	2849	95,0	0,081
Não	40	6,3	109	4,6	149	5,0	
Uso de bebida alcoólica (N=2.996)							
Sim	90	16,9	209	9,9	299	11,3	<0,001
Não	444	83,1	1897	90,1	2341	88,7	
Número de envolvidos (N=3.001)							
Um	577	93,5	2265	96,6	2842	96,0	<0,001
Dois ou mais	40	6,5	79	3,4	119	4,0	

a) Totais divergem devido a dados faltantes (ignorado/em branco). b) Teste do qui-quadrado de Pearson. c) Conhecidos: pai (69), madrasta (4), namorado (1066), ex-namorado (118), cuidador (4).

Em relação aos procedimentos, para as crianças, os mais realizados foram a coleta de sangue (138, 23%) e profilaxia de infecções sexualmente transmissíveis (IST) (75, 12,5%). Nos adolescentes foram indicados coleta de sangue (510, 22,4%), seguido de profilaxia pós-exposição HIV (229, 10%) (Tabela 4).

A rede de saúde recebeu 629 casos, sendo (n=174; 27,7%) de crianças e (n=455; 72,3%) de adolescentes. Foram encaminhados 573 casos ao conselho tutelar, sendo (n=142; 24,8%) crianças e (n=431; 75,2%) adolescentes. Já o Instituto Médico Legal – IML recebeu 179 casos, sendo a maioria crianças (n=94; 52,5%). Já os adolescentes, totalizam (n=85, 47,5%) casos. A delegacia da mulher recebeu 195 casos, (n=89; 45,6%) crianças e (n=106; 54,4%) adolescentes. A delegacia de proteção à criança e ao adolescente obteve 97 casos, sendo (n=57, 58,8%) crianças e (n=40; 41,2%) adolescentes (Tabela 5).

Tabela 4. Descrição dos procedimentos realizados, segundo faixa etária de Crianças e Adolescentes, Acre, 2013-2017.

Variáveis	Crianças		Adolescentes		Total ^a (N=3.007; 100%)		P valor ^b
	N	%	N	%	N	%	
Profilaxia IST (N=2.959)							
Sim	75	12,5	201	8,8	276	9,6	0,010
Não	525	87,5	2085	91,2	2610	90,4	
Profilaxia HIV (N=2.957)							
Sim	68	11,4	229	10,0	287	10,0	0,266
Não	530	88,6	2057	90,0	2587	90,0	
Profilaxia HBV (N=2.959)							
Sim	69	11,5	212	9,3	281	9,7	0,078
Não	530	88,5	2075	90,7	2605	90,3	
Coleta de Sangue (N=2.959)							
Sim	138	23,0	510	22,4	648	22,5	0,278
Não	463	77,0	1771	77,6	2237	77,5	
Coleta de Sêmen (N=2.957)							
Sim	16	2,7	35	1,5	51	1,8	0,125
Não	584	97,3	2256	98,5	2830	98,2	
Coleta de Secreção Vaginal (N=2.951)							
Sim	31	5,5	73	3,2	104	3,7	<0,001
Não	533	94,5	2184	96,8	2717	98,2	
Contraceção de emergência (N=2.944)							
Sim	31	5,5	90	4,0	121	4,3	<0,001
Não	528	94,5	2162	96,0	2690	96,3	
Aborto (N=2.923)							
Sim	2	0,6	5	0,2	7	0,3	<0,001
Não	334	99,4	2223	99,8	2557	99,7	

a) Totais divergem devido a dados faltantes (ignorado/em branco). b) Teste do qui-quadrado de Pearson.

Tabela 5. Descrição dos encaminhados realizados para outros setores, segundo faixa etária de Crianças e Adolescentes, Acre, 2013-2017.

Variáveis	Crianças		Adolescentes		Total ^a (N=3.007; 100%)		P valor ^b
	N	%	N	%	N	%	
Rede de Saúde	174	27,7	455	72,3	629	30,6	0,001
Conselho Tutelar	142	24,8	431	75,2	573	8,7	0,452
Instituto Médico Legal	94	52,5	85	47,5	179	2,3	<0,001
Delegacia de Proteção à Criança e Adolescente	57	58,8	40	41,2	97	9,5	<0,001
Outras Delegacias	13	27,7	34	72,3	47	0,3	0,413
Centro de Referência Especializado De Assistência Social	52	30,8	117	69,2	169	2,1	0,031
Delegacia da Mulher	89	45,6	106	54,4	195	1,9	001
Vara da Infância e Juventude	7	41,2	10	58,8	17	27,8	0,067
Programa Sentinela	2	33,2	4	66,7	6	4,7	0,315
Ministério Público	7	12,1	51	87,9	58	8,2	0,040
Centro de Referência da Mulher	21	47,7	23	52,3	44	0,8	<0,001
Abrigo	2	40	3	60	5	2,8	0,185
Outros	16	41	23	59	39	0,2	0,044

a) Totais divergem devido a dados faltantes (ignorado/em branco). b) Teste do qui-quadrado de Pearson

3.2 DISCUSSÃO

Este estudo evidencia que as crianças e adolescentes estão sofrendo violência sexual em suas residências, local que deveria ser um ambiente seguro. Ainda que a violência com visibilidade seja a que ocorre fora de casa, o lar continua sendo a maior fonte de violência para essa população (KRISTENSEN; OLIVEIRA; FLORES, 1998; HABIGZANG, 2006).

Os agressores são em sua maioria do sexo masculino e conhecidos da vítima, com destaque para o namorado, ex-namorado, padrasto e o próprio pai. A violência entre parceiros íntimos é hoje reconhecida como um fenômeno mundial; entre casais adolescentes a situação mostra-se similar, constituindo-se um dos fatores de risco para a revitimização na vida adulta envolvendo mulheres (GAGNÉ; LAVOIE; HEBERT, 2005; BANYARD; CROSS; MODECKY, 2006; CARVALHO, 2012). Esta violência quando é cometida por pessoas conhecidas e de confiança distorce a realidade e a visão de mundo da criança/adolescente, uma vez que o ambiente e participantes com os quais eles poderiam sentir-se seguros passa a ser o palco privilegiado para o agressor (FUKUMOTO; CORVINO; OLBRICH NETO, 2011).

Conforme a literatura, muitas adolescentes não caracterizam violência sexual, as agressões perpetradas no âmbito das relações amorosas (KUFFEL; KATZ, 2002; CARIDADE; MACHADO, 2008). Há muitos casos em que parceiros íntimos são violentados sexualmente por seu próprio cônjuge e nem sabem da proporção dessa ação, outros até sabem, mas têm vergonha de procurar ajuda, por se tratar de seu marido ou companheiro, e ficam anos vivendo essa situação (BARBOSA; TESSMANN, 2014). Devido a este perfil de violência observado, sugere-se que ocorra uma frequente situação de estupro de vulneráveis e de relações violentas entre casal de adolescentes, este último podendo originar outros tipos de violência como por exemplo, a violência física.

A subnotificação nos casos de violência sexual entre casais adolescentes em função do silêncio entre os envolvidos também está presente em casos de violência sexual contra crianças e adolescentes no âmbito das relações familiares (CARVALHO, 2012). Tais afirmações implicam na frequência de 1.066 casos de notificações de violência sexual cometida por namorado das vítimas, dificulta a notificação da violência. Sendo que a mesma vem a ser notificada somente quando a adolescente engravida do agressor e procura as Unidades de Saúde. Vale ressaltar que mesmo as relações sexuais com o consentimento da família e sendo aceita pelo menor, é caracterizado como violência sexual (BARBOSA; TESSMANN, 2014).

A realidade da faixa etária que mais sofre violência sexual pode modificar de acordo com a realidade e as vulnerabilidades de cada região. No Centro-Oeste, por exemplo, segundo a 1ª Vara da Infância e Juventude do Distrito Federal, o maior índice de violência sexual entre crianças aconteceu de 6 a 8 anos e em adolescentes de 12 a 15 anos (SANTOS; COSTA, 2011).

O tipo de violência mais incidente foi o estupro, seguido por assédio sexual. Na maior parte dos casos, o ato violento é de repetição, ou seja, já havia uma notificação de violência sexual contra a vítima. Além disso, os perpetradores utilizam ameaças e usam da força física/ espancamento para “dominar” a vítima. De acordo com a literatura, o medo de ser castigada, não acreditada e protegida pode levar a criança a não revelar o abuso sexual, que “permanece um segredo de família, e inclusive quando as ameaças legais e estatutárias há muito tempo já foram removidas; este é o resultado da negação, que pertence ao conceito psicológico de crença e assunção da autoria” (AZAMBUJA, 2004).

Segundo o Ministério da Saúde (2015), quando notificadas, as vítimas devem passar por procedimentos de profilaxias contra Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), Hepatites virais, entre outras. Entretanto, o presente estudo mostra que na maioria dos casos, as vítimas não realizaram nenhum tipo de profilaxia. O que leva ao questionamento da qualidade do atendimento recebido no serviço de saúde notificador, bem como a não realização das profilaxias, as quais configuram a continuidade da violência e suas consequências na vida e saúde da criança e adolescente. Ressalta-se que neste estudo, na maioria dos casos, a vítima ficou grávida após o ato violento. Concluindo que o agressor não utilizou nenhum tipo de preservativo e, portanto, a chance de a vítima ser infectada por alguma infecção sexualmente transmissível é maior.

Segundo o Art. Nº 13 do ECA (BRASIL), qualquer ato que traga prejuízos a criança ou ao adolescente deve ser obrigatoriamente comunicado ao conselho tutelar. Entretanto, há casos de encaminhamentos para outros locais, como por exemplo, a Delegacia de Proteção à Criança e ao Adolescente, o Ministério Público, ao Instituto Médico Legal (IML) e entre outros. Os casos de notificação têm aumentado gradativamente ao longo dos anos, mostrando-se uma grande preocupação para o Estado do Acre.

As limitações encontradas no estudo são próprias de pesquisas com bases de dados secundários tais como: qualidade do preenchimento das variáveis presentes na ficha de notificação e a alimentação incorreta dos dados no sistema. Mesmo com essas limitações citadas foi possível estudar este fenômeno a partir dos registros da principal base de dados

formal de informações de saúde a respeito deste tema, analisando pela primeira vez o perfil das notificações do referido Estado entre 2013 e 2017.

4. CONCLUSÃO

O presente trabalho trouxe importante contribuição ao caracterizar pela primeira vez o perfil dos casos notificados de violência sexual contra crianças e adolescentes no Estado do Acre entre 2013 e 2017.

O perfil observado, revelou que as vítimas são em sua maioria, adolescentes, do sexo feminino de raça/cor de pele parda, com grau de escolaridade entre 5º a 8º incompleto do ensino fundamental, solteiras e que ficaram gestantes após o ato violento. Os agressores foram caracterizados como do sexo masculino e conhecidos das vítimas. Geralmente, não haviam feito a ingestão de bebidas alcoólicas. O ato violento foi descrito como sendo estupro, ocorrido na residência da vítima, sob a condição de repetição, ou seja, aconteceu outras vezes e foram utilizadas ameaças e força/espancamento como meios de agressão.

Os resultados apresentados neste estudo podem dar suporte aos profissionais de saúde, pesquisadores e sociedade no desenvolvimento de estratégias de prevenção e manejo deste agravo. Apesar de a rede de saúde ter sido o principal espaço de atenção de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, observou-se grande fragilidade na realização dos procedimentos preconizados junto a essa população. Portanto, destacam-se: a necessidade de orientação de profissionais de saúde sobre o processo de notificação compulsória deste agravo e a estruturação da rede de atenção específica para atendimento integral das vítimas, incluindo a adoção de protocolos específicos deste atendimento. Os resultados reportados reforçam ainda a necessidade de atuação intersetorial na implementação de medidas de prevenção, rastreamento e acompanhamento dos agressores envolvidos nesse tipo de violência, a fim de responsabilizá-los pelo ato violento cometido e prevenir as reincidências.

5. REFERÊNCIAS

ABRAPIA. Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção a Infância e à Adolescência. **Maus-tratos contra crianças e adolescentes**. Proteção e prevenção: Guia de Orientação para educadores. Petrópolis: Autores & Agentes & Associados, 1997.

ABRAPIA. Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção a Infância e à Adolescência. **Abuso sexual – mitos e realidade**. Petrópolis: Autores & Agentes & Associados, 3ª Ed., 2002.

AZAMBUJA, M. R. F. **Violência sexual intrafamiliar: é possível proteger a criança?** Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2004.

BANYARD, V.L.; CROSS, C.; MODECKI, K.L. Interpersonal Violence in Adolescence: Ecological Correlates of Self-Reported Perpetration. **Journal Interpersonal Violence**, v. 21, n. 10, p. e1314, 2006.

BARBOSA, C.; TESSMANN, D. F. Violência sexual nas relações conjugais e a possibilidade de configurar-se crime de estupro marital. **Judicare**, v. 6, n. 1, 2014.

BRASIL. Centro de Defesa dos Direitos das Crianças e dos Adolescentes (CEDECA). **Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)**. Versão Atualizada. Rio de Janeiro, 2017.

BRASIL. **Departamento de Informática do SUS (DATASUS)**. Informações de Saúde, Epidemiológicas e Morbidade: Doenças e Agravos de Notificação (SINAN), 2012.

BRASIL. **Instrutivo de Notificação de Violência interpessoal e autoprovocada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de vigilância de violências e acidentes (VIVA): 2009, 2010 e 2011**. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

BRASIL. Presidência da República. Estatuto da Criança e do Adolescente. **Lei Federal nº 8069**, Brasília, 1990.

BRASIL. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

CARIDADE, S.; MACHADO, C. Violência sexual no namoro: relevância da prevenção. **Psicologia**, vol. 22, n. 1, p. 77-104, 2008.

CARVALHO, L. S. **A violência sexual na adolescência: Significados e articulações**. (Tese) Doutorado em Saúde Pública - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil, 2012.

FUKUMOTO, A. E. C. G.; CORVINO, J. M.; OLBRICH NETO, J. Perfil dos agressores e das crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. **Revista Ciência em Extensão**, v. 7, n. 2, p. 80, 2011.

GAGNÉ, M.H.; LAVOIE, F.; HEBERT, M. Victimization during childhood and revictimization in dating relationships in adolescent girls. **Child Abuse & Neglect**, v. 29, p.1155–1172, 2005.

HABIGZANG, L. F.; CAMINHA, R. M. **Abuso sexual contra crianças e adolescentes: Conceituação e intervenção clínica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

HABIGZANG, L.F. et al. Fatores de risco e proteção na rede de atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 19, n. 3, p. 379-386, 2006.

KRISTENSEN, C. H; OLIVEIRA, M. S; FLORES, R Z. Violência contra crianças e adolescentes na Grande Porto Alegre: pode piorar?. In AMENCAR, **Violência Doméstica**, 1999.

KRUG, E.G. et al. **World report on violence and health**. Geneva: World Health Organization, 2002.

KUFFEL, S. W.; KATZ, J. Preventing physical, psychological and sexual aggression in college dating relationships. **The Journal of Primary Prevention**, v. 22, n. 4, p. 361-374, 2002.

MINAYO, M. C. S. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. suppl., p. 1259-1267, 2007.

ROMARO, R. A.; CAPITÃO, C. G. **As faces da violência: aproximações, pesquisas, reflexões**. São Paulo: Vetor, 2007.

SANTOS; V, A.; COSTA; L, F. A violência sexual contra crianças e adolescentes: conhecer a realidade possibilita a ação protetiva. **Estudos de Psicologia**, v. 28, n. 4, p. 529-537, 2011.

SENA, C. A. S; SILVA, M. A. S; NETO, G. H. F. Incidência de violência sexual em crianças e adolescentes em Recife/Pernambuco no biênio 2012- 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n.5, p.1591-1599, 2018.

TRABBOLD, V. L. M. et al. Concepções sobre adolescentes em situação de violência sexual. **Psicologia & Sociedade**, v. 28, n. 1, p. 74-83, 2016.

MORTALIDADE POR SUICÍDIO NO MUNICÍPIO DE RIO BRANCO, ACRE, NO PERÍODO DE 2015 A 2017

Lis Brendha da Silva Magalhães¹, Andreia Cristina Vilas Boas², Dionatas Ulises de Oliveira Meneguetti^{3,4,5}, Greiciane da Silva Rocha¹ e Rozilaine Redi Lago¹

1. Centro de Ciências da Saúde e do Desporto da Universidade Federal do Acre, Rio Branco, Acre, Brasil;
2. Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco (HUERB) e Núcleo de Prevenção de Suicídio, Rio Branco, Acre, Brasil.
3. Universidade Federal do Acre. Programa de Pós-Graduação em Ciência, Inovação e Tecnologia para a Amazônia, Rio Branco, Acre, Brasil.
4. Universidade Federal do Acre. Programa de Pós-Graduação em Ciência da Saúde na Amazônia Ocidental, Rio Branco, Acre, Brasil.
5. Universidade Federal do Acre. Colégio de Aplicação, Rio Branco, Acre, Brasil.

RESUMO

O suicídio é um ato consciente de autoaniquilamento que tem como resultado dar fim à própria vida voluntariamente. O objetivo deste artigo é promover uma avaliação geral da mortalidade por causas externas com foco nos registros de causa primária e secundária dos atestados de óbito. Trata-se de um estudo descritivo, realizado no município de Rio Branco – Acre com todos os óbitos por causas externas nos anos de 2015 a 2017, registrados no Instituto médico legal do Estado do Acre – IML/AC. Observou-se 75 casos de 2015 a 2017, sendo a faixa etária predominantemente adulta do sexo masculino e estado civil solteiro; quanto aos métodos, os mais utilizados foram os letais: uso de arma de fogo, precipitação de locais elevados e enforcamento. Através desses resultados obtidos podemos fazer um levantamento da população mais vulnerável ao suicídio afim de identificar e intervir nas situações de risco para o ato suicida.

Palavras-chave: Suicídio, Epidemiologia, Etiologia secundária e Lesões primárias.

ABSTRACT

Suicide is a conscious act of self-annihilation voluntarily. The objective of this article is to promote a general evaluation of mortality due to external causes focusing on primary and secondary causes of death certificates. This is a descriptive study, carried out in the municipality of Rio Branco - Acre in years from 2015 to 2017, registered in the State Medical Legal Institute of Acre - IML / AC. There were 75 cases from 2015 to 2017, with a predominantly adult male age group and single marital status; as for the method, the most used were the lethal ones: use of firearms, exclusion of elevated locations and hanging. With these results obtained can make a survey of the population most vulnerable to suicide in order to identify and intervene in situations of risk for the suicidal act.

Keywords: Suicide, Epidemiology, Secondary etiology and Primary lesion.

1. INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas aconteceram importantes transformações no padrão de mortalidade no Brasil, principalmente devido ao aumento da expectativa de vida, que passou a ser de 75,5 anos em 2015 (IBGE, 2016) e à redução de óbitos por doenças infecto-parasitárias, que eram as principais causas de morte, chegando a corresponder a 26% do total de óbitos e hoje representam apenas 6,5% (ALMEIDA, 2013).

Outro fator de relevância está relacionado ao aumento de acidentes e violências, chamados de causas externas, que assumiram um papel importante nas causas de mortalidade e se tornaram um grave problema de saúde pública, com grande impacto social e econômico, não apenas no Brasil como também em muitos outros países (ARAÚJO, 2012).

Diante disto, de acordo com informações da Diretoria de Vigilância Epidemiológica de Santa Catarina (2017), a Organização Mundial da Saúde (OMS), através da Resolução nº 5317, 20 de maio de 2000, recomendou o estabelecimento de programas nacionais para monitoramento, prevenção e controle das principais Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT). E o Ministério da Saúde, através de Instrução Normativa, instituiu um Subsistema Nacional de Vigilância da DANT, conhecido atualmente como Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (CGDANT).

As DANT são doenças ou agravos cuja causa não está diretamente relacionada a um agente biológico patogênico, mas a outros fatores que podem ser de diversas origens (física, social, econômica, ambiental), e aos chamados comportamentos de risco como o tabagismo, o consumo nocivo de álcool, a inatividade física e a alimentação não saudável (ALMEIDA, 2013; ARAÚJO, 2012; CAMARA et al., 2012). Elas englobam as chamadas Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), que incluem, entre outras, as doenças cardiovasculares, neoplasias, diabetes e doenças respiratórias crônicas, e os acidentes e violências.

Desta forma, reconhecendo que as violências e os acidentes têm se apresentado como um dos principais problemas de saúde pública, o Ministério da Saúde (MS) implantou o VIVA, Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes por meio da Portaria MS/GM nº 1.356 de 23 de junho de 2006. O VIVA é constituído por duas partes: a Vigilância de violência interpessoal e autoprovocada do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (VIVA/SINAN) e a Vigilância de violências e acidentes em unidades de urgência e emergência (VIVA Inquérito).

Além disso, em 2014 foi publicada uma nova lista de doenças e agravos de notificação compulsória através da Portaria MS/GM nº 1.271, que incluiu os casos de violência sexual e tentativa de suicídio como agravos de notificação imediata, dentro de 24 horas (BRASIL, 2014), constituindo-se num marco importante para a vigilância das violências autoprovocadas no Brasil por possibilitar, através da ampliação dos dados, maior fidedignidade nas estatísticas de tentativas de suicídio e também maior atenção para a necessidade de implantação de novas estratégias de prevenção.

Esta mudança no padrão de mortalidade tem se mostrado como um verdadeiro desafio para os gestores da área da saúde, pois em 2013 as DCNT foram a causa de aproximadamente 72,6% das mortes no Brasil (BRASIL, 2015). E os índices de mortes violentas também continuam crescendo, incluindo entre elas uma nova preocupação relacionada às violências autoprovocadas, que seguem uma tendência mundial alarmante de aumento de 60% nas últimas décadas (WHO, 2014a), passando o suicídio a ser considerado como um grave problema de saúde pública.

1.1 SUICÍDIO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2016), cerca de 800.0000 pessoas morrem por suicídio todos os anos no mundo, sendo a segunda principal causa de morte entre jovens com idade entre 15 e 29 anos. Além disso, 79% dos óbitos por suicídio no mundo ocorrem em países de baixa e média renda e, no Brasil, a média nacional encontra-se por volta de 6,0 óbitos por suicídio a cada 100.000 (cem mil) habitantes.

Existem diversas concepções e definições à respeito do suicídio, nas mais variadas áreas e, de acordo com Sousa et al (2014), o suicídio é um ato consciente de auto aniquilamento, vivenciado por pessoas em situação de vulnerabilidade, que diante de uma dor psicológica insuportável, passam a perceber este ato como uma solução para sair desta situação de sofrimento.

Da mesma forma, Shneidman (1985) aponta que a vivência de uma dor emocional considerada intolerável, que gera turbulência interna e a sensação de estar preso em si mesmo, é o que mais pode caracterizar o estado psicológico de uma pessoa que está prestes a tentar suicídio.

Schlosser, Rosa e More (2014) descrevem o suicídio como um ato que tem como resultado dar fim à própria vida voluntariamente, definição muito semelhante à utilizada pela

Organização Mundial de Saúde que define o suicídio como um ato intencional de colocar fim à própria vida (2002).

Mas, segundo Durkheim (2003), um dos primeiros autores a buscar compreender e explicar o suicídio sob a ótica da sociologia, este fenômeno não pode ser considerado um ato individual que depende apenas de fatores pessoais, pois fatores sociais e culturais possuem um papel fundamental na constituição dos sujeitos, sendo necessário levar em consideração a influência que os mesmos tem na ocorrência de comportamentos suicidas.

Para Minayo (1998), o suicídio é um fenômeno universal, sendo registrado desde a alta Antiguidade, lembrado pelos mitos das sociedades primitivas, criticado pelas religiões como ato de rebelião contra o criador e, aparecendo também, em muitos escritos filosóficos, como ato de suprema liberdade.

Além disso, Minayo, Cavalcante e Souza (2006) apontam também que o suicídio é um fenômeno complexo, determinado pela interação entre vários fatores, tais como história pessoal, história familiar, eventos circunstanciais, religião, ambiente sociocultural, contexto histórico e socioeconômico e contribuição biológica.

No entanto, independente da definição, a questão é que o suicídio é um problema que tem afetado muitas pessoas, não apenas as que apresentam comportamentos suicidas, mas também os familiares, colegas de trabalho ou estudo, vizinhos, profissionais de saúde e até mesmo desconhecidos dependendo de como é veiculada a notícia sobre o óbito por suicídio nos meios de comunicação.

E, conforme aponta Chachamovich et al. (2009) o:

“Suicídio é uma das maiores causas de mortalidade ao redor do mundo, especialmente entre sujeitos jovens¹. Consequente à sua crescente prevalência, esta condição tem sido considerada como uma questão de saúde pública². Recentemente, estudos epidemiológicos de prevalência têm descrito grandes variações interculturais e por faixa etária. De modo geral, a prevalência de mortes por suicídio é mais elevada nos países da Europa Oriental, mas baixas em países das Américas Central e do Sul. As taxas dos Estados Unidos, Europa Ocidental e Ásia figuram na faixa central.

Mas, de acordo com Gonçalves, Gonçalves e Oliveira Júnior (2011), ainda que o Brasil tenha menores taxas de suicídio entre os países emergentes, apresenta tendência de agravamento do problema, tendo ocorrido 125.707 suicídios entre os anos de 1980 a 2002, o que fornece uma média anual de 5.465 óbitos.

Importante ressaltar que os dados nacionais sobre suicídio são disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) através dos sistemas de informação, entre eles o Sistema de Informações Sobre Mortalidade (SIM) e o Sistema

de Informação Sobre Agravos de Notificação (SINAN) (SANTOS et al., 2014). Porém, a subnotificação é um ponto importante a ser observado, pois os dados apresentados baseiam-se em estimativas que podem estar muito abaixo do que a quantidade real de casos existentes e não notificados, o que também revela a importância da melhoria das informações coletadas, tanto nas fichas de notificação quanto nos atestados de óbito, para que as estratégias de prevenção possam ser planejadas de acordo com o perfil regional, ajustando-se melhor às necessidades de cada população.

Desta forma, este estudo tem por objetivo analisar os óbitos por lesões autoprovocadas intencionalmente, registrados no Instituto Médico Legal (IML) do município de Rio Branco no Estado do Acre, entre os anos de 2015 à 2017, com foco nos registros de causa primária e secundária dos atestados de óbito determinando as lesões precursoras e sua associação com a causa secundária.

2. MATERIAIS E MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, realizado no município de Rio Branco/Acre sobre os óbitos por causas externas registrados no Instituto médico legal do Estado do Acre – IML/AC nos anos de 2015 a 2017, de todas as faixas etárias e sexo.

Foram considerados como suicídio, os óbitos causados por lesões ou envenenamento auto infligidos com a intenção de morte, conforme a Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

Em relação à coleta de dados, foi realizada em etapa única no IML de Rio Branco/AC através da transcrição dos impressos disponíveis no serviço como o laudo de exame cadavérico, a ficha de registro de cadáver do IML, o termo de recebimento de cadáver do IML, o formulário de encaminhamento de cadáveres ao IML, a guia de solicitação de exame de corpo de delito, a ficha e o prontuário civil da vítima, e a declaração de óbito (DO); tendo sido excluídos da coleta os impressos com dados incompletos ou ilegíveis.

As DO e o laudo de exame cadavérico foram as fontes de dados primárias e as variáveis coletadas dos impressos foram as seguintes: identificação, naturalidade, nacionalidade, cor, data de nascimento, idade, estado civil, escolaridade, ocupação/profissão, sexo, genitores, endereço, bairro, cidade. E os dados relacionados à

ocorrência: local da ocorrência, data, hora, local do óbito, data do óbito, hora do óbito, meio ou instrumento causador da morte, causa mortis (parte I e II da DO).

Os impressos estavam guardados em armários em uma sala específica para o armazenamento de laudos, organizados em pastas de acordo com tipo de laudo, mês e ano. Houve dificuldade no processo de coleta, pois algumas informações que deveriam estar presentes na ficha de registro de cadáver do IML, como a escolaridade, ocupação/profissão e estado civil não constavam, algumas das descrições das lesões internas e externas da declaração de óbito estavam incompletas, pois não foram realizadas as inspeções da cavidade craniana e cavidade Tóraco-abdominal.

Ao todo, foram transcritos 75 impressos de 2015 a 2017. Os óbitos foram codificados segundo a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, na sua décima revisão (CID-10) (OMS. 2009).

Para análise descritiva foi apresentado distribuições de frequências das variáveis categóricas, com estimativas das proporções.

E, considerando que se trata de um estudo envolvendo seres humanos, os princípios éticos fundamentais estabelecidos para a pesquisa científica foram atendidos, tendo este estudo parecer de aprovação com o número 2.987.228, obedecendo aos critérios da resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466/2012.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 RESULTADOS

A amostra analisada neste estudo refere-se ao total de 75 casos de óbitos por suicídio que foram registrados entre os anos de 2015 a 2017 no Instituto Médico Legal do Município de Rio Branco/Acre, sendo 75% dos casos do sexo masculino.

Em relação à faixa etária, houve maior frequência de casos em adolescentes e jovens adultos, e quanto ao município de origem, prevaleceram as entradas da capital, pois 71% dos casos eram da cidade de Rio Branco; seguida pelo município de Porto Acre, com 7% dos casos e de Sena Madureira com 5% do total de óbitos por suicídio no referido período.

Ao analisar o estado civil, constatou-se que 67% dos indivíduos eram solteiros, 17% casados e 5% em união estável. Viúvos e divorciados corresponderam a 3% cada em relação ao total.

O próprio domicílio foi o local que apresentou o maior número de registros, perfazendo 88% dos casos e a zona urbana prevaleceu em relação à zona rural, com 85% dos óbitos por suicídio.

Em referência à cor registrada nos documentos analisados, 72% dos indivíduos constavam como pardos, 27% como brancos e apenas 1% como pretos, conforme se observa na tabela 1.

Tabela 1. Distribuição dos óbitos por lesão autoprovoçada intencionalmente, segundo características epidemiológicas da vítima no Estado do Acre, registrados no IML do município de Rio Branco, 2015-2017.

Ano		2015		2016		2017	
		N	(%)	N	(%)	N	(%)
Sexo	Masculino	16	80	20	74	20	71
	Feminino	4	20	7	26	8	29
Idade	14-29	11	58	13	48	13	46
	30-45	3	16	11	41	11	39
	46-61	3	16	2	7	3	11
	62-80	2	11	1	4	1	4
Município	Rio Branco	12	60	20	74	21	75
	Sena Madureira	1	5	-	0	3	11
	Porto Acre	1	5	3	11	1	4
	Cruzeiro do Sul	1	5	-	-	-	-
	Epitaciolândia	1	5	1	4	1	4
	Senador Guiomard	1	5	-	-	-	-
	Xapuri	-	-	2	7	-	-
	Plácido de Castro	-	-	1	4	-	-
	Tarauacá	1	5	-	-	-	-
	Feijó	1	5	-	-	-	-
	Bujari	1	5	-	-	2	7
EST. CIVIL	Solteiro	14	70	17	63	19	68
	Casado	4	20	3	11	6	21
	União Estável	1	5	2	7	1	4
	Viúvo	-	-	-	-	2	7
	Divorciado	-	-	2	7	-	-
	Sem Informação	1	5	3	11	-	-
Local	Domicílio	17	85	24	89	25	89
	Outros locais	3	15	3	11	3	11
Zona	Rural	3	8	4	7	4	7
	Urbana	17	43	23	43	24	43
Cor	Pardo	15	38	18	33	21	38
	Branco	4	10	9	17	7	13
	Preto	1	3	-	-	-	-

*As variáveis de escolaridade, ocupação/profissão não foram adicionadas, pois os dados obtidos dos impressos eram insuficientes e incompletos.

No que tange ao período que mais ocorre o suicídio constatou-se o matutino como tendo o maior número de casos, seguido pelo vespertino, e, em relação as causas mortis, a categoria de lesão mais comum encontrada foi a lesão autoprovocada por enforcamento, conforme descrito na tabela 2.

Quanto à causa primária, a asfixia mecânica foi a mais frequente, sendo comumente utilizados como instrumentos as cordas, fios de nylon, fios de energia e lençóis, envoltos na região cervical o que causa uma contração da mesma, levando o indivíduo ao impedimento da circulação de ar pelas vias aéreas, ocasionado a morte.

Tabela 2. Distribuição das ocorrências e das características das lesões autoprovocadas intencionalmente no estado do Acre, registrado no IML de Rio Branco, 2015-2017.

		Ano 2015		2016		2017	
		N	(%)	N	(%)	N	(%)
Local	Domicílio	17	85	24	89	25	89
	Outros locais	3	15	3	11	3	11
Hora Do Óbito	Matutino	9	47	5	19	11	39
	Vespertino	7	37	7	27	6	21
	Noturno	-	-	6	23	9	32
	Madrugada	3	16	8	31	2	7
Causa Secundária	(X62) Autointoxicação por e exposição, intencional, a narcóticos e psicodislépticos [alucinógenos] não classificados em outra parte	1	5	-	-	-	-
	(X68) Autointoxicação por e exposição, intencional, a pesticidas	1	5	1	4	-	-
	(X70) Lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento	16	80	24	89	25	89
	(X74) Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de outra arma de fogo e de arma de fogo não especificada	1	5	1	4	2	7
	(X80) Lesão autoprovocada intencionalmente por precipitação de um lugar elevado	1	5	1	4	1	4
Causa Primária	Asfixia Mecânica, constrição cervical, enforcamento	16	80	24	89	25	89
	Traumatismo cranioencefálico, ferimento por projétil de arma de fogo.	1	5	1	4	2	7
	Traumatismo Raquimedular	-	-	-	-	1	4
	Indeterminada	2	10	1	4	-	-
	Choque séptico, Pneumonia, Trauma crânio Encefálico	1	5	-	-	-	-
	Politraumatismo, ação contundente, Queda de Grande altura.	-	-	1	4	-	-

Considerando os achados necroscópicos, os mais comumente identificados no exame interno foram: petéquias de Tardieu, frequentes na pleura, pericárdio, pericrânio e timo; e congestão visceral de cérebro, coração, pulmões e mucosas respiratórias. Também se observou com frequência o registro de congestão poli-visceral (Sinal de Etienne-Martin), devida à falência cardíaca que antecede a morte.

As causas primárias indeterminadas, geralmente estavam associadas à autointoxicações com narcóticos e psicodislépticos (cocaína, cannabis, codeína, heroína, lisérgida [LSD], maconha, mescalina, metadona, morfina, ópio) e autointoxicações por exposição intencional a pesticidas (desinfetantes por fumigação (fumigantes), fungicidas, herbicidas, inseticidas, produtos usados na proteção de florestas e principalmente os raticidas, no qual o “chumbinho” é o mais utilizado).

Nas lesões autoprovocadas intencionalmente por precipitação de local elevado, teve como causa primária os Politraumatismo e fraturas. E na lesão secundária autoprovocada intencionalmente por disparo de arma de fogo, houve como lesão primária o traumatismo crânio encefálico e perda de massa encefálica, como encontra-se representado na tabela 3.

Tabela 3. Distribuição das ocorrências de lesão secundárias e lesão internas no estado do Acre, registrado no IML de Rio Branco, 2015-2017.

Lesões secundárias	Lesões internas	Nº	(%)
X70. - Lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento	Pulmões congestos	8	14,5
	Equimose sub-conjuntival-sub-pleural, sub-epicardia	8	14,5
	Pulmões distendidos	6	10,9
	Fratura do osso hiodiano	5	9,1
	Petéquias sub-pleurais	5	9,1
	Fratura da cartilagem tireoide	4	7,3
	Fratura da cartilagem cricóide	4	7,3
	Fígado congesto	4	7,3
	Hemorragia intraocular	3	5,5
	Hemorragia dos músculos cervicais	3	5,5
	Fígado aumentado em tamanho	3	5,5
	Desvio da laringe	2	3,6
	X80. - Lesão autoprovocada intencionalmente por precipitação de um lugar elevado	Edema cerebral	1
Equimose visceral		3	37,5
Fratura da coluna cervical		1	12,5
Fratura de MMII		1	12,5
Fratura de MMSS		1	12,5
Hemotórax		1	12,5
X74. - Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de outra arma de fogo e de arma de fogo não especificada	Perda de massa encefálica	2	33,3
	Fratura do crânio	1	16,7
	Fratura de mandíbula	1	16,7
	Edema cerebral	2	33,3

*As lesões autoprovocadas intencionalmente por substâncias químicas ou biológicas, não possuem especificação de lesão interna por serem indeterminadas.

3.2 DISCUSSÃO

Os resultados deste presente estudo foram ao encontro da literatura em relação aos dados sobre o perfil sociodemográfico das mortalidades por suicídio, apontando predomínio de óbitos em adolescentes e jovens adultos, da zona urbana, do sexo masculino e solteiros, tendo o enforcamento como método principal (ORELLANA et al., 2013; CUNHA; BAPTISTA; CARVALHO, 2016; MOREIRA et al., 2017; CALIXTO FILHO; ZERBINI, 2016; TAVARES, et al., 2020).

E alguns estudos apontam que o predomínio do sexo masculino no número óbitos por suicídio pode estar relacionado aos métodos escolhidos, como arma de fogo, precipitação de locais elevados e o enforcamento, tanto que vários autores relatam sobre a existência do chamado paradoxo de gênero que aponta que embora as mulheres tentem mais suicídios, os homens acabam morrendo mais, devido a escolha de métodos mais letais (VIDAL; GONTIJO; LIMA, 2013; VIDAL; GONTIJO, 2013; BOTEAGA, 2014; BAYRAMOGLU et al., 2015; BOTEAGA, 2015; CALIXTO FILHO; ZERBINI, 2016; BAHIA et al., 2017).

Outro ponto importante a ser considerado é que existem vários métodos que podem ser utilizados para a prática da violência auto infligida e as escolhas destes meios também podem variar de acordo com o contexto social, histórico e cultural em que o indivíduo esteja envolvido, assim como pela motivação do suicídio e a disponibilidade do método (OLIVEIRA; CAMARGOS; VIEIRA. 2014).

Além disso, neste estudo verificou-se também que o local da ocorrência e do óbito frequentemente foram os mesmos, devido à letalidade do meio utilizado, que inviabilizava a prestação de socorro em decorrência da morte instantânea, tendo sido o local mais comum utilizado para o ato suicida o próprio domicílio. Da mesma forma, alguns estudos têm apontado o local de residência como frequente também nos casos de tentativas de suicídio, através do uso de medicamentos e raticidas (MEDEIROS; MEDEIROS; SILVA, 2014; ROSA et al., 2015).

Em relação à faixa etária, no Brasil, de 1990 até o ano 2000, apresentava-se associado ao suicídio o fato de ter idade superior a 45 anos, segundo Rosa et al. (2017), no entanto, estudos realizados nas últimas décadas vem mostrando a diminuição da faixa etária, estando atualmente entre o grupo de maior risco adolescentes e jovens adultos, embora possam ser encontradas diferenças regionais dada a dimensão geográfica do Brasil. (MELLO-SANTOS; BERTOLOTE; WANG, 2005; BERNARDES; TURINI; MATSUO, 2010)

Quanto ao estado civil, de acordo com um estudo realizado em Minas Gerais (VIDAL; GONTIJO; LIMA, 2013), pessoas sem companheiros e jovens adultos foram mais frequentes também em tentativas de suicídio, e em outro estudo realizado no município de Jundiaí no Estado de São Paulo, foi apontado que solteiros estão mais propensos ao suicídio (CUNHA; BAPTISTA; CARVALHO. 2016), como verificado na presente pesquisa.

Os horários de maior ocorrência dos óbitos por suicídio foram o matutino e vespertino, não sendo encontrados na literatura informações que explicassem os motivos para maior número de casos nestes períodos.

No que diz respeito às causas secundárias de lesão, destacaram-se as lesões autoprovocadas por enforcamento, sendo as lesões internas mais comuns: pulmões congestos, equimose subconjuntival, sub-pleural e sub-epicárdica, pulmões distendidos e fratura do osso hioide.

É importante ressaltar que neste estudo foi observado que os laudos registrados no IML de Rio Branco/Acre, apresentam dados incompletos e/ou ausentes, devendo estes ter uma melhor qualidade nas informações contidas, pois essas informações possibilitariam a realização de um levantamento mais adequado da população mais vulnerável a esse fenômeno e direcionariam de maneira mais resolutiva a implantação de políticas públicas de prevenção de suicídio, intervindo nas situações de risco mais frequentes para o ato suicida.

No entanto, em geral, no Brasil e no mundo, é de conhecimento que as taxas de suicídios são subestimadas, devido à subnotificação e também à falhas nos registros dos atestados de óbitos que, no Brasil, são utilizados para alimentar o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde.

Além disto, no caso de mortes violentas, segundo aponta Botega (2014), existe muitas vezes a dúvida se o agravo se deve em decorrência de um acidente, um homicídio ou um suicídio, visto que para a determinação de um suicídio é preciso estabelecer se houve intencionalidade, isto é, a intenção de provocar a própria morte, o que nem sempre pode ser claramente definido.

Ainda segundo Botega (2014), pode haver também pressão da família para que a natureza da morte seja omitida na declaração de óbito, o que dificultaria ainda mais o conhecimento real do número de óbitos por suicídio.

E, outra questão importante a ser considerada, de acordo com Gotsens et al. (2011), diz respeito ao registro de muitos óbitos por suicídio como causas acidentais ou indeterminadas, o que aumentaria ainda mais a subnotificação. Fator este também verificado em relação às entradas por tentativas de suicídio em um estudo realizado em um hospital

público do município de Rio Branco/Acre (BOAS et al., 2019), apontando que muitas tentativas constavam no banco de dados desta unidade de saúde, e conseqüentemente no prontuários dos pacientes, como intoxicações acidentais, quedas de altura, queimadura, sutura, ferimento por arma branca e arma de fogo, sem fazer referência à violência autoprovocada, o que dificulta sobremaneira um conhecimento mais fidedigno sobre os índices de comportamentos suicidas,

4. CONCLUSÃO

Apesar das ressalvas apontadas acima, o conjunto de dados apresentados neste estudo confirma a magnitude desse fenômeno complexo e universal, verificando-se a importância do desenvolvimento de mais pesquisas sobre este assunto, não apenas no Estado do Acre, mas em todo o território brasileiro, para que, através da identificação do perfil epidemiológico dos casos de óbitos, sejam possíveis ampliar as políticas públicas de prevenção de suicídio levando em consideração as características gerais, mas também as particularidades regionais.

E é importante lembrar que, dada a sua relevância, as tentativas e os óbitos por suicídio passaram a ser considerados como agravos de notificação compulsória, devendo ser notificados de maneira completa com o preenchimento total da ficha para que favoreça a elaboração, e melhor compreensão, do perfil destes casos e dos fatores associados aos comportamentos suicidas, visando o planejamento de estratégias que visem evitar as reincidências, visto que ter histórico de tentativa de suicídio é um dos principais fatores de risco para o suicídio consumado.

Em relação às estratégias de prevenção no Brasil, no ano de 2006 o Ministério da Saúde (MS) instituiu as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão, e, em 2019, instituiu a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios. No entanto, o Plano Nacional de Prevenção do Suicídio, até o presente momento, ainda não foi lançado. Mas, é importante ressaltar também a relevante parceria do Ministério da Saúde com o Centro de Valorização da Vida (CVV) para que as ligações

gratuitas passassem a ser realizadas em todo o território nacional, independente de ter ou não um posto físico desta instituição no Estado.

O CVV atua no Brasil desde 1962 oferecendo apoio emocional, de forma voluntária e gratuita, sob total sigilo, às pessoas que se encontram em sofrimento psíquico e desejam conversar, realizando atendimentos presenciais através de postos espalhados pelo país, bem como atendimentos online oferecidos pelo site (<https://www.cvv.org.br/>), e-mail e chat ou por telefone no número 188, após parceria com o Ministério da Saúde em 2017.

Além disso, pensar em prevenção de suicídio é pensar também na importância do fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para que a população, principalmente em situações de vulnerabilidade e maior risco de suicídio, possa ter acesso aos serviços de saúde mental, o que poderia contribuir para a redução no índice de mortalidade por suicídio.

5. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, N. A saúde no Brasil, impasses e desafios enfrentados pelo Sistema Único de Saúde: SUS. **Revista Psicologia e Saúde**. v. 5, n. 1, p. 01-09, 2013.

ARAÚJO, J.D. Polarização epidemiológica no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. vol. 21, n. 4, p. 533-538, 2012.

BAHIA, C. A.; AVANCI, J. Q.; PINTO, L. W.; MINAYO, M. C. S. Lesão autoprovocada em todos os ciclos da vida: perfil das vítimas em serviços de urgência e emergência de capitais do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 22, p. 2841-2850, 2017.

BAYRAMOGLU, A.; SARITEMUR, M.; TUNA, A. G. S. T.; EMET, M. Demographic and Clinical Differences of Aggressive and Non-Aggressive Suicide Attempts in The Emergency Department in the Eastern Region of Turkey, **Iranian Red Crescent Medical Journal**, v. 17, n. 2, 2015.

BERNARDES, S. S.; TURINI, C. A.; MATSUO, T. Perfil das tentativas de suicídio por overdose intencional de medicamentos atendidas por um Centro de Controle de Intoxicações do Paraná, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 7, p. 1366-1372, 2010.

BOAS, A. C. V. et al. Perfil das Tentativas de Suicídio Atendidas em um Hospital Público de Rio Branco, Acre de 2007 a 2016. **Journal of Human Growth and Development**, v. 29, n. 1, p. 57-64, 2019.

BOTEGA, N. J. Comportamento suicida: epidemiologia. **Psicologia USP**, v. 25, p. 231-236, 2014.

- BOTEGA, N. J. **Crise Suicida: Avaliação e Manejo**. Porto Alegre: Artmed, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de saúde. Resolução de Nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- CALIXTO, F. M.; ZERBINI, T. Epidemiologia do suicídio no Brasil entre os anos de 2000 e 2010. **Saúde, Ética & Justiça**, v. 21, n. 2, p. 45-51, 2016.
- CAMARA, A.M.C.S.; MELO, V.L.G; GOMES, M.G.P.; PENA, B.C.; SILVA, A.P.; OLIVEIRA, K.M.O. et al. Percepção do processo saúde-doença: significados e valores da educação em saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 36, n. 1, p. 40-50, 2012.
- CHACHAMOVICH, E.; STEFANELLO, S.; BOTEGA, N.; TURECKI, G. Quais são os recentes achados clínicos sobre a associação entre depressão e suicídio? **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 31, n. suppl.1, p. s18-25, 2009.
- CUNHA, F. A.; BAPTISTA, M. N.; CARVALHO, L. F. Análise documental sobre os suicídios ocorridos na região de Jundiá entre 2004 e 2014. **Salud Sociedad**, v. 7, n. 2, p. 212-22, 2016.
- CVV. **Centro de Valorização da Vida**. Disponível em: <<https://www.cvv.org.br/>> acesso em 30/09/2020.
- DIVE. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. **Doenças Crônicas não Transmissíveis. Santa Catarina: Secretaria de Estado de Saúde**. DIVE, 2017. Disponível em <<http://www.dive.sc.gov.br/index.php/d-a/item/doencas-cronicas-nao-transmissiveis>> acesso em: 24/09/2020.
- DURKHEIM, E. **O suicídio**. São Paulo: Martin Claret, 2003.
- GONCALVES, L. R. C.; GONCALVES, E.; OLIVEIRA JUNIOR, L. B. Determinantes espaciais e socioeconômicos do suicídio no Brasil: uma abordagem regional. **Nova Economia**, v. 21, n. 2, p. 281-316, 2011.
- GOTSSENS, M.; MARI-DELL'OLMO, M.; RODRIGUEZ-SANZ, M. et al. Validation of the underlying cause of death in medicolegal deaths. **Revista Espanhola de Salud Publica**, v. 85, n. 2, p. 163-74, 2011.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Tábua completa de mortalidade para o Brasil – 2015**. Rio de Janeiro: IBGE; 2016.
- MEDEIROS, M. N. C.; MEDEIROS, M. C.; SILVA, M. B. A. Intoxicação aguda por agrotóxicos anticolinesterásicos na cidade do Recife, Pernambuco, 2007-2010. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 23, n. 3, p. 509-518, 2014.
- MELLO-SANTOS, C.; BERTOLETE, J. M.; WANG, Y. Epidemiology of suicide in Brazil (1980 - 2000): characterization of age and gender rates of suicide. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 27, n. 2, p. 131-134, 2005.

MINAYO, M. C. S. A autoviolência, objeto da sociologia e problema de saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, v.14, n. 2, p. 421-428, 1998.

MINAYO, M. C. S.; CAVALCANTE, F. G.; SOUZA, E. R. Methodological proposal for studying suicide as a complex phenomenon. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 8, p. 1587-1596, 2006.

MOREIRA et al. Análise epidemiológica dos óbitos por suicídio. **SANARE**, v.16, n. 1, p. 29-34, 2017.

OLIVEIRA, G. S.; CAMARGOS, L. M. N.; VIEIRA, L. T. Análise epidemiológica dos casos de suicídio no município de Coração de Jesus – MG. **Humanidades**, v. 3, n. 1, 2014.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Relatório mundial da saúde. Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Lisboa: OMS; 2002.

ORELLANA et al. Mortalidade por Suicídio: um enfoque em municípios com alta proporção de população autodeclarada indígena no Estado do Amazonas, Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.16, n. 3, p. 658-669, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **CID-10**: tradução Centro Colaborador da OMS para a classificação de doenças em português. 10^a ed. rev. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2009.

ROSA et al. Intoxicações associadas às tentativas de suicídio e suicídio em crianças e adolescentes. **Revista de Enfermagem UFPE**, v. 9, n. 2, p. 661-668, 2015.

ROSA, et al. Mortalidade por suicídio no Estado do Paraná segundo meios utilizados: uma análise epidemiológica. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 66, n. 2, p. 73-82, 2017.

SANTOS, S. A. et al. Tentativas e suicídios por intoxicação exógena no Rio de Janeiro, Brasil: análise das informações através do linkage probabilístico. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 5, p. 1057-1066, 2014.

SCHLOSSER, A.; ROSA, G. F. C.; MORE, C. L. O. O. Revisão: comportamento suicida ao longo do ciclo vital. **Temas em Psicologia**, v. 22, n. 133, p. 133-145, 2014.

SCHNEIDMAN, E. **Definition of suicide**. New York: Wiley; 1985.

SOUSA, G. S. et al. Circunstâncias que envolvem o suicídio de pessoas idosas. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.18, n.49, p.389-402, 2014.

TAVARES, F.; BORGIO, V.; LEITE, F.; CUPERTINO, E.; PEREIRA, J; ALVES, R., ROSA, M. Mortalidade por suicídio no Espírito Santo: uma análise do período de 2012 a 2016. **Avances en Enfermería**, v.38, n. 1, p. 66-76, 2020.

VIDAL, C. E. L.; GONTIJO, E. C. D. M.; LIMA, L. A. Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n.1, p. 175-87, 2013.

VIDAL, C. E. L.; GONTIJO, E. D. Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: a percepção de quem tenta. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 21, p. 108-114, 2013.

WHO. World Health Organization. **Country reports and charts available**. Geneva: WHO; 2016.

WHO. World Health Organization. **World report on violence and health**. Geneva: WHO; 2002.

DISCURSO DOS SENTENCIADOS POR ACIDENTES DE TRÂNSITO: PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS À COMUNIDADE COMO ALTERNATIVAS PENAIS EM RIO BRANCO - ACRE - BRASIL

Arthur da Silva Dias¹ e Creso Machado Lopes²

1. Curso de Medicina da Universidade Federal do Acre (UFAC), Rio Branco, Acre, Brasil;
2. Centro de Ciências da Saúde e do Desporto (CCSD); Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Acre, Rio Branco, Acre, Brasil.

RESUMO

Introdução: Os Acidentes de Trânsito (AT's) representam um sério problema de saúde pública, pela alta morbimortalidade e implicações à saúde, economia, reabilitação, entre outras em diferentes partes do mundo. Objetivo geral: Analisar a percepção dos sentenciados e envolvidos em acidentes de trânsito, acerca da prestação de serviços à comunidade enquanto alternativas penais em Rio Branco - Acre - Brasil, em 2019. Materiais e método: Estudo descritivo, com abordagem qualitativa, com amostragem por conveniência e com análise do discurso, junto a 30 sentenciados pela Vara de Execução Penal e Medidas Alternativas. Resultados e discussão: A faixa etária prevalente foi de 30 - 34 anos, com 36,7%, com predomínio ao sexo masculino, com 86,7%. Enfatizam-se os 90,0% que não se envolveram em acidentes no período permissionário de habilitação por um ano, enquanto que 70,0% se envolveram no período pós-permissionário de um ano. A colisão, acidente com óbito, atropelamento, invasão de preferencial e álcool zero, predominaram nas respostas. Os maiores problemas no trânsito foram: imprudência, negligência e desrespeito as leis. Reforça-se a necessidade de ações de educação no trânsito na população adulta jovem, no sexo masculino, no período após um ano de habilitação. Como sugestões foram para respeitar as leis de trânsito, usar radares, melhorar a sinalização e legislação, realizar blitz e aplicar multas. Considerações finais: Foi possível aprofundar os conhecimentos sobre a temática acidentes de trânsito e prestação de serviços na comunidade como alternativas penais, as quais segundo eles foram justas pela infração cometida.

Palavras-chave: Acidentes de Trânsito, Análise do Discurso e Alternativas Penais.

ABSTRACT

Introduction: Traffic accidents (AT's) represent a serious public health problem, due to high morbidity and mortality and implications for health, economy, rehabilitation, among others in different parts of the world. General objective: To analyze the perception of those sentenced

and involved in traffic accidents, regarding the provision of services to the community as criminal alternatives in Rio Branco - Acre - Brazil, in 2019. Material and method: Descriptive study, with a qualitative approach, with convenience sampling and discourse analysis, with 30 sentenced by the Criminal Execution and Alternative Measures Court. Results and discussion: The prevalent age group was 30 - 34 years old, with 36.7%, with a predominance of males, with 86.7%. Emphasis is given to the 90.0% who were not involved in accidents during the one-year permit period, while 70.0% were involved in the one-year post-permission period. Collision, accident with death, being run over, preferential invasion and zero alcohol predominated in the responses. The biggest problems in traffic were: recklessness, negligence and disregard for the laws. The need for traffic education actions in the young adult population is reinforced, in the male sex, in the period after one year of qualification. As suggestions were to respect traffic laws, use radars, improve signage and legislation, conduct blitzes and impose fines. Final considerations: It was possible to deepen the knowledge on the theme of traffic accidents and provision of services in the community as criminal alternatives, which according to them were just for the infraction committed.

Keywords: Traffic Accidents, Discourse Analysis and Penal Alternatives.

1. INTRODUÇÃO

Os Acidentes de Trânsito (AT'S) representam um sério problema de saúde pública, com alta morbimortalidade e implicações à saúde pelas lesões leves, moderadas ou graves, educação, previdência, economia, psicologia, legais, reabilitação, entre outras, que tanto acometem os condutores de veículos em diferentes partes do mundo.

Mais de um milhão de pessoas morrem a cada ano no mundo, e 25 milhões ficam debilitados. Segundo estimativas, este quadro pode aumentar em aproximadamente 65% nos próximos 20 anos, caso não sejam tomadas medidas preventivas no seu controle (PEDEM et al., 2004).

Segundo uma série histórica dos acidentes de trânsito no Brasil descrita por Czerwonka (2019) compreendendo o período de 2011 a 2017, quando de 2011 a 2012, houve de 43.256 para 44.812. Em 2013 com redução de 5,6%, ocorrendo 42.266, enquanto que em 2014 houve um acréscimo de 43.780, com aumento de 3,58%. Encontrou-se que a partir de 2015 ocorreu queda de 38.651 mortes, no ano de 2016 foram 37.345, e em 2017 com 35.374, representando uma queda de 6% nestes dois últimos anos.

Os AT's no Estado do Acre, segundo Cavalcante (2019) se for levado em consideração o índice de vítimas fatais para cada dez mil habitantes, no período de janeiro a setembro de 2016 e de 2017, percebeu-se que houveram 53 óbitos no ano de 2016, e 33 em 2017.

Como resultado das ações, para o autor acima descrito, em maio de 2017 o Acre ultrapassou a meta de redução de mortes no trânsito estabelecida pela Organização das Nações Unidas (ONU), a qual pretende reduzir em 50% as mortes e traumas graves, no período de dez anos, de 2011 a 2020. Com isso, no período de seis anos o estado reduziu em 58% no número de mortes nas vias.

No que concerne as Alternativas Penais, o vocábulo “*pena*” denota uma punição imposta a alguém como sanção a uma conduta maléfica. Segundo o dicionário da língua portuguesa, *pena* é “aquilo que se faz sofrer a alguém por um delito cometido; punição, sofrimento, desgraça” (BUENO, 2006).

Por sua vez, para a execução e fiscalização das penas restritivas de direitos, foram criadas as Varas de Execução Penal e Medidas Alternativas (VEPMA) em âmbito estadual, segundo a Lei nº 11.697/2008.

Em Rio Branco, o Tribunal de Justiça do Estado do Acre determinou a criação da Vara de Execuções Penais e Medidas Alternativas através da aprovação da Resolução nº 155 de março de 2011, sendo inaugurada em julho de 2011, garantindo assim, maior autonomia estrutural para a realização dos trabalhos de reinserção social.

Com o advento da Lei 9.714, de 25 de novembro de 1998, que alterou o Código Penal, com efeito, as “Penas Alternativas” foram então consagradas, na busca de ressocializar o infrator que não ponha em risco a paz e a segurança da coletividade, ou seja, de baixa periculosidade. A Lei das Penas Alternativas veio ampliar significativamente, o rol de penas restritivas de direito, e promover uma maior aplicabilidade e eficácia dessas penas alternativas, aumentando assim a possibilidade de substituição da pena privativa de liberdade, por restritiva de direito para o indivíduo condenado à pena não superior a quatro anos (BRASIL, 1988).

As penas restritivas de direitos são: prestação pecuniária; perda de bens e valores; prestação de serviços à comunidade ou a entidades públicas; interdição temporária de direito; limitação de fim de semana. Os demais artigos que referenda essa lei, referem-se à forma de aplicação destas penas, onde está previsto a quem, quando e como serão aplicadas as Penas Alternativas, Penas Restritivas de Direitos (BITENCOURT, 2013).

Diante desta problemática e nas várias tentativas já há algum tempo buscando sua realização, e seguindo o que se diz que uma das características do pesquisador é a persistência, por acreditar na sua relevância para as autoridades do trânsito, polícia, justiça, atividades educativas no trânsito, e até ações integradas entre e a Universidade Federal do

Acre (UFAC), em trabalhos junto aos sentenciados envolvidos em acidentes de trânsito, prestando serviços na comunidade, como alternativas penais.

Assim é com base no exposto que surgiu o interesse em estudar a percepção, o discurso e a linguagem, do infrator de trânsito que cumpriu ou estavam cumprindo pena de prestação de serviço na comunidade como alternativas penais, tendo como pergunta de pesquisa: *Qual a percepção dos sentenciados envolvidos em acidentes de trânsito, como alternativas penais, pela Vara e Execuções Penais e Medidas Alternativa em Rio Branco - Acre - Brasil?* Para saber se esta proporciona reflexão sobre a problemática dos acidentes, sensibilização, redução, e com isso, aprofundar os conhecimentos e contribuir com as Políticas Públicas, Autoridades do Trânsito, Polícia e Justiça na aplicação de medidas de reeducação e prevenção dos acidentes de trânsito.

O presente estudo teve como objetivo geral: Analisar a percepção dos participantes da pesquisa sentenciados e envolvidos em acidentes de trânsito, acerca da prestação de serviços à comunidade enquanto alternativas penais, em Rio Branco - Acre - Brasil, em 2019. Os objetivos foram: Descrever o perfil dos participantes da pesquisa; Identificar o conhecimento dos sentenciados sobre a problemática dos acidentes de trânsito e suas implicações à comunidade, enquanto condutor de veículos; Discutir a percepção dos sentenciados sobre a prestação dos serviços à comunidade como alternativa penal; Conhecer as sugestões dos sentenciados acerca da contribuição na redução dos acidentes de trânsito; Contribuir com as políticas públicas na prestação de serviços à comunidade junto às autoridades de trânsito, polícia e justiça integrada com a Universidade Federal do Acre no estabelecimento de protocolos de cooperação visando à reeducação, redução da reincidência dos acidentes de trânsito, por parte dos sentenciados.

2. MATERIAIS E MÉTODO

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) do tipo *Descritivo*, com abordagem *Qualitativa*, com *Amostragem por Conveniência*, e utilização de dois *Instrumentos de Coleta de Dados (Formulário de Identificação e Roteiro de Entrevista Semi-Estruturada)*. Foram utilizados os Referenciais Metodológicos baseados na *Análise do Discurso* e no *Teórico* os conhecimentos sobre acidentes de trânsito e prestação de serviços a comunidade, como

alternativas penais, visando à reeducação e redução desta problemática junto aos sentenciados.

Os participantes foram 30 sentenciados por infrações de acidentes de trânsito que cumpriram e/ou estavam cumprindo alternativas penais, com coleta de dados, no período de junho a julho de 2019, na Vara de Execuções Penais e Medidas Alternativas na Comarca de Rio Branco, cujas respostas foram categorizadas e agrupadas por semelhança de conteúdo, de forma coletiva.

Tendo em vista a pesquisa envolver seres humanos e em consonância a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012, Ministério da Saúde / Conselho Nacional de Saúde / Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, o projeto foi APROVADO pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Acre (CEP - UFAC), conforme CAAE nº 10999119.2.0000.5010 e Parecer nº 3.323.473.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Ao discorrer sobre aos *Dados de Identificação* à faixa etária, variou de 20 - 64 anos, sendo que na de 30-34 anos, encontrou-se 11 (36,7%), sendo a mais representativa, cujos demais dados estão na tabela 1.

Tabela 1. Dados de identificação dos sentenciados pela Vara de Execução Penal e Medidas Alternativas do Tribunal de Justiça do Estado do Acre, que prestaram ou estavam prestando serviços na comunidade, por envolvimento em acidentes de trânsito, em Rio Branco - Acre - Brasil, em 2019.

Faixa Etária	Frequência	Percentual
20 - 24	1	3,3
25 - 29	4	13,3
30 - 34	11	36,7
35 - 39	3	10,0
40 - 44	4	13,3
45 - 49	2	6,7
50 - 54	1	3,3
55 - 59	2	6,7
60 - 64	2	6,7
Total	30	100,0

Sexo	Frequência	Percentual
Masculino	26	86,7
Feminino	4	13,3
Total	30	100,0

Grau de Escolaridade	Frequência	Percentual
- Primeiro grau incompleto	5	16,7
- Primeiro grau completo	5	16,7
- Segundo grau incompleto	2	6,7
- Segundo grau completo	9	29,9
- Terceiro grau incompleto	3	10,0
- Terceiro grau completo	6	20,0
Total	30	100,0

Tempo de Habilitação	Frequência	Percentual
1 - 5	1	3,3
6 - 10	6	20,0
11 - 15	10	23,5
16 - 20	6	20,0
21 - 25	1	3,3
26 - 30	1	3,3
31 - 35	1	3,3
Não se aplica	4	13,3
Total	30	100,0

Silva e Crispim (2018) encontraram 69 (25,0%) na de 30 - 39 anos, Melo (2018) encontrou 1878 (31,8%) na de 26 - 35 anos, sendo considerada uma população adulta jovem, economicamente ativa, que produz, paga impostos e consome produtos de diferentes naturezas, contribuindo sobremaneira com o desenvolvimento social, econômico e regional do Brasil.

Os aspectos socioeconômicos e demográficos dos AT's, evidenciam relação entre a idade e o AT, sendo que a idade pode correlacionar-se de modo distinto, quando os mais jovens representam as maiores vítimas nas colisões nos veículos, motocicletas e bicicletas. As crianças e idosos têm como causa básica o atropelamento (GOMES et al., 2008).

Para o sexo, nesta pesquisa, 26 (86,7%) eram masculino e 4 (13,3%) feminino, quando Rocha (2009), ao descrever a relação comportamental do sexo masculino ao volante, o qual se comporta de maneira voraz e menos tímida que o sexo feminino, conduzindo-se de forma muito mais aventureira e arriscada, além de iniciar a prática no trânsito muito mais cedo que elas.

A esse respeito Castilho (2019), a Agência Saúde do Ministério da Saúde, descreve que os acidentes de trânsito provocaram a morte de 35,3 mil pessoas, no ano de 2017, sendo a maior parte das vítimas fatais do sexo masculino, jovens e com idade produtiva, entre 20 a 39 anos, quando foi encontrado (36,75%).

Para o *grau de escolaridade*, a maior frequência foi no Segundo Grau Completo, com 9 (29,9%), seguida pelo Terceiro Completo, com 6 (20,0%), além do Primeiro Grau Incompleto e Completo com 5 (16,7%) respectivamente.

Estas informações têm sua razão de ser, para conhecer a natureza do seu grau de instrução, para o desenvolvimento de estratégias educativas e nível de linguagem a ser observado junto aos condutores de veículos.

Para o *tempo de habilitação*, este variou de 1 a 35 anos, sendo que a faixa de 11 - 15 anos, foi a mais representativa com 10 (23,5%).

A tabela 2, apresenta a *ocorrência de acidentes de trânsito no período permissionário de habilitação por um ano*, quando 3 (10,0%) responderam sim, 24 (80,0%) não, e os outros 3 (10,0%) na modalidade não se aplica, por não possuírem Carteira Nacional de Habilitação (CNH)..

Foi levantado o *número de envolvimento em acidentes de trânsito no período permissionário de habilitação por um ano*, quando 3 (10,0%) responderam sim, de 1 a 2 vezes, 24 (80,0%) não, e 3 (10,0%) se enquadraram na modalidade não se aplica, por também não possuírem CNH.

Tabela 2. Continuação da distribuição das variáveis envolvimento e número, dos dados de identificação dos sentenciados pela Vara de Execução Penal e Medidas Alternativas (VEPMA), do Tribunal de Justiça do Estado do Acre (TJAC), que prestaram ou estavam prestando serviços na comunidade, por envolvimento em acidentes de trânsito, em Rio Branco - Acre - Brasil, em 2019.

Envolvimento em Acidente de Trânsito no Período Permissionário de Habilitação por um Ano	(f)	(%)	Número de envolvimento em Acidente de Trânsito no Período Permissionário de Habilitação por um Ano	(f)	(%)
Sim	3	10,0	1 - 2	3	10,0
Não	24	80,0	3 - 4	0	0,0
Não se Aplica	3	10,0	Não se Aplica	27	90,0
Total	30	100,0	Total	30	100,0

Envolvimento em Acidente de Trânsito no Período Pós-Permissionário de Habilitação após um ano	(f)	(%)	Número de envolvimento em Acidente de Trânsito no Período Pós-Permissionário de Habilitação após um ano	(f)	(%)
Sim	21	70,0	1 - 2	19	63,4
Não	1	3,3	3 - 4	1	3,3
Não se Aplica	8	26,7	Mais de 4	1	3,3
Total	30	100,0	Total	9	30,0

Prosseguindo foi verificado *quantas vezes se envolveram em acidentes de trânsito no período permissionário de habilitação por um ano*, sendo encontrado 3 (10,0%) de 1 - 2 vezes que responderam sim, e 27 (90,0%) nas modalidades não e não se aplica, por não se envolverem em acidentes de trânsito e por não possuírem CNH.

Dando continuidade foi levantado se se *envolveram em acidentes de trânsito no período pós-permissionário de habilitação após um ano*, quando foi encontrado sim em 21 (70,0%), e 8 (26,7%) não se aplica por falta de CNH.

O *número de vezes que se envolveram em acidentes de trânsito no período pós-permissionário de habilitação após um ano*, foi sim em 21 (70,0%) de 1 - a mais de 4 vezes, seguido por não se aplica por não ter CNH e por não se envolver neste período, com 9 (30,0%), demonstrando preocupante envolvimento nos acidentes de trânsito neste período pós-permissionário.

A esse respeito, no nosso entender como sugestão ao Departamento Nacional de Trânsito (DENATRAN), que a VEPMA interceda junto ao Diretor de Departamento de Trânsito do Acre (DETRAN-AC), para levar esta sugestão ao DENATRAN, para que os condutores de veículos com Carteira Nacional de Habilitação provisória e com envolvimento de 1 - 2 vezes em acidentes de trânsito, o período deveria passar para três anos e nos mais de duas vezes, para cinco anos, acreditando que esta norma poderia disciplinar melhor os condutores no tocante aos cuidados na direção defensiva e na prevenção dos acidentes, e que talvez até diminuíssem os atendimentos de processos por parte da VEPMA, nesta problemática.

Para a *profissão / formação e tipos de infrações*, chama a atenção os dados relacionados ao nível de trabalhador comercial, mecânico de refrigeração e de veículos automotores, operador de máquina pesada, entre outras diferentes atividades.

Já para os *tipos de infrações*, observa-se que a colisão, atropelamento e queda de veículo, inclusive com óbito, tiveram sua relevância, sem deixar de considerar as infrações no Programa o Álcool Zero, direção sem habilitação, justificando assim as alternativas penais aplicadas pela VEPMA.

Como questão final dos dados de identificação, foi levantado o *tempo de cumprimento na comunidade*, quando foi encontrado 18 (60,0%) no tempo de 12 meses |---- a menos de 4 anos, pela maior gravidade, com colisão com óbito, invasão de sinal e preferencial, direção sem CNH e álcool zero, reforçando assim a gravidade da infração e a penalidade atribuída pela VEPMA, enquanto que os 12 (40,0%) com período de menos de 1 mês |---- a menos de 12 meses, tiveram infrações mais amenas, como atropelamento e colisão, o que justifica o menor tempo para o cumprimento da pena.

Vale ressaltar que diante dos dados coletados, foi identificado 10 (30,0%) dos sentenciados que estiveram envolvidos com problemas no Programa Álcool Zero, reforçando aqui as penalidades tomadas pela justiça.

Quanto aos *locais das penas* observa-se que a maioria passou pelos órgãos de trânsito, com atividades em campo, e que muitos realizaram variados tipos de atividades de acordo com sua formação / habilidade / profissão de trabalho e proximidade do domicílio.

Sob esta ótica, os locais foram variados, passaram por diferentes setores do trânsito e da educação, quando se sentiram satisfeitos ao assistir palestras educativas, direção defensiva, acidentes de trânsito, legislação, participaram de blitz, distribuição de folhetos educativos, orientação a pedestres como atravessar na faixa, o que de certa forma, segundo eles contribuíram significativamente para dirigirem com mais cuidado, se preocupando mais com sua vida e a dos outros.

3.2 - ROTEIRO DE ENTREVISTAS

Prosseguindo nas abordagens, passa-se as questões oriundas do *Roteiro de Entrevistas*, tendo como pergunta, *como você vê a problemática dos acidentes de trânsito*, cujas respostas estão distribuídas no quadro 1.

Quadro 1. Distribuição da subcategorização das respostas dos sentenciados pela Vara de Execução Penal e Medidas Alternativas (VEPMA) do Tribunal de Justiça do Estado do Acre (TJAC), que prestaram ou estavam prestando serviços na comunidade, por envolvimento em acidentes de trânsito, sobre como eles veem a problemática dos acidentes de trânsito em Rio Branco - Acre - Brasil, em 2019.

Subcategorização das Respostas dos Sentenciados sobre a Problemática dos Acidentes de Trânsito
1 - Condutores de Veículos
- Ninguém respeita ninguém; negligência; imprudência; excesso de velocidade; distração; estresse; uso de celular na direção; pedestres, ciclistas e motociclistas não ajudam; condutor faz muita coisa errada no trânsito; a lei é do mais forte; motoristas andam devagar na pista da esquerda de maior velocidade; motoristas não respeitam os pedestres; pedestres não respeitam as faixas.
2 - Problemática nos Acidentes de Trânsito / Formação dos Condutores
- Grave; muitos acidentes; falta de assistência a ciclistas; acidentes com vítimas fatais; trânsito cada vez mais caótico; melhorar a formação e conscientização dos condutores no trânsito; seguir as leis do trânsito.
3 - Infraestrutura Urbana / Via / Estrada
Péssimas condições das estradas, vias, ruas e avenidas; aumento do número de veículos contribuindo para os acidentes; quebra molas sem sinalização; falta de placas e não respeitam à sinalização.
4 - Órgãos de Fiscalização do Trânsito
- Retirada dos radares podem aumentar os acidentes; órgãos tem que fazer fiscalização; não esperar pela tecnologia tem que ir para o campo também; DETRAN só recebe dinheiro com as multas.
5 - Programa Álcool Zero
- Uso de álcool e direção como causa de acidentes; bebida e pressa; diminui os acidentes de trânsito; trabalhar mais a conscientização dos quem bebem; álcool zero não é só para arrecadar dinheiro.

Ao analisar as repostas, observam-se as mais diferentes especificidades, como imprudência, negligência, falta de atenção no trânsito, excesso de velocidade e falta de respeito ao próximo, seguidas pelos problemas relacionados a infraestrutura urbana como vias, estradas e rodovias, com acentuado número de buracos, os quais tem contribuído para a ocorrência de acidentes de trânsito.

Destacam-se também as ações específicas dos órgãos de fiscalização do trânsito, os quais tem que fazer sua parte e não ficar esperando só pelo uso da tecnologias, como também realce foi dado ao Programa Álcool Zero, o qual tem contribuído nas ações para evitar o uso de álcool e outras drogas, acidentes, verificação da documentação, aplicação da legislação, multas, apreensão de drogas, armas, veículos roubados, entre outras causas.

Segundo a OMS (2011), as mortes e lesões causadas pelos acidentes de trânsito representam sério problema de saúde pública em nível mundial, quando estima-se que a cada ano 1,2 milhões de pessoas perdem suas vidas, e que as lesões podem chegar a 50 milhões, também no mundo.

As lesões causadas pela violência no trânsito foram consideradas a 10ª causa de óbitos em 2002 em todo mundo, e se nada for feito em 2030, vai tornar-se a 8ª maior causa de mortes mundo (OMS, 2011).

Esta problemática está relacionada aos países de baixa e média renda, responsáveis por mais de 90% das mortes no trânsito, onde circulam 20% da frota mundial e vivem 81% da população de todo mundo (OMS, 2011).

Por sua vez, no Brasil 30.000 pessoas morrem, a cada ano vítimas de acidentes de trânsito e que a maioria são jovens, com idade entre 20 e 39 anos, com 82% para o sexo masculino (OMS, 2011).

Com isso, o Brasil é considerado um dos países mais violentos do mundo, mesmo com as novas leis de trânsito, programas de prevenção e educação no trânsito, ações de fiscalização, blitz, álcool zero, sinalização, ações da justiça, multas, entre outras, mas que mesmo assim, muito ainda precisa ser feito para reduzir os altos índices de acidentes de trânsito.

A esse respeito dado sua gravidade, Vilela (2018), descreve que as mortes por acidentes de trânsito no Brasil estão em queda, conforme divulgado na Semana Nacional do Trânsito empreendida pelo Ministério da Saúde, quando aponta que, em seis anos, encontrou redução de 27,4% nos óbitos nas capitais do país, mas que mesmo assim, o país não conseguirá alcançar a meta estabelecida pela Organização das Nações Unidas, a qual

prevê uma redução de 50% no número de vítimas em 10 anos, contados a partir do ano de 2011.

No caso dos acidentes de trânsito no Acre, dados divulgados no ano de 2015 por Cavalcante (2019), da Assessoria de Comunicação / Departamento de Trânsito do Estado do Acre, foram registrados 115 óbitos nas vias.

Descreve ainda que, a quantidade de acidentes com vítimas fatais também reduziu em 43,48%, como também a geral de acidentes nas vias estaduais do Acre, teve queda de 14,14%.

Em virtude disso, se for levado em consideração o índice de vítimas fatais para cada dez mil habitantes, nos períodos de janeiro a setembro de 2016 e de 2017, percebe-se que houve redução de mortes em vias estaduais com 40,54%, acontecendo 53 mortes em 2016, e 33 no ano de 2017.

Como resultado das ações, em maio de 2017 o Acre ultrapassou a meta de redução de mortes no trânsito estabelecida pela Organização das Nações Unidas, a qual pretende reduzir em 50% as mortes e traumas graves, no período de dez anos. Com isso, no período de seis anos o estado reduziu em 58 % no número de mortes nas vias, mesmo com uma frota de 38% e 9% do crescimento da população.

Mais particularmente sobre o uso de álcool e outras drogas, estes tem contribuído de forma relevante no aumento das estatísticas de mortalidade e morbidade, associado também aos distúrbios do sono, o estresse, a fadiga e uso de medicações como os benzodiazepínicos, tendo sua parcela de contribuição na ocorrência dos acidentes, conforme Zhuo et al. (2010) e Komada et al. (2013) apud Rocha (2016).

Prosseguem descrevendo que o consumo de bebida alcoólica tem aumentado nos países de alta e média renda, e que esta tem se tornado um hábito contínuo na vida dos indivíduos, quando a alcoolemia positiva é grande naqueles acidentados que vão a óbito, até mesmo nos países do continente europeu, quando a taxa de mortalidade é bem menor que os ocorridos nos países pertencentes à América do Sul (SKOG, 2001 apud ROCHA, 2016).

Ainda sob esse tema, vários trabalhos científicos desenvolvidos no Brasil, têm mostrado que a ingestão de bebida alcoólica, está aumentando, bem como a relação com a direção de veículos automotores é elevada, conforme Addiction (2006), Caetano et al. (2011) Mello Jorge, Adura e Lenad (2013a) apud Rocha (2016).

Segundo Inaba (2019) ao discorrer sobre o uso de álcool no trânsito, descreve que um em cada cinco vítimas de trânsito que são atendidas nos prontos socorros estão sob este efeito, além de que grandes partes destes pacientes com ferimentos o foram por acidentes

e violência segundo levantamento efetuado pelo Ministério da Saúde, quando o álcool está associado não apenas ao agente da agressão ou ao causador do acidente, mas, sobretudo entre as vítimas, quando mostrou que dos 21,4% dos acidentes de trânsito, tinham o pedestre envolvido, 23,3% os condutores e 17,7% eram passageiros, tendo como agravante o uso de bebida alcoólica.

Como questão seguinte, foi perguntada *qual a opinião sobre as ações de educação e prevenção nos acidentes de trânsito*, cujas respostas foram categorizadas como percepção positiva e negativa / meio a meio, as quais estão distribuídas no quadro 2.

Ao observar as respostas, percebem-se as considerações acerca das percepções positivas, demonstrando que as ações educativas e preventivas contribuem com o processo de educação e prevenção dos acidentes de trânsito.

Quadro 2. Distribuição da subcategorização das respostas dos participantes da pesquisa, sentenciados pela Vara de Execução Penal e Medidas Alternativas (VEPMA) do Tribunal de Justiça do Estado do Acre (TJAC), que prestaram ou estavam prestando serviços na comunidade, por envolvimento em acidentes de trânsito, sobre as ações de educação e prevenção dos acidentes de trânsito em Rio Branco - Acre - Brasil, em 2019.

Subcategorização das Respostas sobre as Ações de Educação e Prevenção dos Acidentes de Trânsito
1 - Percepção Negativa e Meio a Meio
- Pouca ação; ser humano se esquece das regras básicas de trânsito; a gente vê pouca educação no trânsito; tem agentes de trânsito que não sabem tratar os motoristas; agentes chamar a atenção dos motoristas na frente de outras pessoas; podem fazer milhões de campanhas, mas se o condutor não se conscientizar e continuar bebendo, não adianta nada; condutores não respeitam os pedestres; fazer mais palestras para prender a atenção dos alunos como futuros condutores; agente de trânsito deve atuar como educador e não como notificador.
2 - Percepção Positiva
-Educar primeiro e depois cobrar; educação no trânsito está em cada um; realizar o Programa Álcool Zero nos finais de semana; multa dói mais no bolso; fazem o serviço deles com distribuição de folhetos educativos; orientação para direção defensiva com blitz educativa; devem colocar leis mais rígidas; fazer mais ações / blitz nas escolas, praças, faixas de pedestres, bairros, pois inibem os motoristas para causar acidentes; fazer ações para toda população e não só para pedestres, ciclistas, motociclista e condutores; fazer ações não só no centro, mas também nos bairros; realizar palestras sobre acidentes de trânsito; prevenir não só acidentes, mas também outras causas como a abordagem das motocicletas com irregularidades.

Por outro lado, não se devem desprezar também as respostas negativas / meio a meio, junto aos agentes de trânsito na forma de tratar, educar e punir os condutores de veículos, pois uma das suas missões é a educação dos condutores na prevenção dos acidentes de trânsito.

Quanto a educação, vale ressaltar que não só ela, mas outros conhecimentos gerais influenciam o comportamento da comunidade, como o oferecimento de matérias específicas direcionadas a vida urbana, principalmente nas idades mais novas antes mesmo de conseguir a licença para dirigir, incluindo inclusive aí os adolescentes nas campanhas educativas (BERG, 2006).

Conforme Rocha (2009) fica expressa a necessidade de programar medidas direcionadas ao público afetado, levando em consideração os aspectos naturais, culturais e comportamentais dos cuidados. A educação é um dos pilares na sustentação de mudanças, e é digna de nota que as entidades de ensino, nos níveis primário, médio ou superior na formação de parcerias, no planejamento de estratégias e no desenvolvimento de pesquisas como forma de melhor compreender esta problemática e suas medidas de soluções.

Estas descrições têm razão de ser, pois segundo divulgação no TransitoBrasil (2004), 75% dos acidentes são causados por homens, 12% por problemas nos veículos, 6% por deficiências nas vias e 7% por causas diversas. Destaca ainda, que se considerar o HOMEM - VEÍCULO - VIA, os homens representam 93% das causas.

Ainda a respeito deste tema, o ONSV (2019) diz que nas mortes no trânsito não há fatalidade acidental, não é obra do acaso ou do destino, é única e simplesmente falha humana em 98% dos casos. Prossegue descrevendo que as três principais motivações dos acidentes de trânsito estão relacionadas e podem ser agrupadas em “Fator Humano, Fator Veículo e Fator Via”, as quais podem estar relacionadas à desatenção dos condutores, desrespeito à legislação, excesso de velocidade, uso do celular, falta de equipamentos de segurança como o cinto de segurança, capacete, uso de bebidas antes de dirigir ou até mesmo dirigir cansado, colocações estas semelhantes aos encontrados em nossa pesquisa.

Corroborando com a temática educação no trânsito, a Revista Mundo Trânsito (2013) diz que as questões educativas acerca do comportamento inadequado no trânsito são pouco discutidas, com maior ênfase dado a ocorrência da tragédia.

Foi intenção também de ouvir qual a opinião dos participantes sobre as *ações das autoridades da justiça nos casos de acidentes de trânsito*, cujas respostas estão no quadro 3.

Ao analisar as respostas na percepção negativa, foi possível identificar situações em que os sentenciados se consideraram prejudicados, alegando não terem sido ouvidos e mesmo com apresentação de provas que os defendiam.

Há que se considerar que os sentenciados estiveram envolvidos em diferentes tipos de acidentes de trânsito, às vezes até fatais, e que a justiça tem que fazer seu papel, e às

vezes nem sempre agrada os sentenciados, mesmo com a defesa por advogados particulares ou por defensores públicos.

Quadro 3. Distribuição da subcategorização das respostas dos participantes da pesquisa, sentenciados pela Vara de Execução Penal e Medidas Alternativas (VEPMA) do Tribunal de Justiça do Estado do Acre (TJAC), que prestaram ou estavam prestando serviços na comunidade, por envolvimento em acidentes de trânsito, sobre como vê às ações da justiça nos casos de acidentes de trânsito em Rio Branco - Acre - Brasil, em, 2019.

Subcategorização das Respostas sobre as Ações da Justiça nos casos dos Acidentes de Trânsito
1 - Percepção Negativa
- Tem muitas falhas e é lenta; fui condenado por crime que não cometi e sem provas concretas; o caso deveria ser bem mais averiguado; a justiça não quer saber, ela quer te prejudicar; condutor de moto não vai deixar de comer arroz, feijão para pagar documento de moto; a lei tem brechas e o cidadão volta a cometer crime no trânsito; ter mais juízes para ação não prescrever; quando é punido evita fazer de novo; crime de trânsito é afiançável; prejudica a vida social e profissional do culpado; a justiça é cega para muitas coisas; se tem outra medida, então porque prender; sai pior do que entrou.
2- Percepção Positiva
- Justa; fez coisa errada tem que pagar; justiça tem que ser igual para todos; pegou pouca pena pelo acidente cometido; está cumprindo seu papel correto; justiça pega pesada; justiça está aí para pagar a pena; acidente de trânsito não é crime, você vai para a delegacia, faz o boletim ocorrência, contrata um advogado, é liberado e responde o processo em liberdade; quando a gente não é punida, continua fazendo.

Na percepção positiva, suas respostas reforçaram o papel da justiça, que ela está certa, quem cometeu um delito no trânsito tem que ser penalizado, fazem a parte deles, prevenindo assim a reincidência nos casos de acidentes desta natureza.

Como questão seguinte, conforme discriminado no quadro 4, foi entrevistado *como você se sente como condutor de veículo envolvido em acidentes de trânsito*.

Nas respostas observa-se o acentuado aspecto negativo no envolvimento emocional levando a depressão, se sentir mal, horrível, ruim, culpado, constrangido, por estar alcoolizado, apesar de que alguns se consideraram injustiçados por não se sentirem culpados, quando foram as vítimas que contribuíram para o acidente.

Quanto às respostas positivas, mencionaram dirigir com mais cautela, se se envolveu tem que pagar, aprendeu com os erros para não acontecer mais, serviu para reflexão e que não deseja isso para ninguém. Estes acontecimentos com todas as implicações proporcionaram uma reflexão junto aos condutores de veículos.

Ainda sobre este tema, Mayou, Bryant e Ehlers (2002) apud Cavalcante, Morita e Haddad (2009) detectaram que as vítimas envolvidas em acidentes de trânsito apresentaram diferentes perturbações, sendo entre elas, a ansiedade fóbica a viagens (52%); ansiedade generalizada (58%), transtorno de estresse pós-traumático (50%) e depressão (39%).

Quadro 4. Distribuição da subcategorização das respostas dos participantes da pesquisa, sentenciados pela Vara de Execução Penal e Medidas Alternativas (VEPMA) do Tribunal de Justiça do Estado do Acre (TJAC), que prestaram ou estavam prestando serviços na comunidade, por envolvimento em acidentes de trânsito, sobre como você se sente como condutor de veículo envolvido neste acidente de trânsito em Rio Branco - Acre - Brasil, em 2019.

Subcategorização das Respostas como se sente como Condutor de Veículo envolvido no Acidente de Trânsito
1 - Aspecto Negativo
- A gente sente e relembra do acidente; não pensa em nada; quer sair do local para não ser linchado; não teve culpa de nada, pois foi o rapaz acidentado que provocou; se sentiu constrangido; se sente abalado por vítima fatal; no dia do acidente ficou com trauma muito grande; foi o pedestre que atravessou fora da faixa na frente do caminhão; foi preso por problemas com o Programa Álcool Zero; se envolveu por infringir a lei; não sentiu remorso por não ter culpa; sente-se culpado por beber e dirigir; acha que os agentes de trânsito devem ser mais educados ao abordar os condutores; após esse acidente nunca mais se envolveu neste problema; os agentes de trânsito devem abordar os condutores de forma educada e não agressiva; entrou em depressão.
2- Aspecto Positivo
- Deve ter mais cuidado; dirigir com cautela; aprendeu com os erros; serviu para reflexão; não deseja para ninguém; acha que foi feito certo pelo erro; dirigir para a gente e para o outro; filho do acidentado pediu desculpa pelo fato do pedestre ter feito coisa errada; após o fato deixou de beber; hoje se sente mais tranquilo.

Como seguimento foi levantado um dos pontos relevantes desta pesquisa, ao abordar *como os sentenciados veem a aplicação das alternativas penais nos casos de acidentes de trânsito*, cujas respostas encontram-se distribuídas no quadro 5.

No que concerne à aceitação / acordo entre as partes, percebe-se que foi justo, errou tem que pagar, está se reeducando, contribuiu para sua nova conduta no trânsito, ensinaram direção defensiva, teve palestras sobre educação no trânsito, participação em Blitz para acompanhar uso de capacete, cinto de segurança, uso da faixa de pedestre, distribuição de material educativo, e que prestou serviço de acordo com sua formação / profissão, entre outras, o que a nosso ver na sua percepção fica claro sua conscientização da infração cometida, reforçando o papel justo da VEPMA.

Na percepção não aceitação / mais ou menos, responderam ser falha, que atrapalhou no trabalho, que não teve culpa, mas foi condenado, quando se sentiu injustiçado, que não teve testemunha para se defender, alegaram que não foi entregue documento, quando respondeu que sim, a justiça se torna um pouco lenta quando sai o resultado não compensa e nem para reeducar o condutor, entre outros. Tais respostas merecem reflexão pela justiça, no sentido de trabalhar juridicamente da melhor forma possível.

Quadro 5. Distribuição da subcategorização das respostas dos participantes da pesquisa, sentenciados pela Vara de Execução Penal e Medidas Alternativas (VEPMA) do Tribunal de Justiça do Estado do Acre (TJAC), que prestaram ou estavam prestando serviços na comunidade, por envolvimento em acidentes de trânsito, sobre como vê à aplicação da pena alternativa nos caso dos acidentes de trânsito em Rio Branco - Acre - Brasil, em 2019.

Subcategorização das Respostas sobre Cumprimento da Pena para Redução dos Acidentes de Trânsito
1 - Aceitação / Acordo entre as partes
- Foi justo; cumpriu a pena; está se educando; errou, tem que pagar; contribuiu para sua nova conduta; assistiu palestra sobre educação no trânsito; participou de blitz educativa sobre uso de capacete, cinto de segurança, distribuiu folhetos educativos para pedestres; a pena foi muito rígida; muda a visão da gente na questão do trânsito, para ter mais cuidado para não acontecer de novo; prestou serviço de acordo com sua atuação / formação; você acha que nunca acontece com você; crime com morte a punição deve ser mais severa; ter atenção psicossocial para que a pessoa não saia frustrada e revoltada; não vai mais dirigir sem CNH.
2 - Não Aceitação / Mais ou Menos
- Foi falha; atrapalhou o trabalho; o clima / relacionamento entre as partes ficou ruim; na aplicação da pena não teve testemunha para se defender; deram multa alegando que não apresentou documento, mas entregou; não deveriam se exaltar, pois são agentes de trânsito; a justiça se torna um pouco lenta e às vezes o resultado sai depois de cinco anos; não teve audiência, não teve como se defender, teve até depressão; justiça privilegia alguém influente da sociedade.

Para Perbone (2010), a pena só serve para restabelecer a ordem jurídica, e não para impedir novos delitos, e muito menos reeducar o apenado, e sim só punir, a qual tem sido falha. Para ele no Brasil, o sistema penitenciário só funciona como encarceramento, pois não regenera, não educa e nem ressocializa o infrator, podendo sair mais violento. Diante de tais colocações reforça-se aqui a aplicação das medidas pela VEPMA junto aos sentenciados por acidentes de trânsito, a ser prestada na comunidade, como forma de reeducar e contribuir com a diminuição dos acidentes, através das alternativas penais.

No que concerne ao cumprimento da pena pelo sentenciado que possui vínculo empregatício, as atividades devem guardar estreita relação com as aptidões pessoais de cada um, evitando assim coincidir com sua jornada normal de trabalho, redundando em mudanças mínimas possíveis na sua rotina diária e que esta modalidade de pena permaneça integrada a sua família, comunidade e trabalho, fazendo com que ele se sinta útil.

Vale ressaltar, que para o cumprimento das penas, são normas da VEPMA, que os sentenciados sejam orientados e encaminhados aos locais, por meio de ofício contendo dados pessoais e quem deve procurar para orientá-los na função que lhes foi designada, tendo todo um mecanismo de acompanhamento, controle da frequência, envio de relatório com assinatura e entrega de documento após a finalização da pena (ACRE, 2012).

Dando continuidade, passa-se a questão, *se a prestação de serviço à comunidade, enquanto alternativas penais contribuíram para a sensibilização ao dirigir*, cujas respostas encontram-se discriminadas no quadro 6.

Ao observar as respostas, a maioria os sentenciados concordaram com a pena atribuída pela justiça, por reconhecer que cometeram erro, participaram de atividades relacionadas ao trânsito, como distribuição de folhetos educativos para a comunidade, orientação aos pedestres para atravessarem na faixa, como também acompanharam a realização de blitz, tudo isso servindo como forma de sensibilização pela problemática dos acidentes de trânsito, se colocando assim, no lugar deles e para com isso, não se envolverem outras vezes.

Quadro 6. Distribuição da subcategorização das respostas dos participantes da pesquisa, sentenciados pela Vara de Execução Penal e Medidas Alternativas (VEPMA) do Tribunal de Justiça do Estado do Acre (TJAC), que prestaram ou estavam prestando serviços na comunidade, sobre o cumprimento da pena alternativa para sensibilização, nos caso dos acidentes de trânsito em Rio Branco - Acre - Brasil, em 2019.

Subcategorização se o Cumprimento da Pena contribui para a Sensibilização e Redução dos Acidentes
1 - Contribui
- Contribui totalmente na maneira de dirigir; ter mais consciência e humildade; tem que se sentir como ser humano no trânsito; prestou serviço aplicado ao trânsito, com distribuição de folheto educativo, orientou pedestre a atravessar na faixa de pedestre e participou de blitz; durante a prestação da pena ficou mais alerta sobre a problemática dos acidentes de trânsito; hoje dirige com mais cuidado para não acontecer novamente; procura seguir a vida, como se nada tivesse ocorrido; não de atendimento psicossocial e autoajuda; quando dói no bolso a gente dá valor; após pegar a nova CNH nunca mais vai beber e dirigir.
2 - Não Contribui / Mais ou Menos
- Não contribui em nada; depende da consciência de cada um; dirigiu carros no pátio do DETRAN sem ter CNH, a pedido de funcionários, mesmo tendo sido punido por sua falta; deve prestar serviço relacionado ao trânsito; se o sentenciado tem uma diretora “como se diz, peixe” envolvente e conhecida, ela assina e nem precisa cumprir a pena; se sentiu humilhado ao ter que limpar banheiro, urina e fezes de policial; guarda de trânsito me orientou para não fazer o etilômetro no caso do meu acidente.

Diante e tais respostas, percebe-se que as penas atribuídas pela VEPMA vêm ao encontro da infração por eles cometidas, as quais redundaram em sensibilização na prevenção do envolvimento em acidentes de trânsito, se preocupando consigo mesmo e com o outro.

Por outro lado, para aqueles que responderam não contribui / mais ou menos, foi possível observar que depende da consciência de cada um, que eles devem prestar serviço

relacionado ao trânsito e à sua habilidade e que assistir culto em igreja onde não foi discutido nada sobre problemas no trânsito, em nada contribuiu.

Como questão final foi levantada que *sugestões dariam para o cumprimento das penas alternativas, enquanto medida socioeducativa*, sendo que as respostas foram para primeiro receberem orientações teóricas sobre a problemática dos acidentes de trânsito junto aos órgãos de trânsito, justiça e polícia do trânsito, para sensibilização sobre os problemas, e depois irem para campo.

Destacaram também a necessidade de efetuar o mecanismo de acompanhamento e controle das atividades por parte de Técnicos da VEPMA.

A esse respeito, os Técnicos da VEPMA fazem o controle dos relatórios das frequências mensais das horas trabalhadas, bem como preenchem um questionário sobre como foi o cumprimento da pena, e acompanham o relatório final da pena cumprida para a extinção da sentença.

Ainda com relação a este tema, as funções da equipe de acompanhamento e monitoramento, estão no sentido de conhecer o perfil psicossocial do sentenciado, fazer entrevista para ver suas aptidões e habilidades profissionais, local de residência e trabalho, interesse por novas tarefas, dias e horários para o desenvolvimento das tarefas, captar vagas, bem como indicar entidades receptoras conveniadas para o cumprimento da pena, quando com a aceitação iniciam-se as atividades comunitárias em nível público, filantrópica, benemérita ou congêneres, sem no entanto esquecer que nos casos em que haja descumprimento da pena esta é anexada aos autos do processo (ACRE, 2012).

4. CONCLUSÃO

Com sua realização foi possível levantar uma série de variáveis possibilitando conhecer seu envolvimento nos acidentes de trânsito, gravidade com óbitos, representada pela colisão, atropelamento, desrespeito a sinalização e o envolvimento no Programa Álcool Zero, mostrando também o sexo masculino como maior infrator.

Foi encontrado envolvimento acentuado em acidentes de trânsito no período pós-permissionário de um ano, sendo de um a mais de quatro vezes.

As ações de educação / prevenção dos acidentes, na maioria respondeu de forma negativa, enfatizando que os condutores não respeitam as leis do trânsito. Situação

semelhante foi encontrada nas ações das autoridades do trânsito, nas percepções negativas, ao alegarem falhas no processo, condenação por crime que não teve culpa, mas lembrando que muitos sentenciados estiveram envolvidos em acidentes graves, quando a justiça tem que fazer seu papel, pois quem errou tem que cumprir.

Assim, com sua realização reforça-se aqui a relevância com a ampliação e aprofundamento dos conhecimentos sobre o tema estudado, possibilitando contribuir com as políticas públicas, treinamento e melhoria no desempenho das atividades dos técnicos em serviço, melhorar o trabalho na obtenção de resultados positivos junto aos sentenciados envolvidos em acidentes de trânsito.

5. REFERÊNCIAS

ACRE. Poder Judiciário do Estado do Acre. Vara de Execuções de Penas e Medidas Alternativas. **Programa começar de novo**. 3ª Ed. Rio Branco - Acre. Gráfica do Tribunal de Justiça do Estado do Acre, 2012

APUD. American Psychiatric Association. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2002.

BERG, H.Y. **Reducing crashes and injuries among drivers**: what kind of prevention should we be focusing on. **Inj. Prev**, v,12, p.15-8, 2006.

BITENCOURT, C. R. **Penas alternativas**. 4ª ed. São Paulo: Saraiva, 2013.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, 1988

BUENO, S. **Minidicionário da língua portuguesa**. 32ª ed. Compacta São Paulo: Lisa, 2006.

CASTILHO, M. R. **Homens são os que mais morrem de acidentes no trânsito**. Brasil, Ministério da Saúde. Agenda Saúde. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45466-homens-sao-maiores-vitimas-de-acidentes-no-transito>>. Acesso em: 10/08/2019.

CAVALCANTE, D. **Acre é o segundo estado com menos mortes no trânsito, aponta estudo**. Assessoria de Comunicação do Departamento Estadual de Trânsito do Acre (ASCOM/DETRAN-AC). Disponível em: <<https://www.detrان.ac.gov.br/site/noticia.jsp?id=3996>>. Acesso em: 06/08/2019.

CAVALCANTE, F,G; MORITA, P.A.; HADDAD, S. R. **Sequelas invisíveis dos acidentes de trânsito: o transtorno de estresse pós-traumático como problema de saúde pública**. Ciênc. saúde coletiva, v. 14, n. 5, p.1763-1772, 2009.

CZERWONKA, M. **Dados mostram queda no número de mortos no trânsito brasileiro, mas ainda está longe de atingir a meta**. Portal de Trânsito, Disponível em:

<<https://portaldotransito.com.br/noticias/moto/dados-mostram-queda-no-numero-de-mortos-no-transito-brasileiro-mas-ainda-longo-da-meta/>>. Acesso em: 10/08/2019.

GOMES, E. S. et al., Mortalidade por acidentes de trânsito: percepção de familiares que perderam entes. In: **Relatório Final de Iniciação Científica – PIBIC / CNPq**, 2008.

INABA, T. **Um em cada cinco vítimas de trânsito age sob efeito de álcool**. Disponível em <<https://portaldotransito.com.br/noticias/uma-em-cada-cinco-vitimas-de-transito-age-sob-efeito-de-alcool/>>. Acesso em: 10/08/2019.

OMS. Organização Mundial de Saúde, **Prevenção de lesões causadas pelo trânsito**: manual de treinamento, Genebra, 2011.

PEDEM, M. et al., **World report on road traffic injury prevention**. World Health Organization, Geneva, 2004.

PERBONE, C. S. M. As vantagens da aplicação de penas alternativas. In: LEHFELD, L. S. **Manual dos Direitos do Cidadão**. Ribeirão Preto: Centro Universitário Barão do Mauá - Centro de Cidadania “ Dr. Hélio Bicudo”, 2010.

REVISTA MUNDO TRÂNSITO. **A mídia e o trânsito: entre o sensacionalismo e a omissão**. **Revista Mundo Trânsito**. Disponível em: <<http://www.mundotransito.com.br/index-php/2013/11/19/a-midia-e-o-transito-entre-o-sensacionalismo-e-a-omissao/>>. Acesso em: 7/08/2019.

ROCHA, G. S. **Caracterização dos acidentes de trânsito e vítimas no município de Rio Branco – Acre**. (Dissertação) Mestrado em Saúde Pública - Universidade de São Paulo USP. São Paulo, 2009.

ROCHA, G. S. **Fatores associados, gravidade do trauma e sequelas de acidentes de transporte terrestre: Um estudo a partir de egressos hospitalares**. (Tese) Doutorado em Saúde Pública - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

SILVA, C. Á.; CRISPIM, L.V. **Caracterização das lesões traumáticas e sua gravidade em vítimas de acidentes de trânsito internado em um hospital público**. (TCC) Bacharelado em Enfermagem - Universidade Federal do Acre, Rio Branco - Acre, 2018.

VILELA, P. R. **Brasil reduz mortes no trânsito, mas está longe da meta para 2020**. Reportagem da Agência Brasil – Brasília, Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2018-09/brasil-reduz-mortes-no-transito-mas-esta-longo-da-meta-para-2020>>. Acesso em: 06/08/2019.

MORTALIDADE POR HOMICÍDIOS NO MUNICÍPIO DE RIO BRANCO ENTRE 2015 A 2017: UM OLHAR DE SAÚDE PÚBLICA

Juliana Pereira Cabral¹, Kaira Carla de Oliveira Portilho², Rozilaine Redi Lago²,
Greiciane da Silva Rocha² e Andreia Cristina Vilas Boas^{2,3}

1. Programa de Iniciação Científica da Universidade Federal do Acre (UFAC), Rio Branco, Acre, Brasil;
2. Centro de Ciências da Saúde e do Desporto (CCSD) da Universidade Federal do Acre, Rio Branco, Acre, Brasil;
3. Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco (HUERB) e Núcleo de Prevenção de Suicídio, Rio Branco, Acre, Brasil.

RESUMO

Introdução: Os homicídios constituem-se como uma problemática crescente, e que se encontra entre as principais causas de mortes por violência externa. **Objetivo:** avaliação geral da mortalidade por causas externas com foco nos registros de causa primária e secundária dos atestados de óbito determinando as lesões precursoras e sua associação com a causa secundária. **Metodologia:** Trata-se de um estudo quantitativo, do tipo analítico e descritivo, onde foram colhidos 632 laudos de homicídios, de ambos os sexos, no município de Rio Branco-AC, e municípios e alguns estados ao redor, e incluindo o país Bolívia. **Resultados e Discussão:** Foram coletados 632 laudos de homicídios, onde foi observado que homens jovens e adultos, de cor parda ou preta são as maiores vítimas de homicídios, e mulheres jovens também. A grande incidência de ação contundente é notória também. **Conclusão:** Logo, é fundamental que haja programas que enfoquem nos grupos que são mais atingidos pelos homicídios.

Palavras-chave: Homicídio, Morte e Assassinato.

ABSTRACT

Introduction: Homicides are a growing problem and one of the main causes of death due to external violence. **Objective:** general assessment of mortality from external causes, focusing on primary and secondary cause records of death certificates, determining the precursor lesions and their association with the secondary cause. **Methodology:** This is a quantitative, analytical and descriptive study, in which 632 homicide reports of both sexes were collected in the municipality of Rio Branco-AC, and municipalities and some states around, including Bolivia. **Results and Discussion:** A total of 632 homicide reports were collected, where it was observed that young and adult men of brown or black color are the largest victims of homicide, and young women as well. The high incidence of forceful action is also noticeable. **Conclusion:** It is therefore essential that there be programs that focus on the groups that are most affected by homicides.

Keywords: Homicide, Death and Murder.

1. INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2002) violência é o uso de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação. No elenco de tipos de violência, encontram-se os homicídios. A palavra homicídio é lembrada pela Enciclopédia Britânica (1994) como “morte violenta ou assassinato”. No entanto, o significado mais lembrado foi aquele dado pelo Criminalista italiano Carmignani apud Costa Júnior (1991), onde o “homicídio (*hominis excidium*) é a morte injusta de um homem, praticado por um outro, direta ou indiretamente”.

Segundo a publicação “*World Statistics*” (2018), que apresenta as mais recentes estatísticas mundiais de saúde, o país das Américas com maiores índices de homicídios é Honduras, com uma taxa de 55,5 mortes para cada 100 mil habitantes. Em seguida está a Venezuela (49,2), seguida por El Salvador (46). O Brasil subiu duas posições entre 2015 e 2016, indo para o sétimo lugar, com 31,3 assassinatos para cada 100 mil habitantes.

De acordo com o Atlas da violência (2018) a análise de dados sobre homicídios nos últimos 10 anos revela a gravidade deste evento violento nas regiões Norte e Nordeste do Brasil, dado que essas regiões concentram as Unidades da Federação com maiores taxas de homicídios por 100 mil habitantes. A OMS estima que 477 mil assassinatos ocorreram globalmente em 2016, sendo que 80% de todas as vítimas de homicídio eram homens (2018). Ainda de acordo com o Atlas da violência (2018), entre os jovens, a situação é ainda mais grave: os homicídios respondem por 56,5% da causa de óbito de homens entre 15 a 19 anos. Quando considerados os jovens entre 15 e 29 anos, observamos uma taxa de homicídio de 142,7 por 100 mil habitantes (2016).

No Brasil, a taxa de feminicídios de acordo Russel e Radford apud Pasinato (2011), cujo termo é utilizado para designar os assassinatos de mulheres que teriam sido provocados pelo fato de serem mulheres, outra característica que define feminicídio, é não ser um fato isolado na vida das mulheres vitimizadas, mas apresentar-se como um ponto final em um contínuo de terror, que inclui abusos verbais e físicos e uma extensa gama de manifestações de violência e privações a que as mulheres são submetidas ao longo de suas vidas) é de 4,8 para 100 mil mulheres – a quinta maior no mundo, segundo dados da OMS (2015).

Em 2015, o Mapa da Violência sobre homicídios entre o público feminino revelou que, de 2003 a 2013, o número de assassinatos de mulheres negras cresceu 54%, passando de

1.864 para 2.875. Enquanto isso, a quantidade anual de homicídios de mulheres brancas caiu 9,8%, saindo de 1.747 em 2003 para 1.576 em 2013. Do total de feminicídios registrados em 2013, 33,2% dos homicidas eram parceiros ou ex-parceiros das vítimas.

O Acre, de acordo com o Atlas de Violência 2018, é o quarto estado da federação com a maior variação no número de homicídios registrados em 10 anos, entre os anos de 2006 e 2016. Em 2006, no Acre, o número de pessoas mortas de forma violenta era 158. Esse número subiu para 363 dez anos depois. Ainda segundo o balanço, as mortes violentas aumentaram em 67,3% entre 2015 e 2016. O ano que o Acre registrou menos homicídios foi em 2008, com 133. Em primeiro lugar na lista aparece o estado de Tocantins (152%), seguido pelo Sergipe (150,4%), o Maranhão é o terceiro da lista (148,5%) e por último o Acre (129,7%).

De acordo com o Ministério da Saúde do Brasil (2017) entre as causas externas (definem-se causas externas como “conjunto de agravos à saúde que provocam algum tipo de lesão, seja física, mental ou psicológica, podendo ou não levar a óbito” (BRASIL, 2012), os acidentes de trânsito e os homicídios representam as principais causas de internação e óbitos. Sendo assim, uma das principais causas de morbimortalidade no país, as quais impactam não apenas na vida da vítima, mas em seu entorno social, familiar, dentre outras dimensões.

São escassos os estudos sobre homicídios com enfoque em saúde pública no estado do Acre, sendo assim, o presente trabalho tem como objetivo traçar o perfil das vítimas de homicídio no município de Rio Branco, com o potencial de gerar evidências científicas que deem orientação e suporte para a pesquisadores, sociedade, bem como para as autoridades que gerenciam as políticas públicas relacionadas a essa área.

2. MATERIAIS E MÉTODO

O presente estudo é de natureza quantitativa, realizado com vítimas de variados tipos de agressão física que resultou em morte violenta ou não. Excluindo, portanto, vítimas de acidentes de trânsito, suicídio, quedas, e morte por causa indeterminada. Gerando assim, um banco de dados com as informações colhidas e podendo ser traçado o perfil das vítimas por mortes violentas que deram entrada no Instituto Médico Legal de Rio Branco.

O cenário da pesquisa foi o município de Rio Branco – AC, e arredores, e os dados foram colhidos no Instituto Médico Legal (IML) que fica localizado na Avenida Antônio da Rocha Viana, onde foi realizada a coleta de dados, por um período de 7 (sete) meses (entre dezembro de 2018 e junho de 2019), totalizando 632 laudos. Vale ressaltar que o órgão público, de forma cooperativa permitiu o acesso ao arquivo de laudos cadavéricos viabilizando, assim, a coleta seguindo os padrões pré-estabelecidos em forma de formulário.

Foram colhidos os dados de vítimas de óbito por homicídio documentados no município de Rio Branco – Acre, incluindo até outros estados, como Amazonas, dos anos de 2015 a 2017. Os critérios de inclusão foram pessoas de todas as cores, sexo e idade, que tenham foram mortas, de forma violenta, praticada por um terceiro, caracterizada como homicídio (COSTA JÚNIOR, 1991). Qualquer vítima que não se encaixasse nos critérios supracitados foi excluída do estudo.

Foi usado um modelo de formulário para coleta dos dados, que conteve informações de identificação da vítima, sexo, idade, naturalidade, nacionalidade, cor, estado civil, escolaridade, data da ocorrência do óbito e instrumento ou meio causador da morte. Após a coleta, foi realizada a revisão dos questionários, ajustes de dados e digitação das informações coletadas em uma planilha de software Microsoft Excel. A análise dos dados foi efetuada utilizando-se o software SPSS v.19.

Todos os aspectos éticos foram resguardados na realização desta pesquisa, cuja coleta de dados foi iniciada após a aprovação de um comitê de ética em pesquisa local, sob o parecer número 2.978.228.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

No Brasil, estudos mostram, invariavelmente, que são os jovens as principais vítimas dessa violência (RUOTTI et al., 2011; SOUZA et al., 2012). Segundo dados do Diagnóstico dos Homicídios no Brasil (BRASIL, 2015), mais da metade dos homicídios concentram-se na faixa etária de 15 a 29 anos (52,9%). Pode-se observar na tabela 1, a divisão dos homicídios de acordo com a faixa etária (de acordo com a OMS), a naturalidade, a nacionalidade, a cor da pele, a situação conjugal, a maior escolaridade cursada e a ocupação. Foram coletados no total 632 laudos referentes a homicídios.

Os homicídios em pessoas do sexo masculino são exorbitantemente superiores ao número de homicídios em pessoas do sexo feminino como é apresentado na tabela 1, os homens representam 92,9%, 586 casos, enquanto as mulheres representam 7,1%, 45 casos. De acordo com o IBGE (2017), a chance de um homem morrer por causas violentas no Brasil é 11 vezes maior que a de uma mulher na mesma faixa etária, e 75% das mortes são de jovens pardos ou negros.

De acordo com o Atlas da Violência (2018), as maiores vítimas de homicídio são jovens negros ou pardos com baixa escolaridade. Corroborando com a informação divulgada pelo atlas, lê-se na tabela 1 que 69,9% das pessoas vítimas de homicídio tinham apenas o ensino fundamental completo ou incompleto, e 87% das vítimas, 540 casos, eram da cor parda. Em relação à faixa etária, adultos (20-59 anos) representam 77,2%, 485 homicídios, seguido por adolescentes (10-19 anos) que são 18,8%, 118 casos.

Ainda na tabela 1, pode-se observar que as maiores vítimas de homicídios são pessoas desempregadas, 22,8%, ou seja, mais de um quinto das vítimas são pertencentes a esta categoria, seguido por estudantes, que representam 11,9%. Ou seja, somando as duas categorias, tem-se mais de um terço dos participantes da pesquisa. O Instituto de Segurança Pública (ISP) embasa essas informações, pois de acordo com estudos realizados nos anos de 2015 a 2018, quando a ocupação da vítima é identificada, desempregados estão em primeiro lugar.

Tabela 1. Descrição de características socioeconômicas e demográficas das vítimas de Homicídios registradas no Instituto Médico Legal de Rio Branco, 2015-2017.

Tabela descritiva		N*	(%)
Sexo	Masculino	586	92,9
	Feminino	45	7,1
	Total	631	100
Faixa etária (de acordo com a OMS)	Adulto (20-59 anos)	485	77,2
	Adolescente (10-19 anos)	118	18,8
	Idoso (60 anos ou mais)	21	3,3
	Criança (até 9 anos)	4	0,6
	Total	628	100
Naturalidade	Acreano	552	88,5
	Não acreano	72	11,5
	Total	624	100
Nacionalidade	Brasileiro	627	99,5
	Boliviano	3	0,5
	Total	630	100

Cor da pele	Pardo	540	87,0
	Branco	70	11,3
	Preto	8	1,3
	Indígena	3	0,5
	Total	621	100
Situação conjugal	Solteiro	378	78,4
	Convivente ou união estável	49	10,2
	Casado	39	8,1
	Separado ou divorciado	10	2,1
	Viúvo	6	1,2
	Total	482	100
Maior escolaridade cursada	Ensino fundamental	381	69,9
	Ensino médio	99	18,2
	Sem escolaridade	50	9,2
	Total	545	100
Ocupação	Desempregado	128	22,4
	Estudante	68	11,9
	Auxiliar de Serviços Gerais	56	9,8
	Diarista	47	8,2
	Trabalhador autônomo	39	6,8
	Agricultor	39	6,8
	Pedreiro/servente de pedreiro	33	5,8
	Trabalhador rural	24	4,2
	Aposentado	13	2,3
	Motorista	12	2,1
	Agente de segurança pública	10	1,7
	Comerciante	8	1,2
	Vendedor	8	1,4
	Mecânico	7	1,2
	Trabalhadora do lar	7	1,2
Outras ocupações**	66	11,5	
Total	572	100	

*As diferenças nos valores de N referem-se às perdas por falta dos preenchimentos dos usuários. ** Outras ocupações com frequência inferior a 7 (açougueiro, ajudante de eletricista, Ajudante de marmoraria, ajudante de marceneiro, artesão, assistente de contador, auxiliar de gráfica, auxiliar de padaria, borracheiro, cabeleireiro, camareiro, Carpinteiro, corretor de empréstimo, cozinheira, doméstica, eletricista, empresário, escultor, flanelinha, frentista, funcionário público, garçom, garí, gesseiro, lanterneiro, lavador de carros, manicure, marceneiro, músico, office-boy, oleiro, operador de rolo, tratorista, padeiro, pecuarista, porteiro, Retificador, serralheiro, serviços diversos, servidor público, téc. em refrigeração, técnico em informática, trabalhador braçal e vigilante.

Entre o início dos anos 1980 e 2016, o percentual de homicídios no país cometidos com armas de fogo subiu de 40% para 71% do total (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) e Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2018). Em relação a tabela 2, percebe-se que o percentual de mortes por arma de fogo no estado foi relativamente próximo desse valor, 64,5%, correspondendo a 405 homicídios, enquanto as mortes por arma branca

foram 182, correspondendo a 29% dos homicídios. O ano de 2017 foi o ano em que mais ocorrências de homicídios foram registradas, 281 casos, ou seja 46% dos dados colhidos.

Em relação ao local da ocorrência, é apresentado na tabela 2, que 46% dos casos ocorreram em local externo, na zona urbana, seguido por 28,3% em local externo na zona rural, demonstrando o maior número de violência urbana decorrente de processos sociodemográfico. Como é apresentado por Lira e Monteiro (2017) é na cidade que os desentendimentos interpessoais aparecem com maior vigor, talvez pela própria estrutura centralizadora e concentradora que o meio urbano apresenta.

Tabela 2. Descrição de características dos homicídios registrados no Instituto Médico Legal de Rio Branco, 2015-2017.

	Tabela descritiva	N*	(%)
Tipo de homicídio	Homicídio (indefinido)	604	95,6
	Homicídio doloso	21	3,3
	Agressão física	5	0,8
	Homicídio culposo	2	0,3
	Total	632	100
Meio de agressão	Ação perfurocontusa	405	64,5
	Ação perfurocortante	182	29,0
	Ação contundente	41	6,5
	Total	628	100
Local da Ocorrência	Local externo, zona urbana	423	72,9
	Local externo, zona rural	102	17,6
	Em domicílio	55	9,5
	Total	580	100
Ano de ocorrência	2017	281	46,0
	2016	173	28,3
	2015	157	25,7
	Total	611	100

*As diferenças nos valores de N referem-se às perdas por falta de preenchimentos dos usuários.

Corroborando com a informação anterior, com relação ainda com a cor da pele, na tabela 3, o número de vítimas mulheres e brancas foi de 7 (10,1%) e de 62 (89,9%) de homens brancos. Vítimas pardas, que está entre uma das maiores frequências (Ipea e Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2018). O número de mulheres foi de 35 (6,5%) e de homens foi de 505 (93,5%); enquanto mulheres de cor preta foi de 2 (25%) para 6 (75%) homens da cor preta.

Ainda na tabela 3, relacionando a situação conjugal, no caso de conviventes ou união estável, ocorreu praticamente o dobro de proporção (12,2%) com relação a proporção geral (6,4%). Ainda sobre situação conjugal, todas as pessoas vítimas de homicídios, que são separados ou divorciados, são do sexo masculino, 10 casos. As mulheres solteiras representam 5,3% (20 vítimas) e 357 (94,7%) homens solteiros. Homens casados representam 36 (92,3%) das vítimas e as mulheres 3 (7,7%) das vítimas. Homens conviventes ou em união estável representam 43 (87,8%) e as mulheres representam 6 (12,2%).

Com relação a maior escolaridade cursada, todos as vítimas de homicídio que possuíam nível superior completo são do sexo masculino (15 casos). Com relação a naturalidade, o número de homens acrianos vítimas de homicídio foi de 513 (92,9%) para 39 (7,1%) mulheres; vítimas não acrianas mulheres foi de 6 (8,3%) e de homens não acrianos foi de 66 (91,7%). Na tabela 3, pode-se observar que o número de homicídios indefinidos é superior a todos os outros tipos de homicídios (doloso, culposo e agressão física), tanto para o sexo masculino, 92,5% (560 casos), quanto para o feminino 7,1% (43 casos). Falando em parâmetros de nacionalidade, mulheres brasileiras foram 45 (7,2%) e homens foram 581 (92,8%). Na tabela 3 observa-se que, o total geral que corresponde a 7%, comparando com a quantidade de adolescentes do sexo feminino que foram vítimas, que é de 12,7%, é praticamente o dobro do total geral, podendo assim perceber que nessa faixa etária, a proporção de mulheres que são vítimas de homicídio é bem superior, homens adolescentes representam 87,3% (103 casos) das vítimas. “No Brasil, mais da metade dos óbitos (54%) foram de mulheres jovens, e maior parte destas com baixa escolaridade.” (GARCIA, 2013). Homens adultos representam 94,8% (460 casos) e mulheres adultas representam 5,2% (25 casos). Relacionando o meio de agressão, as mulheres vítimas de ação contundente representam o triplo de proporção (22%) com relação a proporção geral (7,1%). Entretanto, na comparação entre as vítimas de homicídio por sexo, observou-se significância estatística apenas para as variáveis situação conjugal, faixa etária e meio de agressão.

Tabela 3. Caracterização, segundo sexo, das vítimas de homicídio registrado no Instituto Médico Legal de Rio Branco – AC, 2015-2017.

Tabela descritiva		Feminino (%)	Masculino (%)	p-valor
Tipo de homicídio	Homicídio (indefinido)	43 (7,1%)	560 (92,9%)	0,66
	Homicídio doloso	1 (4,8%)	20 (95,2%)	
	Agressão física	1 (20%)	4 (80,0%)	
	Homicídio culposo	0 (0,0%)	2 (100%)	
	Total	45 (7,1%)	586 (92,9%)	
Faixa etária	Adulto (20-59 anos)	25 (5,2%)	460 (94,8%)	0,00
	Adolescente (10-19 anos)	15 (12,7%)	103 (87,3%)	
	Idoso (60 anos ou mais)	3 (14,3%)	18 (85,7%)	
	Criança (até 9 anos)	1 (33,3%)	2 (66,7%)	
	Total	44 (7,0%)	583 (93,0%)	
Naturalidade	Acreano	39 (7,1%)	513 (92,9%)	0,69
	Não acreano	6 (8,3%)	66 (91,7%)	
	Total	45 (7,2%)	579 (92,8%)	
Nacionalidade	Brasileiro	45 (7,2%)	581 (92,8%)	0,82
	Boliviano	0 (0%)	3 (100%)	
	Não Informada	0 (0%)	2 (100%)	
	Total	45 (7,1%)	586 (92,9%)	
Cor da pele	Branco	7 (10,1%)	62 (89,9%)	0,14
	Pardo	35 (6,5%)	505 (93,5%)	
	Preto	2 (25,0%)	6 (75,0%)	
	Indígena	0 (0%)	3 (100%)	
	Total	44 (7,1%)	576 (92,9%)	
Situação conjugal	Solteiro	20 (5,3%)	357 (94,7%)	0,02
	Convivente / união estável	6 (12,2%)	43 (87,8%)	
	Casado	3 (7,7%)	36 (92,3%)	
	Viúvo	2 (33,3%)	4 (66,7%)	
	Separado ou divorciado	0 (0%)	10 (100%)	
	Total	31 (6,4%)	450 (93,6%)	
Maior escolaridade cursada	Ensino fundamental	28 (7,3%)	353 (92,7%)	0,70
	Ensino médio	6 (6,1%)	93 (93,9%)	
	Sem escolaridade	4 (8,0%)	46 (92,0%)	
	Ensino superior	0 (0%)	15 (100%)	
	Total	38 (7,0%)	507 (93,0%)	
Meio de agressão	Ação perfurocontusa	18 (4,4%)	387 (95,6%)	0,00
	Ação perfurocortante	17 (9,4%)	164 (90,6%)	
	Ação contundente	9 (22,0%)	32 (78,0%)	
	Não Informado	1 (25,0%)	3 (75,0%)	
	Total	45 (7,1%)	586 (92,9%)	
Ano de ocorrência	2017	19 (6,8%)	262 (93,2%)	0,83
	2016	13 (7,5%)	160 (92,5%)	
	2015	13 (8,3%)	143 (91,7%)	
	Total	45 (7,4%)	565 (92,6%)	

*As diferenças nos valores de N referem-se às perdas por falta de preenchimentos dos usuários.

4. CONCLUSÃO

A partir dos dados colhidos no presente trabalho pode-se concluir que homens jovens, adultos, pretos ou pardos e que não possuem vínculo empregatício são as principais vítimas de homicídio. 95,6% dos homicídios ocorreram com pessoas do sexo masculino e 64,5% são cometidos por ação contundente, o que sugere uma contínua fiscalização acerca de porte de arma de fogo irregular. Com relação ao estado civil, os solteiros representam a maior parte das vítimas, sendo 94,7% de homens. Mulheres adolescentes e adultas representam o grupo feminino mais atingido.

Foi observado, que o preenchimento da declaração de óbito e dos laudos é deficiente, com falta de variáveis em alguns laudos colhidos e preenchimento incorreto.

A partir do presente trabalho, pode-se surgir vários outros trabalhos e também gerar estudos com variáveis que ainda não foram analisadas e comparadas, assim como sugerir o estudo da distribuição dos homicídios de acordo com a idade das vítimas.

5. REFERÊNCIAS

- CARDOSO, L. M. G. F. et al. **Homicídios no Rio de Janeiro, Brasil: uma análise da violência letal.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 4, p. 1277-1288, 2016.
- CERQUEIRA, D. et al. **Atlas da violência 2017.** Brasília: Ipea, 2017.
- CERQUEIRA, D. et al. **Atlas da violência 2018.** Brasília: Ipea, 2018.
- COSTA, D. H. et al. **Homicídios de jovens: os impactos da perda em famílias de vítimas.** *Physys*, v. 27, n. 3, p. 685-705, 2017.
- COSTA, F. A. M. M.; TRINDADE, R. F. C.; SANTOS, C. B. Mortes por homicídios: série histórica. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 22, n. 6, p. 1017-1025, 2014.
- DAHLBERG, L. L.; KRUG, E. G. Violência: um problema global de saúde pública. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 11, p. 1163-1178, 2006.
- FON, L. C. F. Violência contra a mulher: notas sobre o Femicídio em Salvador/BA. Recife: In: **18º REDOR: Encontro da Rede Feminista Norte e Nordeste de Estudos e Pesquisas sobre Mulher e Relações de Gênero.** Recife, PE, 2014.
- IBGE. **Mortes violentas atingem até 11 vezes mais homens que mulheres jovens.** Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/22868-mortes-violentas-atingem-ate-11-vezes-mais-homens-que-mulheres-jovens>>. Acesso em: 01/06/2019.

LINA, P.; MONTEIRO, L. L. **Violência, Urbanização e Desenvolvimento Humano**: uma análise espacial nos municípios capixabas. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – Ipea, Brasília, 2017.

PASINATO, W. "Femicídios" e as mortes de mulheres no Brasil. **Cadernos Pagu**, v. 37, p. 219-246, 2011.

TRINDADE, R. F. C. et al. Mapa dos homicídios por arma de fogo: perfil das vítimas e das agressões. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. 5, p. 748-755, 2015.

WASELFSZ, J. J. **Mapa da Violência 2016**: Homicídios por armas de fogo no Brasil. Brasília: Flacso Brasil, 2015.

WHO. **World Health Statistics 2018**: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Genebra, Suíça, 2018. Disponível em <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272596/9789241565585-eng.pdf>>, acesso em 01/05/2019.

PERFIL DOS INFRATORES POR ACIDENTES DE TRÂNSITO COM PENA ATRIBUÍDA PELA JUSTIÇA EM RIO BRANCO - ACRE - BRASIL

Theruzza Vale Freitas¹ e Creso Machado Lopes²

1. Programa de Iniciação Científica da Universidade Federal do Acre (UFAC), Rio Branco, Acre, Brasil;
2. Centro de Ciências da Saúde e do Desporto (CCSD) da Universidade Federal do Acre (UFAC), Rio Branco, Acre, Brasil;

RESUMO

Introdução: Os acidentes de trânsito representam um sério problema de saúde pública pela alta morbimortalidade. **Objetivo:** Levantar o perfil dos condutores infratores por acidentes de trânsito em Rio Branco - Acre - Brasil, sentenciados com pena atribuída pela Vara de Delitos de Drogas e Acidentes de Trânsito da Comarca de Rio Branco - Acre, no ano de 2012. **Materiais e método:** Estudo exploratório-descritivo junto a 51 processos sentenciados pela Vara de Delitos de Drogas e Acidentes de Trânsito da Comarca de Rio Branco - Acre - Brasil, em 2012. **Resultados e discussão:** No final de semana tiveram 49,0%, o carro com 45,1%, a moto com 37,3%, a colisão 58,8% e o atropelamento com 29,4%. O causador do sexo masculino foi 84,3%. A faixa etária das três vítimas foi na de 25 - 29 anos. A condução das vítimas para a Unidade de Urgência e Emergência foi 94,8%, 78,9% e 100,0%. Pela fatalidade, 55,6%, 71,4% e 100,0% faleceram no local do acidente. O laudo cadavérico mais representativo foi o traumatismo crânio encefálico, edema cerebral, lesão de massa cefálica grave, afundamento de crânio e hemorragia cerebral. Dos 51 processos 90,2% foram sentenciados. A imprudência foi de 75,7%, e as infrações do Código de Trânsito Brasileiro, foram nos artigos 302, 303, 306, 305 e 309. **Conclusão:** A pesquisa proporcionou conhecimento das infrações, sentenças e penas administrativas aplicadas, além de contribuir com as autoridades do trânsito e da justiça na tomada de medidas preventivas e punitivas visando à minimização dos acidentes de trânsito.

Palavras-chave: Acidente de Trânsito, Morbimortalidade e Infração.

ABSTRACT

Introduction: Traffic accidents represent a serious public health problem due to high morbidity and mortality. **Objective:** To raise the profile of drivers who are offenders for traffic accidents in Rio Branco - Acre - Brazil, who were sentenced with the sentence of the Court of Drug Crimes and Traffic Accidents of the District of Rio Branco - Acre, in 2012. **Material and method:** Exploratory-descriptive study with 51 cases sentenced by the Court of Drug Crimes and Traffic Accidents of the District of Rio Branco - Acre - Brazil, in 2012. **Results and**

discussion: At the weekend they had 49.0%, the car with 45.1%, the motorcycle with 37.3%, the collision 58.8% and being run over with 29.4%. The male cause was 84.3%. The age group of the three victims was 25 - 29 years old. Driving victims to the Urgency and Emergency Unit was 94.8%, 78.9% and 100.0%. Due to fatality, 55.6%, 71.4% and 100.0% died at the accident site. The most representative cadaveric report was traumatic brain injury, cerebral edema, severe head injury, skull sinking and cerebral hemorrhage. Of the 51 cases, 90.2% were sentenced. The recklessness was 75.7%, and the violations of the Brazilian Traffic Code, were in articles 302, 303, 306, 305 and 309. Conclusion: The research provided knowledge of the infractions, sentences and administrative penalties applied, in addition to contributing with transit and justice authorities in taking preventive and punitive measures aimed at minimizing traffic accidents.

Keywords: Traffic Accident, Morbidity and mortality and Infringement.

1. INTRODUÇÃO

Os Acidentes de Trânsito (AT's) representam sério problema de saúde pública, pela alta morbimortalidade e implicações sociais, políticas, econômicas, saúde, previdenciária, educacional, reabilitação, legais, entre outras, que acometem a comunidade de condutores de veículos automotores, pedestres, caronas, acompanhantes e passageiros.

Mais de um milhão de pessoas morrem a cada ano no mundo e aproximadamente 25 milhões ficam debilitados. Este quadro pode aumentar em aproximadamente 65% nos próximos 20 anos, caso não sejam tomadas medidas preventivas no seu controle. Dados da Organização das Nações Unidas (ONU) cerca de 3000 pessoas morrem por dia e que quase 90% das mortes estão relacionadas a países pobres ou em desenvolvimento, e se medidas efetivas não forem tomadas esse quadro pode não ser amenizado, além de que pelas suas implicações representam a principal causa de morte prematura e invalidez em todo mundo (PEDEM et al., 2004).

Para Pedem et al. (2004) necessário se faz conhecer quais os fatores de risco que contribuem para o desenvolvimento dos (AT's) e que entre eles citam-se: as vias de acesso públicas; a sinalização de trânsito; as condições metrológicas; o emprego de medidas de segurança dos veículos; a legislação; a fiscalização; o cumprimento das leis de trânsito; a educação dos condutores dos veículos; a imprudência; imperícia; negligência; o uso de drogas lícitas e ilícitas como as bebidas alcoólicas; além da atuação sobre os infratores.

Para melhor compreender esta problemática, mais particularmente no Brasil destaca-se que 75% dos acidentes tem como causa o homem, 21% os veículos, 7,0% por causas de naturezas diversas e 6,0% deficiências nas vias públicas. Se considerar o Homem-Veículo-Via, o homem representa 93,0%, acrescido de que 75,0% dos acidentes ocorrem com tempo

em boas condições metrológicas, 68,0% estão relacionadas às retas e 61,0% tem suas incidências durante o dia (TRANSITOBASIL, 2004; GOMES et al., 2008).

Dando continuidade, as atitudes de risco mais pertinentes aos jovens dizem respeito a sua grande liberdade de locomoção no trânsito, associado à imprudência, o que os expõem maior ao tráfego inclusive de forma imprudente, enquanto que nos idosos, há necessidade de se levar em consideração outros fatores associados, conforme mencionados por (KOIZUME, 1985; SOARES; BARROS, 2003; CÂMARA, 2007).

No aspecto da educação, vale ressaltar que não só a educação, mas outros conhecimentos gerais influenciam o comportamento da comunidade, como o oferecimento de matérias específicas direcionadas a vida urbana, principalmente nas idades mais novas antes mesmo de conseguir a licença para dirigir, incluindo inclusive aí os adolescentes nas campanhas educativas (BERG, 2006).

Assim, de acordo com o Código Brasileiro de Trânsito (CTB, 2008) as infrações são classificadas em: leves, médias, graves e gravíssimas, cujas penas podem ser de natureza administrativa, civil e penal.

Sob o ponto de vista da infração e penalidades, as infrações penais resultantes de ação delituosa estão sujeitas às regras gerais do Código Civil Penal e seu processamento pelo Código de Processo Penal. O infrator, além das penalidades impostas administrativamente pela autoridade de trânsito, será submetido ao processo judicial, que, julgado culpado, a pena poderá ser prestação de serviços à comunidade, multa, suspensão do direito de dirigir e até detenção (DENATRAN, 2005).

De acordo com Júnior (2012) os crimes de trânsito de lesão corporal culposa, de embriaguez ao volante, e de participação em competição não autorizada, nada obstante o máximo das penas que lhe são cominadas, serão da competência dos Juizados Especiais Criminais.

Para Júnior (2012) os Crimes de Trânsito são de Competência dos Juizados Especiais Criminais, quando assim descreve: Lei 9.099/95: O Avanço dos Juizados Especiais Criminais. Com exceção a essa legislação penal puramente simbólica, a Lei 9.099/95, com base no direito penal mínimo e garantista, modificou profundamente o panorama penal brasileiro, sobretudo pelos institutos da composição civil extintiva da punibilidade (art.74), ordinariamente aplicados nos juizados especiais.

Na área de trânsito, objeto desta reflexão, os juizados especiais criminais acabaram com a morosidade e a impunidade até então predominante. A solução dos conflitos, penais e cíveis, passou a ser quase que imediata. A possibilidade de reparação dos danos tornou-

se efetiva. Ao “autor do fato”, no lugar de receber um castigo inútil, quando a prescrição não atingia tal pretensão, passou-se a aplicar uma missão útil à sociedade. Enfim, houve um aumento da eficiência na distribuição da Justiça. Esse avanço não poderia ser ignorado pela Lei 9.503/97, apesar de ideologicamente contrária à Lei 9.099/95. E não o foi. Na verdade, dos doze crimes previstos, somente um não é da competência dos Juizados Especiais Criminais, o homicídio culposo na direção de veículo automotor. Todos os demais, inclusive três com pena máxima superior a um ano são considerados infrações de menor potencial ofensivo e, conseqüentemente, da competência ordinária dos juizados.

Com esta proposta de pesquisa, está-se convicto da sua relevância, principalmente na sua forma de desenvolvimento trabalhando o Banco de Dados da Justiça, o que facilitou o levantamento dos dados dos sujeitos condutores de veículos automotores que cometeram infrações no trânsito e foram sentenciados pela justiça.

Portanto motivados por esta problemática é que nos inspirou realizar o trabalho de investigação científica, levantando como questionamento central: Qual o perfil dos condutores infratores de acidentes de trânsito que receberam penas alternativas pela justiça? E que de posse dos seus resultados contribuir com as autoridades de trânsito e da justiça na mudança de comportamento dos infratores, no estabelecimento de políticas públicas de prevenção e na diminuição das ocorrências de acidentes de trânsito e das penas atribuídas pela justiça.

O presente estudo teve como objetivo geral: Levantar o perfil dos condutores infratores de acidentes de trânsito em Rio Branco - Acre - Brasil, sentenciados com pena atribuída pela Vara de Delitos de Drogas e Acidentes de Trânsito da Comarca de Rio Branco - Acre, em processo analisados no ano de 2012. Os objetivos específicos foram: Levantar as causas do envolvimento nas infrações de acidentes de trânsito; Descrever os dados de ocorrências, variáveis e características dos acidentes de trânsito; Identificar os causadores e as vítimas dos acidentes de trânsito; Levantar as penas administrativas e legais atribuídas pela justiça aos infratores dos acidentes de trânsito; Contribuir com as autoridades de trânsito e da justiça na minimização da ocorrência dos acidentes de trânsito e nas infrações.

2. MATERIAIS E MÉTODO

Pesquisa de Iniciação Científica (IC) do tipo descritiva, com abordagem quantitativa com uso do Banco de Dados da Vara de Delitos de Drogas e Acidentes de Trânsito

da Comarca de Rio Branco - Acre - Brasil, realizada junto a 51 processos sentenciados em 2012.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Acre.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao discorrer sobre as características dos acidentes de trânsito de acordo com os dias da semana, foram encontrados 49,0% no sábado e domingo, sendo que 84,3% ocorreram na zona urbana de Rio Branco - Acre, enquanto que os demais dados ampliados estão apresentados na tabela 1.

Tabela 1. Distribuição das características das identificações dos acidentes de trânsito em Rio Branco - Acre - Brasil, segundo os processos sentenciados pela Vara de Delitos de Drogas e Acidentes de Trânsito da Comarca de Rio Branco - Acre, no ano de 2012.

Características das identificações dos acidentes de trânsito		
Dias da semana	(f)	(%)
Segunda feira	3	5,9
Terça feira	6	11,8
Quarta feira	2	3,9
Quinta Feira	8	15,7
Sexta Feira	7	13,7
Sábado	13	25,5
Domingo	12	23,5
Total	51	100,0
Local do acidente	(f)	(%)
Zona urbana	43	84,3
Zona rural	8	15,7
Total	51	100,0
Município de ocorrência dos acidentes	(f)	(%)
Rio Branco	48	94,1
Porto acre	2	3,9
senador guiomard	1	2,0
Total	51	100,0
Tipos de veículos envolvidos	(f)	(%)
Carro	23	45,1
Moto	19	37,3
Caminhoneta	4	7,8
Caminhão	2	3,9
Bicicleta	2	3,9
Micro-ônibus	1	2,0
Total	51	100,0

Os dados referentes aos acidentes de trânsito nos finais da semana, vêm ao encontro de estudos realizados por Gomes et al. (2008) quando no período de 2001 a 2006, encontrou

37,6%, e Rocha (2009) de 2005 a 2008, identificou 35,3%, o que mostra a necessidade de se empreender medidas preventivas neste período visando a promoção da saúde e a prevenção dos acidentes, traumas de diferentes naturezas e mortes.

No que diz respeito aos tipos de veículos envolvidos, o carro foi responsável por 45,1% dos acidentes, seguido pela moto com 37,3%.

Ao discutir estes dados, nota-se que são próximos aos encontrados em pesquisas realizadas por Gomes et al. (2008) em Rio Branco - Acre, no período de 2001 a 2006, sendo que o automóvel foi responsável por 47,6% dos acidentes, a moto com 17,4. Já para Rocha (2009), de 2005 a 2008 a motocicleta esteve representada por 43,4% e o automóvel / caminhoneta por 30,3%.

Como pode ser visto nesta tabela, em relação à zona urbana de ocorrência dos acidentes, como já era de se esperar, a cidade de Rio Branco esteve representada por 94,1%. Dados estes semelhantes aos encontrados por Rocha (2009), quando de 2005 a 2008 encontrou para a zona urbana 97,0%.

As questões que se seguem, na tabela 2, estão descritas as características das ocorrências dos acidentes de trânsito em Rio Branco - Acre, e que ao analisar seus dados percebe-se que a colisão foi a mais representativa, com 58,8%, seguida pelo atropelamento com 29,4%, além de outras informações contidas na tabela em apreço.

Tais dados vêm ao encontro de pesquisas de Gomes et al. (2008) quando a colisão foi responsável por 36,4% e o atropelamento com 51,9%, e para Rocha (2009) a colisão / abalroamento e colisão com animal totalizou 77,1%.

No aspecto socioeconômico e demográfico dos AT's, grande número de pesquisas evidencia associação estatística significativa, entre a variável idade e o AT, sendo que a idade pode correlacionar-se de modo distinto no tocante ao tipo de acidente, pois os mais jovens são as maiores vítimas relacionadas às colisões, envolvendo os veículos, motocicletas e bicicletas. Já as crianças e idosos têm como causa básica o atropelamento, conforme dados encontrados no estudo de (GOMES et al., 2008).

Ao levantar no Boletim de Ocorrência (BO) dos acidentes junto aos 51 processos, foram preenchidos apenas 21 no tipo de pavimento com asfalto, 20 com condições da via como seca e 20 com tempo bom, cujas diferenças nos dados podem ter sido não registrados e/ou não encontrados pelos autores desta pesquisa. Vale ressaltar ainda que a coleta destes dados são realizadas pela Companhia de Trânsito do Acre (CIATrans-AC) e pela Polícia Rodoviária Federal (PRF), fazendo uso de dois formulários distintos, mas que mesmo assim pela facilidade da coleta de dados, não era para se esperar esta diferença em mais da

metade de ausências, quando se faz necessário apresentar estes dados às autoridades, a educação e atores do trânsito visando despertar pela importância da coleta de dados completos, não só para pesquisas, mas para subsidiar a tomada de decisões, treinamento em serviço das equipes de campo pelas autoridades do trânsito e da justiça.

Tabela 2. Distribuição das características das ocorrências dos acidentes de trânsito em Rio Branco - Acre - Brasil, segundo os processos sentenciados pela Vara de Delitos de Drogas e Acidentes de Trânsito da Comarca de Rio Branco - Acre, no ano de 2012.

Características das ocorrências dos acidentes de trânsito		
Natureza do acidente	(f)	(%)
Colisão	30	58,8
Atropelamento	15	29,4
Abalroamento	3	5,9
Choque com objeto fixo	2	3,9
Tombamento / capotamento	1	2,0
Total	51	100,0
Tipo de pavimento	(f)	(%)
Asfalto	21	100,0
Total	21	100,0
Condição da via	(f)	(%)
Seca	20	100,0
Total	20	100,0
Condição do tempo	(f)	(%)
Bom	20	100,0
Total	20	100,0
Número de veículos envolvidos	(f)	(%)
Um	14	27,5
Dois	34	66,7
Três	2	3,9
Quatro	1	2,0
Total	51	100,0
Número de vítimas	(f)	(%)
Uma	27	52,9
Duas	18	35,3
Três	6	11,8
Total	51	100,0

Foi de interesse verificar o número de veículos envolvidos nos acidentes, quando foram encontrados 66,7% entre dois veículos, e 27,5% com um, e o número de vítimas foi representado por 52,9% por uma e 35,3% com duas, enquanto que os demais dados estão distribuídos na tabela 2.

Dando prosseguimento na Tabela 3 estão descritas as características do causador do acidente de trânsito, quando 84,3% foram do sexo masculino, contra apenas 15,7% para o feminino, o que mostra a supremacia do sexo masculino no envolvimento com acidentes, cujos dados estão de acordo com a literatura, o que vem ao encontro do estudo de Rocha

(2008), quando encontrou uma razão masculino / feminino de 2,7, confirmando a representatividade masculina.

Tabela 3. Distribuição das variáveis de identificação dos causadores dos acidentes de trânsito em Rio Branco - Acre - Brasil, segundo os processos sentenciados pela Vara de Delitos de Drogas e Acidentes de Trânsito da Comarca de Rio Branco - Acre, no ano de 2012.

Características do causador do acidente		
Sexo	(f)	(%)
Masculino	43	84,3
Feminino	8	15,7
Total	51	100,0
Nível de profissão desempenhada	(f)	(%)
Trabalhador com nível técnico	29	74,7
Trabalhador autônomo	6	11,8
Trabalhador com nível médio	5	9,8
Funcionário público	5	9,8
Trabalhador com nível superior	2	3,9
Total	51	100,0
Etilômetro / alcoolteste / bafômetro	(f)	(%)
Não	30	58,8
Sim	21	41,2
Total	51	100,0
Resultado do etilômetro dg/l de sangue	(f)	(%)
Negativo	9	42,8
0,19 - 0,50	6	28,6
0,60 - 1,25	6	28,6
Total	21	100,0
Uso de capacete	(f)	(%)
Sim	2	3,9
Não	-	-
Não informado	14	27,5
Não se aplica	35	68,6
Total	51	100,0
Uso de cadeira infantil	(f)	(%)
Não informado	38	74,5
Não se aplica	8	15,7
Não	5	9,8
Total	51	100,0
Ferimento no causador	(f)	(%)
Leve	16	31,4
Não houve	35	68,6
Total	51	100,0
Velocidade calculada do veículo pela perícia	(f)	(%)
40 - 60	4	21,0
61 - 80	5	26,3
81 - 100	7	36,9
101 e mais	3	15,8
Total	19	100,0

A esse respeito, também Gomes et al. (2008) para o sexo masculino encontraram 83,0% e para o feminino 17,0%.

Para o sexo, segundo a WHO (2002) há um consenso na literatura quer nacional ou internacional, que o masculino sobressai nos AT's, pelo comportamento agressivo, ingestão de bebida alcoólica e maior exposição ao trânsito, em todas as faixas etárias no mundo, tendo como agente causal das mortes este sexo, sendo muito superior ao feminino.

Continuando nas análises, para Rocha (2009), com relação aos aspectos comportamentais, o sexo masculino ao volante, se comporta de maneira mais geral voraz e menos tímida que o sexo feminino, se conduzindo assim de forma muito mais aventureira e arriscada, e que também iniciam a prática da condução no trânsito muito mais cedo que elas.

Para o nível de profissão desempenhada, o técnico foi o que apresentou maior frequência, com 74,7%, enquanto que os demais dados estão distribuídos na tabela 4.

Com relação à realização do Teste do Etilômetro, 41,2% realizaram, sendo que 42,8% deram negativo, e que em 28,6% foram encontrados de 0,19 a 0,50 e de 0,60 a 1,25 dg/l respectivamente, ou seja, este último estava do limite para cima permitido, que é de 0,6 dg/l de sangue. Já para o uso do capacete 27,5% e a cadeirinha de proteção às crianças com 74,5%, não foram informados pelos agentes de trânsito, o que também revela falha no preenchimento do BO, reforçando que se faz necessário despertá-los pela importância destas coletas, conforme descrições já mencionadas sobre essas ausências dos dados.

No que se refere ao ferimento do causador do acidente em 68,6% não houve, mas que por sua vez, quanto à velocidade do condutor calculada pela perícia foi encontrada de 81 a mais de 100 quilômetros por hora, totalizando 52,7%.

Ao prosseguir nas discussões dos dados, a tabela 4, discorre sobre as características das vítimas de um até três, envolvidas nos acidentes.

Ao analisar o sexo das vítimas, percebe-se mais uma vez que o masculino esteve mais representativo nas vítimas um e dois, com 64,7% e 54,2% respectivamente, com exceção só para a vítima 3, com 60,0% para o feminino. Já para a faixa etária, para as três vítimas a de 25 a 29 anos foram a mais representativa, com 19,6%, 33,3% e 25,0% respectivamente. Quanto ao estado civil, das vítimas, tanto os solteiros como os casados, foram os mais encontrados, cujos dados absolutos e relativos estão distribuídos na própria tabela. Em relação ao grau de instrução, o mais representativo foi o ensino fundamental agrupado para completo e incompleto, com destaque para as vítimas um e dois, com 51,9% e 53,8%.

Tabela 4. Distribuição da frequência e percentual das vítimas 1, 2 e 3, segundo a especificação das variáveis em estudo junto aos sentenciados pela Vara de Delitos de Drogas e Acidentes de Trânsito da Comarca de Rio Branco - Acre - Brasil, no ano de 2012.

Variáveis	Vítima 1		Vítima 2		Vítima 3	
	(f)	(%)	(f)	(%)	(f)	(%)
Sexo						
Masculino	33	64,7	13	54,2	2	40,0
Feminino	18	35,3	11	45,8	3	60,0
Total	51	100,0	24	100,0	5	100,0
Faixa Etária (em anos)	(f)	(%)	(f)	(%)	(f)	(%)
0 --- 4	-	-	1	4,2	1	25,0
5 --- 9	2	3,9	1	4,2	-	-
10 --- 14	1	2,0	1	4,2	-	-
15 --- 19	2	3,9	2	4,2	-	-
20 --- 24	6	11,8	4	4,2	-	-
25 --- 29	10	19,6	8	33,3	1	25,0
30 --- 34	5	9,8	4	16,7	-	-
35 --- 39	9	17,6	-	-	1	25,0
40 --- 44	3	5,9	-	-	-	-
45 --- 49	3	5,9	-	-	1	25,0
50 --- 54	3	5,9	-	-	-	-
55 --- 59	2	3,9	1	4,2	-	-
60 --- 64	1	2,0	-	-	-	-
65 --- 69	1	2,0	2	8,3	-	-
70 --- 74	-	-	-	-	-	-
75 e mais	3	5,9	-	-	-	-
Total	51	100,0	24	100,0	5	100,0
Estado Civil	(f)	(%)	(f)	(%)	(f)	(%)
Solteiro/a	26	52,0	14	63,3	1	100,0
Casado/a	14	28,0	3	13,6	-	-
Juntado/a, Amasiado/a, Convivente	4	8,0	4	18,2	-	-
Viúvo/a	3	6,0	-	-	-	-
Separado/a Judicialmente	2	4,0	1	4,5	-	-
Outro/a (dado inexistente no processo)	1	2,0	1	4,5	-	-
Total	51	100,0	22	100,0	1	100,0
Grau de Instrução	(f)	(%)	(f)	(%)	(f)	(%)
Ensino fundamental completo / incompleto	14	51,9	7	53,8	-	-
Ensino médio completo / incompleto	7	25,9	5	38,5	-	-
Ensino superior completo / incompleto	4	14,8	-	-	1	100,0
Ensino prejudicado na coleta do dado	1	3,7	1	7,7	-	-
Não alfabetizado	1	3,7	-	-	-	-
Total	27	100,0	13	100,0	1	100,0

A esse respeito, esses dados são importantes para não só conhecer as características da população em estudo, para que às autoridades, agentes de trânsito e da justiça, elaborem programas de prevenção, prestação de serviços á comunidade como penas alternativas, nível de abordagem como os condutores de veículos, treinamento em serviço dos agentes de trânsito e na sensibilização para a efetiva coleta destes dados para pesquisas e planejamento das ações.

A tabela 5 a seguir, discorre sobre outras variáveis da pesquisa, envolvendo as vítimas de um a três, quando se percebe que a maioria das vítimas um e dois eram de Rio Branco -

Acre, com 48,0% e 60,0%, mas sem deixar de enfatizar também um considerável percentual de moradores do interior e de outros estados, apresentados na tabela.

Tabela 5. Distribuição da frequência e percentual das vítimas 1, 2 e 3, segundo a especificação das variáveis em estudo junto aos sentenciados pela Vara de Delitos de Drogas e Acidentes de Trânsito da Comarca de Rio Branco - Acre - Brasil, no ano de 2012.

Variáveis	Vítima 1		Vítima 2		Vítima 3	
	(f)	(%)	(f)	(%)	(f)	(%)
Naturalidade						
Rio Branco	24	48,0	12	60,0	-	-
Interior do Acre	14	28,0	5	25,0	-	-
Outros Estados do Brasil	12	24,0	3	15,0	2	100,0
Total	50	100,0	20	100,0	2	100,0
Tipo de desempenho profissional	(f)	(%)	(f)	(%)	(f)	(%)
Trabalhador com nível técnico	20	46,5	9	42,7	-	-
Outros (do lar, domésticos, babá)	11	25,6	3	14,3	-	-
Trabalhador autônomo	4	9,3	2	9,5	-	-
Funcionário Público	4	9,3	-	-	1	50,0
Trabalhador com nível médio	3	7,0	-	-	-	-
Trabalhador com nível superior	-	-	1	4,8	-	-
Aposentado	1	2,3	1	4,8	-	-
Bancário	-	-	1	4,8	1	50,0
Professor	-	-	1	4,8	-	-
Estudante	-	-	2	9,5	-	-
Músico	-	-	1	4,8	-	-
Total	43	100,0	21	100,00	2	100,0
Tipo de envolvimento no acidente	(f)	(%)	(f)	(%)	(f)	(%)
Colisão	29	57,8	16	66,5	-	-
Atropelamento	13	25,5	4	16,7	3	75,0
Abaloamento	5	9,8	-	-	-	-
Choque com objeto fixo	2	3,9	1	4,2	1	25,0
Tombamento / capotamento	1	2,0	1	4,2	-	-
Queda	1	2,0	1	4,2	-	-
Arremesso contra painel	-	-	1	4,2	-	-
Total	51	100,0	24	100,0	4	100,0
Condição da vítima	(f)	(%)	(f)	(%)	(f)	(%)
Condutor	32	62,7	8	33,3	-	-
Pedestre	20	19,6	4	16,7	-	-
Passageiro	9	17,6	12	50,0	5	100,0
Total	43	100,0	24	100,0	5	100,0

Mais uma vez, o nível técnico esteve presente no envolvimento agora como vítimas um e dois, com 46,5% e 42,7%, respectivamente. Quanto ao tipo de envolvimento no acidente, as vítimas um e dois para a colisão foi com 57,8% e 66,5%, e o atropelamento esteve representado por 25,5% e 16,7%, nas vítimas um e dois sendo respectivamente, enquanto que os demais dados estão distribuídos na própria tabela.

No que se refere às condições das vítimas na qualidade de condutor, percebe-se que a um e dois representaram 62,7% e 33,3% respectivamente, sendo que o pedestre também

teve sua participação, com 19,6% e 16,7% para as mesmas vítimas, enquanto que os demais dados estão na própria tabela.

Dando prosseguimento nos dados levantados, a Tabela 6, apresenta as variáveis mais relacionadas à gravidade dos acidentes e as condutas tomadas pelas autoridades do trânsito e da saúde junto às vítimas, quando se percebe que das vítimas um a três estão representados por 74,5%, 82,6% e 80,0% respectivamente, o que mostra que as condições das vítimas inspiravam cuidados à saúde com maior complexidade.

Com relação ao ferimento, o grave foi representativo na vítima um com 60,8%, seguido pelo leve em 19,6% para a vítima um e 50,0% para a vítima dois, destacando aqui o fatal, para a vítima um com 19,6%, sendo que os demais dados estão distribuídos na tabela.

A respeito destes dados, vale destacar que o registro no BO é preenchido pelos agentes de trânsito, quando ao nosso ver não nos parece representar a real situação do quadro clínico da vítima, pois é de responsabilidade do profissional médico a avaliação de sua gravidade.

Diante de tal situação, percebe-se que 94,8%, 78,9% e 100,0% das vítimas um a três respectivamente, foram conduzidas para o Hospital de Urgência e Emergência, denotando maiores necessidades de cuidados à saúde.

No que se refere ao tempo de sobrevivência dos envolvidos nos acidentes, chama a atenção os que tiveram zero dia de sobrevivência, ou seja, pela gravidade do acidente faleceram no local, estando representado por 55,6% e 71,4% nas vítimas um e dois respectivamente, e os 100,0% da vítima três, enquanto que as demais vítimas foram distribuídas de um a 31 dias e mais, conforme especificadas na tabela.

Como questão final sobre a gravidade do acidente, vale destacar os resultados dos Diagnósticos dos Laudos Cadavéricos, feito pelo Instituto Médico Legal do Estado do Acre (IML - AC) cujos resultados mostram que 33,4% da vítima um e 28,6% dois, tiveram traumatismo crânio-encefálico, edema cerebral, lesão de massa cefálica grave, afundamento de crânio e hemorragia cerebral, 26,2% da vítima um e 57,2% da dois, e 50,0% da três, tiveram como diagnóstico o choque hemorrágico, hipovolemia, hemorragia interna, externa, aguda e lesão vascular, além dos 21,4% da vítima um, com choque séptico, falência múltipla de órgãos e sepse grave, cujos demais dados estão distribuídos na tabela 6.

Tabela 6. Distribuição da frequência e percentual das variáveis relacionadas à gravidade dos acidentes e as condutas tomadas pelas autoridades do trânsito e da saúde junto às vítimas sentenciadas pela Vara de Delitos de Drogas e Acidentes de Trânsito da Comarca de Rio Branco - Acre - Brasil, no ano de 2012.

Variáveis	Vitima Um		Vitima Dois		Vitima Três	
Condução da Vítima a unidade de saúde	(f)	(%)	(f)	(%)	(f)	(%)
Sim	38	74,5	19	82,6	4	80,0
Não	13	25,5	4	17,4	1	20,0
Total	51	100,0	23	100,0	5	100,0
Ferimento	(f)	(%)	(f)	(%)	(f)	(%)
Grave	31	60,8	7	29,2	-	-
Leve	10	19,6	12	50,0	3	60,0
Fatal	10	19,6	4	16,7	1	20,0
Não informado / não registrado	-	-	1	4,2	1	20,0
Total	51	100,0	24	100,0	5	100,0
Local de condução da vítima	(f)	(%)	(f)	(%)	(f)	(%)
Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco - Acre (HUERB)	36	94,8	15	78,9	4	100,0
Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Primeiro e Segundo Distrito de Rio Branco - Acre	2	5,2	4	21,1	-	-
Total	38	100,0	19	100,0	4	100,0
Dias de sobrevida	(f)	(%)	(f)	(%)	(f)	(%)
Zero dia	15	55,6	5	71,4	1	100,0
1 - 5	3	11,1	1	14,3	-	-
6 - 10	2	7,4	-	-	-	-
11 - 15	1	3,7	-	-	-	-
16 - 20	2	7,4	-	-	-	-
21 - 25	1	3,7	1	14,3	-	-
26 - 30	1	3,7	-	-	-	-
31 e mais	2	7,4	-	-	-	-
Total	27	100,0	7	100,0	1	100,0
Resultados dos diagnósticos dos laudos cadavéricos	(f)	(%)	(f)	(%)	(f)	(%)
Traumatismo crânio-encefálico, edema cerebral, lesão de massa cefálica grave, afundamento de crânio, hemorragia cerebral	14	33,4	4	28,6	-	-
Choque hemorrágico, hipovolemia, hemorragia interna, externa, aguda, lesão vascular	11	26,2	8	57,2	1	50,0
Choque séptico, falência múltipla de órgãos, sepses grave	9	21,4	-	-	-	-
Lesão hepática, esplênica, laceração de pulmão, traumatismo tóraco-abdominal	3	7,1	-	-	-	-
Poli traumatizado	3	7,1	-	-	-	-
Pneumonia hospitalar	1	2,4	-	-	-	-
Amputação de metade do pé	1	2,4	-	-	-	-
Traumatismo abdominal	-	-	1	7,1	-	-
Fratura de fêmur	-	-	1	7,1	-	-
Lesão hepática e esplênica	-	-	-	-	1	50,0
Total	42	100,0	14	100,0	2	100,0

Diante destes diagnósticos e óbitos, vale destacar que 79,0% dos sentenciados estavam na velocidade de 61 a mais de 100 km por hora, conforme dados encontrados pela

perícia policial e que constavam nos laudos dos processos analisados, dados estes já apresentados na tabela 3.

Vale informar ainda que foram encontrados 35 óbitos envolvendo os condutores e as três vítimas, além de que identificamos que mediana dos veículos envolvidos nos acidentes tiveram uma velocidade média de 79,9 Km/hora, e que a média de limite de velocidade permitida na via foi de 51,4 Km/hora, se constituindo assim como fatores contribuidores para a gravidade dos acidentes de trânsito encontrados.

A esse respeito, no município de Rio Branco - Acre, estudo realizado por Lima; Muniz e Lopes (2004) no período de 2001 a 2003, dos 3412 (AT's), 6,7% tiveram vítimas fatais, tendo como agente causal o carro, o caminhão, o ônibus e a carreta, representando por 35,7%.

Prosseguindo, em outro estudo sobre mortalidade por acidentes de trânsito no município de Rio Branco - Acre, de 2001 a 2006, encontrou-se 412 mortes, quando 47,6% foram por automóvel, 17,4% por moto e 16,3% por caminhão, entre outros (GOMES et al., 2008).

Ao discorrer sobre as infrações aplicadas pelo Juizado da Vara de Delitos de Drogas e Acidentes de Trânsito da Comarca de Rio Branco - Acre, dos 51 processos no ano de 2012, 46 (90,2%) foram sentenciados, enquanto que 5 (9,8%) foram absolvidos por insuficiência de provas e/ou por não serem considerados culpados.

No tocante as penas atribuídas pela justiça, estas variaram de seis meses a quatro anos e até com seis meses de detenção.

Por sua vez, quanto às infrações no trânsito cometidas pelos condutores automotores, pode-se observar que a imprudência foi muito acentuada, com 31 ocorrências por diferentes naturezas, representando 75,7%, enquanto que os demais dados estão distribuídos no quadro 1.

Para Rocha (2009) em sua Dissertação de Mestrado, conclui que fica expressa a necessidade de implementação de medidas e que essas sejam direcionadas ao público afetado, levando-se em consideração os aspectos naturais, culturais e comportamentais dos cuidados. A educação tem sido um dos pilares preditores na sustentação de mudanças, embora os resultados sejam, em longo prazo, pois o processo de educação tende a se materializar com o tempo. É digna de nota a importância de entidades de ensino, seja de nível primário, médio ou superior na formação de parcerias, para planejamento e consolidação de estratégias, além de incluir o desenvolvimento de pesquisas como forma de melhor compreender esta problemática e medidas de solução.

Quadro 1. Distribuição da frequência e percentual das infrações cometidas pelos condutores de veículos automotores, sentenciados pelo Juizado da Vara de Delitos de Drogas e Acidentes de Trânsito da Comarca de Rio Branco - Acre- Brasil, em 2012.

Infrações cometidas pelos condutores de veículos sentenciados	(f)	(%)
Imprudência (Perda de controle do veículo, cavalo de pau, conduta perigosa, direção sobre influência da entorpecente, comportamento perigoso, não guarda de distância entre veículos, fechamento de outro veículo, choque com obstáculos fixo, dano em estabelecimento comercial, manobra imprópria, falta de atenção no trânsito, invasão de direção, manobra de retorno na contramão, direção com sintoma de embriaguês visto por terceiros, ingestão de bebida alcoólica, não atendimento a sinalização da polícia, atropelamento, cruzamento de rua sem obedecer sinal de trânsito, brusca desvio direcional em via, travessia fora da faixa, manobra de passagem em entroncamento, desrespeito às norma de trânsito, invasão de preferencial, não respeito a travessia de pedestre, desobediência, violência ou ameaça a chegada da polícia, ultrapassagem em sinal vermelho, documentação de veículo vencido, tentativa de agressão aos policiais incitação a colegas para não obedecer os policiais, prisão em flagrante)	31	75,7
Negligência (omissão /não prestação de socorro a vítima, não preocupação com a vítima, tentativa de fuga, resistência à prisão, negação de autoria do acidente.	5	12,2
Outros (perseguição de veículo pela polícia, detenção de invasores, reparação de danos, detenção por populares)	4	9,7
Imperícia (direção de veículo automotor sem habilitação e/ou sem permissão)	1	2,4
TOTAL	41	100,0

Por sua vez, Magalhães (2009) nas considerações finais de sua Dissertação de Mestrado descreve que as ações de segurança no tráfego devem ser direcionadas a estratos específicos da população, sendo no caso do município de Rio Branco, nos homens jovens e com faixa salarial mais alta.

Prosseguindo nas descrições, no que se refere às infrações segundo o Código de Trânsito Brasileiro (CTB, 2008), no Quadro 2, percebe-se as infrações que estiveram relacionadas aos Artigos 298, 302, 303, 304, 305, 306, 309 e 310 respectivamente.

Quadro 2. Distribuição das causas das infrações segundo o Código de Trânsito Brasileiro, cometidas pelos condutores de veículos automotores, sentenciados pelo Juizado da Vara de Delitos de Drogas e Acidentes de Trânsito da Comarca de Rio Branco - Acre, em 2012.

Causas das infrações segundo o Código de Trânsito Brasileiro	Artigos
Dano patrimonial, veículo sem placa, parar em faixa contínua e de pedestre, veículo adulterado	298
Praticar homicídio culposo na direção de veículo automotor	302
Praticar lesão corporal culposa na direção de veículo automotor	303
Deixar condutor de veículo na ocasião do acidente sem prestar socorro	304
Afastar-se do veículo ou local do acidente para fugir a responsabilidade	305
Conduzir veículo com capacidade psicomotora alterada (droga - bebida)	306
Dirigir veículo sem permissão, não habilitado, cassados direitos, perigo	309
Permitir, confiar, entregar veículo a pessoa não habilitada, embriagada	310

4. CONCLUSÃO

Dos resultados encontrados foi possível verificar a supremacia do envolvimento em acidentes de trânsito por parte do sexo masculino, bem como nos finais de semana, ou seja, sábado e domingo como os mais prevalentes. Quanto ao envolvimento nos acidentes, mais uma vez o carro e a moto foram os que mais se destacaram, tendo como causas a colisão e o atropelamento, quanto ao número de veículos bem como de vítimas envolvidas foi encontrado um como sendo os mais representativos.

Dos Testes Etilômetros realizados, destacam-se os negativos, mas sem perder de vista os positivos, sendo alguns acima do limite permitido pela lei da época. O uso de capacete, cadeira infantil e cinto de segurança foram poucos registrados pelas autoridades do trânsito e/ou localizados pelos pesquisadores no processo, dado sua complexidade, cujos dados devem ser informados e analisados pelas autoridades de trânsito, visando sua coleta e registro, dada a facilidade de visualização e registro.

No tocante aos ferimentos, dos que foram encaminhados ao Hospital de Urgência e Emergência, tiveram como causa a forma grave, tendo um percentual relativo de morte com zero dia, ou seja no local da ocorrência do acidente, cujos laudos cadavéricos mais representativos foram o traumatismo crânio-encefálico, edema cerebral, lesão de massa cefálica grave, afundamento de crânio, hemorragia interna, externa, hipovolemia e choque hemorrágico, reforçando a violência dos acidentes.

Com relação às infrações de trânsito, as mais destacadas foram às imprudências, sendo elas relacionadas aos artigos 298, 302, 303, 304, 305, 309 e 310 do Código de Trânsito Brasileiro, cujas sentenças condenatórias foram de seis meses a quatro anos e até seis meses de detenção, convertidas em serviços prestados à comunidade, na Vara de Execuções Penais e Medidas Alternativas (VEPMA), por seis horas diárias, durante o período de execução da pena, além da cassação de direitos ao dirigir e outras punições legais.

Assim, conclui-se que pesquisas desta natureza, fazendo uso de banco de dados em processos da justiça, em muito contribuem para o conhecimento das infrações, sentenças e penas administrativas e alternativas penais, aplicadas aos infratores de acidentes de trânsito, além de contribuir com as autoridades do trânsito e da justiça na tomada de medidas preventivas e punitivas visando à minimização dos acidentes de trânsito.

5. REFERÊNCIAS

BERG, H.Y. Reducing crashes and injuries among drivers: what kind of prevention should we be focusing on. **Inj Prev**, v,12, p.15-8, 2006.

CÂMARA, M. R. **Epidemiologia dos acidentes de trânsito com vítimas na cidade de Uberlândia (MG)**. (Dissertação) Mestrado em Ciências da Saúde - Universidade Federal de Uberlândia. Faculdade de Medicina, Uberlândia, MG, 2007.

CÓDIGO DE TRÂNSITO BRASILEIRO. Ministério das Cidades. Conselho Nacional de Trânsito. Departamento Nacional de Trânsito. Brasília, 2008.

DENATRAN. Departamento Nacional de Trânsito. Ministério das Cidades. **Infração e penalidades**, 2005

GOMES, E. S. et al. **Mortalidade por acidentes de trânsito**: percepção de familiares que perderam entes. In: Relatório Final de Iniciação Científica – PIBIC / CNPq, 2008.

JÚNIOR, D. P. **Crimes de trânsito II**. Disponível em: <http://www.transitobr.com.br/index2.php?id_conteudo=60>. Acesso em: 10/06/2012.

KOIZUME, M. S. Acidentes de motocicletas no município de São Paulo – SP: caracterização do acidente e da vítima. **Cad. Saúde Pública**, v. 19. p. 475-89, 1985.

LIMA, F. M.; MUNIZ, R. B.; LOPES, C. M. Mortalidade por acidentes de trânsito em Rio Branco - Acre - Brasil, 2001 to 2003. *Online Bras. J. Nurs*, v. 3, n. 3, p. 46-54, 2004.

MAGALHÃES, A. F. **Prevalência dos acidentes de trânsito auto referidos em Rio Branco –Acre**. (Dissertação) Mestrado em Saúde Coletiva - Universidade Federal do Acre, Centro de Ciências da Saúde e do Desporto, 2009.

MELLO, J. M. H. P. KOIZUME, M. S. Gastos governamentais do SUS com internações hospitalares por causas externas: análise no Estado de São Paulo, 2000. **Rev. Bras. Epidemiol**, v. 7, n. 4, p. 228-38, 2004.

PEDEM, M.; et al. **World report on road traffic injury prevention**. World Health Organization, Geneva, 2004, WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.

ROCHA, G. S. **Caracterização dos acidentes de trânsito e vítimas no município de Rio Branco – Acre**. (Dissertação) Mestrado em Saúde Pública - Universidade de São Paulo USP. São Paulo, 2009.

SOARES, D. F. P. P.; BARROS, M. B. Fatores associados ao risco de internação por acidentes de trânsito no município de Maringá – PR. **Rev. Bras. de Epidemiologia**, v. 9, n. 2. p.193-205, 2003.

TRANSITO BRASIL. **Causas dos acidentes**. Disponível em <<http://www.transitobrasil.com.br/causas.html>> . Acesso em: 02/01/2004.

WHO. World Health Organization. **The world health report 2002**: reducing risks, promoting healthy life. Geneva: WHO, 2002. 239p. Disponível em: < <http://www.who.int/whr/2002/en/>>. Acesso em: 08/10/2008.

QUEDAS E FRAGILIDADE EM IDOSOS INTERNADOS EM UM HOSPITAL PÚBLICO NO MUNICÍPIO DE RIO BRANCO-ACRE

Letícia Vieira Crispim¹ e Greiciane da Silva Rocha²

1. Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde da Família e Comunidade da Universidade Federal do Acre (UFAC), Rio Branco, Acre, Brasil;
2. Centro de Ciências da Saúde e do Desporto (CCSD) da Universidade Federal do Acre (UFAC), Rio Branco, Acre, Brasil.

RESUMO

A transição do perfil etário populacional no mundo relaciona-se com as variações nas taxas de mortalidade e natalidade em uma dada sociedade. Quando se tem declínio fisiológico e funcional no idoso, este se encontra em situação de fragilidade, influenciando diretamente em sua sobrevivência. O objetivo do trabalho foi identificar a relação entre características da queda e fragilidade entre idosos hospitalizados. Trata-se de um estudo de natureza descritiva, com delineamento transversal analítico, desenvolvido no HUERB (Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco). Foram estudados 83 indivíduos idosos. Observou-se nos casos, a maior frequência do sexo feminino e (39,8%) dos entrevistados encontravam-se no grupo etário com idade igual ou superior a 80 anos. No tocante a avaliação de independência do idoso, (65,0%) apresentaram-se independentes no teste de ABVD (Atividades básicas de vida diária), e quando avaliada AIVD (Atividades Instrumentais de vida diárias) (66,3%) mostraram-se dependentes. Relativo à avaliação de fragilidade autorreferida (43,3%) foram considerados frágeis. O mecanismo de queda mais frequente foi escorregão (41,1%) e o quarto (30,8%) foi o local de queda mais citado. Desses idosos, as variáveis: escolaridade, multimorbidade, nº de quedas após 60 anos e número de quedas no último ano apresentaram relação à condição do idoso frágil com $p < 0,05$. Assim a queda representa um grave problema de saúde pública podendo causar prejuízos como fraturas, dependência, hospitalização e institucionalização na pessoa idosa.

Palavras-chave: Queda, Idoso e Fragilidade.

ABSTRACT

The transition of the population age profile in the world is related to the variations in mortality and birth rates in a given society. When there is a physiological and functional decline in the elderly, they are in a situation of fragility, directly influencing their survival. The aim of this study was to identify the relationship between characteristics of falls and frailty among hospitalized elderly. This is a descriptive study, with an analytical cross-sectional design, developed at HUERB (Urgency and emergency Hospital of Rio Branco). 83 elderly individuals were studied. It was observed in the cases, the highest frequency of females and

(39.8%) of the interviewees were in the age group aged 80 or over. Regarding the assessment of independence of the elderly, (65.0%) were independent in the ABVD test (Basic activities of daily living), and when assessed IADL (Instrumental Activities of Daily Living) (66.3%) if dependent. Regarding the self-reported frailty assessment (43.3%), they were considered fragile. The most frequent fall mechanism was slip (41.1%) and the fourth (30.8%) was the most cited fall site. Of these elderly, the variables: education, multimorbidity, number of falls after 60 years and number of falls in the last year were related to the condition of the frail elderly with $p < 0.05$. Thus, the fall represents a serious public health problem that can cause losses such as fractures, dependence, hospitalization and institutionalization in the elderly.

Keywords: Fall, Elderly and Fragility.

1. INTRODUÇÃO

A transição do perfil etário populacional no mundo relaciona-se com às variações nas taxas de mortalidade e natalidade em uma dada sociedade, mudando assim o cenário de uma população. No Brasil em 2010 o índice de envelhecimento populacional era de 26,5% e estimando em 2020 alcance de 45,1% (TESTON et al., 2014; NEVES et al., 2016; IBGE 2018).

O Envelhecimento é um processo natural, progressivo e contínuo que se inicia na infância e permeia por todas as fases da vida. A lei nº 8.842, dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, em seu artigo 2º, define a pessoa idosa como aquela que apresenta idade igual ou superior que 60 anos, ressalta-se ainda que em países desenvolvidos, a idade se estende para 65 anos. Sabe-se que concomitante ao aumento da expectativa de vida, situações como mudança nos padrões de adoecimento e morte, surgimento de doenças crônicas, diminuição da funcionalidade de sistemas sensoriais, enfraquecimento e desgaste ósseo, podem ser fatores que predis põem essa vítima ao risco de morbimortalidade (FERREIRA et al., 2013; BRASIL 2013; BRASÍLIA, 2013; GUERRA et al., 2016).

É importante ressaltar que manter a independência e autonomia durante essa fase da vida desse ser uma meta primordial para todos. A avaliação das atividades básicas de vida diárias (ABVDs) e atividades instrumentais de vida diárias (AVIDs), podem auxiliar na identificação de dependências existentes no idoso e podem também prever a dificuldade para o desempenho de tarefas que antes eram simples e corriqueiras (FERREIRA et al., 2012; REBOUÇAS et al., 2017).

Quando se tem declínio fisiológico e funcional no idoso, este se encontra em situação de fragilidade, desse modo, a capacidade de restabelecimento das funções após traumas, a

eficiência de medidas terapêuticas e de reabilitação, a resposta dos sistemas de defesa e a interação com o meio em que vivem, influencia diretamente na sobrevivência do idoso e características como diminuição da marcha, instabilidade de equilíbrio, diminuição da força de preensão palmar, uso de sedativos, diminuição da força nas articulações dos ombros e joelhos, déficits nos membros inferiores e déficit visual podem indicar a presença dessa síndrome. Estudos relatam que esses fatores podem influenciar no aumento na taxa de hospitalização, crescimento de quedas, piora nas atividades de vida diária e maior mortalidade implicando geralmente em desfechos negativos (FREITAS et al., 2011; MACEDO et al., 2008).

Nesse contexto, a ocorrência de quedas constitui uma das principais causas de mortalidade e morbidade por causas externas na população idosa, tornando-se assim um grave problema de saúde pública, que além de prejuízos para a saúde do indivíduo, também gera altos custos sociais e econômicos. Este tipo de trauma possui multifatores causais, que geralmente são por características próprias da pessoa idosa, como fisiologia e comportamento, e inerentes ao ambiente que esses indivíduos se encontram. Na maioria das vezes as quedas acontecem em ambiente domiciliar, quando o idoso realiza suas atividades do dia a dia, sendo que as fraturas são as consequências mais comuns nesse tipo de acidente. Estudos apontam que a probabilidade para ocorrência de quedas aumenta à medida que se acumulam fatores de risco (MELO et al., 2011; SOUZA et al., 2017).

Assim, conhecer o perfil epidemiológico dessa população, as principais lesões causadas e demais características relacionadas é importante para conhecer o grau de fragilidade e quedas em idosos, além de que esse possa servir de estudo norteador para planejamento de ações de saúde, e será subsídio para estratégias e políticas de atenção ao idoso que não tenham somente o enfoque assistencial hospitalar, mas também preventivo.

2. MATERIAIS E MÉTODO

Trata-se de um estudo de natureza descritiva, com delineamento transversal do tipo descritivo analítico, desenvolvido no HUERB (Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco), o local selecionado funciona como porta de entrada e internação para vítimas de traumas que necessitam de abordagem especializada e cirúrgica com caráter de urgência e emergência.

A população foi de 83 indivíduos, com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos, vítimas de queda, que foram internados em rede hospitalar para avaliação e tratamento de lesões e agravo decorrentes do trauma, a incluir todos que permaneceram um período superior a 24 horas, com abertura de prontuário e prescrição médica, durante o período de 4 de novembro de 2018 à 4 de maio de 2018. O trabalho teve 3 perdas, sendo elas 2 transferências hospitalares e 1 evasão.

Considerando o fluxo específico de atendimento ao traumatizado, a procura por idosos vítimas de queda, iniciava com a análise do censo diário de cada clínica que continha informações referentes ao nome do paciente, motivo da internação, número do boletim de emergência e quantidade de dias internados, tornando assim possível a identificação e seleção dos pacientes que seriam entrevistados.

Os locais de busca se deram na sala de observação do trauma, clínicas médicas masculina e feminina, clínica cirúrgica A e B, e em decorrência da alteração da logística hospitalar, a observação adulta foi incluída no campo de coleta. A entrevista era realizada prioritariamente com o idoso e na eventualidade da impossibilidade de resposta por parte da vítima por alterações de nível de consciência, perda de memória, doenças como Alzheimer e Parkinson, deficiência física, e nacionalidade estrangeira, e outras sequelas incapacitantes decorrentes da queda e da idade, a coleta de informações era realizada preferencialmente com acompanhante que estava no momento da entrevista, e que soubesse como o trauma tinha acontecido na forma mais detalhada possível. Nos casos de avaliações como MEEM (Mini- Exame do Estado Mental), escala de depressão geriátrica e fragilidade autorreferida eram deixadas sem resposta, entendendo que este tipo de avaliação só poderia ser realizado com o idoso. Posteriormente a entrevista, as informações secundárias do formulário eram coletadas nos registros hospitalares.

O questionário utilizado para coleta de informações abrangia questões objetivas e subjetivas e tinha por objetivo identificar e qualificar e avaliar condições gerais de saúde apresentadas pelos idosos sendo este dividido em quatro categorias: 1. identificação, 2. dados sócio demográficos e 3. dados relacionados a queda e 4. condições gerais de saúde, envolvendo MEEM, escala de depressão geriátrica, presença de doenças e agravos, avaliação subjetiva da saúde, avaliação da funcionalidade do idoso e avaliação da fragilidade autorreferida, com uma somatória 105 questões, onde estabeleceu-se um tempo médio para entrevista de 1h à 1h30minutos.

Já as informações secundárias foram coletadas do prontuário a partir da consulta manual de todos os boletins de atendimento diário no período estabelecido nesta pesquisa

e transcritas para o instrumento de pesquisa específico elaborado pelos pesquisadores subdividido em 4 tópicos: 1. dados gerais, 2. dados do trauma/lesão, e 3. cirurgia. Após a coleta de informações, os dados foram digitados em uma planilha de excel, onde foram posteriormente codificados e analisados.

Na análise descritiva dos dados foram estimadas distribuições de frequências, médias e desvios-padrão para as variáveis contínuas do estudo. Para as variáveis categóricas, foram estimadas as proporções. As diferenças entre os grupos foram estimadas utilizando-se o Qui-quadrado de Pearson e teste-t. Em todas as análises foi utilizado índice de significância de 5%.

Para efetivação da pesquisa foi concedida a autorização da direção geral do HUERB. Para adesão e autorização para a participação na pesquisa foi apresentado a todos os entrevistados um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual uma via era disponibilizada ao participante e outro era arquivada pelo pesquisador. O estudo recebeu parecer favorável do comitê de ética e pesquisa (CEP) do Hospital das Clínicas de Rio Branco/FUNDHACRE, parecer n: 2.282.916, obedecendo aos critérios da resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466/2012.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

As quedas são eventos traumáticos que podem acontecer em todas as fases da vida mas que especialmente na população idosa podem se tornar gatilho para o processo de fragilidade e incapacidade nesse grupo, conforme dados obtidos nesse trabalho, a população da pesquisa foi de 83 idosos, onde 68,6% eram mulheres, apresentando uma média de idade de 77 anos e 39,7% dos entrevistados encontravam-se no grupo etário com idade igual ou superior a 80 anos. Barbosa et al. (2014) em concordância com outros autores afirma que a maior frequência de hospitalização no sexo feminino dá-se ao fato de que as mulheres apresentam maior expectativa de vida, fenômeno definido pela feminização do envelhecimento, e também pela prevalência de doenças crônicas, diminuição da força, acometimento de doenças musculoesqueléticas, maior fragilidade física, maior perda de densidade óssea devido à redução de estrogênio, uso de medicações contínuas, assumindo assim uma condição vulnerável que poderá resultar em quedas (MELO et al., 2011; ALVES et al., 2017).

Em relação à faixa etária, estudos apontam que com o aumento da idade, as quedas podem se tornar eventos mais frequentes, levando em consideração de que nesse grupo etário o idoso tende a deambular menos, apresentar declínio da força muscular e dificuldade para manutenção do equilíbrio corporal (CAVALCANTE et al., 2012; ROGRIGUES; CLOSAK, 2012; BARBOSA et al., 2014).

O estudo mostra que 71,1% dos idosos não possuíam parceiros, Kuznier et al. (2015) relata que esse fato pode estar associado a padrões sociais onde a mulher tende a se casar com homens mais velhos ficando viúva precocemente e quando acontece situação inversa do homem ficar viúvo, geralmente eles voltam a se casar mais do que mulheres viúvas, o que favorece as idosas se tornarem vulneráveis a pobreza e isolamento social. É importante lembrar que 84,3% dos idosos vitimados moravam acompanhados o que entra em contraponto com o resultado apresentado por Oliveira et al. (2016), onde este enfatiza que idosos que moram sozinhos apresentam maior vulnerabilidade para o acometimento de quedas.

Desses idosos, 59,0% apresentam como nível de escolaridade o analfabetismo, o que pode estar relacionado à dificuldade de acesso à educação desses idosos quando eram crianças e jovens (KUZNIER et al., 2015).

Relativo à ocupação atual das vítimas 83,1% afirmaram não exercerem atividade de trabalho atualmente e 51,8% são os maiores contribuintes na renda familiar. Coutrim (2006) infere que o idoso na condição de aposentado mantenedor do lar tem participação na renda familiar, que vai além da maior contribuição financeira, mas também sua casa serve como abrigo para filhos e netos, evento geralmente característicos em famílias de baixa renda, pelo menos em momentos de recessão no mercado de trabalho.

No tocante a utilização de medicações Neves et al. (2016) infere que as modificações fisiológicas presentes no envelhecimento colaboram também para o aumento da incidência de doenças crônicas, assim o idoso muitas vezes faz uso indiscriminado, abusivo e muitas vezes desnecessários de medicamentos, em que geralmente causam efeitos adversos, facilitando a exposição de um idoso para um trauma, o que pode trazer consequências como imobilidade, diminuição da qualidade de vida, ou até mesmo a morte, corroborando assim, com resultados encontrados, onde cerca de 69,9% dos idosos faziam uso contínuo de medicamentos, e apresentavam a média de 2 morbidades por indivíduo estudado (ALVES et al., 2017).

Silva et al. (2015) relata ainda que o idoso apresenta dificuldades em reestabelecer o equilíbrio das funções corporais após eventos estressores, o que implica na diminuição da resistência a eventos traumáticos, podendo ocasionar ou instalar situação de adoecimento.

Relativo à avaliação de independência do idoso, pode-se observar na figura 1 que 65% dos idosos se apresentaram independentes no teste de ABVD (Atividades básicas de vida diária), e quando avaliada AIVD (Atividades Instrumentais de vida diárias) 66,3% dos idosos mostraram-se dependentes. A mensuração das capacidades funcionais do idoso torna-se necessária à medida que o idoso entra no processo de declínio funcional, pois o processo incapacitante corresponde à evolução de uma condição crônica que envolve vários fatores de risco e que dentre as consequências ocasionadas pela dependência, destacam-se a hospitalização e a institucionalização, que interferem assertivamente na qualidade de vida da pessoa idosa (MS, 2006).

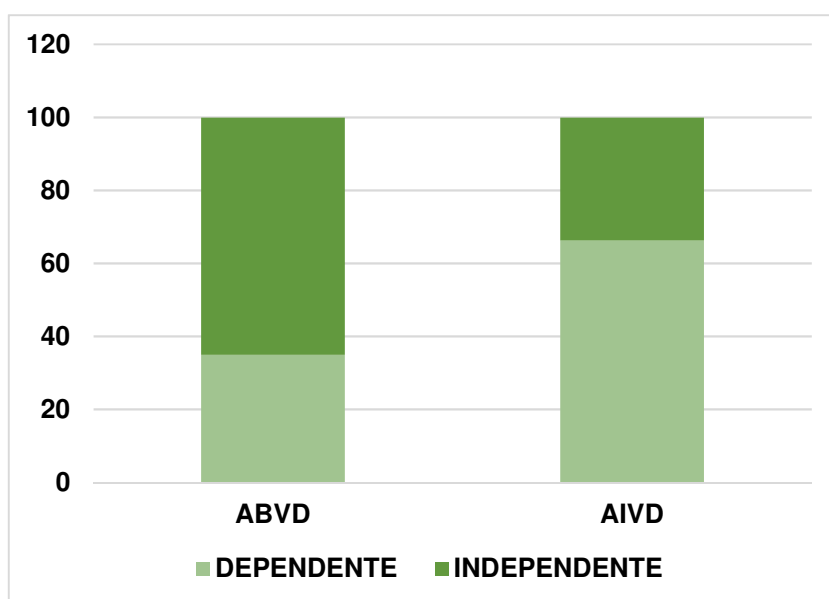


Figura 1. Prevalência de idosos hospitalizados por avaliação de dependência e independência, conforme ABVD e AIVD, Rio Branco, Acre, 2018.

O estudo aponta ainda que cerca de 43,3% dos idosos encontram-se em condição de fragilidade, que é um dos principais fatores preditores a quedas. Entrando em acordo com o quadro 1 onde Nunes et al. (2015) aponta 5 condições que são levadas em consideração para fragilidade. Nesse tocante a presença de um ou dois critérios caracteriza a condição de pré-fragilidade, enquanto três ou mais, fragilidade (PEGORARI; TAVARES, 2014).

Quadro 1. Condições que são levadas em consideração segundo questionário de fragilidade autorreferida.

5 CONDIÇÕES PARA FRAGILIDADE
1. Perda de peso não-intencional;
2. Autorrelato de fadiga e/ou exaustão;
3. Diminuição da força muscular;
4. Lentidão na velocidade de marcha e;
5. Baixo nível de atividade física.

Fonte: Nunes et al. (2015).

Dentre os resultados achados também podemos observar que 50,6% dos idosos foram acometidos por duas ou mais quedas após completarem 60 anos e que 81,9% sofreram pelo menos uma última queda no ano. Fhon et al. (2016) aborda em seu estudo que a queda está associada à presença de fragilidade do idoso. Os eventos estressores no idoso mais velho em estado de fragilidade, como o comprometimento do equilíbrio e do estado cognitivo, estão fortemente ligados à eventos como a queda.

No tocante ao evento das quedas o local mais frequente foi o quarto com 30,9%. Ferretti et al. (2013) relata que no lar, a pessoa idosa tem sua atenção diminuída pelo fato de conhecer o local em que vive e é onde desempenha atividades cotidianas, sentindo-se assim confiante para se locomover e dessa forma os acidentes que poderiam ser evitados tornam-se os causadores da incapacidade funcional do idoso.

Quanto ao mecanismo de queda, o escorregão 41,7% foi a principal causa de queda em idosos, corroborando com os achados de Oliveira et al. (2014) onde infere que a presença de fatores de risco extrínsecos como, superfícies escorregadias, pisos irregulares, presença de tapetes e ausência de barra de apoios ou corrimões no domicílio, propiciam um ambiente possível para escorregões e tropeções ocasionando a queda, já que o idoso tem maior dificuldade para restaurar o equilíbrio.

A principal consequência das quedas apresentadas pelos idosos foi a fratura (83,1%) em especial na estrutura anatômica do fêmur (71%). Estudos apontam que a fratura pode ser uma consequência clínica da osteoporose e associado ao evento da queda aumenta ainda mais sua incidência na população idosa (ALVES et al., 2017). Soares et al. (2015) apresenta que a grande maioria das fraturas de fêmur são ocasionadas por queda e estas representam importante fator de internação em idosos (Figura 2).

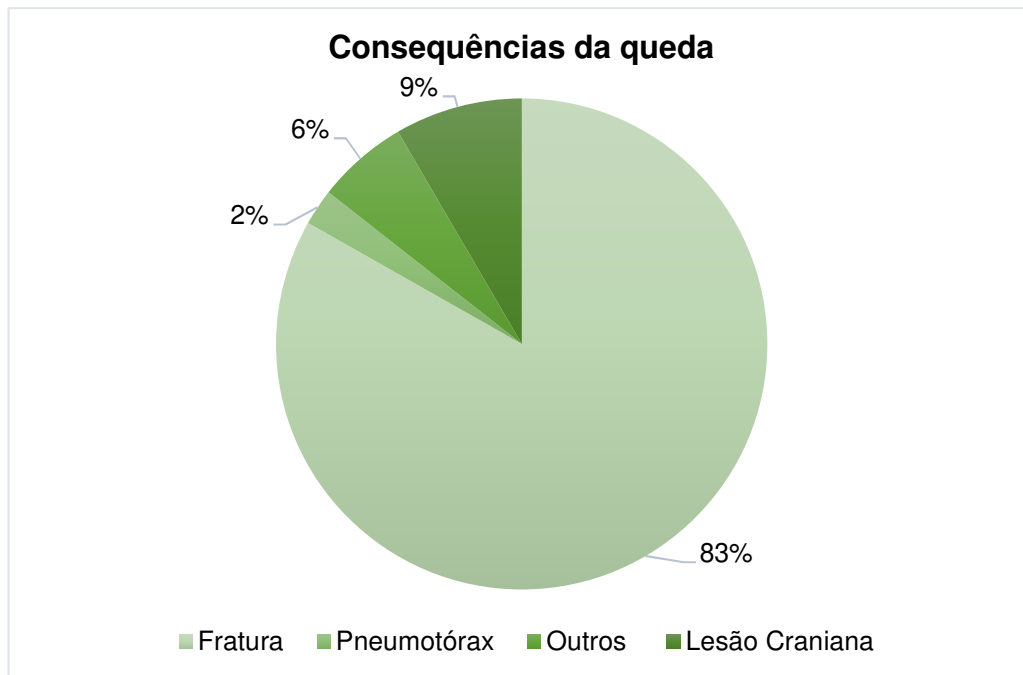


Figura 2. Consequência de quedas em idosos internados em um hospital público, Rio Branco, Acre, 2018.

As quedas além de consequências físicas podem influenciar em aspectos emocionais, assim Cavalcante et al. (2012) reafirma que este evento pode ter consequências negativas no âmbito psicológico, gerando sintomas como medo e ansiedade, o que corrobora com os dados encontrados no estudo, onde o medo de cair foi relatado por 57,8% dos pacientes, o que causa preocupação pois o medo de cair pode incentivar a restrição do movimento, isolamento social, depressão e diminuição de atividades por parte dos idosos.

No que se refere as relações propostas no trabalho através da associação de variáveis como, características socioeconômicas, de saúde, quanto às quedas e fragilidade entre idosos e que como consequência do trauma apresentaram fraturas como lesões traumáticas, sendo esses classificados em não frágil, pré-frágil e frágil, houve apresentação de correlação com com $p < 0,05$ as seguintes variáveis: escolaridade ($p = 0,006$), multimorbidade ($p = 0,017$), nº de quedas após 60 anos (0,010) e número de quedas no último ano (0,031).

Em relação da fragilidade com nível de escolaridade, achados similares são encontrados no estudo de Lenardt et al. (2015), onde a variável escolaridade apresenta importância. O autor relata ainda que a maioria dos idosos frágeis estudados possuía baixa escolaridade (analfabetos e ou apenas o ensino fundamental incompleto). Ao comparar o percentual de escolaridade dos frágeis entre os pré-frágeis e não-frágeis esse percentual diminuiu.

Corroborando com a relação de fragilidade e presença de morbidades, Duarte et al. (2016), apresenta em seu estudo que as idosas com níveis mais altos de fragilidade foram aquelas que autorreferiram sofrer de, pelo menos, uma morbidade, e comprometimento na capacidade funcional.

E para relação entre a fragilidade, aumento da idade, queda e número de ocorrência, estudos apontam que a possibilidade de o idoso ter caído e o desfecho tenha sido grave, isto pode influenciar há uma maior vulnerabilidade a novos episódios. Sabe-se também que com o aumento da idade o declínio das funções corporais pode ser um fator preditor de quedas entrando em acordo com os dados apresentados neste trabalho (PERRACINI e RAMOS, 2002; ÁLVARES, et al., 2010).

4. CONCLUSÕES

O envelhecimento populacional é uma resposta à mudança de alguns indicadores de saúde, especialmente a diminuição das taxas de natalidade e mortalidade e o aumento da expectativa de vida dos indivíduos. Quando esse processo se torna patológico, a qualidade de vida do idoso pode entrar em declínio aumentando dessa forma o risco a agravos de saúde, que por muitas vezes seriam preveníveis.

Nesse tocante a queda representa um importante problema de saúde pública, onde suas consequências vão desde lesões leves, até maiores prejuízos como fraturas, dependência, hospitalização e institucionalização, gerando impactos em âmbitos físicos, psicológicos e sociais do idoso. Relativo a este fato é importante ressaltar que fatores de riscos tanto extrínsecos como intrínsecos devem ser constantemente avaliados.

Assim, a necessidade de uma avaliação funcional dos idosos também se torna viável para que síndromes como a fragilidade possam ser diagnosticadas e tratadas de forma adequada. Nessa perspectiva o grande desafio na saúde pública será cuidar de forma integral e com qualidade a população idosa que cresce em todo mundo em especial em nosso país, para que eventos preveníveis como as quedas deixem de acontecer e que o aumento da expectativa de vida dos indivíduos não se torne um problema individual e coletivo, mas sim o crescimento de uma população, mesmo que idosa, forte, saudável e ativa.

5. REFERÊNCIAS

ALVARES, L. M.; LIMA, R. C.; SILVA, R. A. da. Ocorrência de quedas em idosos residentes em instituições de longa permanência em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 26, n. 1, p. 31-40, 2010.

ALVES, R.L.T.; SILVA, C.F.M.; PIMENTEL, L.N.; COSTA, I. A.; SOUZA, A.C.S.; COELHO, L.A.F. Avaliação dos fatores de risco que contribuem para queda em idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 20, n. 1, p. 59-69, 2017.

BARBOSA, K.T.F.; BARBOSA, K.T. F.; RODRIGUES, M.M.D.; FERNANDES, M.M.F.; OLIVEIRA, F.M.R.L.; SANTOS, K.F.O.; et al. Caracterização das quedas referidas por idosos. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 28, n. 2, p. 168-175, 2014.

BRASIL. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASÍLIA. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Lei federal nº 10.741, de 01 de outubro de 2003, atualizada em 2013. Institui o **Estatuto do Idoso**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_idoso_3edicao.pdf>. Acesso em 12/07/2018.

CAVALCANTE, A. L. P; AGUIAR, J.B.; GURGEL, L.A. Fatores associados a quedas em idosos residentes em um bairro de Fortaleza, Ceará. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 15, n. 1, p. 137-146, 2012.

COUTRIM, R. M. E. Idosos trabalhadores: perdas e ganhos nas relações intergeracionais. **Sociedade e estado**, v. 21, n. 2, p. 367-390, 2006.

DUARTE, M.C.S.; FERNANDES, M.M.; RODRIGUES, R.A.P.; NÓBREGA, M.M.L. Fragilidade, morbidade referida e capacidade funcional em mulheres. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 24, n. 2, p. e6801, 2016.

FERREIRA, O. G. L.; MACIEL, S.C; COSTA, S.M.G; SILVA, A.O; MOREIRA, M.A.S.P. Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. **Texto contexto - enfermagem**, v. 21, n. 3, p. 513-518, 2012.

FERREIRA, L.L.; SANCHES, G.G.A; MARCONDES, L.P; SAAD, P.C.B.; Risco de queda em idosos institucionalizados com doença de Alzheimer. **Revista Kairós: Gerontologia**, v.16, n.3, p. 95-105, 2013.

FERRETTI, F.; LUNARDI, D.; BRUSCHI, L. Causas e consequências de quedas de idosos em domicílio. **Revista Fisioterapia em Movimento**, v. 26, n. 4, p. 753-762, 2013.

FHON, J.R.S.; RODRIGUES, R.A.P.; NEIRA, W.F.; HUAYTA, V.M.R.; ROBAZZI, M.L.C.C. Queda e sua associação à síndrome da fragilidade no idoso: revisão sistemática com metanálise. **Revista Escola de Enfermagem USP**. v. 50, n. 6 p.1003-1010, 2016.

FREITAS, R.; SANTOS, S.S.C.; HAMMERSCHMIDT, K.S. de A.; SILVA, M.E. da.; PELZER, M.T. Cuidado de enfermagem para prevenção de quedas em idosos: proposta para ação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 3, p. 478-485, 2011.

GERRA, H.S.; SOUSA, R. A. e; BERNARDES, D.C.F.; SANTANA, J.A.; BARREIRA, L.M.; Prevalência de quedas em idosos na comunidade. **Revista Saúde e Pesquisa**, v.9, n.3, p. 547-555, 2016.

IBGE. **Projeção da população: Índice de envelhecimento populacional 2000-2030**, IBGE, Brasil. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/box_generico.html?ag=26&ano=2013&id=7>. Acesso em 03/11/2020.

KUZNIER, T.P.; SOUZA, C.C.; CHIANCA, T.C.M.; ERCOLE, F.F.; ALVES, M. Fatores de risco para quedas descritos na taxonomia da NANDA-I para uma população de idosos. **Revista Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v. 5, n.3, p. 1855-1870, 2015.

LENARDT, M. H.; CARNEIRO, N.H.K.; BINOTTO, M.A.; SETOGUCHI, L.S.; CECHINEL, C. Relação entre fragilidade física e características sociodemográficas e clínicas de idosos. **Escola Anna Nery**, v. 19, n. 4, p. 585-592, 2015.

MACEDO, C.; GAZZOLA, J.M.; NAJAS, M. Síndrome da fragilidade no idoso: importância da fisioterapia. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**, v. 33, n. 3, p. 177-84, 2008.

MELO, S.C.B.; LEAL, S.M.C.; VARGAS, M.A.O. Internação de idosos por causas externas em um hospital público de trauma. **Enfermagem em Foco**, v. 2, n. 4, p. 226-230, p. 1-9, 2011.

NUNES, D. P.; DUARTE, Y.A de O.; SANTOS, J.L.F.; LEBRÃO, M.L. Rastreamento de fragilidade em idosos por instrumento autorreferido. **Revista de Saúde Pública**, v. 49, n. 2, p. 1-9, 2015.

OLIVEIRA, A. S. de.; TREVIZAN, P. F.; BESTETTI, M. L. T.; MELO, R. C. de. Fatores ambientais e risco de quedas em idosos: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 17, n. 3, p. 637-645, 2014.

PEGORARI, M. S.; TAVARES, D. M. S. Fatores associados à síndrome de fragilidade em idosos residentes em área urbana. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 22, n. 5, p. 874-882, 2014.

PERRACINI M.R.; RAMOS L.R. Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, p. 709-716, 2002.

REBOUÇAS, M. COELHO-FILHO, J. M.; VERAS, R, P.; LIMA-COSTA, M.F.; RAMOS, L.R.; Validade das perguntas sobre atividades da vida diária para rastrear dependência em idosos. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 84, 2017.

RODRIGUES, J.; CIOSAK, S. I. Idosos vítimas de trauma: análise de fatores de risco. **Revista Escola de Enfermagem USP**, v. 46, n. 6, p. 1400-1405, 2012.

SOUZA, L. H. R., BRANDÃO, J.C da S. FERNANDES, A.K.C.; CARDOSO, B.L.C. Queda em idosos e fatores de risco associados. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 15, n. 54, p. 55-60, 2017.

TESTON, E. F.; GUIMARÃES, P.V.; MARCON, S.S. Trauma no idoso e prevenção ao longo dos anos: revisão integrativa. **Revista Kairós: Gerontologia**, v. 17, n.1, p. 145-155, 2014.

REPRESENTAÇÃO SOCIAL DAS MARCAS TERRESTRES DE ACIDENTES DE TRÂNSITO EM RIO BRANCO - ACRE - BRASIL: PERCEPÇÃO DE CONDUTORES DE VEÍCULOS AUTOMOTORES

Luciana de Mendonça Freire¹, Creso Machado Lopes², Milton dos Santos Freitas²,
Andréa Fernandes Magalhães², Greiciane da Silva Rocha² e Marisol de Paula Reis
Brandt³

1. Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Acre (UFAC), Rio Branco, Acre, Brasil;

2. Centro de Ciências da Saúde e do Desporto (CCSD) Universidade Federal do Acre (UFAC), Rio Branco, Acre, Brasil;

3. Centro de Filosofia e Ciências Humanas (CFCH) Universidade Federal do Acre (UFAC), Rio Branco, Acre, Brasil.

RESUMO

Introdução: Os acidentes de trânsito pela morbimortalidade representam problema de saúde pública. **Objetivo:** Interrogar os condutores de veículos automotores particulares sobre as marcas terrestres de acidentes de trânsito em vias públicas de Rio Branco - Acre - Brasil. **Materiais e Método:** Estudo descritivo, abordagem quanti-qualitativa com 164 condutores de veículos, com uso de Dados de Identificação e Roteiro de Entrevista Aberta, com apresentação de imagens de marcas terrestres, para serem analisadas pelos respondentes. **Resultados:** A faixa etária predominante de 20-24 anos com 22,5% semelhante entre os sexos. Salientam-se os 59,9% com terceiro grau incompleto e completo, com tendência a mais de 50% pela instituição de ensino superior. Dos respondentes 58,6% envolveram em acidentes, com o masculino em 76,5%. No número de vezes em acidentes o masculino foi 74,1%. O carro esteve em 50,7% e a moto com 39,3%. As marcas terrestres 83,2% mencionaram acidente, perícia e veículo na pista. As implicações às marcas terrestre 68,9% consideraram a imprudência, manobras arriscadas, negligência e má formação. As conclusões das marcas 76,0% atribuíram à imprudência, violência, irresponsabilidade no trânsito. Ao passar por cima das marcas de acidentes 68,4% referiu sentir desconforto, tristeza. O uso das marcas pelas autoridades de trânsito 87,6% sugeriram campanhas educativas nas escolas, cursos aos infratores, melhorar a perícia e 45,3% sugeriram melhorias no tráfego e nas vias públicas. **Conclusão:** Pesquisas com a Representação Social na abordagem quanti qualitativa contribuem para levantar respostas individuais agrupadas de forma coletiva, para tomada de medidas preventivas e minimização dos acidentes de trânsito.

Palavras-chave: Acidentes de Trânsito, Prevenção e Representação Social.

ABSTRACT

Introduction: Traffic accidents due to morbidity and mortality represent a public health problem. **Objective:** To interrogate drivers of private motor vehicles about the landmarks of traffic accidents on public roads in Rio Branco - Acre - Brazil. **Material and Method:** Descriptive study, quanti-qualitative approach with 164 vehicle drivers, using Identification Data and Open Interview Guide, with presentation of images of landmarks, to be analyzed by the respondents. **Results:** The predominant age group of 20-24 years with 22.5% similar between genders. The 59.9% with incomplete and complete third degree stand out, with a tendency to more than 50% by the higher education institution. Of the respondents, 58.6% were involved in accidents, with the male in 76.5%. In the number of times in accidents, the male was 74.1%. The car was at 50.7% and the bike at 39.3%. The landmarks 83.2% mentioned accident, expertise and vehicle on the track. The implications for land brands 68.9% considered recklessness, risky maneuvers, negligence and malformation. The conclusions of the brands 76.0% attributed to recklessness, violence, irresponsibility in traffic. When passing over accident marks, 68.4% reported feeling discomfort, sadness. The use of trademarks by traffic authorities 87.6% suggested educational campaigns in schools, courses for offenders, improving skills and 45.3% suggested improvements in traffic and public roads. **Conclusion:** Research with Social Representation in the qualitative quantitative approach contributes to raising individual responses grouped collectively, for taking preventive measures and minimizing traffic accidents.

Keywords: Traffic Accidents, Prevention and Social Representation.

1. INTRODUÇÃO

Os Acidentes de Trânsito (AT's) representam um sério problema de saúde pública, tendo em vista sua magnitude no tocante a morbimortalidade, com implicações sociais, políticas, econômicas, saúde, previdenciária, educacional, reabilitação, entre outras que tanto acometem a comunidade, envolvendo os condutores, passageiros, caronas e pedestres.

Nos aspectos epidemiológicos dos AT's, pode-se dizer que mais de um milhão de pessoas morrem a cada ano no mundo, vítimas de acidentes de trânsito, quando aproximadamente 25 milhões ficam debilitadas. Segundo estimativas, este quadro pode aumentar em aproximadamente 65% nos próximos 20 anos, se não forem tomadas medidas preventivas visando o seu controle. Por sua vez, baseado em dados da Organização das Nações Unidas (ONU), cerca de 3000 pessoas morrem por dia, sendo que quase 90% das mortes estão relacionadas a países pobres ou em estado de desenvolvimento, e que inclusive as ações efetivas de saúde pública podem amenizar este quadro, além de que estes acidentes representam a principal causa de morte prematura e de invalidez em todo o mundo (PEDEM et al., 2004).

Prosseguindo, nos aspectos sócio-econômicos e demográficos dos AT's, as pesquisas evidenciam a associação estatística significativa, entre a variável idade e o AT, sendo que a idade pode correlacionar-se de modo distinto no tocante ao tipo de acidente, pois os mais jovens são as maiores vítimas relacionadas às colisões, envolvendo os veículos, motocicletas e bicicletas. Já por sua vez, as crianças e idosos têm como causa básica o atropelamento, sendo este último resultado também encontrado em estudo realizado por (GOMES et al., 2008).

Para Mello Jorge e Koizume (2004), os AT's estão incluídos nas chamadas causas externas, as quais representam sérios problemas de saúde pública, tendo em vista sua magnitude e gravidade, além do elevado número de vítimas que causam. Convém ressaltar que estes passaram a ocupar o segundo lugar na prevalência entre as Doenças e Agravos Não-Transmissíveis - DANT's.

Tendo em vista sua dimensão, necessário se faz conhecer quais os fatores de risco que podem contribuir para o desenvolvimento dos AT's, entre eles citam-se: as vias de acesso públicas, a sinalização de trânsito, as condições metrológicas, o emprego de medidas de segurança dos veículos, a legislação, a fiscalização, o cumprimento das leis de trânsito, a educação dos condutores dos veículos, a imprudência, imperícia, negligência, o uso de drogas lícitas e ilícitas como as bebidas alcoólicas, além da atuação das autoridades do trânsito sobre os infratores (PEDEM et al., 2004).

Como forma de melhor compreender esta problemática, dentre estes fatores, mais particularmente no Brasil, destacam-se os 75% de acidentes tendo como causa o homem, sendo que 21% estão relacionados aos veículos, 6,0% por deficiências nas vias públicas e 7,0% tendo causas de naturezas diversas. A esse respeito, se considerar o Homem-Veículo-Via, o homem representa 93,0%, acrescido de que 75,0% dos acidentes ocorrem com tempo em boas condições metrológicas, 68,0% estão relacionadas às retas e 61,0% tem suas incidências durante o dia (TRANSITOBRASIL, 2004).

Dando continuidade a esta temática, as atitudes de risco mais pertinentes aos jovens dizem respeito a sua grande liberdade de locomoção no trânsito, associado à imprudência, o que os expõem mais ao tráfego, inclusive de forma imprudente, enquanto que nos idosos, há necessidade de se levar em consideração outros fatores associados, conforme mencionados por (KOIZUME, 1985; SOARES; BARROS, 2003; CÂMARA, 2007).

Em relação mais particularmente ao município de Rio Branco - Acre, em estudo realizado por Lima; Muniz e Lopes (2004) no período de 2001 a 2003, dos 3412 AT's, 6,7%

tiveram vítimas fatais, tendo como agente causal o carro, o caminhão, o ônibus e a carreta, sendo representado por 35,7%.

Por sua vez, em outro estudo, sobre mortalidade por acidentes de trânsito no município de Rio Branco - Acre, no período de 2001 a 2006, encontrou-se um total 412 mortes, quando 47,6% foram por automóvel, 17,4% por moto e 16,3% por caminhão, entre outros (GOMES et al., 2008).

Aprofundando estas informações, em pesquisa feita por Rocha (2009), em Rio Branco - Acre, segundo dados do DETRAN-AC, no ano de 2008 ocorreu 1702 acidentes, o que por si só mostra a relevância desta temática e a sua conseqüente proposta de pesquisa científica.

Por outro lado, para Magalhães (2009), em suas considerações finais, descreve que “as ações de segurança no tráfego devem ser direcionadas a estratos específicos da população, no caso do município de Rio Branco, os homens jovens e com faixa salarial mais alta”.

Neste sentido, mediante a identificação e o caráter inédito do problema de pesquisa, bem como a ausência de pesquisas semelhantes levantadas nos Bancos de Dados: LILACS, PAHO, Cidsaude, DESASTRES, BDNF, HomeoIndex, MedCarib, WHOLIS, ADOLEC, IBECs, MEDLINE, SciELO, cruzando as palavras *Acidente de Trânsito e Representação Social*, o que reforça o interesse por esta pesquisa.

Assim, com esta proposta de pesquisa, está-se convicto da sua relevância, principalmente na sua forma de desenvolvimento, trabalhando a abordagem quantitativa, o que de certa forma em muito facilita o contato direto com os sujeitos condutores de veículos automotores com risco de acidentes de trânsito em vias públicas de Rio Branco - Acre.

Portanto, motivados por esta problemática é que nos inspirou realizar o presente trabalho de investigação científica, levantando como questionamentos: O que representa as marcas terrestres de acidentes de trânsito nas vias públicas? O que ocasionou sua delimitação? Qual a ocorrência dos acidentes segundo o sexo? Quais as implicações destas marcas? Como se sentiria se alguma marca dessa fosse sua? e Que sugestões fariam às autoridades para diminuir estas marcas e os acidentes? E que de posse dos seus resultados contribuiriam com as autoridades de trânsito, da saúde e da justiça, na sensibilização dos condutores de veículos, segundo o sexo, no estabelecimento de políticas públicas e na diminuição das ocorrências de acidentes de trânsito.

O presente estudo teve como objetivo geral: Interrogar os condutores de veículos automotores particulares sobre as marcas terrestres de acidentes de trânsito em vias públicas de Rio Branco - Acre - Brasil. Os objetivos específicos foram: Levantar o que representam as marcas terrestres de acidentes de trânsito; Perguntar como se sentiriam se algumas das marcas fossem causadas por eles; Questionar quais as possíveis implicações que estas marcas sugerem; Contribuir com as autoridades de trânsito, saúde e justiça na minimização dos acidentes.

2. MATERIAIS E MÉTODO

O presente trabalho de pesquisa de iniciação científica foi do tipo descritivo, com abordagem quanti-qualitativa, fazendo uso de amostragem por conveniência, e tendo como referencial teórico-metodológico a Representação Social (RS).

Os participantes da pesquisa foram os 164 condutores de carros e motos particulares, habilitados, circulando nas vias públicas da Zona Urbana de Rio Branco - Acre - Brasil, e dentro do estacionamento do Campus Sede da Universidade Federal do Acre (UFAC), o qual foi desenvolvido no período de 1 de agosto de 2010 a 31 de julho de 2011.

Para a coleta de dados quantitativos, fez-se uso de um formulário contendo dados de identificação, envolvendo aspectos sócio-cultural como: idade, gênero, faixa etária, grau de escolaridade, tempo de habilitação, envolvimento em acidentes de trânsito, frequência e tipo de veículo do respondente.

Para a abordagem qualitativa, foi utilizado um roteiro de entrevista contendo questões abertas, fazendo uso de gravações e transcrições das respostas, bem como a apresentação de um quadro com fotos das marcas terrestres de acidentes de trânsito, para serem avaliadas pelos participantes da pesquisa, cujas respostas foram categorizadas e agrupadas por semelhança de conteúdo para análise e discussão, conforme proposto por (BARDIN, 1977; MINAYO et al., 1994).

No tocante ao referencial teórico-metodológico, foi utilizada a Representação Social (RS), quando segundo Jodelet (1985) apud Spink (1993).

“são modalidades de conhecimento prático orientado para a comunicação e para a compreensão do contexto social, material e ideativo em que vivemos. São, conseqüentemente, formas de conhecimento que se manifestam como elementos cognitivos - imagens, conceitos, categorias, teorias, mas que não se reduzem jamais aos componentes cognitivos”.

Tendo em vista o Projeto de Pesquisa envolver seres humanos, e em consonância a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Acre (UFAC).

2.1 EIXO METODOLÓGICO

Com a finalidade de abordar questões que tratam da percepção de pessoas/atores sobre as marcas terrestres de acidentes de trânsito em Rio Branco - Acre, este estudo situa tal assunto como um fenômeno social e complexo, e aborda o objeto de estudo a partir da noção de Representações Sociais (RS), um saber compartilhado nas relações sociais cotidianas, e na forma como o objeto de representação interfere na realidade própria de cada indivíduo ou grupo. Isso quer dizer que as representações sociais de determinado objeto têm implicações diretas nas práticas sociais do sujeito que envolve esse objeto. Nesse aspecto, diz Moscovici:

“as representações sociais têm a capacidade de criar e de estipular uma realidade denominando, objetivando noções e imagens, dirigindo as práticas materiais e simbólicas para esta realidade que lhe corresponde” (MOSCOVICI, 1998b).

A teoria da RS, cuja noção remete a algo que se insere entre o sujeito e o objeto, marcando a dualidade inerente às relações humanas. Jovchelovich e Guareschi (1998) ensinam que as representações são imagens, linguagens, símbolos e expressões decorrentes das interações que ocorrem entre o indivíduo e a sociedade. Mesmo que não se possa ignorar a predisposição biológica para a atividade cognitiva, a representação só tem sentido na relação que se estabelece com o outro.

A definição não é nova, mas a teoria das RS apresenta-se como tendência na psicologia social a partir dos estudos de Moscovici sobre a forma como a psicanálise foi inserida e apropriada historicamente pela sociedade francesa (JOVCHELOVITCH; GUARESCHI, 1998; FARR, 1998). Por meio desta vertente, Moscovici, em seu trabalho *La Psychanalyse, son image e son public* (FARR, 1998) enfatizou que o social designa o aspecto dinâmico e a bilateralidade (individual e coletivo) no processo de constituição das RS, ressaltando os seguintes aspectos por um lado, a representação como uma forma de conhecimento socialmente elaborado e partilhado e, por outro lado, a sua realidade psicológica e efetiva inserida no comportamento do indivíduo:

Isto quer dizer que as representações sociais são racionais, não por serem sociais, mas porque elas são coletivas. Para dizer as coisas brevemente, é somente dessa maneira que os homens se tornam racionais, e um indivíduo isolado não poderia sê-lo. Desse modo, toda psicologia das formas de pensamento, ou de linguagem, deve ser necessariamente social (MOSCOVICI, 1998a)

Tendo em vista as novas formas de organização das sociedades contemporâneas, a multiplicidade e complexidade dos fenômenos sociais, Moscovici defende o termo Representação Social como um conceito capaz de perpassar os fenômenos da atualidade que se movimentam entre o social e o psicológico (ALVES-MAZZOTI, 1994) e, desse modo, soluciona a antítese entre o particular e o coletivo, o pessoal e o social, na medida em que produzem uma síntese entre os dois níveis.

A partir dessas reflexões, pode-se então afirmar que a relação que um indivíduo mantém com a cultura (ou sociedade) depende das condições nas quais ele a adquiriu seu saber. Portanto, a caracterização dos principais elementos que definem a *percepção* sobre as “marcas terrestres de acidentes de trânsito” é fator importante na apreensão das RS que são buscadas na fala dos sujeitos sociais ora em discussão. O sujeito de que se ocupa esse estudo é, assim, instituído e constituído em um *campo* específico de “valores” que orientam suas ações cotidianas no domínio das “relações simbólicas” que discute Bourdieu (1989). O que interessa então focalizar são os elementos constituintes desses valores que conforma o *olhar* e a *percepção* que os indivíduos têm sobre suas ações sociais.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao discorrer sobre a primeira fase do trabalho, a qual diz respeito ao total dos Dados de Identificação, dos 164 condutores de veículos entrevistados, percebe-se que as faixas etárias variaram de 18 a 60 e mais anos, quando vale destacar que a maior frequência foi para a de 20-24 anos, com 37 (22,5%).

Por sua vez, quanto ao sexo, para o masculino foram encontrados 25 (22,6%) e para o feminino 12 (23,8%), sendo também ambos na faixa de 20-24 anos, sendo, portanto considerados adultos jovens, cujos demais dados estão contidos na tabela 1.

Em estudo realizado por Rocha (2009), no tocante a acidentes de trânsito em Rio Branco - Acre, no período de 2005 a 2008, também foi encontrado alta incidência na faixa de 20-24 anos, com 1710 (19,8%), bem como na de 30-39 anos com 1723 (20,0%), dados estes semelhantes aos encontrados neste estudo.

Tabela 1. Frequência e percentual do total das faixas etárias dos condutores de veículos automotores particulares, segundo o sexo, em Rio Branco - Acre - Brasil, 2011.

Faixa Etária	(f)	(%)	Masculino		Feminino	
			(f)	(%)	(f)	(%)
18---19	9	5,4	5	4,4	4	7,8
20---24	37	22,5	25	22,6	12	23,8
25---29	29	17,6	22	19,4	7	13,7
30---34	30	18,8	21	18,5	9	17,6
35---39	18	10,9	10	8,8	8	15,6
40---44	8	4,8	6	5,3	2	3,9
45---49	14	8,5	7	6,1	7	13,7
50---54	15	9,1	13	11,5	2	3,9
55---59	2	1,2	2	1,7	-	-
60 e mais	2	1,2	2	1,7	-	-
Total	164	100,0	113	100,0	51	100,0

Por sua vez, em relação à faixa etária segundo o sexo, foi possível perceber que 113 (69,0%) são masculinos, contra 51 (31,0%) femininos.

Prosseguindo na análise total dos dados, quanto ao grau de escolaridade dos entrevistados, foi possível perceber que 93 (56,8%) possuíam o terceiro grau incompleto e completo juntos, sendo, porém com ligeira vantagem para o incompleto com 47 (28,8%) respostas. Quanto ao sexo, foi possível observar que 33 (29,4%) do sexo masculino possuía o segundo grau completo, sendo, portanto, diferente do feminino, quando somados foram encontrados 38 (74,8%) para o terceiro grau incompleto e completo respectivamente, enquanto que os demais dados estão disponíveis na tabela 2.

Vale informar que estas respostas têm certa tendenciosidade para o terceiro grau incompleto e completo, sendo que por volta de 50% das entrevistas foram efetuadas dentro do estacionamento da Universidade Federal do Acre, por dificuldades operacionais na coleta de dados noturnos nas vias públicas, com apoio técnico do órgão de fiscalização estadual de trânsito.

Tabela 2. Frequência e percentual do total do grau de escolaridade dos condutores de veículos automotores particulares, segundo o sexo, em Rio Branco - Acre - Brasil, 2011.

Grau de Escolaridade	(f)	(%)	Masculino		Feminino	
			(f)	(%)	(f)	(%)
Primeiro Grau Incompleto	10	6,1	9	7,9	1	1,8
Primeiro Grau Completo	12	7,3	10	8,8	2	3,9
Segundo Grau Incompleto	12	7,3	8	7,0	4	7,8
Segundo Grau Completo	37	22,5	33	29,4	6	11,7
Terceiro Grau Incompleto	47	28,8	27	23,9	19	37,4
Terceiro Grau Completo	46	28,0	26	23,0	19	37,4
Total	164	100,0	113	100,0	51	100,0

Nos questionamentos seguintes, sobre o tempo de habilitação, este variou de menos de um ano a 39 anos. Vale destacar também que a maior frequência total foi encontrada na faixa de 1 - 4 anos, com 60 (37,0%). Com relação ao sexo, para o masculino, também nesta faixa foram encontrados 37 (33,2%) e para o feminino, 22 (43,4%), percentualmente superior ao masculino, sendo considerados muitos jovens na habilitação, enquanto que os demais dados podem ser observados na tabela 3.

Tabela 3. Frequência e percentual do total do tempo de habilitação dos condutores de veículos particulares, e segundo o sexo, em Rio Branco - Acre - Brasil, 2011.

Tempo de Habilitação	(f)	(%)	Masculino		Feminino	
			(f)	(%)	(f)	(%)
Menos de 1 ano	9	5,4	6	5,3	2	3,9
1 a 4 anos	60	37,0	37	33,2	22	43,4
5 a 9 anos	37	22,5	24	21,2	14	27,4
10 a 14 anos	16	9,7	14	12,3	3	5,8
15 a 19 anos	11	6,7	9	7,9	2	3,9
20 a 24 anos	13	7,9	9	7,9	4	7,8
25 a 29 anos	8	4,8	4	3,5	4	7,8
30 a 34 anos	8	4,8	8	7,0	-	-
35 a 39 anos	2	1,2	2	1,7	-	-
Total	164	100,0	113	100,0	51	100,0

Ao questionar se os condutores de veículos entrevistados já estiveram envolvidos em acidentes de trânsito, 96 (58,6%) mencionaram não, contra 68 (41,4%) que sim. Dos que afirmaram positivamente, a tabela 4 revela seus dados.

Tabela 4. Frequência e percentual do número de vezes de envolvimento em acidentes de trânsito, por parte dos condutores de veículos automotores particulares, em Rio Branco - Acre - Brasil, 2011.

Número de envolvimento em acidentes	(f)	(%)
1 -- 2 vezes	53	78,1
3 -- 5 vezes	11	16,1
Mais de cinco vezes	4	5,8
Total	68	100,0

Ampliando ainda mais as informações junto aos 68 envolvidos nos acidentes, quanto ao sexo, foi possível encontrar que 52 (76,5%) eram masculinos, contra 16 (23,5%) feminino.

Esse dado vem reforçar o preocupante envolvimento do homem nos acidentes de trânsito, e que se considerar o Homem-Veículo-Via, o homem representa 93,0%, conforme informação publicada no documento (TRANSITOBRASIL, 2004).

Vale ressaltar ainda, no que concerne ao sexo, para a WHO (2002) há um consenso na literatura quer nacional ou internacional, de que o sexo masculino sobressai nos AT's, tendo em vista seu comportamento agressivo, a ingestão de bebida alcoólica e a própria maior exposição ao trânsito, estando inclusive representado em todas as faixas etárias no mundo, tendo como agente causal das mortes nos AT's este sexo, sendo muito superior ao feminino, cujos dados vêm ao encontro deste estudo.

Corroborando com esta problemática em relação aos aspectos comportamentais, o sexo masculino, ao volante, se comporta de maneira mais voraz e menos tímida que o sexo feminino, conduzindo assim de forma muito mais aventureira e arriscada, sendo que eles também iniciam a prática da condução no trânsito muito mais cedo que elas, segundo ROCHA (2009).

Ainda a esse respeito, foi também levantado junto aos 68 respondentes o número de vezes que estiveram envolvidos em acidentes, quando em suas respostas foi possível encontrar que 52 (76,5%) eram do sexo masculino e 16 (23,5%) do feminino, representando mais de três vezes para o masculino.

Aprofundando as análises, sobre o número de envolvimento em acidentes, 40 (82,4%) de sexo masculino estiveram envolvidos de 1 a 2 vezes, contra 14 (87,5%) para o feminino, sendo os demais dados observados na tabela 5.

Como questão final, foi levantado junto aos condutores o tipo de veículo envolvido em acidentes de trânsito, cujos dados estão contidos na tabela 6.

Tabela 5. Frequência e percentual do número de vezes de envolvimento em acidentes de trânsito, segundo o gênero, por parte dos condutores de veículos automotores particulares, em Rio Branco - Acre - Brasil, 2011.

Número de Acidentes	Sexo				TOTAL
	Masculino	(%)	Feminino	(%)	
1 - 2	40	82,4	14	87,5	54
3 - 5	8	11,7	2	12,5	10
Mais de 5	4	5,9	-	-	4
Total	52	100,0	16	100,0	68

Tabela 6. Frequência e percentual do total do tipo do envolvimento em acidentes de trânsito, por parte dos condutores de veículos automotores particulares, em Rio Branco - Acre - Brasil, 2011.

Tipo de veículo envolvido em acidentes	(f)	(%)
Carro	45	50,7
Moto	35	39,3
Caminhonete, ônibus, caminhão e outros	5	5,6
Bicicleta	4	4,4
Total	89	100,0

A esse respeito, percebe-se no total que o carro esteve envolvido em 45 (50,7%) dos acidentes, seguido pela moto com 35 (39,3%), enquanto que os demais dados encontram-se distribuídos na própria tabela. Tais dados estão em consonância com nossos resultados, pois o número de carros ultrapassa o das motos, mas que mesmo assim o envolvimento de motos em acidentes é muito grande e preocupante segundo as autoridades do trânsito, da saúde e da própria justiça.

Na visão de Rocha (2009), o envolvimento da motocicleta em acidentes, está relacionado não só as colisões com veículos, automóveis, ônibus ou com outras motocicletas, mas, sobretudo nos atropelamentos.

No tocante às bicicletas, apesar de não existirem dados oficiais do seu registro junto às autoridades de trânsito de Rio Branco - Acre, tendo em vista que as bicicletas não são registradas e com isso não possuem placa de identificação, quando percebe-se nas vias públicas que seu número é considerável, inclusive pelo baixo poder aquisitivo de nossa população, e que esse meio de transporte é muito utilizado por parte dos trabalhadores.

Outro dado que também merece destaque em relação ao pequeno número de bicicletas envolvidas com acidentes, é porque há uma grande extensão ciclo viária no município de Rio Branco facilitando assim não só a mobilidade, mas também na prevenção dos acidentes.

Com relação à segunda fase da coleta de dados, foi utilizado um Roteiro de Entrevista com perguntas abertas, oportunidade em que era mostrado aos condutores de veículos imagens de algumas marcas terrestres de acidentes de trânsito, e que de posse destas era perguntado “o que representa para você essas marcas”?

Do total de 159 respostas qualitativas, foi possível observar que a grande maioria, 132 (83,2%), bem como os 20 (12,5%) mencionaram corretamente o que representavam aquelas marcas, estando, portanto bem conscientes, destas práticas utilizadas pelos agentes de

trânsito para perícia e liberação do fluxo normal na via, evitando engarrafamento, sendo que os demais dados estão contidos no tabela 7.

Tabela 7. Frequência e percentual da representação social das marcas terrestres de acidentes de trânsito, por parte dos condutores de veículos particulares, em Rio Branco - Acre - Brasil, 2011.

Representação social das marcas terrestres de acidentes	(f)	(%)
Acidente, situação do veículo na via, perícia.	132	83,2
Imprudência, negligência, violência no trânsito, desrespeito a sinalização condutores só pensam em si, má formação de condutores.	20	12,5
Sensação ruim, situação desagradável, prejuízo.	5	3,1
Nada, algumas letras.	2	1,2
Total	159	100,0

Prosseguindo nos questionamentos, foi perguntado “*que possíveis implicações você atribui a estas marcas*”? Do total de 227 respostas de forma qualitativa, 156 (68,9%) o fizeram de forma adequada, seguido por 26 (11,4%), que mencionaram a causa como sendo provável pelo consumo de bebida alcoólica e uso de outras drogas e 23 (10,1%) deram ênfase à perícia, morte, impacto visual e implicações penais, sendo que as demais respostas estão distribuídas na tabela 8.

Tabela 8. Frequência e percentual das implicações que atribui as marcas terrestres de acidentes de trânsito, por parte dos condutores de veículos automotores particulares, em Rio Branco - Acre - Brasil, 2011.

Implicações das marcas terrestres de acidentes	(f)	(%)
Imprudência, irresponsabilidade, pressa, stress, violência no trânsito, falta de respeito e experiência, negligência, uso de manobras arriscadas e má formação.	156	68,9
Consumo de bebida alcoólica e uso de drogas.	26	11,4
Acidente, presença da perícia, morte, vítimas, impacto visual e implicações penais.	23	10,1
Danos patrimoniais, físicos e emocionais.	13	5,7
Pouco investimento no trânsito.	5	2,2
Nenhuma, não sabe.	4	1,7
Total	227	100,0

Com relação ao uso de álcool, outras drogas e direção é um importante fator de risco para os acidentes quer fatal ou não, pois é sabido que se trata de drogas psicoativas, as quais aumentam a agressividade no trânsito, diminui a atenção do condutor na direção, favorece as infrações no trânsito e na legislação do Código de Trânsito Brasileiro (CTB).

Diante disto, como descrevem Diniz-Zarr (2006) e Shepherd et al. (2006) apud Mello-Jorge e Adura (2012 e 2013), que os jovens que fazem esse uso, apresentam 3,2 vezes mais chance de se tornarem transgressores, se comparados com seus pares que não o fazem.

A seguir foi solicitado informar “*que tipo de vítimas poderiam estar envolvidas*”? Quando das 264 respostas, 139 (52,8%) mencionaram as vítimas de todo gênero, de natureza leve, grave e fatal, como também vítimas de diversas faixas etárias entre outras, seguidas por 119 (45,0%) como motoristas embriagados, ciclistas, motociclistas e condutores de carro, enquanto que os demais dados estão à disposição na tabela 9. Dados estes que reforçam o problema da imprudência, o estresse no trânsito, e a desatenção por parte tanto dos condutores como dos pedestres.

Outra pergunta solicitada aos condutores, diz respeito “*como se sentiriam se algumas destas marcas fossem suas*”? Quando das 161 respostas, 141 (87,7%) mencionaram se sentir péssimo, nervoso, arrependido e incomodado, entre outras, e que as demais respostas podem ser encontradas na tabela 10.

Tabela 9. Frequência e percentual dos tipos de vítimas de acidentes de trânsito, por parte dos condutores de veículos automotores particulares, em Rio Branco - Acre - Brasil, 2011.

Tipo de vítima envolvida em acidentes de trânsito	(f)	(%)
Pedestres, pessoas inocentes, irresponsáveis, imprudentes e estressados, qualquer pessoa e faixa de idade, vítima de todo gênero, leve, grave e fatal, aprendiz, pessoa desatento e vítima dentro do veículo.	139	52,8
Motociclista, ciclista, caminhoneiro, condutor de carro e motorista embriagado.	119	45,0
Não dá para classificar e não sabe.	3	1,1
Animais	3	1,1
Total	264	100,0

Tabela 10. Frequência e percentual de como se sentiriam se algumas das marcas terrestres fossem dos condutores de veículos automotores particulares, em Rio Branco - Acre - Brasil, 2011.

Sentimento se algumas das marcas terrestres do acidente fosse sua	(f)	(%)
Mal, ruim, nervoso, péssimo, triste, culpa, remorso, pensativo, preocupado, constrangido, insatisfeito, envergonhado, arrependido, incomodado e pânico.	141	87,7
Irresponsável, negligente e ficaria no prejuízo.	11	6,8
Pessoa vitimada, fatalidade e morte.	6	3,7
Não gosta de pensar em nada.	2	1,2
Se sente bem por estar vivo.	1	0,6
Total	161	100,0

Prosseguindo, foi levantado “*que conclusões você tiraria destas marcas*”, em que das 175 respostas, 113 (76,0%) mencionaram as causas como a falta de atenção, necessidade de educação, ter mais prudência e preparo no trânsito, entre outras, além das 14 (8,0%) respostas relacionadas ao uso de bebida alcoólica e direção, como também a necessidade de mais blitz pelas autoridades do trânsito, melhorar a sinalização e a legislação no trânsito, também com 14 (8,0%), sendo que as demais respostas podem ser encontradas na tabela 11.

Foi de interesse também, questionar “*como os condutores de veículos se sentem ao passar por cima das marcas terrestres dos acidentes de trânsito*”, sendo que das 170 respostas, 116 (68,4%) referiram desconforto, tristeza, mal, raiva, nervoso, repúdio entre outras, conforme respostas contidas na tabela 12.

Tabela 11. Frequência e percentual das conclusões que tirariam das marcas terrestres, por parte dos condutores de veículos automotores particulares, em Rio Branco - Acre - Brasil, 2011.

Conclusões que tirariam das marcas terrestres dos acidentes de trânsito	(f)	(%)
Imprudência, acidentes envolvem várias vítimas direta e indiretamente, falta de atenção, necessidade de educação, acidentes acontecem cada vez mais, ter prudência e preparo no trânsito, violência, irresponsabilidade e velocidade no trânsito, acidente, perícia, acidente é sempre acidente e pessoas não respeitam a vida.	133	76,0
Necessidade de maior atuação das autoridades do trânsito, realizar mais blitz, melhorar a sinalização e legislação no trânsito.	14	8,0
Uso de bebidas no trânsito, se beber não dirija.	14	8,0
Famílias tristes, mortes, prejuízo, lamento pela tragédia.	7	4,0
Nenhuma, não sei e péssima.	7	4,0
Total	175	100,0

Tabela 12. Frequência e percentual como se sentem ao passar por cima das marcas terrestres de acidentes de trânsito, pelos condutores de veículos automotores particulares, em Rio Branco - Acre - Brasil, 2011.

Como se sentem ao passar por cima das marcas terrestres dos acidentes	(f)	(%)
Desconforto, tristeza, ruim, mal estar, raiva, pensativo, vulnerável, repúdio, nervosa, cismado, amedrontado, impressionado, assustado, angústia, medo, insegurança e imprudência cometida por alguém.	116	68,4
Nada, aliviado, normal e só olha.	34	20,0
Estar atento e prestar mais atenção.	10	5,8
Procura não passar por cima, nunca passou, não presta atenção nas marcas.	5	2,9
Houve um acidente, sensação de que os acidentes estão aumentando, mais um barbeiro habilitado e alguém teve prejuízo.	5	2,9
Total	170	100,0

Ainda, com relação a esta questão, vale destacar as 34 (20,0%) respostas, nas quais foi mencionado pelos condutores como não sentir nada, normal e só olham, sendo no nosso entender como uma situação bastante preocupante, pois até que ponto a falta de sensibilidade e a banalidade podem contribuir com os acidentes, quando nos leva a crer que será que a falha não está na formação dos condutores, na não exploração das estatísticas dos acidentes de trânsito, tanto na formação como nos casos de terem a carteira de habilitação cassada por infrações no trânsito, o problema do uso do álcool, outras drogas e direção, a maior exploração e sensacionalismo pela mídia, maior ênfase nas estatísticas de morbimortalidade, pouca articulação dos resultados das pesquisas da academia pelos órgãos de trânsito, da justiça e da saúde, as formas como são feitas a educação no trânsito junto aos escolares de todos os níveis, e até mesmo na maior importância sob o ponto de vista policial, legal e não como grave problema de saúde pública, sendo que as demais respostas podem ser identificadas na própria tabela.

No que se refere a “*que possíveis usos das marcas de acidentes de trânsito poderiam se feitas pelas autoridades*”, das 160 respostas, percebe-se que a grande maioria, 140 (87,6%) mencionou servir para elaborar campanhas de prevenção, promover educação de trânsito nas escolas, realizar cursos junto aos infratores, divulgar resultados das pesquisas entre outras, sendo que as demais respostas estão na tabela 13.

No tocante ao aspecto da educação, vale ressaltar que não só a educação, mas outros conhecimentos gerais influenciam o comportamento da comunidade, como o oferecimento de matérias específicas direcionadas a vida urbana, principalmente nas idades mais novas, antes mesmo de conseguir a licença para dirigir, incluindo inclusive aí os adolescentes nas campanhas educativas (BERG, 2006).

Conforme Rocha (2009) em sua Dissertação de Mestrado, conclui-se que:

“fica expressa a necessidade de implementação de medidas e que essas sejam bem direcionadas ao público afetado, levando em consideração os aspectos naturais, culturais e comportamentais dos cuidados. A educação tem sido um dos pilares preditores na sustentação de mudanças, embora os resultados sejam, em longo prazo, dado que o processo de educação tende a se materializar com o tempo. Assim, é digna de nota a importância de entidades de ensino, seja de nível primário, médio ou superior na formação de parcerias, para planejamento e consolidação de estratégias”.

Além disso, pode-se incluir o desenvolvimento de pesquisas como forma de melhor compreender esta problemática e suas medidas de solução.

Tabela 13. Frequência e percentual dos possíveis usos pelas autoridades das marcas de acidentes de trânsito, por parte dos condutores de veículos automotores particulares, em Rio Branco - Acre - Brasil, 2011.

Uso das marcas de acidentes de trânsito pelas autoridades	(f)	(%)
Fazer campanhas educativas, elaborar projetos de prevenção e fazer cursos, avaliar e melhorar o trânsito, fazer estudos e estatísticas, realizar cursos para condutores infratores, melhorar nível da perícia, fiscalizar locais que mais ocorrem as marcas de acidentes, divulgar resultados das pesquisas em outdoor, promover educação em trânsito nas escolas, instruir novos e antigos condutores, conhecer as situações para elaborar programas de prevenção.	140	87,6
Não tem nada a fazer, não sabe.	13	8,1
Fazer justiça. aumentar as penas, aplicar multas, justificar os acidentes.	7	4,3
Total	160	100,0

Ao discorre sobre “*que sugestões fariam para diminuir as ocorrências das marcas de acidentes de trânsito nas vias públicas*”, em que das 206 respostas, 93 (45,3%) responderam a necessidade de efetuar melhorias no trânsito, nas vias públicas e na sinalização, como também colocar mais quebra-molas e aplicar multas, seguido por 79 (38,3%) relacionadas a campanhas de educação no trânsito, aumentar o tempo das aulas nas autoescolas, programar cursos de educação continuada para os motoristas infratores, entre outras, sendo que as demais respostas estão contidas na tabela 14.

Tabela 14. Frequência e percentual das sugestões para diminuir as marcas terrestres de acidentes de trânsito, por parte dos condutores de veículos automotores particulares, em Rio Branco - Acre - Brasil, 2011.

Sugestões para diminuir as marcas terrestres dos acidentes de trânsito	(f)	(%)
Efetuar melhorias no tráfego com duplicação nas vias, aumentar a sinalização, colocar quebra molas, instalar mais radares fixos e móveis com rodízio, efetuar mais blitz, fiscalização e multas.	93	45,3
Fazer campanhas de educação e conscientização no trânsito, aumentar o tempo de aulas nas autoescolas, fiscalizar as escolas de trânsito, retreinar os motoristas infratores, ensinar as leis de trânsito nas escolas, ter mais respeito, responsabilidade e atenção no trânsito.	79	38,3
Aplicar multa equivalente ao valor do veículo, suspender as carteiras, ter mais rigor na legislação, aumentar o IPVA do veículo que ocasionou as marcas, reformular as leis do trânsito, prender os veículos dos condutores embriagados, que as leis realmente vigorassem aumentar a aplicação da Lei Seca.	32	15,5
Diminuir consumo de bebida alcoólica e droga e dirigir.	2	0,9
Total	206	100,0

No que concerne à educação, Magalhães (2009) descreve que não apenas a educação no sentido da alfabetização e conhecimentos gerais influencia nos comportamentos de uma sociedade, mas reforça também a necessidade de ensinar matérias específicas ligadas à vida no meio urbano, e que as atitudes frente à segurança são desenvolvidas junto a uma idade bem baixa, ou seja, bem antes do indivíduo tirar licença para dirigir, sendo, porém, necessário incluir os adolescentes nas campanhas educativas para o trânsito.

Como questão final, foi de interesse “*numa escala de 1 a 10 que nota daria a este tipo de pesquisa*”, em que das 152 respostas encontradas, foi possível ver que 122 (80,3%) estavam na faixa de 9 -10 anos do tempo de habilitação, e se considerar o item ótimo somado ao bom, alcança 97,4%, sendo assim uma excelente avaliação no tipo de proposta de pesquisa desenvolvida.

4. CONCLUSÃO

Ao realizar esta pesquisa, tendo como temática central os acidentes de trânsito, reforça-se a preocupação das autoridades internacionais e nacionais no tocante a morbimortalidade e suas implicações sociais, econômicas, previdenciárias, reabilitação, entre outras que tanto acometem a comunidade de condutores de veículos, pedestres, caronas e passageiros.

Neste sentido, ao discutir sobre o que representam as marcas terrestres de acidentes de trânsito desenhadas nas vias públicas, tendo como participantes da pesquisa os condutores de veículos automotores particulares, foi possível verificar o caráter inédito desta pesquisa no município de Rio Branco - Acre - Brasil, a fim de trazer à tona as respostas individuais, dentro de uma concepção agrupada de forma coletiva.

Assim, 164 participantes foram entrevistados em duas situações diferentes, nas vias públicas de Rio Branco - Acre e numa Instituição de Ensino Público Federal, quando foi possível trabalhar as respostas sob o ponto de vista quanti-qualitativo.

Com isso, encontrou-se uma população total adulta jovem, compreendendo a faixa de 20 a 39 anos, como sendo igualmente representativa quanto aos sexos nesta faixa.

Quanto ao nível de escolaridade, o terceiro grau incompleto e completo foi mais representativo, apesar de certa tendenciosidade nas respostas para estes níveis, tendo em

vista que mais de 50% dos respondentes estavam circulando dentro do estacionamento sede da instituição de ensino superior, por ter encontrado dificuldades operacionais na coleta de dados em campo, integrado com o órgão de trânsito em Rio Branco.

Nas respostas chama a atenção o envolvimento da grande maioria de 1 a 2 vezes em acidentes para o gênero masculino, tendo o carro e a moto como os mais representativos.

No tocante as marcas terrestres, quase a totalidade mencionou representar acidente, situação do veículo na via e perícia, em que a maioria atribuiu isso a imprudência, irresponsabilidade, estresse, violência no trânsito, falta de respeito, negligência, uso de manobras arriscadas e má formação, respostas estas de forma individual, mas com conotação coletiva, as quais estão dentro do referencial teórico metodológico da representação social.

Com relação ao tipo de vítima envolvida e como se sentiriam se algumas destas marcas fossem suas, a maioria mencionou tratar-se de vítimas de todo gênero, de natureza leve, grave, fatal, e com diversas faixas etárias, estando envolvidos condutores embriagados, ciclistas, motociclistas e condutores de carro, sendo que diante de tal situação se sentiram péssimos, nervosos, arrependidos e incomodados.

Quanto ao uso das marcas bem como as sugestões para amenizar os acidentes de trânsito por parte das autoridades, as respostas foram no sentido de elaborar campanhas de prevenção, promover educação de trânsito nas escolas, realizar cursos junto aos infratores, apresentar os resultados das pesquisas as autoridades de trânsito, da saúde e da justiça, efetuar melhorias no tráfego, duplicar as vias, aumentar a sinalização, colocar quebra molas, instalar mais radares fixos e móveis com rodízio, efetuar mais blitz, fiscalização e multas, o que mostra mais uma vez o pensamento coletivo em suas respostas.

Desta forma, com sua realização foi possível pesquisar um tema ainda não estudado na literatura, mediante levantamento em diferentes bancos de dados, mostrando assim o ineditismo da pesquisa, e com isso seus resultados à luz do referencial teórico metodológico, mostraram-se muito coerentes sob o ponto de vista individual, mas com tendência ao coletivo, possibilitando assim contribuir com as autoridades de trânsito, da saúde e da justiça no direcionamento de campanhas de prevenção e na formação de novos condutores, dando ênfase também na questão de gênero.

5. REFERÊNCIAS

- ALVES-MAZZOTTI, A. J. Representações Sociais: aspectos teóricos e aplicações à educação. **Em Aberto**. v. 14, n. 61, p. p. 60-78, 1994.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa Edições 70, 1977.
- BERG, H.Y. Reducing crashes and injuries among drivers: what kind of prevention should web e focusing on. **Inj Prev**, v.12, p.15-18, 2006.
- BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro, Bertrand, 1989.
- CÂMARA, M.R. **Epidemiologia dos acidentes de trânsito com vítimas na cidade de Uberlândia (MG)**. (Dissertação) Mestrado em Ciências da Saúde - Universidade Federal de Uberlândia. Faculdade de Medicina, Uberlândia, MG, 2007.
- GOMES, E.de S. et al,; **Mortalidade por acidentes de trânsito: percepção de familiares que perderam entes**. In: Relatório Final de Iniciação Científica – PIBIC/PIBITI/PIVIC – CNPq/UFAC. 2008.
- JOVCHELOVITCH, S.; GUARESCHI, P. **Textos em representações sociais**. Petrópolis, Ed. Vozes, 1988.
- KOIZUME, M.S. Acidentes de motocicletas no município de São Paulo - SP: caracterização do acidente e da vítima. **Cad Saúde Pública**, v. 19. p. 475-89, 1985.
- LIMA, F. M.; MUNIZ, R. B.; LOPES, C. M. Mortalidade por acidentes de trânsito em Rio Branco - Acre - Brasil, 2001 to 2003. *Online Bras. J. Nurs*, v. 3, n. 3, p. 46-54, 2004.
- MAGALHÃES, A.F. **Prevalência dos acidentes de trânsito auto-referidos em Rio Branco - Acre**. (Dissertação) Mestrado em Saúde Coletiva - Universidade Federal do Acre, Centro de Ciências da Saúde e do Desporto, 2009.
- MELLO JORGE, M.H.P.; KOIZUME, M.S. Gastos governamentais do SUS com internações hospitalares por causas externas: análise no Estado de São Paulo, 2000. **Rev Bras Epidemiol**, v. 7, n. 4, p. 228-38, 2004.
- MELLO JORGE, M.H.P.; ADURA, F.E. Álcool e direção veicular. **Revista USP**, n. 96, p. 26-36, 2012/2013.
- MINAYO, M.C.de S. et al,; **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**, Vozes, 1994.
- MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise**. Trad.: Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Zahar. Editores, 1998a.
- MOSCOVICI, S. **Prefácio**. In: GUARESCHI, Pedrinho; JOVCHELOVITCH, Sandra - **Textos em Representações Sociais**. Petrópolis: Vozes, 1998b.
- PEDEM, M. et al. **World report on Road traffic injury prevention**. World Health Organization, Geneva, 2004, WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.
- ROCHA, G. da S. **Caracterização dos acidentes de trânsito e vítimas no município de Rio Branco - Acre**. (Dissertação) Mestrado em Saúde Pública - Universidade de São Paulo USP, São Paulo, 2009.

SOARES, D.F.P.P.; BARROS, M.B. Fatores associados ao risco de internação por acidentes de trânsito no município de Maringá - PR. **Rev Bras de Epidemiologia**, v. 9, n. 2. p. 193-205, 2003.

SPINK, M.J. P. O conceito de representação social na abordagem psicossocial. **Cad Saúde Pública**, v. 9, n. 3, 1993.

TOSTA, T. L. D - A Representação Social do Excluído em Brasília. **Textos Graduados**, n. 4/5, v. 3, 1997.

TRANSITOBRASIL. **Causas dos acidentes.** Disponível em: <<http://www.transitobrasil.com.br/causas.html>>. Acesso em 22/1/2004.

WHO. World Health Organization. **The world health report 2002: reducing risks, promoting healthy life.** Geneva: WHO, 2002. 239p. Disponível em: <<http://www.who.int/whr/2002/en/>>. Acesso em 8/10/2008.

CARACTERIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NOS ESPAÇOS ASSISTENCIAIS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Frederico Lopes Alves Vieira¹, Lorryne Nascimento da Silva¹, Orácio Carvalho Ribeiro Junior²

1. Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário do Norte (UNINORTE), Rio Branco, Acre, Brasil;

2. Centro Universitário do Norte (UNINORTE), Rio Branco, Acre, Brasil;

RESUMO

Objetivo: Identificar os principais fatores que buscam caracterizar a violência obstétrica nos espaços assistenciais. **Método:** Trata-se de uma Revisão Integrativa da literatura com busca por artigos científicos disponíveis nas bases de dados. Base de Dados de Enfermagem (BDENF,) e Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS) e Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE), no período de janeiro de 2014 a dezembro de 2018, a partir da seguinte questão: Quais fatores caracterizam a violência obstétrica nos espaços assistenciais? **Resultados:** Com base na revisão de 6 artigos, é possível afirmar que a violência obstétrica se enquadra como problema de saúde pública e atual no contexto da saúde da mulher, e, apesar de possuir definição em várias instâncias institucionais, a mesma se manifesta sob diferentes formas no contexto de atenção ao parto e nascimento, como: no desrespeito à mulher e seus laços familiares por ocasião da assistência, falta de informação, procedimentos desnecessários e não baseados evidências, negligencia assistencial por parte da equipe de saúde, além das facetas da violência institucional quando o estado não fornece condições necessárias ao acesso desta população aos serviços de atenção obstétrica e neonatal. **Conclusão:** Percebe-se que a violência obstétrica está presente no cotidiano dos espaços de atenção à saúde da mulher e manifesta-se sob diferentes ações, tornando-a um processo complexo, tanto no seu entendimento e as raízes causais, bem como, na implementação de medidas eficazes e que possam dar conta de combater em todas estas diferentes facetas.

Palavras-chave: Saúde da Mulher, Violência contra a Mulher e Obstetrícia.

ABSTRACT

Objective: To identify the main factors that seek to characterize obstetric violence in healthcare spaces. **Methodology:** This is an integrative literature review with search for scientific articles available in the databases. Nursing Database (BDENF), and Latin American Literature on Health Sciences (LILACS) and international Literature on Health Sciences (MEDLINE), from January 2014 to December 2018, from the following question: which factors characterize the Obstetrical violence in the care spaces? **Results:** Based on the

review of 6 articles, it is possible to affirm that obstetric violence fits as a public and current health problem in the context of women's health, and, despite having a definition in several institutional instances, it manifests itself under different forms in the context of childbirth and birth care, such as: in disrespect to women and their families at the time of care, lack of information, unnecessary procedures and non-based evidence, neglect of care by the Health team, besides the facets of institutional violence when the State does not provide the necessary conditions for the access of this population to obstetric and neonatal care services. Conclusion: It is perceived that obstetric violence is present in the daily life of the spaces of healthcare of women and manifests itself under different actions, making it a complex process, both in its understanding and the causal roots, as well as in the implementation of effective measures that can account for combating all these different facets

Keywords: Women's Health, Violence Against Women and Obstetrics.

1. INTRODUÇÃO

Atualmente, a violência obstétrica tem ganhando grande visibilidade na mídia em decorrência das variadas denúncias, processos jurídicos, tanto contra profissionais da saúde, quanto para instituições, fortalecendo assim, políticas que asseguraram a prática de intervenções no contexto da saúde pública (LEAL et al., 2018).

De acordo com Rodrigues et al. (2018), mesmo diante dessas práticas, ainda hoje é possível provar que as mulheres passam por inúmeras práticas desrespeitosas na assistência, essas práticas são realizadas sem o prévio conhecimento e consentimento da mulher excluindo assim, o seu poder de decisão, com o grave descumprimento das boas práticas que preconiza a Organização Mundial de Saúde (OMS).

A violência obstétrica, por sua vez, é caracterizada por diversos atos praticados contra a mulher no exercício de sua saúde sexual e reprodutiva. Podem ser cometidos por profissionais de saúde, servidores públicos, profissionais técnico-administrativos de instituições públicas e privadas, bem como civis. Estes podem ter caráter físico, psicológico, sexual, institucional, midiático e material (NASCIMENTO et al., 2017).

De acordo com Oliveira et al. (2017), torna-se necessário implementar estratégias para um atendimento humanizado, aumentando a satisfação das clientes, nas maternidades e hospitais, com o objetivo de que os atendimentos nesses locais possam ser uma experiência gratificante para as parturientes.

Portanto é importante que, durante o processo de parturição, a parturiente tenha uma experiência agradável e satisfatória que intensificada com a presença do

acompanhante faz com que ela se sinta segura que, por sua vez fortalece o vínculo com aquele indivíduo (INAGAKI et al., 2018).

O Ministério da Saúde no decorrer do tempo, desenvolveu estratégias que objetivam um novo modelo de assistência, buscando atender as parturientes de forma humanizada e reduzir bruscamente as intervenções e procedimentos que não se fazem necessários (NASCIMENTO et al., 2017).

Dessa forma, observando os estudos relacionados e o crescente aumento de crescente de denúncias na mídia a respeito da violência Obstétrica, faz-se necessário responder a seguinte pergunta norteadora: Quais fatores caracterizam a violência obstétrica nos espaços assistenciais?

Assim, este estudo tem por objetivo identificar os principais fatores que buscam definir a violência obstétrica como problema de saúde pública.

2. MATERIAI E MÉTODO

Trata-se de uma Revisão Integrativa da Literatura, que determina o conhecimento atual sobre uma temática específica, uma vez que visa identificar, analisar e sintetizar resultados de estudos independentes sobre o mesmo assunto, contribuindo, para uma possível repercussão benéfica na qualidade dos cuidados prestados ao paciente. É produzida a partir de 6 fases (TEIXEIRA et al., 2013).

Por se caracterizar como um estudo de revisão integrativa, não se faz necessário a submissão da pesquisa a um comitê de ética em pesquisa, contudo, sua elaboração foi concebida através dos preceitos éticos científicos, com embasamento nas normas de preservação de direitos autorais, objetivando maior fidelidade aos dados coletos na revisão.

1ª Fase: elaboração da pergunta norteadora. Trata-se de uma pesquisa de revisão integrativa, tendo como base estudos de caráter original das principais bases de dados baseado nas normas éticas, afim de assegurar resultados fidedignos. Possui a seguinte pergunta norteadora: Quais fatores caracterizam a violência obstétrica nos espaços assistenciais?

2ª Fase: busca ou amostragem na literatura: Foram utilizados como referencias, artigos científicos de caráter original das bibliotecas virtuais em saúde das principais

bases de dados com amplo acesso dos profissionais para publicação de novos estudos voltados a saúde da mulher, sendo estas, Base de Dados de Enfermagem (BDENF), Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS) e Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE).

Os seguintes descritores foram utilizados para pesquisa dos artigos: Saúde da Mulher; Violência contra a Mulher; Atenção à Saúde; Obstetrícia, ambos identificados através da plataforma do DeCs (descritores em ciências da saúde); foram utilizados todos os descritores na guia de pesquisa avançada com a opção “AND”, pois a plataforma utilizada “Biblioteca virtual em saúde do brasil” tem amplo acesso a todo o acervo das três bases de dados descritas acima.

Referente aos critérios de inclusão e exclusão. Foram incluídos no estudo trabalhos de caráter original no período de janeiro de 2014 a dezembro de 2018, disponibilizados na íntegra, gratuitos, no idioma português, publicados no Brasil, com objetivos que se correlacionam com o tema proposto. E foram excluídos trabalhos da literatura cinza, artigos do tipo: relatos de experiência e estudos de caso.

3ª Fase: coleta de dados: Baseado nos critérios de inclusão e exclusão foi aplicado filtro manual para selecionar os artigos que fariam parte do escopo final do trabalho, afim de assegurar resultados fidedignos, depois de selecionados, os artigos foram organizados com auxílio de um quadro síntese, previamente preparado, onde os mesmos contem: base de dados, título, autor (es), objetivo, metodologia, revista e ano.

4ª Fase: análise crítica dos estudos incluídos: Foi realizada leitura integral de todos os artigos pertencentes ao escopo final, com o objetivo de achar a resposta para a pergunta norteadora, abordagens relevantes referentes ao tema, compilações que se correlacionam com o objetivo principal do trabalho e principais características entre os mesmos.

5ª Fase: discussão dos resultados: A partir da compilação e correlação entre as literaturas, foi feita a síntese dos resultados buscando evidenciar as respostas encontradas para a pergunta norteadora, assim como as principais diferenças entre os autores baseados em suas pesquisas

6ª Fase: apresentação da revisão integrativa: Os resultados foram apresentados com base no uso de fluxogramas e do quadro síntese.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 RESULTADOS

Durante o processo de pesquisa nas bases de dados: Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE), ao configurar a plataforma de pesquisa para buscar artigos somente com os descritores de ciências em saúde previamente escolhidos, foram encontrados 14 artigos, após a aplicação do filtro manual em conjunto com os critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 06 artigos, dos quais, após revisão, 06 artigos do período de janeiro de 2014 a dezembro de 2018, foram selecionados para compor a amostra final da pesquisa, conforme fluxograma na figura 1.

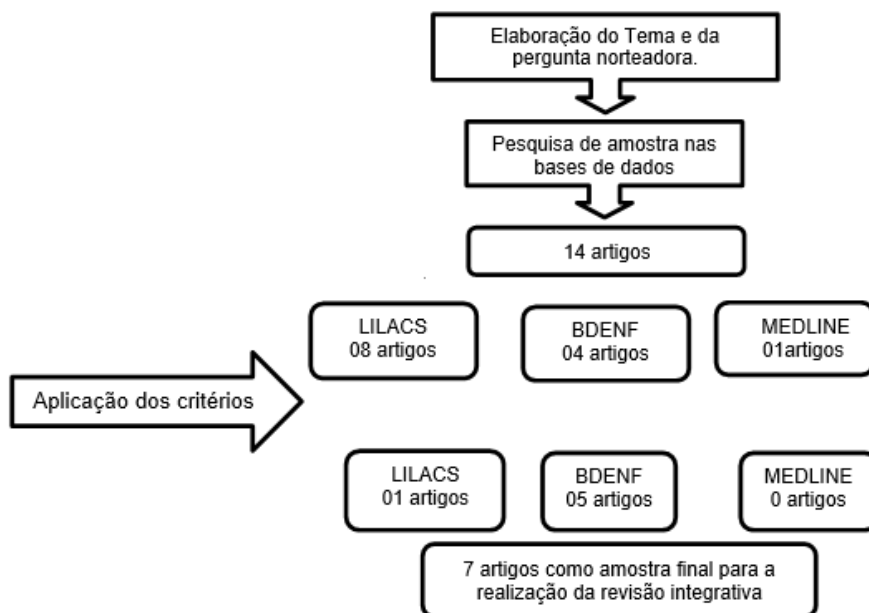


Figura 1. Fluxograma de seleção dos artigos para a composição da revisão integrativa.

Analisando o escopo do estudo, observou-se a prevalência de estudos científicos nas bases de dados BDENF e LILACS, mostrando que grande parte dos autores com assuntos similares ao deste estudo, tem preferência para publicação por essas bibliotecas virtuais devido o livre acesso das pessoas essas bases de dados, por outro lado, observou-se dificuldade de encontrar artigos na base de dados MEDILINE, devido o tema principal do trabalho estar relacionado a problemas provenientes da atenção publica oriundas de países subdesenvolvidos onde a mesma tem uma especificidade por termos provenientes da américa do norte e central (Quadro 1).

Quadro1. Caracterização dos estudos a partir dos seguintes tópicos: Base, Revista, Título, Autor (es), Objetivo, Metodologia e Ano.

Nº	Base	Titulo	Autor (es)	Objetivo	Metodologia		Ano
					Tipo de estudo	Abordagem	
1	Bdenf	Fatores associados à humanização da assistência em uma maternidade pública	Ana Dorcas de Melo Inagaki, Renata Julie Porto Leite Lopes, Nadyege Pereira Cardoso, Luana Meneses Feitosa, Ana Cristina Freire Abud, Caíque Jordan Nunes Ribeiro.	Identificar fatores associados à humanização da assistência durante o trabalho de parto, parto e nascimento.	Transversal	quanti-qualitativo	2018
2	Bdenf	A violência obstétrica no contexto do parto enascimento	Diego Pereira Rodrigues, ValdecyrHerdy Alves, Raquel Santana Vieira, Diva Cristina Morett Romano Leão, Enimar de Paula, Mariana Machado Pimentel.	Analisar as práticas consideradas violentas na atenção obstétrica.	Integrativo	Revisão	2018
3	Bdenf	O direito ao acesso e acompanhamento ao parto e nascimento: a ótica das mulheres	Angela MitranoPerazzini de Sá, ValdecyrHerdy Alves, Diego Pereira Rodrigues, Maria RikerBertillaLutterbachBranco, Enimar de Paula, Giovanna Rosario Soanno Marchiori.	Analisar as situações de violência obstétrica perpetrada por profissionais de saúde durante o processo parto/nascimento sob a percepção das puérperas acerca do direito ao acesso à maternidade e a ter um acompanhante de sua livre Escolha	Descritivo Exploratório	Qualitativa	2017
4	Bdenf	Relato de puérperas acerca da violência obstétrica nos serviços públicos	Laís Chaves do Nascimento, Kamyla Felix Oliveira dos Santos, Cristian Garrido de Andrade, Isabelle Cristinne Pinto Costa, Fabiana Medeiros de Brito.	Desvelar as formas de violências obstétricas sofridas durante a gestação e o parto a partir de relatos de puérperas.	Descritivo Exploratório	Qualitativa	2017
5	Bdenf	Percepção das mulheres sobre violênciaobstétrica	Tayse Ribeiro de Oliveira, RoxannyEnollylara Oliveira Lira Costa, Nadiana Lima Monte, Juscélia Maria de Moura Feitosa Veras, Maria Íris Mendes da Rocha Sá.	Caracterizar a violência obstétrica vivenciada pelas mulheres durante o processo parturitivo	Descritivo Exploratório	Qualitativa	2017
6	Lilacs	Violência obstétrica no processo de parturição em maternidades vinculadas à Rede Cegonha	Francisca Alice cunha Rodrigues, Samira Valentim Gama Lira, Poliana Hilário Magalhães, Ana Luiza Vasconcelos Freitas, Verônica Maria da Silva Mitros, PauloCésar Almeida.	Analisar a violência institucional contra mulheres no processo de parturição em maternidades vinculadas a rede cegonha de Fortaleza/Cascavel.	Descritivo	Quantitativa	2017

3.2 DISCUSSÃO

Segundo Zanardo et al. (2017), é visto que a violência obstétrica, não se tem uma definição única e a maior parte dos casos são queixas sobre o desrespeito, falta de informação do médico com a paciente e medo de perguntar sobre os processos que devem ser explicados e retirada as dúvidas. Essa se destaca como um tipo de violência contra mulher, pois não há lei no Brasil como na Venezuela que em 2007 criou a “Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia” que caracteriza violência obstétrica como a posse do corpo e técnicas usadas no parto das mulheres pelos profissionais de saúde.

É importante que, durante o processo de parturição, a parturiente tenha uma experiência agradável e satisfatória que se intensifica com a presença do acompanhante fazendo com que ela se sinta segura e fortalecendo o vínculo com aquele indivíduo. Entretanto, foi visto que mulheres com índice de escolaridade baixa não tiveram esclarecimentos e dúvidas retiradas sobre a parturição, violando o direito das mulheres de uma assistência segura (INAGAKI et al., 2018).

De acordo com Oliveira et al. (2017), o parto é de vivência da mulher e de seu parceiro, ou seja, as decisões médicas não devem ser dominantes dentro desse âmbito. É dito também, que a relação saúde-paciente deve ser mais humanizada, referindo-se ao respeito na hora da assistência, priorizando o cuidado, os direitos da paciente, sua cultura e criando um ambiente harmônico onde a equipe de saúde transmite uma segurança a puérpera sobre os cuidados que serão tomados. Além disso, é muito importante que a comunicação seja de forma respeitosa e compreensiva de ambas as partes, pois afetando a comunicação, afeta a experiência dentro do parto e o cuidado poderá não ser efetivo e gratificante para a paciente.

De acordo com Santos e Souza (2015), a violência obstétrica é praticada pela equipe de saúde e consentida pelas mulheres, pois, não possuem um conhecimento e confiam no julgamento da equipe para dizer o que é melhor para e para o bebê. Consideram-se quatro tipos de violência: verbal, física, sexual e a negligência, sendo a mais cometida dentre elas; alguns procedimentos realizados são considerados violentos e desnecessários, além disso, são feitos de modo inadequado, como a episiotomia.

Existem copiosos tipos de violência obstétrica que abrangem um caráter físico, ações que causam dor ou dano físico como a manobra de Kristeller; uma agressão psicológica, onde a parturiente se sente inferior a equipe de saúde por conta de um descaso com a

mesma; sexual, que viola a intimidade e o pudor da paciente, um exemplo é o exame de toque excessivo e/ou contínuo; o institucional, onde viola os direitos da mulher, como impedir que a mulher tenha acesso ao atendimento à saúde ou a privação de acompanhante que infringe a lei 11.108/2005; o midiático, ações em um meio de comunicação que faz apologia a práticas que não são indicadas cientificamente e a violência material, com o objetivo de obter os recursos financeiros das mulheres, elas possuem um trauma emocional que é passado de geração a geração (NASCIMENTO et al., 2017).

De acordo com Rodrigues et al. (2018), a violência obstétrica é evidenciada por violências ocorridas durante o amparo na gravidez, parto, pós-parto e ao abortamento. Ele também se caracteriza em sete categorias, sendo elas, abuso físico, procedimentos sem o consentimento; abuso verbal; discriminação; abandono de assistência; anulação da autonomia e imposição de intervenções obstétricas sem base científica. É visto também que já existe uma lei 11.108, de 2005, onde há a diminuição para um acompanhante de escolha da paciente. Além disso, é visto o benefício do acompanhante desde 1985 pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Quando a equipe de saúde comete um desleixo, indiferença com a parturiente é considerada uma violência de caráter institucional no que se refere a atendimento obstétrico. Essa engloba a peregrinação que algumas parturientes são obrigadas a fazer por não haver leitos causando sentimentos desfavoráveis no parto e nascimento; falta de acolhimento, criando uma insegurança e a ausência de apoio institucional (PERAZINNI et al., 2017).

4. CONCLUSÃO

Baseando-se no estudo realizado de caráter revisão integrativa, é possível afirmar que a violência obstétrica é um problema de saúde pública, demonstrando ter encontrado seu objetivo com clareza e possibilitando a identificação de possíveis meios para que as mulheres em processo de parturição, assim como a equipe de saúde, identifiquem as formas de violência obstétrica, assim como possam prevenir, pois a mesma não possui uma definição única e basicamente caracterizada pelo desrespeito, falta de informação, procedimentos desnecessários ou simplesmente negligência por parte da equipe de saúde.

Diante desse fato, é necessárias orientações voltadas ao público feminino,

principalmente no decorrer do pré-natal, afim de evitar determinados atos pela equipe de saúde, assim como a má interpretação do que realmente caracterizaria essa violência, de forma a dar auxílio a equipe nesse grande momento para a mulher.

Dessa forma torna-se imprescindível o conhecimento sobre todos os direitos da gestante na hora do parto, tanto pela mulher, quanto pela equipe de saúde, objetivando assim, uma melhor assistência durante o parto e nascimento, além de fortalecer o vínculo de confiança entre parturiente e equipe de saúde.

5. REFERÊNCIAS

- INAGAKI, A. D. M. et al. Fatores associados à humanização da assistência em uma maternidade pública. **Revista de Enfermagem Ufpe On Line**, v. 12, n. 7, p. 1879- 1886, 2018.
- LEAL, S. Y. P. et al. PERCEPÇÃO DA ENFERMEIRA OBSTETRA ACERCA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA. **Cogitare Enfermagem**, v. 23, n. 1, p. 23-29, 2018.
- NASCIMENTO, L. C. et al. Relato de puérperas acerca da violência obstétrica nos serviços públicos. **Revista de Enfermagem Ufpe On Line**, v. 11, n. supl. 5, 2014-2023, 2017.
- OLIVEIRA, T. R. de et al. Percepção das mulheres sobre violência obstétrica. **Revista de Enfermagem Ufpe On Line**, v. 11, n. 1, p. 40-46, 2017.
- PERAZZINI DE SÁ, A. M. et al. O direito ao acesso e acompanhamento ao parto e nascimento: a ótica das mulheres. **Revista de Enfermagem Ufpe On Line**, v. 11, n. 7, p.2683-2690, 2017.
- PEREIRA, J. S. et al. Violência Obstétrica: Ofensa a dignidade humana. **Braz.J. Surg.Clin. Res**, v. 15, n. 1, p.103-108, 2016.
- RODRIGUES, D. P. et al. A violência obstétrica no contexto do parto e nascimento. **Revista de Enfermagem Ufpe On Line**, v. 12, n. 1, p. 236-246, 2018.
- RODRIGUES, D. P. et al. The pilgrimage in reproductive period: a violence in the field of obstetrics. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, v. 19, n. 4, p. 614- 620, 2015.
- RODRIGUES, F. A. C. et al. Violência obstétrica no processo de parturição em maternidades vinculadas à Rede Cegonha. **Reprodução & Climatério**, v. 32, n. 2, p. 78-84, 2017.
- SANTOS, R. C. S. et al. Violência institucional obstétrica no Brasil: revisão sistemática, **Estação Científica (UNIFAP)**, v. 5, n. 1, p. 57-68, 2015.

TENDÊNCIA DE MORTALIDADE POR ACIDENTES DE TRÁFEGO A PARTIR DOS LAUDOS DE NECRÓPSIA DO INSTITUTO MÉDICO LEGAL NO MUNICÍPIO DE RIO BRANCO - ACRE ENTRE 2015- 2017

Rodrigo Lázaro Rocha Veloso^{1,2}, Greiciane da Silva Rocha³, Rozilaine Redi Lago³,
Andréia Cristina Vilas Boas⁴, Hermes Olímpio da Costa Filho², Karolayne Hettwer^{1,2}

1. Programa de Iniciação Científica da Universidade Federal do Acre (UFAC), Rio Branco, Acre, Brasil;
2. Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Acre (UFAC), Rio Branco, Acre, Brasil;
3. Centro de Ciências da Saúde e do Desporto (CCSD) da Universidade Federal do Acre (UFAC), Rio Branco, Acre, Brasil;
4. Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco (HUERB); Núcleo de Prevenção de Suicídio, Rio Branco, Acre, Brasil;

RESUMO

Os acidentes de trânsito, fazem parte da rotina de grandes e pequenas cidades, resultando em mortes e sequelas a cada ano. Estudos vem reforçando a necessidade de prevenção destes agravos, colocando-os como uma situação de saúde pública. A importância deste tema reflete na condição de que todo o ser humano, está inserido no trânsito, seja como pedestre, ciclista ou condutor de veículo e de certa forma predisposto a se tornar uma vítima no trânsito. Trata-se de um estudo do tipo transversal descritivo, a partir de laudos cadavéricos, desenvolvido no IML (Instituto Médico Legal de Rio Branco). A pesquisa abrangeu os casos de morte por acidentes de trânsito no período de 2015 a 2017. Foram estudados 105 casos de óbitos por acidente de trânsito em vítimas residentes no município de Rio Branco. Observou-se nos casos, uma maior frequência do sexo masculino com 78%, ao passo que 67,3% das vítimas encontravam-se no grupo etário com idade entre 20 a 59 anos. Grande parte estavam em motocicleta 39,9%. Nos tipos de acidentes analisados a parte do corpo mais atingida é a estrutura óssea. A maior parte dos óbitos estão relacionadas a traumas na região craniana. Conhecer os fatores relacionados aos acidentes de trânsito e suas lesões graves é uma ferramenta indispensável para a compreensão e proposição de medidas de segurança no trânsito com foco educativo.

Palavras-chave: Acidente de trânsito, Mortalidade e Gravidade das lesões.

ABSTRACT

Traffic accidents are part of the routine of large and small cities, resulting in deaths and sequelae every year. Studies have reinforced the need to prevent these diseases, placing them as a public health situation. The importance of this theme reflects on the condition that

every human being is inserted in traffic, whether as a pedestrian, cyclist or vehicle driver and in a way predisposed to become a victim in traffic. This is a descriptive cross-sectional study, based on cadaveric reports, developed at the IML (legal medical institute of Rio Branco). The research covered cases of death from traffic accidents in the period 2015 to 2017. We studied 105 cases of deaths from traffic accidents in victims living in the city of Rio Branco. In the cases, a higher frequency of males was observed, 78%, while 67.3% of the victims were in the age group aged between 20 and 59 years. Most were on motorcycle 39.9%. In the types of accidents analyzed, the part of the body most affected is the bone structure. Most deaths are related to trauma in the cranial region. Knowing the factors related to traffic accidents and their serious injuries is an indispensable tool for understanding and proposition of traffic safety measures with educational focus.

Keywords: Traffic accident, Mortality and Injury severity.

1. INTRODUÇÃO

Estima-se que cerca de 1,3 milhão de pessoas no mundo morrem anualmente por acidentes de trânsito, com implicações para suas famílias e para a sociedade como um todo (OPAS, 2019).

Na década passada o Brasil ocupava o 5º lugar entre os países com maior número de mortes no trânsito, precedido pela Índia, China, EUA e Rússia. A Organização Mundial de Saúde (OMS), estima que 1,9 milhão de pessoas devem morrer no trânsito em 2020 e 2,4 milhões, em 2030. As Américas respondem por 12% dessas mortes, com o Brasil sendo responsável por uma quarta parte dos óbitos na Região (WHO, 2009).

No Brasil, a taxa de óbitos por ATT (Acidentes de Transporte Terrestre) em 2017, foi de 16.9 para cada 100.000 habitantes. Na região Norte do país, que compreende os estados do Acre, Amapá, Amazonas, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins, no triênio 2015-2017, foi registrada taxa de 58,3 óbitos para 100.000 habitantes. Neste mesmo intervalo, no estado do Acre, compreendendo os seus 22 municípios, constatou-se uma taxa de 57,6 óbitos para 100.000 habitantes.

Há de se frisar que no Brasil, neste mesmo período, os acidentes de trânsito na faixa etária de 15-49 anos tiveram uma maior expressividade no quantitativo total, apresentando o valor de 24.112 casos de um total de 36.246 óbitos contabilizados para este grupo (BRASIL, 2019).

Faz-se necessário refletir, que no cenário que se envolvem as vítimas de acidentes de trânsito, existem grupos vulneráveis a lesões traumáticas, como motociclistas, pedestres e ciclistas. Nessa classificação há vítimas que vão á óbito, ainda no local de ocorrência do

acidente ou pouco tempo após o atendimento, em virtude de impactos fisiológicos em regiões cranioencefálica e abdominal, a citar também lesões importantes em vísceras maciças, como fígado, rim e baço.

Observa-se que os tipos de lesões mais frequentes em vítimas de ATT são escoriações, feridas contusas/incisas, seguidas de contusões, entorses e luxações e fraturas, embora o trauma crânioencefálico e o politraumatismo sejam os mais severos. Por conseguinte, as regiões do corpo mais acometidas são os membros inferiores, membros superiores e cabeça, uma vez que, o grupo de vítimas mais acometidos são os motociclistas (MEDEIROS et al., 2017; ARAÚJO et al., 2017).

Assim sabe-se que as taxas de lesões e danos fatais são maiores entre as vítimas de acidentes envolvendo motocicletas, quando comparadas às vítimas de qualquer outra forma de condução por veículo de transporte, sendo esta unidade, de acordo com o Grupo CID 10 no ano de 2017, responsável por 12.154 óbitos notificados do total de 36.246 casos de mortes por ATT, configurando-se em primeiro lugar entre as vítimas notificadas (BRASIL, 2019).

É interessante observar que, os motociclistas que sofrem acidente de tráfego buscam, na maioria das vezes, culpabilizar outros condutores ou pedestres pela ocorrência do incidente, nunca a si mesmos, argumentando como desculpa as exigências de trabalho e a imperícia do outro, uma vez que, a motocicleta tem uma maior possibilidade de movimentação, bem como uma grande vulnerabilidade para colisões (SOUZA et al., 2018).

Ainda importante considerar que alguns fatores de risco se tornam determinantes no momento de avaliar o parâmetro causador do incidente, entre eles alta velocidade, condução sob influência de álcool e outras drogas, má condição das vias, cumprimento insuficiente das normas/leis de trânsito, o não uso dos acessórios de segurança obrigatórios, além da direção distraída, em especial com a utilização de equipamentos eletrônicos; concentrando, atualmente, grande foco das abordagens nos programas de educação continuada no trânsito.

Infere-se que essa situação contribui para a vulnerabilidade em saúde pública estando relacionada principalmente aos jovens em faixa etária produtiva, com alta morbimortalidade – óbitos e lesões incapacitantes – tendo como resultante, um grande ônus econômico para o Sistema Único de Saúde (SUS), além da perda de uma parcela da população produtora de renda no país com Anos Potenciais de Vida Perdido - APVP (OLIVEIRA et al., 2003; CORGOZINHO et al., 2018).

Assim, tem-se o conhecimento de que as consequências dos acidentes de trânsito repercutem negativamente sobre a saúde da população em geral, visto que muitos não compreendem a gravidade do impacto gerado na sociedade. Desta forma, o estudo em questão, pretende expor a situação da mortalidade pelas causas externas de acidente de transporte terrestre no município de Rio Branco/Acre, a partir dos laudos de necrópsia.

2. MATERIAIS E MÉTODO

Trata-se de um estudo do tipo transversal descritivo, a partir de laudos cadavéricos disponibilizados no Instituto Médico Legal - IML da cidade de Rio Branco/ Acre, utilizaram-se todos os laudos datados dos meses de janeiro de 2015 a dezembro de 2017.

A coleta de dados foi realizada em etapa única no IML de Rio Branco/AC através da transcrição dos impressos disponíveis no serviço, a partir do laudo de exame cadavérico, ficha de registro de cadáver do IML, termo de recebimento de cadáver do IML, formulário de encaminhamento de cadáveres ao IML, guia de solicitação de exame de corpo de delito, ficha e prontuário civil da vítima e declaração de óbito.

O critério de inclusão eram vítimas de acidente de trânsito de ambos os sexos e faixas etárias, residentes no município de Rio Branco. Foram excluídos da coleta registros de óbito de residentes de outros municípios, impressos com dados incompletos ou ilegível e casos de sigilo judicial. As variáveis coletadas dos impressos foram as descrições da vítima como: identificação, naturalidade, nacionalidade, cor, data de nascimento, idade, estado civil, escolaridade, ocupação/profissão, sexo, genitores, endereço, bairro, cidade. Dados relacionados à ocorrência: local da ocorrência, data, hora, local do óbito, data do óbito, hora do óbito, meio ou instrumento causador da morte, causa mortis (parte I e II da Declaração de Óbito).

No tocante aos registros de acidente de trânsito, dados relativos à categoria de vítima no tráfego não foram encontrados, buscou-se o complemento no banco de dados do Departamento Estadual de Trânsito do Acre – DETRAN/AC, através de uma checagem com dados de identificação da vítima e do acidente como: nome, data de nascimento, sexo, registro de identificação, genitores, local de ocorrência do acidente, hora da ocorrência.

Na posse dos dados adquiridos nos laudos impressos, passou-se a realizar a construção do banco de dados em uma planilha no programa Excel, com a digitação de 231

casos de acidentes de trânsito, ao passo que deste montante 105 casos eram de residentes de Rio Branco. Houve a exclusão de 126 casos, em virtude de a residência das vítimas serem em locais do interior do Estado do Acre.

Realizou-se a estimativa das proporções nas variáveis categórica e descrição agrupada das lesões primárias e secundárias a partir da CID – 10, obedecendo as classificações de V01-V87 do capítulo XX das causas externas de morbidade e mortalidade, e S00 a T98 do capítulo XIX de lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas.

Para análise descritiva foi apresentado distribuições de frequências das variáveis categóricas, com estimativas das proporções. Considerando que se trata de um estudo envolvendo seres humanos, os princípios éticos fundamentais estabelecidos para a pesquisa científica foram atendidos. O estudo teve parecer de aprovação com o número 2.987.228, obedecendo aos critérios da resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466/2012.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O perfil sociodemográfico encontrado nesta pesquisa é semelhante a outros achados literários, no qual a maioria dos acidentados pertencem à indivíduos do sexo masculino, baixa renda, em idade economicamente ativa.

Estudo apontam que determinados comportamentos podem estar presente com mais frequência no público masculino e associados ao acidente de trânsito a citar: agressividade, irritabilidade, desatenção, pressa, direção sob efeito de bebidas, adoção de alta velocidade, impulsividade, violação das leis e negligência dos riscos (ULLEBERG; RUNDMO, 2003; OLTEDAL; RUNDMO, 2006; CHANG; YEH, 2007; ARAÚJO; MALLOY-DINIZ; ROCHA, 2009, CHUNG; WONG, 2012).

Em relação a faixa etária das vítimas, adultos jovens de 20-49 anos se destacaram, estudos apontam que muitas das razões do envolvimento de certas idades nas ocorrências de acidentes devem-se, em parte, a questões comportamentais, características da idade e de traços da personalidade (MARÍN; QUEIROZ, 2000; CHANG; YEH, 2007; CHUNG; WONG, 2012). Outra condição está na inexperiência à direção, observada principalmente em jovens entre 18 a 24 anos, além da superestimação da capacidade de direção, ingestão de bebidas, uso de drogas e não utilização dos equipamentos de segurança (PETRIDOU e

MOUSTAKY, 2000; CHUNG; WONG, 2012). Quanto às questões interpessoais, está o fato de que a adoção de hábitos parte da necessidade dos jovens em ter seu direito e o respeito reconhecido entre seu grupo (SOUZA, 2001; SORIANO et al., 2017; MESQUITA filho et al., 2017; GEIGER et al., 2018).

Outra variável útil na avaliação do perfil das vítimas, tem a ver com a escolaridade, de modo, que no presente estudo grande parte das pessoas atingidas possuíam até o ensino fundamental completo. Há uma correlação entre anos de estudos com maior dificuldade em seguir as legislações, onde os pedestres analfabetos ou com pouca escolaridade são mais propensos a atravessarem uma rua fora da faixa de pedestres, acarretando o aumento das chances de atropelamento (MALTA et al., 2016).

Tabela 1. Distribuição dos óbitos por acidente de trânsito, segundo características das vítimas residentes do município de Rio Branco- Acre, 2018-19 (n=105)

Características	Categorias	n	%
Sexo	Feminino	23	22,0
	Masculino	82	78,0
Faixa Etária	0-9 anos	2	2,4
	10-19 anos	10	9,5
	20-39 anos	37	34,6
	40-59 anos	34	32,7
	60 e mais	22	20,8
Cor	Branca	33	31,3
	Parda	72	68,7
Situação conjugal	Com companheiro	39	36,9
	Sem companheiro	66	63,1
Escolaridade	Analfabeto	11	10,7
	Ensino Fundamental	60	57,7
	Ensino Médio	25	23,5
	Ensino superior ou mais	09	8,1
Vítima	Condutor de motocicleta	36	35,5
	Passageiro de motocicleta	6	5,4
	Pedestre	21	20,0
Características	Categorias	n	%
	Ciclistas	17	16,1
	Condutor de automóvel	11	10,0
	Passageiro de automóvel	14	13,0

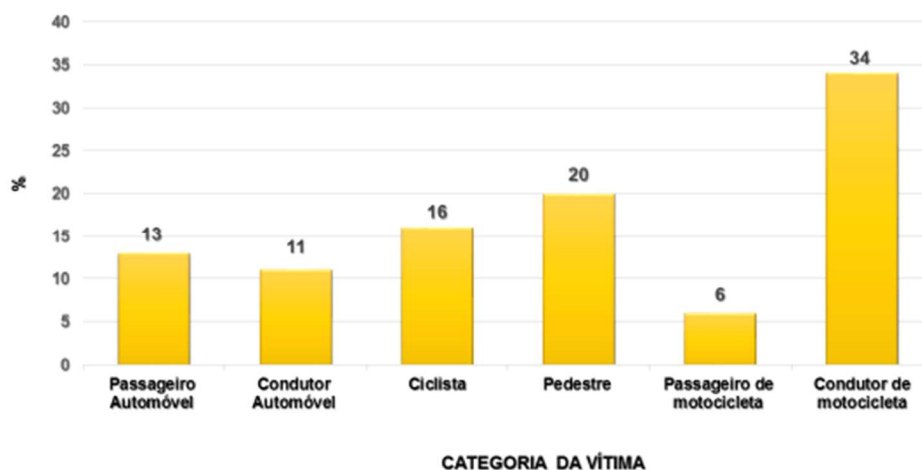


Figura 1. Distribuição dos óbitos por acidente de trânsito, segundo categoria da vítima, em residentes do município de Rio Branco- Acre, 2015-2017 (nº casos=105).

Embora existam outras categorias de acidentados, igualmente vulneráveis, correspondentes aos pedestres e ciclistas, atualmente, nota-se um aumento na utilização de motocicletas pela população por serem acessíveis para compra e manutenção em virtude do baixo custo, além da melhor acessibilidade no tráfego. Neste estudo constatou-se que mais da metade das vítimas conduziam motocicletas e outro quantitativo representavam os passageiros. A falta do arcabouço metálico dos veículos de duas rodas faz do mesmo um forte promotor de múltiplas lesões, em especial se somados ao excesso de velocidade nas colisões. As ejeções a distância definem a precariedade vital quando relacionado ao mecanismo do trauma e sua força de impacto.

A determinação dos traumas que cada pessoa acidentada pelo tráfego adquire é fundamental para um prognóstico, visto que, grande parte dos envolvidos são motociclistas, e quando se tornam vítimas fatais a estrutura do corpo mais atingida é a craniana. Neste aspecto, a obrigatoriedade do uso do dispositivo capacete com afivelamento da cinta jugular busca proteger a parte corpórea que tende a primeiro impactar-se ao solo (MELO et al., 2018).

Na região cranioencefálica, complicações podem coexistir antes do paciente adentrar ao serviço de emergência, como constatado, a hemorragia intracraniana, e o edema cerebral difuso. Dessa maneira, faz-se primordial distinguir as lesões primárias, que é o trauma direto no órgão corporal acompanhado dos distintos danos que ocorrem a partir da agressão inicial, das lesões secundária que se refere as degenerações subsequentes iniciado pelo agravo primário (PHTLS, 2007).

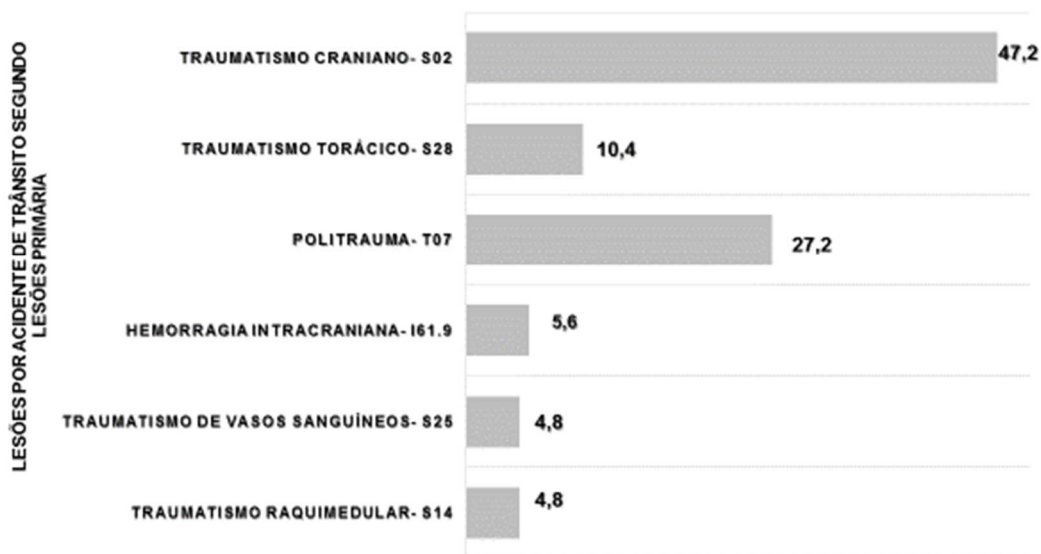


Figura 2. Distribuição das lesões por acidente de trânsito segundo lesões primárias, em residentes do município de Rio Branco, de acordo a Classificação Internacional das Doenças CID-10. Rio Branco- Acre, 2015-2017 (n=105).

Sendo assim, na caracterização dos tipos de lesões, destacaram-se as escoriações e feridas contusas/incisas contundentes, ou seja, causados por um meio mecânico externo; seguidos pelas fraturas, entorses, contusões e luxações, especialmente em estruturas ósseas. Percebeu-se que estas lesões não geraram agravos fatais, garantindo a vítima a possibilidade de um atendimento pré-hospitalar, embora lesões mais graves como o politraumatismo ou traumas cranioencefálicos, ocasionam o óbito no local do acidente.

Nesta porção de condutores e passageiros a imobilização do corpo e a rápida assistência através de exames de imagens mostra-se imprescindíveis para a manutenção da vida (MASCARENHAS et al., 2016). Quanto aos passageiros de veículos fechados, como automóveis, caminhonetes e caminhões reforça a grande chance dos capotamentos por alta velocidade, acentuando os politraumatismos, que em sua grande maioria associam-se a fraturas, de modo que estes lesionam órgãos e vasos sanguíneos internos, provocando hemorragia interna, por vezes, não diagnosticada pelo exame clínico ainda no local do acidente (SANTOS et al., 2019).

Outro ponto relevante nas vias públicas é a difícil interação entre automóveis e ciclistas; haja visto que, tanto se estimula a adoção de meios de transportes não poluentes como as bicicletas, todavia são expressivos os números de incidentes envolvendo esta parcela que faz parte do trânsito, em virtude da falta de ciclovias apropriadas e sinalizadas,

que venham a garantir uma certa segurança nos deslocamentos urbanos (GALVÃO et al., 2018).

Tabela 2. Características das ocorrências por acidente de trânsito, em residentes do município de Rio Branco- Acre, 2015-2017 (n= 105).

Características	Categorias	n	%
Hora*	00:00- 05:59	17	16,5
	06:00- 11:59	23	21,9
	12:00- 17:59	26	25,5
	18:00- 23:59	39	36,1
Dia	01 a 10	37	34,9
	11 a 20	40	37,6
	21 a 31	28	27,5
Mês	Janeiro - março	22	21,5
	Abril - junho	37	34,9
	Julho - setembro	30	28,2
	Outubro - dezembro	16	15,4
Ano	2015	34	33,1
	2016	34	33,1
	2017	37	33,8
Local	Zona urbana	89	84,3
	Zona Rural	16	15,7

*n=12 (número de vítimas que vieram a óbito em unidade hospitalar)

Durante a construção do estudo observou-se a prevalência dos acidentes com relação ao horário do agravo, e constatou-se que mais da metade ocorreram a partir do início da tarde, acentuando-se após as 18:00h; horário este conhecido como de pico, onde diversas pessoas inserem-se nas vias, somado a pressa em chegar ao destino, ocasionando engarrafamentos e instabilidades no fluxo neste momento que a luz solar reduz, a luminosidade elétrica necessita dar a segurança a malha viária (LADEIRA et al., 2017).

No período analisado, entre os anos de 2015 a 2017, os índices de acidente de trânsito no município de Rio Branco-AC, permanecem inalteráveis, com leve acréscimo no último ano observado. Estes dados trazem um nebuloso aspecto, visto que, mesmo com campanhas de prevenção e um acréscimo no valor das multas por infrações, estes números ainda sinalizam uma tendência de elevação.

Segundo informações da Organização Mundial de Saúde – OMS (2019), os acidentes de trânsito custam à maioria dos países 3% de seu produto interno bruto (PIB), onde cerca de 1,35 milhão de pessoas morrem a cada ano em decorrência de acidentes no trânsito em todo o globo; e ainda entre 20 e 50 milhões de pessoas sofrem lesões não fatais, muitas delas resultando em incapacidade. Todos esses números relevantes acontecem por meio de múltiplos fatores de riscos (SANTOS et al., 2016).

Esses fatores quando estudados tendem a explicar as altas taxas de acidentes de tráfego, como os natureza comportamental a citar: o abuso de velocidade, consumo de bebida a direção, omissão ao uso do cinto de segurança, desobediência a sinalização, uso de eletrônicos a direção, travessias em locais não permitidos, falta do uso do capacete ou do seu uso correto. Os de condição ambiental como: pavimentação precária, baixa iluminação viária, falta de sinalização, semáforos e redutores ou notificadores de velocidade. E aqueles relacionados ao veículo como os problemas de funcionamento de alguns dos seus componentes. Esses fatores causais acabam muitas vezes negligenciados em diversas cidades do país e contribuem diariamente para o perfil de mortalidade e morbidade da população dessa causa externa (OMS, 2018).

4. CONCLUSÃO

Compreender a gravidade desde o primeiro impacto em um acidente de tráfego, até a alta hospitalar ou o óbito das vítimas atingidas, é saber valorizar a vida humana, os recursos de saúde, bem como a manutenção de uma cultura para o tráfego seguro. Os dados expostos, apontam para uma problemática que tem sua causa inicial, na falha humana, em defeitos do veículo utilizado e/ou nas imperfeições da via urbana ou rural utilizada.

Diante disso, faz-se necessário o estabelecimento de medidas exitosas como o intuito da prevenção para acidentes de tráfego, com foco educativo de médio a longo prazo para mudança de hábitos e aspectos comportamentais nocivos, além de uma fiscalização

contínua e reformulação das leis para uma maior advertência e quando cabível as penalizações das infrações cometidas. Alia-se a essas ideias uma melhor reestruturação do fluxo de atendimento hospitalar, com intuito de elevar a sobrevivência da vítima do trânsito.

Contudo, como dado de fonte secundária, cabe citação das imperfeições de alguns registros, tendo em vista que eles não foram se quer pensados para fins de pesquisa ou de natureza científica. Ausência de algumas informações, ilegibilidade da escrita, descrições confusas quanto ao efeito causal são desafios de trabalhos com fontes oficiais de registro de mortalidade. É salutar lembrar que os registros são fontes inesgotáveis de informação no serviço, e que todo o zelo, organização e informatização deva ser considerado, para preservação do teor dos fatos e perfis do cenário da violência no trânsito.

Como sugestões para um trânsito mais seguro na cidade de Rio Branco-AC, coloca-se a elaboração e implantação de novas estratégias de educação permanente, com ênfase no grupo vulnerável aos agravos de trânsito; cobrança ao poder público pela melhor aplicação de recursos na manutenção e sinalização da malha viária; e a divulgação deste tema, incentivando a participação da comunidade em hábitos que favoreçam uma cultura de tráfego seguro.

5. REFERÊNCIAS

ARAÚJO, D. C. et al. Perfil e fatores associados ao trauma em vítimas de acidentes de trânsito atendidas por serviço móvel de urgência. **Arquivos de Ciências da Saúde**. v. 24, n.2, p. 65-70, 2017.

ARAÚJO, M. M.; MALLOY-DINIZ, L. F.; ROCHA, F. L. Impulsividade e acidente de trânsito. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 36, n. 2, p. 60-68, 2009.

BRASIL. **Sistema de Informações Sobre Mortalidade**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sim/obtm.htm>>. Acessado em 07/05/2019.

CHANG, H. L.; YEH, T. H. Motorcyclist accident involvement by age, gender, and risky behaviors in Taipei, Taiwan. **Transportation Research**, v. 10, n. 2, p. 109-122, 2007.

CHUNG, Y. S.; WONG, J. T. hung YS, Wong JT. Beyond general behavioral theories: Structural discrepancy in young motorcyclist's risky driving behavior and its policy implications. **Accident Analysis Prevention**, v. 49, n. 6, p. 165-176, 2012.

CORGOZINHO, M. M.; MONTAGNER, M. A.; RODRIGUES, M. A. C. Vulnerabilidade sobre duas rodas: tendência e perfil demográfico da mortalidade decorrente da violência no trânsito motociclístico no Brasil, 2004-2014. **Caderno de Saúde Coletiva**, v. 26, n. 1, p. 92-99, 2018.

GALVÃO, P. V. M. et al. Acidentes fatais de bicicletas no Brasil - 2001 a 2010. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 41, n. 4, p. 965-980, 2018.

- GEIGER, L. S. C. et al. Traumas por acidente de trânsito após implantação da Lei Nº 11.705-“Lei Seca”. **Revista Mineira de enfermagem**, v. 22, n. 1, p. 1072-1078, 2018.
- LADEIRA, R. M. et. al. Acidentes de transporte terrestre: estudo carga global de doenças, Brasil e unidade federais. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, n. 01, p. 157-170, 2017.
- MALTA, D. C. et al. Injuries from traffic accidents and use of protection equipment in the Brazilian population, according to a population-based study. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 02, p. 399-409, 2016.
- MARIN, L.; QUEIROZ, M.S. A atualidade dos acidentes de trânsito na era da velocidade: uma visão geral. **Caderno de Saúde Pública**, v. 16, n. 1, p. 7-21, 2000.
- MASCARENHAS, M. D. M. et al. Características de motociclistas envolvidos em acidentes de transporte atendidos em serviços públicos de urgência e emergência. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 12, p. 3661-3671, 2016.
- MEDEIROS, W. C. M. et al. Perfil epidemiológico das vítimas de acidente de trânsito atendidas num serviço público de emergência da região metropolitana de Natal/ RN. **HOLOS**, v. 7, p. 213-224, 2017.
- MELO, W. A. et. al. Mortality trend due to traffic accident in Young in the south of Brazil. **Caderno de Saúde Coletiva**, v. 26, n. 4, p. 102- 109, 2018.
- MESQUITA F. M.; CARVALHO, C. R.; GARCIA, E. P. Fatores associados à ocorrência de acidentes de trânsito entre universitários. **Revista Ciência & Saúde**, v. 10, n. 2, p. 62-70, 2017.
- OLIVEIRA, N. L. B.; SOUSA, R. M. C. Diagnóstico de lesões e qualidade de vida de motociclistas, vítimas de acidentes de trânsito. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 11, n. 6, p. 749-756, 2003.
- OLTEDAL, S.; RUNDMO, T. The effects of personality and gender on risky driving behaviour and accident involvement. **Safety Science**, v. 44, n. 7, p. 621-628, 2006.
- OMS. **CID-10, Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. Disponível em: <<https://www.cid10.com.br/>>. Acessado em 08/10/2019.
- OMS. **Salvar VIDAS – Pacote de medidas técnicas para a segurança no trânsito**. Disponível em: <<http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34980>>. Acessado em 29/11/2019.
- PETRIDOU, E.; MOUSTAKI, M. Human factors in the causation of road traffic crashes. **European Journal of Epidemiology**, v. 16, n. 1, p. 819–826, 2000.
- PHTLS, **Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado / NAEMT (National Association of Emergency Medical Technicians)**, tradução de Diego Alfaro e Hermínio de Mattos Filho. 2ª ed., Elsevier, 2007.
- SANTOS, A. M. R. et. al. Trauma by traffic accident in elderly y people: Risk factors and consequences. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 26, n. 02, p. 1-10, 2016.

- SANTOS, W. J.; RODRIGUES, R. A. P.; DINIZ, M. A. Work overload and risk behaviors in motorcyclists. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 6, p. 1555-1560, 2019.
- SORIANO, E. P., et al. Violência no trânsito: uma década de vidas perdidas em acidentes motociclísticos no Brasil. **Derecho y Cambio Social**, v. 10, n. 31, p.1-12, 2017.
- SOUZA, E.R. Tópicos do discurso sobre risco – Quando viver é o grande risco-aventura. **Caderno de Saúde Pública**, v. 17, n. 6, p. 1277-1311, 2001.
- SOUZA, H. N. F.; MALTA, D. C.; FREITAS, M. I. F. Narrativas de motociclistas acidentados sobre riscos e os diversos meios de transporte. **Interface- Comunicação, Saúde e Educação**, v. 22, n. 67, p. 1159-1171, 2018.
- ULLEBERG, P.; RUNDMO, T. Personality, attitudes and risk perception as predictors of risky driving behaviour among young drivers. **Safety Science**, v. 41, n. 5, p. 427-443, 2003.
- WHO. **Global status report on road safety: time for action**. Disponível em: <http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2009>. Acessado em 20/04/2019.

AVALIAÇÃO ECONÔMICA DOS ATENDIMENTOS DE ACIDENTES DE TRÂNSITO PELO SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA MÓVEL DE URGÊNCIA EM RIO BRANCO - ACRE - BRASIL

Rayse Alyne Biths de Lima Lima¹, Rubicleis Gomes da Silva¹

1. Curso de Ciências Econômicas da Universidade Federal do Acre (UFAC), Rio Branco, Acre, Brasil;

RESUMO

Introdução. Os acidentes de trânsito pelas suas diferentes implicações representam um sério problema de saúde pública. Objetivos. Identificar o custo médio do atendimento por acidentes de trânsito realizado pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) em Rio Branco - Acre - Brasil, em 2015; e verificar a relação entre o custo total dos atendimentos aos acidentes de trânsito em relação aos demais atendimentos realizados. Materiais e Método. A teoria dos custos econômicos foi utilizada para a apuração do custo de atendimento dos acidentes de trânsito no município de Rio Branco - Acre - Brasil, em 2015. Resultados. Os resultados indicaram que um atendimento do SAMU para acidente de trânsito custou aproximadamente 1,86 salários mínimos para a sociedade. Em um período de 10 anos, os custos econômicos equivalem a três unidades de pronto atendimento de porte três. Conclusão. A pesquisa mostrou que os custos econômicos associados ao resgate de vítima de acidentes de trânsito pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência foram expressivos. **Palavras-chave:** Avaliação Econômica, Trânsito, Custos e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

ABSTRACT

Introduction. Traffic accidents due to their different implications represent a serious public health problem. Goals. Identify the average cost of assistance for traffic accidents carried out by the Mobile Emergency Service (SAMU) in Rio Branco - Acre - Brazil, in 2015; and Check the relationship between the total cost of assistance to traffic accidents in relation to the other assistance provided. Material and Method. The theory of economic costs was used to determine the cost of handling traffic accidents in the municipality of Rio Branco - Acre - Brazil, in 2015. Results. The results indicated that attending the SAMU for a traffic accident cost society approximately 1.86 minimum wages. Over a 10-year period, economic costs are equivalent to three emergency care units of size three. Conclusion. The survey showed that the economic costs associated with rescuing victims of traffic accidents by the Mobile Emergency Service were significant.

Keywords: Economic Evaluation, Traffic, Costs and Mobile Emergency Service (SAMU).

1. INTRODUÇÃO

A implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) deu-se por meio da criação da Política Pública Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), através da Portaria nº 1863/GM, de 29 de setembro de 2003, que instituiu o componente pré-hospitalar móvel como primeira etapa da PNAU, por intermédio da implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), em municípios e regiões de todo território brasileiro, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Em 2004, o SAMU teve, de fato, a regulamentação oficializada através do Ministério da Saúde (MS), com a publicação do Decreto nº 5.055, de 27 de abril de 2004, que instituiu o SAMU em municípios e regiões do território nacional e estabeleceu o processo de adesão para esse tipo de serviço.

Em sua estrutura o SAMU abrange dois tipos de divisões, que são: as Unidades de Suporte Básico de Vida e a de Suporte Avançado, as quais atendem a população através da Central de Regulação Médica, onde existe uma equipe multidisciplinar preparada para garantir total cobertura no atendimento (ACRE, 2017a).

No Estado do Acre, o SAMU foi criado em 2003, através da Política Nacional de Atenção às Urgências, quando atuavam 418 profissionais, sendo a equipe composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, técnicos de regulação, motoristas de ambulância e motolância, rádio operadores, que trabalhavam em forma de plantões (ACRE, 2017b)

A Central de Regulação Médica de Urgência do SAMU de Rio Branco envolve 15 municípios, sendo 11 das microrregiões do Baixo Acre, Rio Branco e quatro de Brasiléia (ACRE, 2016). A Central de Regulação da macrorregião de Cruzeiro do Sul envolve sete municípios, sendo cinco da região do Juruá e dois da microrregião de Tarauacá / Envira.

Segundo a Secretaria de Saúde do Estado do Acre (SESACRE), na época da realização desta pesquisa, o SAMU realizava em média 40 mil atendimentos por ano, dos quais 27 mil são atendimentos pré-hospitalares, e aproximadamente oito mil correspondem a transferências hospitalares, e cinco mil são orientações realizadas diretamente com o médico, por telefone.

Em 2015, a equipe do SAMU possuía 120 profissionais (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, motoristas e apoio); existiam 24 ambulâncias de Suporte Básico de Vida (três de Suporte Avançado e duas motolâncias), as quais realizavam em cerca de

250 atendimentos diários e 2,5 mil atendimentos por mês, apenas na capital acreana (ACRE, 2017a,b).

Uma parte significativa dos atendimentos do SAMU ocorre em função dos acidentes automobilísticos. No período de 2010 a 2015, Rio Branco apresentou 37.574 acidentes de trânsito. O número de vítimas fatais, no período, foi de 413 pessoas. A figura 1 mostra que a taxa média de mortalidade dos acidentes de trânsito no período de 2010 a 2015 em Rio Branco é semelhante à Brasileira.

Podemos observar que a taxa brasileira de acidentes por 100 mil habitantes até 2014 permanece constante, com 20,67. Em 2015, em função da redução significativa dos acidentes, essa taxa apresentou uma redução de 38,14%. Em 2010, Rio Branco apresentou uma taxa de mortalidade de acidentes de trânsito de 38,69 acidentes por 100 mil habitantes, muito superior à média nacional com 20,67. A partir de 2011, observa-se uma redução acentuada da mortalidade dos acidentes, com exceção do ano de 2014.

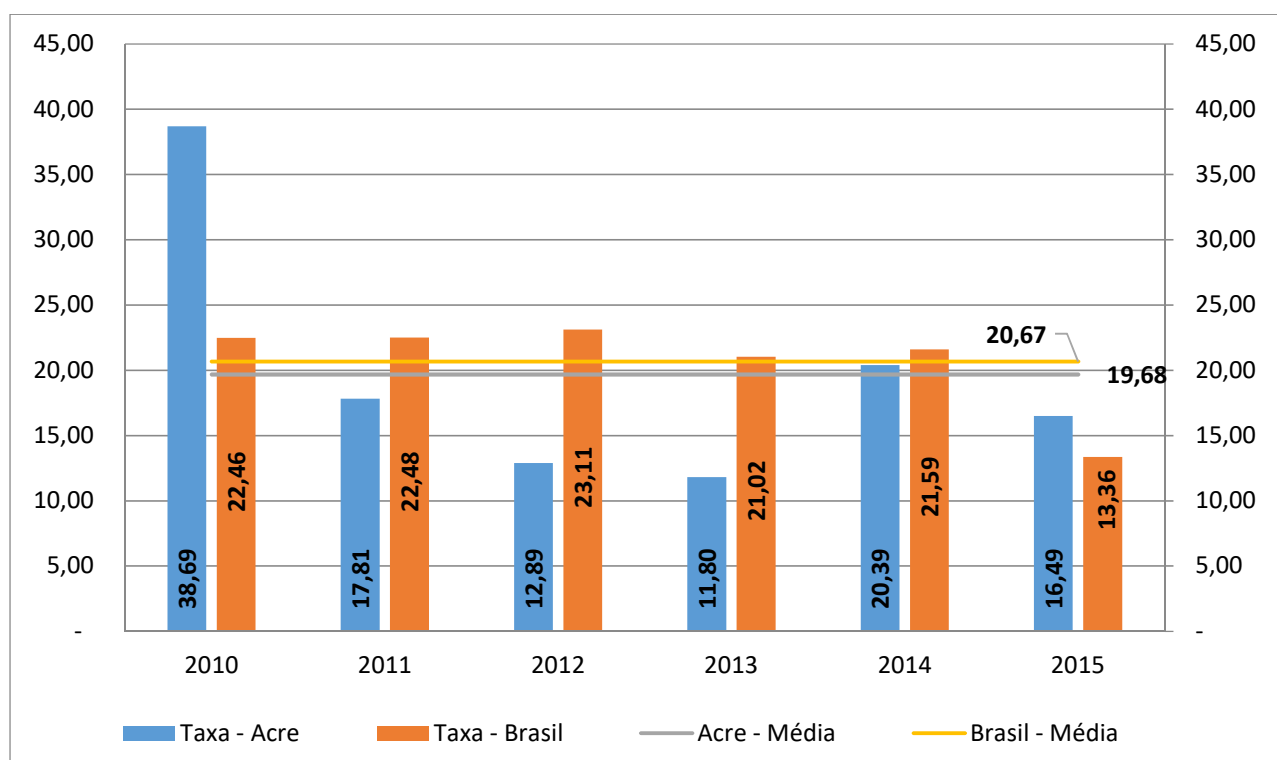


Figura 1. Taxa de acidente de trânsito por 100 mil habitantes em Rio Branco - Acre - Brasil e no Brasil, no período de 2010 a 2015.

Observação: Calculado a partir das estatísticas de acidentes com vítimas fatais do DETRAN - Acre e do DATASUS. A população foi extraída do IBGE.

Os acidentes de trânsito ocasionam um conjunto de custos econômicos que se iniciam com o atendimento de emergência e urgência no local do evento, e posteriormente, com o tratamento médico hospitalar, sendo que as perdas de produtividade do trabalho, as aposentadorias e pensões precoces, ocorrem de acordo com sua gravidade.

Até o momento, não existe, na literatura nacional, um trabalho que estime os impactos econômicos dos acidentes de trânsito em todas as suas fases e que forneça as estimativas segmentadas destes impactos. Especificamente, em relação ao Estado do Acre, Silva e Leite (2010) estimaram que os custos hospitalares oriundos dos acidentes de trânsito alcançaram no período de 2001 a 2010, aproximadamente 30 milhões de reais.

Os acidentes de trânsito e seus custos associados representam grande relevância no orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Diante desse cenário foram levantadas as seguintes questões relevantes para as políticas públicas de saúde: Qual o custo médio de um atendimento realizado pelo SAMU a uma vítima de acidente de trânsito em Rio Branco - Acre - Brasil, no ano de 2015? E quanto representa seu valor agregado em relação à outra política de saúde pública?

Assim, de posse dos seus resultados, espera-se ampliar os conhecimentos sobre os custos hospitalares da saúde relacionados aos acidentes de trânsito, bem como contribuir com as políticas públicas na prevenção dos acidentes, preservar vidas humanas, diminuir os traumas leves, graves, escoriações e redução destes custos.

O presente estudo teve como objetivo identificar o custo médio do atendimento por acidentes de trânsito realizado pelo SAMU em Rio Branco - Acre - Brasil, em 2015 e verificar a relação entre o custo total dos atendimentos aos acidentes de trânsito em relação aos demais atendimentos realizados.

2. MATERIAIS E MÉTODO

O método empregado para determinação do custo médio do atendimento do SAMU, associado aos acidentes de trânsito é a teoria dos custos de produção, e as fontes de dados utilizadas foram obtidas nos diversos relatórios contábeis e de atendimentos disponibilizados pela SESACRE.

A teoria dos custos de produção postula que o custo total (CT) é uma função dos custos variáveis (CV) e fixos (CF), dados pela seguinte expressão:

$$CT = \sum_i^n CV_i + \sum_j^m CF_j \quad (01)$$

Os custos variáveis estão associados diretamente aos atendimentos do SAMU, ou seja, variam em função da quantidade (q) de atendimentos realizadas em dado período de tempo. Por sua vez, os custos fixos, independem da quantidade. Caso os atendimentos sejam nulos em certo período de tempo, o custo fixo permanece constante.

Dividindo a expressão (01) pela quantidade de atendimentos, chega-se ao custo médio (CMe), ao custo variável médio (CVMe) e ao custo fixo médio (CFMe), que são representados por:

$$CMe = \frac{\sum_i^n CV_i}{q} + \frac{\sum_j^m CF_j}{q} \quad (02)$$

A diferença entre o conceito de custo econômico e contábil reside na incorporação do Custo de Oportunidade (CO), ou seja, o CO representa a parcela do custo que está associada ao uso alternativo do recurso. Especificamente, neste trabalho, o custo de oportunidade associado aos atendimentos por acidentes de trânsito corresponde ao atendimento do SAMU a outra modalidade de atendimento de emergência.

A expressão (02) nos permite identificar o CMe do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de forma geral. Contudo, a expressão não permite identificar o custo unitário dos acidentes de trânsito. Para isto é necessário à determinação de uma base de rateio. Esta base de rateio torna possível a estimação do custo médio dos atendimentos oriundos dos acidentes de trânsito e dos demais atendimentos. Esta pesquisa assumirá a existência apenas de dois custos médios, o primeiro é o custo médio dos atendimentos por acidentes de trânsito e o segundo, os demais atendimentos.

A base de rateio utilizada para a identificação dos custos médios é a proporção de atendimentos realizados para acidentes de trânsito (Pj) e demais atendimentos (1- Pj). Desta forma, a expressão (02) em função de o SAMU prestar múltiplos atendimentos (acidentes de trânsito e demais atendimentos) deve ser decomposta em duas outras equações. A primeira identifica o custo médio dos acidentes de trânsitos - CMeAt, dada por:

$$CMe_{At} = \left\{ \left(\frac{\sum_i^n CV_i}{q} \right) P_j + \left(\frac{\sum_j^m CF_i}{q} \right) P_j \right\} \quad (03)$$

em que:

i é um indicador dos custos fixos e variáveis;

A_i corresponde aos atendimentos do SAMU (1 caso o atendimento seja oriundo de acidentes de trânsito e 2, caso contrário);

P_j representa a proporção de atendimentos ocasionados por acidentes de trânsito e 1-

P_j é o complemento da probabilidade.

A composição dos custos é dada pelo quadro 1, pelo qual é possível verificar a presença mais frequente dos custos fixos, fato este já esperado, pois o SAMU exige uma complexa estrutura (ACRE, 2015).

Quadro 1. Composição, especificação, custo fixo (CF), custo variável (CV) e fonte de dados dos custos com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) no Estado do Acre, em 2015.

Ordem	Especificação	Tipo	Fonte de Dados
1.	Energia Elétrica	CF	BRASIL (2017)
2.	Almoço	CF	Acre (2016)
3.	Água	CF	Acre (2016)
4.	Café da manhã	CF	Acre (2016)
5.	Depreciação das ambulâncias	CF	Acre (2017a)
6.	Depreciação do prédio do SAMU	CF	Acre (2017c)
7.	Gás	CF	Acre (2016)
8.	Gasto com telefone	CF	Acre (2016)
9.	Gastos com serviços	CF	Acre (2016)
10.	Jantar	CF	Acre (2016)
11.	Material de Limpeza, escritórios e insumos	CF	Acre (2016)
12.	Passagem aérea Cruzeiro do Sul	CF	Acre (2016)
13.	Passagem aérea – Destinos fora do estado	CF	Acre (2016)
14.	Recursos Humanos - Carga Horária	CF	Acre (2017b)
15.	Serviço Terceirizado - Limpeza e conservação	CF	Acre (2016)
16.	Serviço Terceirizado - Serviço de vigilância	CF	Acre (2016)
17.	Consumo com oxigênio	CV	Acre (2016)
18.	Gasto com combustível	CV	Acre (2016)
19.	Gasto com peças	CV	Acre (2016)
20.	Gasto com pneus	CV	Acre (2016)
21.	Material Hospitalar	CV	Acre (2016)
22.	Medicamentos	CV	Acre (2016)
23.	Recursos Humanos - Plantão Extra	CV	Acre (2016)

Fonte: Relatório dos Custos do SAMU 2015.

Por sua vez, o custo médio dos demais atendimentos (CMe_{Da}) realizados pelo SAMU é dado por:

$$CMe_{Da} = \left\{ \left(\frac{\sum_i^n CV_i}{q} \right) (1 - P_j) + \left(\frac{\sum_j^m CF_i}{q} \right) (1 - P_j) \right\}$$

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 RESULTADOS

A tabela 1 indica que o custo total dos atendimentos do SAMU para o ano de 2015 foi de R\$ 12.819.117,17. E o custo fixo alcançou R\$ 5.073.196,78 e o custo variável atingiu o montante de R\$ 7.745.920,39 (ACRE, 2015).

No tocante à participação relativa, a tabela 1 destaca que os custos variáveis representaram 60,42% do total do custo dos atendimentos do SAMU, sendo que a despesa com recursos humanos vinculados aos atendimentos totalizaram 32,38%. As despesas com peças e combustíveis para as ambulâncias correspondem a 26,31% do total. Em relação aos custos fixos, a despesa com recursos humanos (administração) corresponde a 24,29% do custo total (ACRE, 2015).

Em 2015 o custo financeiro dos acidentes de trânsito foi de R\$ 402,76, sendo que o CVMe foi de 243,36 e o CFMe foi R\$ 159,39. O CMe dos demais atendimentos é 265% superior ao custo dos acidentes de trânsito, e totaliza um valor de R\$ 1.067,33 e o CVMe e CFMe foram respectivamente, R\$ 644,93 e R\$ 422,40.

É preciso destacar que o custo presente na Tabela 2, informa o custo contábil, ou seja, negligencia o custo de oportunidade. Neste trabalho, o custo de oportunidade foi definido como sendo o custo médio dos atendimentos dos demais acidentes. Logo, o custo econômico médio de um atendimento para acidentes de trânsito é a soma do custo contábil dos acidentes de trânsito, mais o custo contábil dos demais acidentes de trânsito, o que totaliza R\$ 1.470,09, ou 1,86 salários mínimos. Convém esclarecer que o Salário Mínimo em 2015 era de R\$ 788,00

Tabela 1. Especificação, valor gasto e participação relativa dos custos fixos e variáveis do SAMU em Rio Branco - Acre - Brasil, em 2015.

Especificação	R\$	%
Custos Fixos		
Recursos Humanos – Administração	3.113.411,02	24,29
Gastos com serviços	610.673,11	4,76
Depreciação – Ambulâncias	376.500,00	2,94
Serviços Terceirizados(Serviço de vigilância SAMU)	360.673,20	2,81
Almoço	120.133,90	0,94
Serviços Terceirizados(Limpeza e conservação SAMU)	106.779,01	0,83
Jantar	102.988,59	0,80
Energia Elétrica	82.794,77	0,65
Café da manhã	78.341,40	0,61
Passagem aerea Cruzeiro do Sul	36.654,10	0,29
Gasto com telefone	29.035,82	0,23
Passagem aerea fora do Estado	19.129,26	0,15
Depreciação - Prédio do SAMU	17.086,10	0,13
Material de Limpeza, escritórios e insumos	15.705,70	0,12
Água	2.546,80	0,02
Gás	744,00	0,01
Subtotal	5.073.196,78	39,58
Custos variáveis		
Recursos Humanos - Atendimento	4.150.199,57	32,38
Gasto com peças	2.512.367,00	19,60
Gasto com combustível	860.559,07	6,71
Material Hospitalar	94.615,93	0,74
Consumo com oxigênio	54.711,00	0,43
Gasto com pneus	46.696,00	0,36
Medicamentos	26.771,82	0,21
Subtotal	7.745.920,39	60,42
Total	12.819.117,17	100,00

Fonte: Relatório dos Custos do SAMU 2015.

Tabela 2. Composição dos custos médios dos atendimentos do SAMU em Rio Branco - Acre - Brasil, em 2015.

Tipo de atendimento	Custo Médio – CMe	Custo Variável Médio - CVMe	Custo Fixo Médio – CFMe
Acidentes de trânsito	402,76	243,36	159,39
Demais acidentes	1.067,33	644,93	422,40

3.2 DISCUSSÃO

Conforme apontado pela tabela 1, os custos variáveis apresentaram maior relevância, isto ocorre em função do aumento dos atendimentos prestados pelo SAMU. Neste tocante, é preciso destacar que no período de 2010 a 2015 houve 37.574 acidentes de trânsito em Rio Branco - Acre, sendo que em 2015, ocorreram 5.900.

No que se referem aos custos variáveis, os três custos com maior participação relativa nos custos totais são: **a.** Recursos Humanos - Atendimento; **b.** Gasto com peças e **c.** Gasto

com combustíveis. Estes três custos totalizam 58,69% do custo total. É válido destacar que existe uma correlação clara entre estes três custos, pois quanto mais atendimentos, mais necessário se faz mão-de-obra, combustíveis e manutenção.

A manutenção dos serviços do SAMU exige um corpo técnico administrativo visto que este serviço possui autonomia operacional e administrativa em relação à Secretaria de Estado da Saúde do Acre (SESACRE), este fato justifica a participação relativa relevante da despesa com pessoal administrativo (ACRE, 2015).

O custo econômico de um atendimento por acidente de trânsito em 2015 foi de R\$ 1.470,09. Em 2015 o SAMU atendeu a 2389 ocorrências em função de acidentes de trânsito, o que corresponde a um custo econômico de R\$ 3.512.045,01 (ACRE, 2015).

Silva e Leite (2010) destacaram que o Governo do Estado do Acre investiu R\$ 8 milhões de reais na construção da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) do segundo distrito, sendo R\$ 6 milhões destinados a construção do prédio e R\$ 2 milhões para seu aparelhamento.

O custo econômico dos acidentes de trânsito para 2015 representou 43,90% do total investido na maior UPA do estado. Este valor indica que os acidentes de trânsito possuem grande relevância econômica para a sociedade. É necessário destacar, que o custo dos acidentes de trânsito correspondeu a 175,60% dos recursos destinados ao aparelhamento da UPA.

Os resultados mostram que apenas para o ano de 2015 os custos econômicos associados aos resgates de vítimas pelo SAMU foram expressivos. Contudo, se levarmos esta análise para um horizonte de tempo de 10 anos e utilizando a taxa de juros de 7,5% a.a. do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) para investimentos que possuem alto retorno social, chega-se a um valor estimado dos custos econômicos totais dos atendimentos dos acidentes de trânsito de aproximadamente R\$ 25,7 milhões de reais. Este valor poderia ser utilizado na construção de três UPAS similares a maior UPA do Estado do Acre, ou seja, os acidentes de trânsito custam muito caro à sociedade.

4. CONCLUSÃO

O sistema de saúde público brasileiro e acreano sofre ano após ano forte pressão na quantidade de atendimentos. As constantes crises econômicas, a corrupção endêmica e o

gerenciamento não eficaz dos recursos públicos, conduzem a uma acentuação na piora de alguns indicadores de qualidade do atendimento de saúde.

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência é uma experiência exitosa no tocante a prestação de serviços médicos de urgência. Claramente, este serviço contribui para redução da quantidade de mortes no trânsito.

Muito embora o SAMU seja um serviço de utilidade pública de altíssimo nível, a sociedade de forma geral desconhece que o custo associado a este atendimento é elevado. No tocante aos acidentes de trânsito, este custo é o primeiro custo na cadeia de custos associados.

O custo econômico de um atendimento do SAMU por acidentes de trânsito é de 1,86 salários mínimos. Além deste custo, agregam-se os custos hospitalares dos primeiros socorros, o custo do tratamento médico, a perda de produtividade em função das faltas ao trabalho, os custos com seguro desemprego e aposentadorias precoces.

Somente os custos econômicos atrelados aos atendimentos por acidentes de trânsito do SAMU, poderiam ser utilizados para construção de três Unidades de Pronto Atendimento a Saúde (UPAS), isto significa um atendimento diário de aproximadamente 1050 pacientes dias, ou seja, em um ano ter-se-ia 383.250 pacientes atendidos. A sociedade precisa ser informada deste custo, não só os condutores de veículos, mas os caronas, pedestres, acompanhantes, bem como as autoridades da saúde, da justiça e do trânsito para empreender medidas preventivas, redução dos acidentes, traumas de diferentes naturezas e conseqüentemente os elevados custos hospitalares e sociais.

Ao estado cabe a função de criar políticas públicas eficientes no sentido de reduzir os acidentes de trânsito. Contudo, somente políticas públicas não resolvem esta situação, o condutor e o pedestre devem seguir um comportamento no trânsito que contribua para a sua segurança.

A principal limitação deste estudo resulta em alcance, pois nos limitou-se a determinar o custo econômico apenas dos atendimentos do SAMU em função dos acidentes de trânsito, outros aspectos não foram considerados. Esta limitação constitui-se uma sugestão para que outros pesquisadores se aprofundem na temática ligada ao custo econômico dos acidentes de trânsito.

4. REFERÊNCIAS

ACRE, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU. **Relatório dos Custos do SAMU 2015**.

ACRE, Secretaria de Estado de Saúde do ACRE - SESACRE. **Relatório com quantidade de ambulâncias do SAMU**, 2017a.

ACRE, Secretaria de Estado de Saúde do ACRE - SESACRE. **Relatório dos Recursos Humanos - Carga Horária**, 2017b.

ACRE. Agência de Notícias. **Retrospectivas 2016**. Disponível em:
< <http://www.agencia.ac.gov.br/retrospectiva-saude/>>. Acesso em: 08/01/2017.

SILVA, R.G.; LEITE, S. D. Custos econômicos com internações dos acidentes de trânsito no Estado do Acre. In SILVA, R.G. **Economia Aplicada: Uma Perspectiva do Acre e Região Norte II**. 1ª ed. Rio Branco: Edição do Autor, 2016.

ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA CRIANÇAS VÍTIMAS DE ABUSO SEXUAL

Leticia da Silva Consoline¹, Larissa dos Santos Lemos¹ e Katia Regina Gomes Bruno¹

1. Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA, Departamento de Enfermagem, Ariquemes, Rondônia, Brasil.

RESUMO

Identificar o atendimento hospitalar a crianças vítimas de abuso sexual e a atuação do profissional de enfermagem frente ao caso, e os impactos da violência na vida social e emocional da criança. Trata-se de um estudo de literatura descritiva em que foram utilizadas as bases de dados Medline, LILACS e SciELO. A amostra constituiu-se de 12 artigos. No Brasil, os índices de abusos sexuais infantis são alarmantes, no período de 2011 a 2017 foram notificados pelo Sinan 1.460.326 casos de violência sexual sendo que 76,5% entre criança e adolescente, sendo que o abusador é do sexo masculino em 98,8% e possui algum vínculo com a vítima. A violência infantil pode acarretar danos psicológicos, físicos e cognitivos conforme o desenvolvimento até sua fase adulta. O enfermeiro desempenha um papel importante frente a criança que foi violentada, desde a coleta de dados e histórico de enfermagem à anamnese do exame físico, sendo necessária do profissional ampliação de seus conhecimentos para reconhecer e acolher a criança ofertando a mesma um vínculo de confiança. Diante os impactos que o abuso sexual acarreta na vida do paciente, se faz necessário profissionais capacitados para lidar com a situação, sendo importante incluir o respectivo tema na formação do enfermeiro, o instrumentalizando para a sua atuação junto a crianças e adolescentes em situação de violência sexual e vulnerabilidade.

Palavras-chave: Violência sexual infantil, Enfermagem, Atendimento de enfermagem.

ABSTRACT

Identify hospital care for child victims of sexual abuse and the role of the nursing professional in the case, and the impacts of violence on the child's social and emotional life. It is a study of descriptive literature in which the databases Medline, LILACS and SciELO were used. The sample consisted of 12 articles. In Brazil, the rates of child sexual abuse are alarming, in the period from 2011 to 2017, 1,460,326 cases of sexual violence were reported by Sinan, 76.5% of whom were children and adolescents, with the abuser being male in 98, 8% and has some link with the victim. Child violence can cause psychological, physical and cognitive damage as it develops into adulthood. The nurse plays an important role in the face of the child who has been raped, from data collection and nursing history to anamnesis of the physical examination, requiring the professional to expand his knowledge to recognize and welcome

the child, offering him a bond of trust. Given the impacts that sexual abuse has on the patient's life, it is necessary to have trained professionals to deal with the situation, it is important to include the respective theme in the training of nurses, providing them with tools for their work with children and adolescents in situations of violence. sexual and vulnerability.

Keywords: Child sexual violence, Nursing and Nursing care.

1. INTRODUÇÃO

A violência é descrita como um fenômeno sociocultural, que acarreta danos físicos, sociais, emocionais, psicológico e cognitivo, afetando a saúde do indivíduo e coletividade. O abuso sexual infantil (ASI) acontece quando a criança se vê obrigada a realizar atividade sexual a qual não consegue entender o que se passa, sendo que a mesma não tem consentimento. Segundo a organização mundial da saúde (OMS) toda criança tem direito a saúde, a vida e longe da violência infantil.

A conceituação de abuso sexual infantil, consiste no envolvimento de criança e/ou adolescente em práticas sexuais, de não possível compreensão, sendo incapazes de consentir, e estarem preparadas em seu estágio de desenvolvimento. O abuso sexual infantil, pode apresentar-se em forma de assédio sexual, exploração sexual comercial, pornografia, entre outras, podendo acontecer concomitante ou isoladamente. (HOHENDORFF; PATIAS, 2017)

Quando a criança é exposta a essa situação afeta seu crescimento e desenvolvimento causando danos físicos, psicológicos, cognitivos e sociais. Os dados epidemiológicos são constituídos pelas notificações realizadas, porém existe discrepância entre a fidedignidade esses dados, devido aos casos subnotificados, outros aspectos que também influenciam negativamente para dados epidemiológicos realísticos são a falta de sistematização das informações, despreparo profissional e padronização no sistema de notificação (HOHENDORFF; PATIAS, 2017). No Brasil, os índices de abusos sexuais infantis são alarmantes, no período de 2011 a 2017 foram notificados pelo Sistema de Agravos de Notificação (SINAN) 1.460.326 casos de violência sexual sendo que 76,5% entre criança e adolescente, sendo que o abusador é do sexo masculino em 98,8% e possui algum vínculo com a vítima. No ano de 2011 o SINAN registrou uma taxa de 17.900 casos de violência contra a criança ≤ 9 anos (BRASIL, 2018).

Devido ao alto índice de casos, na década de 1990 foi implementado o Estatuto da criança e do adolescente (ECA) através da lei 8.069 que tem por finalidade garantir a

assistência e proteção à criança e ao adolescente, desta forma, a lei repudia qualquer ato de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (BRASIL, 2018).

O enfermeiro tem papel primordial no reconhecimento da violência, por meio da consulta de enfermagem, anamnese, exame físico, identificando fatores sociais, e psicossociais. Possuindo uma escuta ativa, e um diálogo com a criança, e responsáveis, agindo com empatia. Em casos confirmados realizar notificação do caso, com preservação e respeito a integralidade da criança, adotando medidas de prevenção e recuperação (TEIXEIRA, 2019).

Demonstrar os principais aspectos e particularidades na atenção da saúde da vítima de abuso sexual, desde danos físicos, a psicológicos, perfil do agressor, e como o enfermeiro deve estar habilitado para identificar e conduzir uma consulta com a criança/adolescente vítima de abuso sexual. Identificando o atendimento hospitalar a crianças vítimas de abuso sexual e a atuação do profissional de enfermagem frente ao caso, e os impactos da violência na vida social e emocional da criança.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 PERFIL DO ABUSADOR

Devido à grande dificuldade para identificar o abusador, uma vez que o mesmo possui a aparência e tem atitudes de uma pessoa comum, na maioria dos casos o agressor é do sexo masculino e 98,8% dos casos possui algum vínculo afetivo com a vítima (LIMA et al., 2018).

O abusador demonstra ser uma pessoa agressiva que na maioria das vezes ele se manifesta com ameaça verbal. Possui personalidade reservada, apesar de parecer arbitrário. O mesmo pode parecer ter uma boa índole, porém isso é só mais um artifício a serviço de sua perversão. A relação do abusar com a família é interpessoal, devido ao envolvimento de laços afetivos, isso colabora para que o abuso sexual aconteça em um tempo prolongado, devido ao vínculo familiar o abusador pode ser um parente tais como: pai, padrasto, padrinho, tio, avô, dentre outros. Isso faz com que seja mais complexo para a descoberta pois o abusador exige que a criança guarde o segredo, ameaçando de morte pessoas mais

queridas a criança ou até mesmo a presenteando com dinheiro, brinquedo, afim de obter seu silencio (LIMA et al., 2018).

2.2 CONSEQUÊNCIAS NO DESENVOLVIMENTO DAS CRIANÇAS

O abuso sexual acarreta várias consequências sobre a saúde da vítima, e também uma violação dos direitos humanos, não escolhendo cor, raça, etnia, sexo e idade para acontecer. O abuso sexual infantil é porta de entrada para aparecimento de psicopatologias graves, prejudicando a evolução psicológica, afetiva e social da vítima (BARROS et al., 2015)

Segundo Florentino (2015), algumas das manifestações mais comuns de imediato em crianças vítimas de abuso sexual são: medo do agressor e de pessoas do mesmo sexo do agressor, queixas sintomáticas, sintomas psicóticos, isolamento social e sentimentos de estigmatização, quadros fóbico-ansiosos, obsessivo-compulsivo, depressão, distúrbios do sono, aprendizagem e alimentação, sentimento de rejeição, confusão, humilhação, vergonha e medo, secularização excessiva, como atividades masturbatórias compulsivas.

Entre os danos tardios estão à manifestação de ocorrência/incidência de transtornos psiquiátricos como dissociação afetiva, pensamentos invasivos, ideação suicida e fobias mais agudas, níveis mais intensos de medo, ansiedade, depressão, raiva, culpa, isolamento e hostilidade, sensação crônica de perigo e confusão, cognição distorcida, imagens distorcidas do mundo e dificuldade de perceber a realidade, pensamento contraditório, redução na compreensão de papéis mais complexos e dificuldade para resolver problemas interpessoais, abuso de álcool e drogas, disfunções sexuais e disfunções menstruais (LIRA et al., 2017)

2.3 POSSÍVEIS TRANSTORNOS MENTAIS

O abuso sexual infantil está entre os principais motivos de desenvolvimento de psicopatologias, crianças que passam por esse trauma tende a ter maior vulnerabilidade psicológica, dificuldade no desempenho acadêmico, dificuldade em se expressar (emoções, sentimentos, opiniões) comportamento suicida, depressão, distúrbio alimentar. As sequelas do abuso sexual infantil estão diretamente relacionadas à idade em que foram realizados os abusos, ao nível de proximidade/parentesco com o abusador, duração dos abusos, frequência da repetição do ato, variando devido ao apoio social e afetivo recebido por pessoas significativas e órgãos de proteção. Assim, consequências no desenvolvimento

cognitivo, emocional e comportamental podem variar, desde efeitos menores até transtornos psicopatológicos de alta gravidade (SILVA; GONÇALVES, 2015).

Transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) também pode estar presente, com pensamentos agressivos, desviar-se de pessoas e lugares que lembram o trauma, estudos indicam que 50% da população em geral irá vivenciar algum evento estressor que seja significativo durante a vida, com apenas 5 a 8% desses desenvolvendo TEPT, porém, nas crianças violentadas sexualmente, a prevalência pode variar entre 20 a 70% dos casos. A autoestima é geralmente muito baixa, com sentimentos predominantes de nojo, contaminação, sujeira e falta de valor, desamparo e falta de esperança são frequentes e muitas vezes com um elemento de raiva (PLATT et al., 2018).

2.4 PAPEL DO ENFERMEIRO PERANTE A SITUAÇÃO

A legislação brasileira, por meio do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), traz em sua resolução nº. 358 a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e estabelece o processo de enfermagem como instrumento ordenado, que tem por objetivo organizar e documentar o exercício do profissional enfermeiro. No contexto de ASI, uma das etapas do processo de enfermagem é a coleta de dados e histórico de enfermagem, buscando informações sobre a criança, seus familiares e sua comunidade (VALERA et al., 2015).

O enfermeiro é de extrema importância no momento de identificação de um possível caso de violência sexual, por ser um dos profissionais mais envolvidos no cuidar, com isso tem oportunidade de identificar, combater e até mesmo denunciar o abuso sexual infantil, bem como prestar assistência à vítima e à família (VALERA et al., 2015).

Segundo Tapia; Antoniassi e Aquino (2014), notificação tornou-se obrigatória para os profissionais da saúde por meio da Lei Federal, Portaria nº 1968/2001 MS, que orienta também que a notificação seja encaminhada para a vigilância epidemiológica, para auxiliar no planejamento de políticas públicas. É dever de o enfermeiro compartilhar com outros profissionais de saúde as informações sobre o caso da criança, visando o seu melhor atendimento e proteção.

O modo de identificar crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual infantil é através da coleta de dados (anamnese e exame físico) durante as consultas de enfermagem. Por ser uma situação onde envolve pacto de silêncio, o enfermeiro além de possuir competências para o processo de enfermagem, deve possuir a competência de comunicação

e habilidades em saber como lidar com as vítimas. É necessário criar vínculo afetivo com a vítima passando confiança e demonstrando interesse em ouvir e ajudar, assim, o enfermeiro poderá colaborar para a identificação e superação das consequências, fazendo-se necessário possuir competência e habilidades sobre a temática (TAPIA; ANTONIASSI; AQUINO, 2014).

Segundo Valera et al. (2015), O profissional de enfermagem tem respaldo para agir em na interrupção da violência infanto-juvenil. De tal maneira, é inevitável que disponham de conhecimentos para cabíveis condutas, pautadas na ética, cidadania e humanização, desenvolvendo ações educativas de prevenção, reabilitação e denúncia tanto em ordem individual, quanto coletiva, a fim de romper com as violações aos direitos humanos e com a impunidade.

2.5 DIAGNOSTICO E CUIDADOS PARA ABUSO SEXUAL INFANTIL

Para a constatação do diagnóstico de abuso sexual, o primeiro passo na atenção à saúde da vítima é a anamnese do exame físico para a identificação de sinais físicos e comportamentais. Para auxiliar no diagnóstico, é necessário que seja colhido material para exames laboratoriais e forenses. Deve ser colhido material (swab) das cavidades oral, vaginal e retal, como também fazer coleta para culturas, pesquisa sorológica para DST/HIV, hepatites, sífilis, tipagem sanguínea, fosfatases e pesquisa de DNA, alguns estudos abordam a utilização de exames laboratoriais e radiológicos para diagnóstico da violência sexual, assim como a investigação para detecção de doenças sexualmente transmissíveis (TAPIA; ANTONIASSI; AQUINO, 2014).

A criança vítima de violência sexual, deve ser atendida por uma equipe multiprofissional para que todas as suas necessidades e de sua família sejam contempladas. É válido ressaltar que profissionais que cuidam da criança neste momento devem estar preparados também psicologicamente e emocionalmente (TAPIA; ANTONIASSI; AQUINO, 2014)

2.6 ANÁLISE MINUCIOSA DO EXAME FÍSICO EM CRIANÇAS VÍTIMAS DE ASI

A problematização maior em crianças vítimas de abusos sexuais é a comprovação do abuso quando há falta de evidências, então o exame físico é baseado por meio de inspeção, sendo observada as áreas genitália, oral e digita. Quando o perpetrador comete o ato, pode-

se observada na região da criança eritema, edema, lesões e escoriações nos grandes lábios, dilatação anal ou uretral, lesões como equimoses, mordidas ou laceração em mamas, sangramento vaginal ou anal, rompimento do hímen, encontro de doenças sexualmente transmissíveis como por exemplo a gonorreia, sífilis, hpv, entre outras. Também pode ser observado quando o perpetrador coloca sua digital a vulva ou o introito vaginal sem que o mesmo chegue a penetrar. A anamnese deve ser realizada com bastante atenção, devendo-se evitar que a vítima repita sua história, pois a mesma poderá reviver aquele momento. A avaliação da história compete a um todo, ou seja, todas as pessoas envolvidas, procurando sempre observar se há incoerências e contradições nas respostas, podendo assim conduzir o diagnóstico (ROBERTO; et al., 2019).

Decorrente do abuso sexual a criança pode desenvolver crises de estresse, provocando hiperativação das amígdalas cerebrais, assim ocasionando estado de excitabilidade elétrica e provocar danos ao hipocampo, como resultado desse processo a criança pode ter um aumento da morte neural, impacto na anatomia e funcionalidade cognitiva. Como consequência desse processo pode se traduzir disfunção atencionais e na memória (MARQUES, 2015).

2.7 LEGISLAÇÃO DE AMPARO A CRIANÇA

O amparo a criança desde a constituição de 1988, começa a se expandir no território nacional, adotando uma medida punitiva para quem praticar ato de vulnerabilidade e promove uma medida protetiva para aquele que foi violentado. Com o alto índice de ASI teve uma necessidade de atendimento a essas vítimas que a partir daí teve maior visibilidade pelas políticas públicas. A lei orgânica da assistência social (LOAS), que garante uma proteção social seja ela na proteção básica e a proteção especial para diferentes graus de atendimento e a política nacional de assistência social (PNAS) se apresentam como forma de intervenção, porém também, no âmbito de estudos e com base em diretrizes de formação recomendada pela norma de operacionalização básica de recursos humanos (NOB-RH) que respalda um atendimento especializado perante uma equipe multidisciplinar (ALCOFORADO, 2018).

Por conseguinte, o ECA (lei n.8069, 1990) em sua legislação especial de proteção rediz no artigo 5º que em hipótese alguma “a criança será alvo de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punindo na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão de seus direitos fundamentais”. Desta forma

a criança passa a participar de uma rede de proteção integrada por diferentes instituições como conselhos de direito à criança e do adolescente, conselhos tutelares, ministério público, poder judiciário, delegacias de defesa da criança e do adolescente.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da complexidade e do impacto da violência sexual na saúde das crianças e adolescentes, o presente estudo vem contribuir para potencializar o envolvimento do profissional de enfermagem na abordagem, atendimento e atenção baseadas no paradigma da proteção integral. Comprovando a necessidade de incluir o respectivo tema na formação do enfermeiro, o instrumentalizando para a sua atuação junto a crianças e adolescentes em situação de violência sexual e vulnerabilidade, identificando fatores sociais e psicossociais envolvidos, como possuir olhar clínico, escuta ativa, e ser empático com a vítima, contribuindo para construção de vínculo com essa criança, assim, podendo traçar planos eficazes, baseado na realidade daquele do indivíduo, para a prevenção de maiores traumas, e reconstituição da saúde.

4. REFERÊNCIAS

BARROS, A.M.; FREITAS, M.F.Q. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: consequências e estratégias de prevenção com pais agressores. **Pensando Fam**, v.19, p. 102-114, 2015.

BRASIL. MINISTERIO DA SAÚDE. **Análise epidemiológica da violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil, 2011 a 2017**. Brasília – DF, 2018. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/junho/25/2018-024.pdf>. Acesso em: 03/11/2020.

FLORENTINO, B.R.B. As possíveis consequências do abuso sexual praticado contra crianças e adolescentes. **Rev. de psicologia**, v. 27, n. 2, p. 139-144, 2015.

HOHENDORFF, J.V.; PATIAS, N.D. Violência sexual contra crianças e adolescentes: identificação, consequências e indicações de manejo. **Barbarói Santa Cruz do Sul**, n. 49, p. 239-257, 2017.

LIMA, C.; COSTA, M.; LOPES, G. Violência sexual infantil no âmbito familiar: perfil do abusador e as consequências psicológicas. **CONCIFA. Congresso Científico Fametro**, 2018. Disponível em: <<http://periodicos.fametro.edu.br/index.php/AE/article/view/57/56>>.

LIRA, M.O.S.C.; et al. Abuso sexual na infância e suas repercussões na vida adulta. **Texto Contexto Enferm**, v. 26, n. 32017, p. :e0080016, 2017.

MARQUES, N.M. **Fatores clínicos e de risco associados ao desempenho cognitivo em crianças vítimas de abuso sexual.** (Dissertação) Mestrado em Ciências – Universidade de São Paulo, 2015.

PLATT, V.B.; et al. Violência sexual contra crianças: autores, vítimas e consequências. **Ciênc Saúde Colet**, v. 24, n. 4, p. :1019-1031, 2018.

ROBERTO, N.T.S.; et al. Assistência de enfermagem a crianças vítimas de abuso sexual no serviço de saúde do Brasil. **Ciências Biológicas e de Saúde Unit**, v. 5, n. 3, p. 49-62, 2019.

SILVA, R.S.; GONÇALVES, M. A Ocorrência de Transtornos Psiquiátricos em Crianças e Adolescentes Abusados Sexualmente. **UNICIÊNCIAS**, v.19, n.1, p. 72-78, 2015.

TAPIA, C.E.V.; ANTONIASSI, L.J.; AQUINO, J.P. Papel do enfermeiro frente ao abuso sexual de crianças e adolescentes. **Rev Saúde em Foco**, v. 1, n. 1, p. 93-102, 2014.

TEIXEIRA, S.O. **Atuação da enfermagem frente ao abuso sexual de crianças e adolescentes: Pesquisa Integrativa.** (TCC) Graduação em Enfermagem - Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos, Brasília – DF, 2019.

VALERA, I.M.A.; et al. Atuação da equipe de enfermagem diante da violência infanto-juvenil. **Rev Bras Pesq Saúde**, v. 17, n. 3, p. 103-111, 2015.

A EDUCAÇÃO EM SAÚDE INSERIDA NA PREVENÇÃO DO SUICÍDIO EM ADOLESCENTES DE UMA ESCOLA PÚBLICA DE MANAUS/AM: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Paloma Dutra da Silva¹, Thayana de Assis Cardoso¹, Layara de Almeida Lopes¹,
Luane Suelen do Nascimento Sena¹, Adriene Roberta Costa dos Santos¹, Jennifer
Marical Duarte¹ e Eurides Souza de Lima²

1. Centro Universitário Fametro (CeUni Fametro), Manaus, Amazonas, Brasil;

2. Universidade Federal do Amazonas (UFAM), Escola de Enfermagem de Manaus (EEM), Manaus, Amazonas, Brasil.

RESUMO

O presente relato apresenta experiências vivenciadas por acadêmicas de enfermagem de um Centro Universitário em uma escola de ensino público situada em Manaus. Trata-se de um estudo descritivo tipo relato de experiência desenvolvido nas aulas práticas da disciplina Enfermagem em Saúde Mental ministrada no 7º período de um Centro Universitário de Manaus no primeiro semestre de 2019. Os participantes foram adolescentes entre 15 a 17 anos. A trajetória ocorreu das seguintes formas: palestra, roda de conversa e relato de caso por meio de vídeo. Observou-se que a maioria dos adolescentes já possuía conhecimento básico sobre os principais fatores que levam ao suicídio nesta faixa etária, bem como, o desconhecimento sobre o que fazer ao constatarem sinais de suicídio. Portanto, buscou explorar a temática apresentando os fatores que levam a pessoa suicidar, prevenção e proteção. A partir do conhecimento sobre a temática constituiu-se uma roda de conversa gerando um pensamento crítico dos participantes a respeito do vídeo de relatos de pessoas que tentaram suicídio. A escola torna-se um cenário propício para mudanças no estilo e na qualidade de vida, principalmente nesta faixa etária onde há incidência do número de casos de suicídio. Portanto, desmistificar essa temática como meio de prevenção ajuda na diminuição da ideação suicida. A enfermagem tem grande papel nas ações preventivas e necessita de um olhar mais crítico na identificação precoce. Desta maneira, faz-se necessário a capacitação dos profissionais para o reconhecimento dos fatores que predispõem a ideação suicida nesta população vulnerável devido as mudanças corporais e psicossociais.

Palavras-chave: Educação em Saúde, Suicídio e Adolescentes.

ABSTRACT

The present report presents experiences lived by nursing students from a University Center in a public school located in Manaus. This is a descriptive study type of experience report

developed in the practical classes of the discipline Nursing in Mental Health given in the 7th period of a University Center of Manaus in the first semester of 2019. Participants were adolescents aged 15 to 17 years. The trajectory occurred in the following ways: lecture, conversation circle and case report through video. It was observed that most adolescents already had basic knowledge about the main factors that lead to suicide in this age group, as well as, the lack of knowledge about what to do when they see signs of suicide. Therefore, it sought to explore the theme by presenting the factors that lead people to commit suicide, prevention and protection. Based on the knowledge on the theme, a conversation circle was created, generating a critical thinking of the participants regarding the video of reports of people who attempted suicide. The school becomes a favorable scenario for changes in style and quality of life, especially in this age group where there is an incidence in the number of suicide cases. Therefore, demystifying this theme as a means of prevention helps to reduce suicidal ideation. Thus, it is necessary to train professionals to recognize the factors that predispose suicidal ideation in this vulnerable population due to bodily and psychosocial changes.

Keywords: Health Education, Suicide and Teens.

1. INTRODUÇÃO

O termo suicídio tem origem no latim, no qual se tem a união das palavras *sui* (si mesmo), *ecaedere* (ação de matar), assim dizendo, consiste no ato em pôr fim à própria vida, é um ato espontâneo em que a pessoa comete, motivos como, elevado grau de sofrimento, descontrole emocional, decepções, transtornos mentais e ansiedade, se tem a visão da morte como a solução de seus problemas (BARBOSA et al., 2011).

Segundo Brasil (2019), o suicídio é um fenômeno complexo, multifacetado e de múltiplas determinações, que pode afetar indivíduos de diferentes origens, classes sociais, idades, orientações sexuais e identidades de gênero.

O suicídio é um fenômeno complicado, de impacto tanto individual quanto coletivo, que ocorre por um encontro entre fatores de risco genéticos, psicológicos, sociais e culturais, aliados com experiências de trauma e perda (CICOGNA; HILLESHEIM; HALLAL, 2019).

De acordo com Silva (2019), aproximadamente 800 mil indivíduos cometem o suicídio por ano e a cada 40 segundos um cidadão comete o tal ato, ocupando. Diante esta problemática, a OMS determinou que a prevenção do suicídio esteja como prioridade, reduzindo assim os índices de suicídio em até 10% até em 2020. Segundo o Conselho federal de medicina, 2014:

O Brasil é o oitavo país em número absoluto de suicídios. Em 2012 foram registradas 11.821 mortes, cerca de 30 por dia, sendo 9.198 homens e 2.623 mulheres. Entre 2000 e 2012, houve um aumento de 10,4% na quantidade de mortes, sendo observado um aumento de mais de 30% em jovens.

Storino et al. (2018), cita os principais fatores que podem estar relacionada as tentativas de suicídio como a história de tentativa prévia e a presença de problemas mentais, dentre dos transtornos relacionados está a depressão, transtorno bipolar, esquizofrenia e os associados ao uso de substância psicoativas.

De acordo com as normas da Organização Mundial da Saúde (OMS) a puberdade ocorre entre 10 e 19 anos e se divide em uma fase inicial (10 a 14 anos) e uma fase final (15 a 19 anos). No entanto, os pesquisadores apontaram que com a idade, o conceito de puberdade muda com as mudanças sociais, isto é, no processo de interação entre a evolução da estrutura do pensamento e na forma como o indivíduo entende sua formação social. A pressão gerada no contexto. Assim, os diversos sentidos realistas possíveis dados pela sociedade passam a ser uma referência para a composição do tema, aumentando assim as possibilidades de sobrevivência dos jovens (ROSI et al., 2019).

A adolescência (10 a 19 anos) é um momento único, que molda as pessoas para a vida adulta. Enquanto a maioria dos adolescentes tem uma boa saúde mental, múltiplas mudanças físicas, emocionais e sociais, incluindo a exposição à pobreza, abuso ou violência, podem tornar os adolescentes vulneráveis a condições de saúde mental. Promover o bem-estar psicológico e protegê-los de experiências adversas e fatores de risco que possam afetar seu potencial de prosperar não são apenas fundamentais para seu bem-estar, mas também para sua saúde física e mental na vida adulta (BRASIL, 2018).

Este complexo processo de adolescência também é considerado um período frágil, onde ele pode desenvolver problemas relacionados à saúde mental. Um Document Preveniéndela Conducta Suicida, que foi o último relatório da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) junto com a OMS, relata que o suicídio é a terceira causa de morte entre adolescentes de 10 a 19 anos, em alguns dos 15 principais países dos Estados Unidos, e são a segunda causa de morte entre jovens de 15 a 19 anos no mundo todo (ROSI et al., 2019).

As taxas no Brasil de hospitalização por tentativas de suicídio são maior em adolescentes do sexo feminino (três para cada internação do sexo masculino), com maior idade, e nos municípios de mais de 1 milhão de habitantes:

Os meios preferidos utilizados nessas tentativas, entre o sexo feminino, são as intoxicações por substâncias, especialmente analgésicos. No sexo masculino, prevalece o uso de objetos cortantes e de armas de fogo.²² Entre os anos 2000 e 2009, 15,1% das internações por suicídio envolveram adolescentes, e em 2014, 22,8% das tentativas notificadas no Sinan correspondiam a indivíduos nessa fase da vida (BAHIA, et al., 2020).

Para Silva et al. (2019), tratando-se no pensamento suicida de um adolescente ou uma criança os fatores de risco apontados está o isolamento social, bullying, impulsividade, transtornos mentais, desentendimentos com colegas, estrutura e relacionamento familiar prejudicados, influência das mídias, interrupção de relacionamento afetivo e histórico familiar de depressão e suicídio, são considerados causas que levam a prática suicida na adolescência e na infância.

Com a finalidade de diminuir os índices de suicídios, se obteve a criação da portaria nº 1.876, de 14 de Agosto de 2006, com o propósito do cuidado e a prevenção ao suicídio. Destaca que a Atenção Básica é de extrema importância na abordagem, prevenção e tratamento relacionados ao suicídio (SOUSA et al., 2019).

Diante disso, se faz necessário que cada vez mais se tenham medidas preventivas e educativas no tocante ao suicídio, principalmente quando se trata de adolescentes, pois, esses estão em uma idade de transição, dúvidas e cobranças que os fazem se sentir muitas vezes, pressionados e sozinhos.

O presente estudo justifica-se pelos índices elevados de suicídios na adolescência, é necessário falar sobre os suicídios como também se posicionar perante o assunto, bem como, diferenciar os valores familiares, pessoais e sociais. O suicídio é um problema de saúde pública que preocupa e afeta a humanidade, sendo a segunda maior causa de morte nos adolescentes (GUTIERREZ, 2014).

Tendo em vista os fatos apresentados, o estudo relacionado a prevenção do suicídio em adolescentes em uma escola pública da cidade de Manaus e estado do Amazonas, teve como objetivo geral relatar as experiências vivenciadas pelas acadêmicas de enfermagem

2. MATERIAIS E MÉTODO

Foi realizado um estudo descritivo tipo relato de experiência vivenciado pelas acadêmicas de enfermagem, desenvolvido nas aulas práticas da disciplina Enfermagem em Saúde Mental, ministrada no 7º período de um Centro Universitário de Manaus no primeiro semestre de 2019. Os participantes foram adolescentes de ambos os sexos entre 15 a 17 anos. A trajetória ocorreu das seguintes formas: palestra, roda de conversa e relato de caso por meio de vídeo. A coleta de dados deu-se a partir da observação sistemática da realidade

por meio de uma palestra, onde abordou-se as seguintes orientações sobre o suicídio: o conceito de suicídio, faixa etária mais acometida, fatores de risco e proteção, como ajudar uma pessoa que se encontra pensando em suicídio e as principais estratégias de prevenção. Para sustentar o estudo foram selecionados artigos nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO).

3. RELATO DE EXPERIÊNCIA

A atividade realizada na escola deu-se nos seguintes passos: Em primeiro lugar foram reunidos os adolescentes na biblioteca da escola para que os mesmos assistissem a palestra e o vídeo com a temática suicídio. Eles eram de ambos os sexos e tinham entre 15 a 17 anos de idade.

Pôde-se observar que a maioria dos adolescentes já possuía conhecimento básico sobre os principais fatores que levam ao suicídio nesta faixa etária. Foi observado também, o desconhecimento sobre o que fazer ao constatarem sinais de suicídio. Portanto, buscou-se explorar a temática apresentando os fatores que levam a pessoa suicidar-se, bem como, a prevenção e a proteção.

Em segundo momento realizou-se a roda de conversa, possibilitando debater melhor sobre os fatores que levam ao suicídio, foram dadas orientações sobre o que fazer diante dos sinais de suicídio e como lidar com pensamentos suicidas. Foram também apresentados os fatores que geralmente levam ao suicídio e os métodos de prevenção e proteção envolvidos nessa temática.

Por fim, a partir do conhecimento sobre a temática constituiu-se uma roda de conversa gerando um pensamento crítico dos participantes a respeito do vídeo de relatos de pessoas que tentaram suicídio, ocasionando assim uma troca de conhecimento e saberes sobre o tema abordado.

4. CONCLUSÃO

Com o grande aumento dos casos de suicídio torna-se extremamente importante expor o assunto suicídio para obter meios de prevenir e desmistificar essa temática. A escola

torna-se um cenário propício para mudanças no estilo e na qualidade de vida, principalmente nesta faixa etária onde há incidência dos números de casos de suicídio. Portanto, falar sobre essa temática como meio de prevenção ajuda na diminuição da ideação suicida e proporcionando uma nova visão da temática do assunto para os adolescentes.

A enfermagem tem grande papel nas ações preventivas e necessita de um olhar mais crítico de todos os procedimentos envolvidos na identificação precoce do suicídio. Desta maneira, faz-se necessário a capacitação dos profissionais para o reconhecimento dos fatores que predispõem a ideação suicida nesta população que se torna vulnerável devido aos fatores condicionantes percorridos nas mudanças corporais e psicossociais.

5. REFERÊNCIAS

BAHIA, C. A. et al. Notificações e internações por lesão autoprovoada em adolescentes no Brasil, 2007-2016. **Epidemiol Serv Saúde**, v. 29, n. 2, p. e2019060, 2020.

BARBOSA, F. O. ; Macedo, PCM ; SILVEIRA, R. M. C. . **Depressão e o suicídio. Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, v. 14, p. 233-243, 2011.

BRASIL. MINISTERIO DA SAÚDE. **Prevenção do suicídio: sinais para saber e agir**. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/suicidio>>. Acesso em: 09/09/2019.

BRASIL. OPAS. ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE. **Folha informativa - Saúde mental dos adolescentes**. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5779:folha-informativa-saude-mental-dos-adolescentes&Itemid=839 >. Acesso em: 09/09/2019.

CICOGNA, J. I. R.; HILLESHEIM, D.; HALLAL, A. L. L. C. Mortalidade por suicídio de adolescentes no Brasil: tendência temporal de crescimento entre 2000 e 2015. **J. bras. psiquiatr**, v. 68, n. 1, p. 1-7, 2019.

Conselho Federal de Medicina (CFM). **Setembro Amarelo**. Brasília, 2014. Disponível em: <<https://www.setembroamarelo.com/>>. Acesso em 03/11/2020.

GUTIERREZ, B. A. O. Assistência hospitalar na tentativa de suicídio. **Psicol USP**, v. 25, n. 3, p. 262-269, 2014 .

ROSI, L.; MARCOLINO, T.; SPERANZA, M. et al. **Crise e saúde mental na adolescência: a história sob a ótica de quem viver**, 2019.

SILVA, L. Suicídio entre crianças e adolescentes: um alerta para o cumprimento do imperativo global. **Acta Paul Enferm**, v. 32, n. 3, p. 3 - 6, 2019.

SOUSA, J. F. de et al . Prevenção ao suicídio na atenção básica: concepção de enfermeiros. **Rev Cuid**, v. 10, n. 2, p. e609, 2019.

STORINO, B. D. et al . Atitudes de profissionais da saúde em relação ao comportamento suicida. **Cad Saúde Colet**, v. 26, n. 4, p. 369-377, 2018.

ORGANIZADORES

Greiciane da Silva Rocha



Professora doutora adjunta da Universidade Federal do Acre (UFAC) nas áreas de urgência e emergência, centro-cirúrgico, atuando nas temáticas: causas externas, DCNTs, traumatologia, assistência de enfermagem perioperatória e ao paciente crítico, cirúrgico e idoso. Líder do grupo de pesquisa: "Núcleo de estudos e pesquisa de causas externas e doenças crônicas - NEPCEDC" e coordenadora da liga acadêmica de prevenção de trauma de trânsito – LAPTT/UFAC

Creso Machado Lopes



Creso Machado Lopes, natural de Ribeirão Preto, São Paulo, casado, Enfermeiro, Graduado, Mestre em Enfermagem Fundamental e Doutor em Enfermagem, pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP-USP), Especialista em Metodologia do Ensino Superior e da Assistência de Enfermagem, pela Escola de Enfermagem Ana Neri (EEAN-UFRJ), Pós-Doutor pela Universidad de Valladolid - (UVa) - Espanha. Professor Titular do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Acre (CCSD / UFAC) e fundador do Curso de Enfermagem da UFAC em 1976. Ministra / ministrou disciplinas nos Cursos de Graduação em Enfermagem, Saúde Coletiva, Nutrição e Medicina, bem como foi Professor Efetivo do Programa Pós-Graduação Mestrado em Saúde Coletiva (MESCC). Orientou alunos em Trabalhos de Iniciação Científica, no Mestrado e em Curso de Especialização, participou de Bancas de TCC, Especialização, Mestrado e Doutorado. Possui, capítulos de livros e livros publicados, trabalhos de pesquisas publicados em periódicos. Foi Pró-Reitor de Pesquisa e Pós-Graduação, Diretor de Pesquisa, Chefe do Departamento de Ciências da Saúde, Educação Física e do Desporto (CCSED/UFAC). Apresentou trabalhos de pesquisas em congressos nacional e internacional, foi conferencista, expositor de banner, coordenador de seções em congressos. É avaliador de Primeiro Projeto de Pesquisa (PPP-SUS) na Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado do Acre. É organizador do Fórum Internacional em Saúde na Amazônia Ocidental e Fórum de Saúde Coletiva do Estado do Acre. Representa a UFAC no Comitê Vida no Trânsito na Secretaria de Estado da Saúde no Acre e na Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco - Acre.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Acidente de Trânsito: 12, 13, 14, 24, 29, 30, 34, 37, 81, 88, 89, 106, 112, 138, 164, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 177, 179, 180 e 185.

Adolescentes: 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 64, 68, 87, 99, 102, 104, 108, 149, 151, 188, 192, 195, 197, 199, 200 e 201.

Alternativas Penais: 75, 77, 78, 79, 82, 89, 90, 91 e 121.

Amazônia: 27 e 29.

Análise do Discurso: 75 e 78.

Assassinato: 95 e 96.

Atendimento de Enfermagem: 188.

Avaliação Econômica: 177.

C

Causas Externas: 27, 35, 59, 60, 63, 95, 97, 125, 137, 167 e 168.

Crianças: 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 80, 111, 114, 128, 137, 188, 190, 191, 192, 193 e 195.

Custos: 35, 125, 177, 180, 181, 182, 183, 184, 185 e 186.

E

Educação em Saúde: 197.

Enfermagem: 155, 158, 159, 178, 188, 190, 192, 193, 195, 197, 200 e 202.

Epidemiologia: 59.

Etiologia secundária: 59.

F

Fragilidade: 56, 123, 124, 125, 126, 127, 129, 130, 131 e 132.

G

Gravidade das lesões: 164.

H

Homicídio: 69, 95, 96, 97, 98, 99, 101, 102, 103, 104, 109 e 120.

I

Idoso: 99, 103, 123, 124, 125, 126, 128, 129, 130 e 132.

Infração: 33, 34, 75, 82, 89, 91, 106 e 108.

Inquérito: 27, 32, 33, 34, 36, 37 e 60.

L

Lesões primárias: 59, 168, 170 e 171.

M

Morbimortalidade: 12, 75, 76, 97, 106, 107, 124, 135, 136, 149, 151 e 166.

Mortalidade: 15, 21, 27, 29, 35, 59, 60, 61, 62, 69, 71, 85, 95, 119, 123, 124, 125, 132, 138, 164, 167, 168, 173, 174 e 179.

Morte: 13, 15, 19, 23, 42, 60, 61, 63, 64, 66, 67, 68, 69, 80, 90, 95, 96, 97, 98, 107, 121, 124, 128, 136, 146, 147, 164, 167, 190, 194, 198, 199 e 200.

Motocicletas: 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 36, 80, 86, 111, 137, 145, 166 e 170.

O

Obstetrícia: 155 e 158.

P

Prevenção: 14, 19, 23, 28, 29, 33, 35, 47, 56, 60, 61, 63, 69, 70, 71, 78, 82, 84, 86, 91, 92, 109, 111, 115, 135, 145, 149, 150, 152, 164, 173, 180, 190, 193, 195, 197, 198, 200, 201 e 202.

Q

Queda: 16, 18, 20, 23, 66, 76, 82, 84, 85, 116, 123, 126, 130 e 132.

R

Representação Social: 135, 138, 139, 141, 146 e 152.

S

SAMU: 18, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185 e 186.

Saúde da Mulher: 155 e 158.

Saúde pública: 12, 13, 24, 27, 28, 29, 35, 38, 41, 42, 44, 60, 61, 62, 75, 76, 84, 97, 106, 107, 123, 125, 132, 135, 136, 137, 149, 155, 156, 157, 162, 164, 166, 177, 180 e 200.

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: 18, 177, 178, 181, 182, 186

suicídio, 59, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 68, 69, 70, 71, 97, 197, 198, 199, 200 e 201.

Suicídio: 59, 62, 70 e 197.

T

Trânsito: 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 27, 28, 30, 32, 33, 34, 36, 37, 38, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 97, 106, 107, 108,

109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 164, 165, 166, 167, 168, 171, 173, 174, 177, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185 e 186.

V

Violência: 13, 14, 24, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 54, 55, 56, 60, 61, 68, 70, 84, 86, 95, 96, 98, 99, 101, 120, 121, 135, 146, 148, 152, 155, 156, 157, 158, 160, 161, 162, 163, 174, 188, 189, 190, 192, 193, 194, 195 e 199.

Violência Contra a Mulher: 155 e 158.

Violência Sexual: 41, 42, 43, 44, 45, 46, 48, 49, 50, 51, 52, 54, 55, 56, 61, 188, 189, 192, 193 e 195.

Vítimas: 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 28, 35, 36, 38, 41, 42, 43, 44, 45, 47, 48, 49, 50, 51, 54, 55, 56, 76, 80, 83, 84, 85, 88, 95, 96, 97, 98, 99, 101, 102, 103, 104, 106, 109, 111, 112, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 121, 125, 126, 128, 136, 137, 138, 146, 147, 148, 152, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 172, 173, 179, 185, 188, 190, 191, 192, 193 e 194.



DOI: 10.35170/ss.ed.9786586283341