

ARTIGO ORIGINAL

Análise dos acidentes motociclísticos no Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo (CRER)

Analysis of motorcycle accidents at the Dr. Henrique Santillo Rehabilitation and Readaptation Center (CRER)

Angélla Aragonez Essado Jácomo¹, Ana Cristina Ferreira Garcia¹

RESUMO

Introdução: na última década, dentre os acidentes automobilísticos, observa-se um número crescente envolvendo motocicletas, veículo que ganha cada vez mais aceitação e aprovação da população. Nestes acidentes, as lesões neurológicas mais frequentes são o traumatismo cranioencefálico (TCE), seguido de lesão medular (LM), ambas de grande importância devido à gravidade das seqüelas que provocam. **Objetivos:** identificar o perfil dos pacientes vítimas de acidentes de trânsito com motocicletas no Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo (CRER), tipo de lesão neurológica, incapacidades adquiridas, reinserção laboral e capacidade para conduzir veículos após o trauma. **Pacientes e métodos:** realizou-se uma análise descritiva dos prontuários dos pacientes internados no CRER, no período de 2007 a 2010, selecionando apenas as vítimas de acidente motociclístico, assim como da

atual situação produtiva dos mesmos através de contato telefônico no período de 01-07-2011 a 20-07-2011, utilizando formulário previamente elaborado. **Resultados:** houve predomínio de homens jovens economicamente ativos, sendo que a maioria não retornou sua vida laboral (86%) e está usufruindo de benefício previdenciário (79,6%). **Conclusão:** faz-se primordial a elaboração de estratégias para prevenção e controle dos traumas por motos, assim como medidas que estimulem a reinserção desses indivíduos incapacitados.

Palavras-chave: Acidentes de Trânsito, Motocicletas, Traumatismos da Medula Espinal, Traumatismo Cerebrovascular, Centros de Reabilitação

ABSTRACT

Introduction: in the last decade, among automobile accidents, it was observed that a growing number involved motorcycles, a vehicle that is being more and more accepted and approved by the population. In these accidents the most frequent neurological lesions are cranioccephalic trauma (CET), followed by medullary lesion (ML), both of great importance due to the gravity of their after-effects. **Objectives:** to identify the profile of the patients who are victims of motorcycle accidents at the Dr. Henrique Santillo Rehabilitation and Readaptation Center (CRER), their type of neurological lesion, any acquired disabilities, their reinsertion into the job market, and their capacity to drive vehicles after the trauma. **Patients and methods:** a descriptive analysis of the medical history forms of patients admitted at CRER, from 2007 to 2010, selecting only the victims of motorcycle acci-

dents, as well as the current productive situation of these victims through telephone contact between July 1st, 2011 and July 20th, 2011, utilizing a previously-prepared form. **Results:** there was a predominance of young males economically active, the majority of whom did not return to work (86%) and are enjoying social welfare benefits (79.6%). **Conclusion:** The need to prepare strategies to prevent and control motorcycle traumas is evident, as well as measures that stimulate the reinsertion of these disabled individuals into the work market.

Keywords: Traffic Accidents, Motorcycles, Spinal Cord Injuries, Cerebrovascular Trauma, Rehabilitation Centers

¹ Departamento de Medicina Física e de Reabilitação do Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo (CRER).

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Angélla Aragonez Essado Jácomo • Av. Vereador José Monteiro, 1655 • Setor Negrão de Lima, Goiânia / GO • Cep 74653-230
E-mail: angellejacom@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

A partir da década de 1980, as causas externas passaram a representar a segunda causa de morte no Brasil e a primeira para a população que se encontra entre 05 e 39 anos de idade.¹ Entre as causas externas, os acidentes automobilísticos são responsáveis por expressivo número de mortes e hospitalizações.² Tais dados representam o reflexo do número de veículos em circulação, a desorganização do trânsito, a deficiência geral de fiscalização, as precárias condições dos veículos, o comportamento dos usuários e a impunidade dos infratores.³

Na última década, dentre os acidentes automobilísticos, observamos um número crescente envolvendo motocicletas, veículo que ganha cada vez mais aceitação e aprovação da população, por ser ágil e de custo reduzido.¹

As conseqüências advindas das lesões neurológicas, como no TCE, são vastas e abrangem incapacidades físicas, cognitivas, psicológicas, comportamentais e emocionais, muitas vezes com onerosos encargos psicossociais e econômicos.⁴

O mesmo ocorre no trauma raquimedular (TRM), em que aproximadamente 15% dos pacientes terão comprometimento neurológico permanente.⁵

Lesões incapacitantes como TCE e TRM, requerem um processo longo de reabilitação, definida como um processo educativo que visa reduzir a incapacidade experimentada como resultado de uma doença ou lesão.⁴

OBJETIVO

Considerando a magnitude das conseqüências desse tipo de trauma, tanto no âmbito pessoal como no social, desenvolvemos este estudo objetivando identificar o perfil dos pacientes vítimas de acidentes de trânsito com motocicletas no Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo (CRER), tipo de lesão neurológica, incapacidades adquiridas, reinserção laboral e retorno à capacidade para conduzir veículos após o trauma.

Nosso intuito foi de obtermos maiores informações a respeito de um tema atual e muito relevante, assim como contribuímos com informações potencialmente preventivas a respeito da gravidade e morbidade que acarretam.

MÉTODO

Realizou-se uma análise retrospectiva dos prontuários de todos os pacientes internados

no Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo (CRER) - Goiânia-GO, no período de 01-02-2007 a 31-12-2010.

O CRER é referência em reabilitação em nosso estado e na região norte do país. Possui 111 leitos para internação, sendo 44 leitos exclusivos para pacientes da reabilitação. O Centro também conta com uma ampla assistência ambulatorial. Nossa pesquisa se restringiu ao setor de internação.

No período citado foram 489 internações, representando um total de 457 pacientes, tendo em vista que alguns pacientes internaram mais de uma vez, por apresentarem novos objetivos de abordagem intensiva na Reabilitação.

Foi realizado revisão dos prontuários desses 457 pacientes durante o período em que estiveram internados na referida Instituição. Em seguida, selecionamos apenas as vítimas de acidentes motociclísticos.

Levou-se em conta as seguintes variáveis: data de nascimento, idade no ato do trauma, sexo, escolaridade, estado conjugal, número de filhos, ocupação e renda prévia, o fato de utilizar ou não a motocicleta para fins de atividade remunerada (moto-taxista, entregador..), principal diagnóstico decorrente do acidente, traumas associados, tipo de tratamento, necessidade de UTI na fase aguda, tempo de internação na Reabilitação, seqüela motora e seqüela cognitiva, esta última classificada de acordo com a escala de Rancho Los Amigos, uma escala descrita em oito níveis, em que se pode avaliar e classificar o paciente pós-TCE, dentro de suas funções cognitivas. Essa Escala foi descrita em 1965, e atualizada com mais dois itens em 2001.⁶

Posteriormente, realizou-se uma análise da atual situação laboral através de contato telefônico junto aos pacientes ou familiares de vítimas de acidente de moto, atendidos na referida instituição, no período de 01-07-2011 a 20-07-2011, utilizando formulário previamente elaborado após consentimento do entrevistado. Neste, as variáveis utilizadas foram: presença de benefício previdenciário no momento, reinserção no mercado de trabalho e se tais pacientes usufruem de veículos adaptados para a sua condição física atual.

Todos esses dados foram armazenados e analisados através de um banco de dados computadorizado, construído com o programa Windows Excel. Os resultados são apresentados por meio de análise descritiva.

Importante ressaltar que os sujeitos do estudo tiveram garantia de anonimato, conforme preconiza a Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, e todo o conteúdo e análise da pesquisa foi baseado na Declaração de Helsinque.

RESULTADOS

Da amostra de 457 pacientes, 139 (30,4%) foram internados tendo como motivo do trauma acidentes de trânsito. Dos 139 pacientes internados vítimas de acidente de trânsito, os tipos de veículo envolvidos estão descritos na Figura 1.

Dos 79 pacientes vítimas de acidente por motocicleta (58% da amostra), encontramos uma idade média de 29,5 anos (DP \pm 10,8), sendo 86% do sexo masculino e 14% do sexo

Acidentes de trânsito

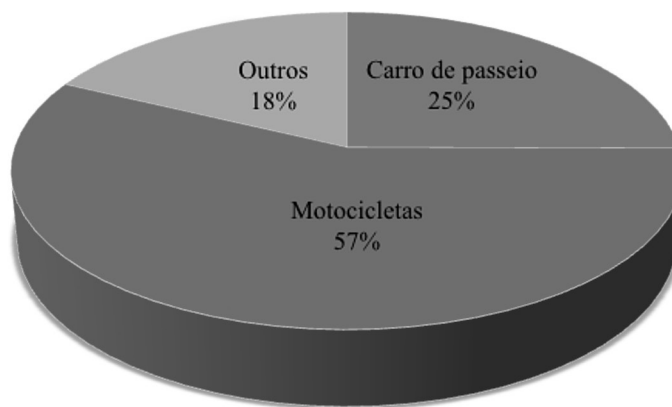


Figura 1 – Distribuição dos acidentes de trânsito por veículo envolvido

Escolaridade

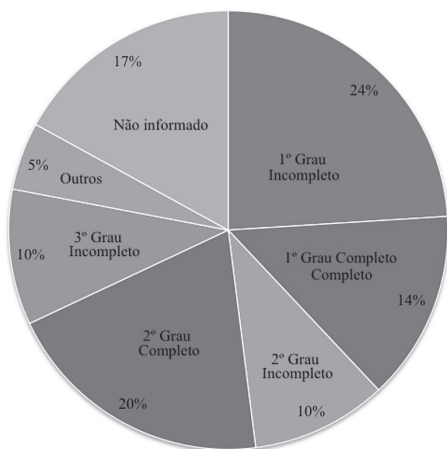


Figura 2 – Escolaridade dos pacientes envolvidos nos acidentes

feminino. Com relação ao grau de escolaridade, os dados encontram-se na Figura 2.

Em termos de estrutura familiar, observou-se que 74,8% dos pacientes eram solteiros, 19% casados, 2,5% informaram união estável e 3,7% estavam divorciados no momento do acidente. A média de filhos por paciente foi de 1,1 (DP ± 1,37).

Quanto à ocupação, os tipos de atividade laboral exercidos estão na Tabela 1, sendo que a renda média mensal era de 2 salários mínimos (DP±2), 17,7% dos pacientes utilizavam a direção veicular de duas rodas como atividade remunerada, seja como moto-taxista, prestador de serviços ou como entregador de mercadorias.

Em relação à formalidade do vínculo empregatício, excluindo-se os 12,6% do grupo em que não obtivemos tal informação, cerca de 55% tinham carteira de trabalho assinada e contribuía com a previdência social.

Dos 79 pacientes em estudo, 42 (53%) apresentaram como trauma principal o TCE, 33 (42%) apresentaram TRM e 4 (5%) foram acometidos pelas duas situações.

Na fase aguda, entre os pacientes com TCE, 61% foram tratados clinicamente e 39% cirurgicamente, 93,4% deles necessitaram de cuidados em unidade de terapia intensiva (UTI) na fase aguda. Em relação ao quadro sequelar motor, 61% evoluíram com tetraplegia, 32% com hemiplegia e 7% com paraplegia em decorrência do TRM associado. Como sequela neuropsíquica 89,1 % deles cursaram com déficit cognitivo.

Tabela 1 – Atividade exercida pelos pacientes previamente ao trauma (N:79)

Atividade	N
Auxiliar de produção	12,6%
Lavrador	12,6%
Serviços gerais	2,5%
Vendedor/Entregador	8,8%
Vigilante	3,7%
Motorista de veículo pesado	5%
Moto-taxista	7,5%
Assistente administrativo	3,7%
Estudante	5%
Funcionário Público	2,5%
Fotógrafo	2,5%
Servente de pedreiro	2,5%
Outros	16,8%
Não informado	12,6%

Já os pacientes com TRM, 78,3% deles foram submetidos a cirurgia de artrodese de coluna vertebral, e 21,7% receberam tratamento clínico. 21,1% necessitaram de UTI na fase aguda. 67,5% evoluíram com paraplegia e 32,5% com tetraplegia. Apenas 2 desses pacientes (5,4%) ficaram com déficit cognitivo e foram aqueles com TCE concomitante.

A comparação dos cuidados e sequelas encontradas no TCE e TRM estão descritas na Figura 3, lembrando que os pacientes com TCE que apresentaram Paraplegia tinham TRM concomitante, assim como os TRM que apresentaram déficit cognitivo haviam cursado com TCE concomitante.

Além do trauma neurológico principal, 53,2% dos pacientes apresentaram lesões associadas no ato do acidente, sendo os principais descritos na Tabela 2.

A média de tempo em dias em que o paciente esteve internado para reabilitação foi de 52 dias (DP ± 33,4).

Em relação aos dados obtidos por contato telefônico, dos 79 pacientes selecionados, não obtivemos sucesso no contato telefônico por falta de dados no cadastro da Instituição em 16,5%, e 2,5% foram a óbito. O contato foi efetivado em 64 pacientes (81% da amostra).

Dessa amostra de 64 pacientes, 79,6% estão recebendo algum tipo de benefício previdenciário no momento e 20,4% não estão recebendo nenhum auxílio. 86% não conseguiram retornar ao mercado de trabalho e 14% obtiveram reinserção. A Tabela 3 apresenta o

Tabela 2 – Lesões associadas ao trauma neurológico (N:79)

Lesões associadas	N
Contusão torácica	3,7%
Fratura membro inferior	16,4%
Fratura clavícula	11,3%
Fratura membro superior	14%
Hemorragia abdominal	3,7%
Fratura escápula	5%
Fratura arcos costais	6,3%
Luxação membro superior	1,2%
Amputação parcial membro inferior	1,2%
Derrame pleural	8,8%
Fratura ilíaco	1,2%
Fratura mandíbula	1,2%
Lesão de plexo braquial	2,5%
Hemorragia Digestiva Alta	1,2%
Lesão oftalmológica	1,2%
Fratura bacia	1,2%
Amputação parcial membro superior	1,2%
Dissecção da artéria carótida interna	1,2%
Perfuração pulmonar	1,2%

número de indivíduos que no momento estão trabalhando com atividades informais.

Observa-se que 4% dos pacientes que recebem benefício previdenciário estão trabalhando em atividades produtivas informais, com intuito de aumentar a renda familiar. Nesse grupo, a renda prévia ao trauma era de 1,5 salários-mínimos, metade dele são casados e a média de filhos por paciente é de 1,5 filhos.

No quesito retorno a habilidade de condução veicular, 89% não voltaram a dirigir e apenas 11% estão conduzindo veículos adaptados. Desses 11% que retornaram a conduzir veículos, observamos um perfil de pacientes com média salarial prévia de 2,16 salários-mínimos, 71% estão solteiros, com uma média de filhos de 0,6. 86% do grupo não obtiveram reinserção no mercado de trabalho e todos recebiam benefício previdenciário.

DISCUSSÃO

O trauma é doença endêmica na sociedade moderna, com a peculiaridade de acometer principalmente pessoas em idade economicamente ativa, levando a uma perda considerável de anos potenciais de vida.⁷ A redução do número

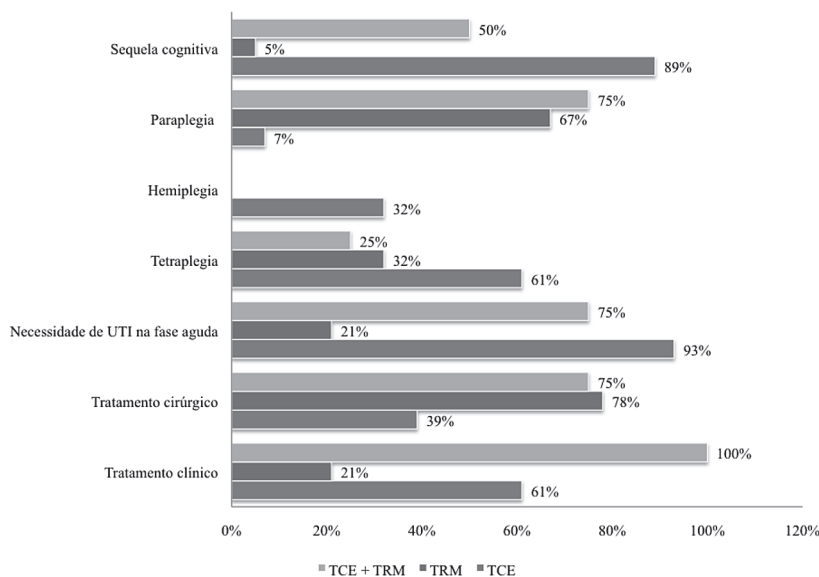


Figura 3 – Cruzamento de dados nos pacientes com TCE e TRM

Tabela 3 – Recebimento de benefício previdenciário X Reinserção no mercado de trabalho (N:64)

	Reinserção	Incapacidade permanente
Recebem auxílio previdenciário (51 pacientes)	02 pacientes (trabalho informal)	49 pacientes
Não recebem auxílio (13 pacientes)	07 pacientes (trabalho informal)	06 pacientes
	09 pacientes na informalidade	

de acidentes de trânsito e, conseqüentemente, mortes, lesões, hospitalizações e incapacidades ainda representa um desafio para a sociedade.²

O número de incapacidades decorrentes de acidentes automobilísticos tem aumentado significativamente, e a explicação para este fenômeno se deve a maior ocorrência de acidentes entre jovens em boas condições de saúde (hígidos, com maior chance de sobreviver a acidentes mais graves), assim como pelo aumento do número de veículos mais pesados e velozes. Além disso, os avanços da Medicina nos cuidados na fase aguda do trauma, também contribuem para o aumento da sobrevivência.¹ Vale ressaltar que os pacientes do presente estudo foram aqueles que sobreviveram à fase mais grave do trauma.

O Brasil conta com uma população média de aproximadamente 180 milhões de habitantes e cerca de 46.256.874 veículos cadastrados até o ano de 2007. Destes veículos, 53,2% estão na Região Sudeste, sendo responsáveis por um número de 4.150.406 motocicletas (16,9%).⁷ No ano de 1997, foram 40 mil acidentes com

motociclistas e 24 mil mortes. Os dados de internação por grupos de causas identificam que, em 1998, foram internados 15.232 motociclistas e, em 2004, este número evoluiu para 27.388, representando um aumento de 79,8%.¹

O perfil dos motociclistas pode ser dividido em dois diferentes grupos. O primeiro representa os que utilizam o veículo por sua agilidade nas vias urbanas, economia e conveniência no tráfego.⁸ Neste grupo se enquadram os “moto-boys” (motociclistas que se utilizam do veículo como meio de trabalho, seja como moto-táxi ou entregador de mercadorias).⁸ O segundo grupo é formado por aqueles que utilizam motocicletas para atividades esportivas e hobby, em geral pessoas acima da quarta década de vida, pertencentes a classes sociais mais altas e que fazem uso dos equipamentos de segurança necessários.⁸

Na população brasileira destaca-se, em quantidade e na frequência dos traumas, o primeiro grupo.

A Resolução nº. 203 do Conselho de Trânsito Brasileiro, em seu art. 1º, diz ser obriga-

tório, para circular nas vias públicas, o uso do capacete pelo condutor e passageiro de motocicleta.¹ Mas a Associação Brasileira de Motociclistas divulga uma lista com doze equipamentos para a segurança, dentre eles: capacete aprovado pelo Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial (INMETRO), calça e jaqueta de tecido resistente, botas ou sapatos reforçados e luvas, protetor de pernas e antena anti-cerol.¹

Segundo Koizumi, o estudo epidemiológico sobre acidentes de motocicleta ocorridos no Município de São Paulo, no ano de 1982, foi constatado que das 166 vítimas fatais, 64 (38,55%) morreram no local do evento, 7 (4,22%) a caminho do hospital e 95 (57,23%) no hospital. Relacionando lesões ao tempo de sobrevivência, verificou-se que a morte no local ou em menos de 24h após o evento, decorreu de fratura de crânio, traumatismo internos e fratura de pescoço ou tronco e que se tratavam de politraumatizados, com uma média de quatro diagnósticos de lesões por vítima fatal.⁹ A proporção de mortos em relação ao total de vítimas devido ao acidente de moto foi de 3,7%.⁹ A importância da gravidade das lesões neste grupo ficou demonstrada tendo em vista que cerca de 2/3 de todas as vítimas fatais faleceram no período de 24h pós-acidente. Entretanto, uma das questões não respondidas no citado estudo,⁹ relacionou-se com o padrão das lesões nos que sobrevivem ao acidente.

A predominância do sexo masculino é marcante e varia de 79% a 96%.¹ Em relação à faixa etária, cerca de 70% das vítimas têm idades entre 10 e 39 anos, abrangendo o grupo de adolescentes e adultos jovens.¹ Com relação ao perfil sócio-econômico, predominam as vítimas que possuem Ensino fundamental (32,3%) e Médio incompleto (32,3%), e os que apresentam renda mensal de um a dois salários mínimos (53%).¹ Os dados encontrados no presente estudo nos levam a refletir sobre os padrões socioculturais que se perpetuam em nosso meio e terminam por conduzir a altas taxas de morbimortalidade em adultos jovens, solteiros, do sexo masculino, no auge de suas capacidades.

A maior mortalidade no trânsito desta população é um fenômeno extremamente complexo, que pode ser explicado, em parte, pelas características próprias da faixa etária, como: imaturidade, sentimento de onipotência, tendência de superestimar suas capacidades, a pouca experiência, habilidade para dirigir, e comportamentos de risco.¹

Quanto à área corporal lesada, em mais da metade das vítimas, os membros representam um dos segmentos mais atingidos, sendo os membros inferiores os mais gravemente lesa-

dos.¹ Lesões na cabeça e pescoço aparecem em segundo lugar, e o traumatismo crânioencefálico (TCE) a principal causa de morte.¹ Embora menos freqüentes, as lesões por esmagamento, amputações e lesão medular (LM), são de grande importância devido à gravidade das seqüelas que provocam.¹ LM concomitante com TCE ocorre em cerca de 40% a 50% das vítimas.⁴

Quanto ao trauma neurológico, o diagnóstico de TCE foi o mais prevalente, em conformidade com os dados da literatura, provendo conseqüências devastadoras para o indivíduo acometido, seus familiares e sociedade em geral.

Segundo Pentland, após um TCE, o tempo médio da primeira internação, ou seja na fase aguda do trauma, incluindo cuidados intensivos em UTI, foi de 35 dias, e que 37% deles foram internados em uma unidade de reabilitação por três ou quatro meses.¹⁰ Em estudo realizado por Kenneth, a média de dias de internação na reabilitação foi de 90 dias, independente da lesão.¹¹ No CRER, o tempo médio de internação para reabilitação em período integral por equipe multidisciplinar foi de 52 dias. Faz-se imperiosa a reflexão sobre os onerosos encargos que o trauma traz para a sociedade, não só na fase aguda, mas também na fase de readaptação para retorno à produtividade.

Além do trauma neurológico principal, a lesão associada mais comum foi fratura de membro inferior, por ser uma área desprotegida, dado que também vai ao encontro da literatura.¹ A existência de leis que obriguem o uso de proteções para os membros superiores e inferiores e ações de promoção da saúde são de vital importância para a prevenção destas lesões.

Há relatos de pacientes que referem significativa preocupação com a deambulação, apontando este ato físico como condição para voltar a exercer sua autonomia e participação no meio social. As diversas dificuldades motoras, não só a de deambular, representam uma dificuldade para o indivíduo perceber-se autônomo, produtivo e capaz de gerar gratificações e prazer para si e para os outros a sua volta.¹² No entanto, a função cognitiva é de extrema importância para esta autonomia, e muitas vezes é o fator limitante na busca do retorno a produtividade. Importante ressaltar que essa função é freqüentemente afetada no TCE, além da seqüela motora.⁴ Cerca de 50 a 75% dos indivíduos que sofreram TCE apresentam sintomas cognitivos e comportamentais que estão presentes em seguimentos de até 15 anos.¹³ Nesse estudo, a seqüela neuropsíquica esteve presente em 89,1 % dos pacientes com TCE.

Neste contexto, o processo de reabilitação é de extrema importância. Após uma lesão de grande monta como é o caso de TCE e do

TRM, a reabilitação se torna imperativa.⁴

O objetivo da reabilitação é ajudar o paciente a alcançar o máximo de independência para regressar ao seu nível anterior de funcionalidade, dentro dos limites impostos por sua deficiência residual física, funcional e cognitiva.⁴ Trata-se de um processo de duração limitada, realizado uma equipe multiprofissional, que visa otimizar o desenvolvimento das funções comprometidas, permitindo ao indivíduo alcançar metas bem estabelecidas desde o início do tratamento.¹²

Importante ressaltar que o conceito de reabilitar não é restrito a reintegração física, mas também inclui a reintegração social, comunitária, emocional e de domínios profissionais, o que tem sido um grande desafio para a equipe multidisciplinar.⁴

As seqüelas permanentes são as responsáveis pelos altos custos diretos a sociedade, e variam entre 2% e 4% das despesas de saúde em países industrializados.¹⁴ Na verdade, os custos informais representam um encargo ainda maior e em grande parte ocultos.¹⁴

Ao analisarmos a população específica dos pacientes que atuam como moto-boys, fica nítido a necessidade de promoção da saúde dos mesmos, com ações específicas, multidisciplinares e multissetoriais, que reconheçam a importância do meio na ocorrência de acidentes de trânsito. A regulamentação da profissão, leis que obriguem o uso de proteções para os membros superiores e inferiores e ações dos promotores da saúde dirigidas também aos patrões e aos clientes dos moto-boys são primordiais para a prevenção dos acidentes de trânsito envolvendo essa classe.¹⁵ Ações mais pontuais, focadas apenas na mudança de comportamento dos moto-boys, possivelmente terão pouco sucesso.¹⁵ O aumento do número de moto-boys circulando no trânsito sugere que eles desempenham tarefas que satisfazem as necessidades sociais contemporâneas pela agilidade. Apesar da demanda e de ser uma oportunidade de emprego, o trabalho ainda é informal.¹⁵

Na realização do contato telefônico com os pacientes ou seus familiares, a fim de estudarmos algumas de suas atuais condições, observamos que houve 2,5% de óbitos após a alta do serviço de Reabilitação. Ficou nítido o baixíssimo número de pacientes que retornam às suas atividades. Grande parte ainda vem recebendo o benefício previdenciário, apenas 11,4% conseguiram reinserir no mercado de trabalho, e uma porcentagem menor ainda (8,8%) voltou a conduzir veículos, adaptados para a sua deficiência. Vale a pena enfatizar que desses pacientes que retornaram à condução veicular, 15% apresentavam paraplegia e 15%

hemiplegia, não tivemos nenhum caso de tetraplegia nesse quesito.

O retorno à produtividade é freqüentemente usado como base para a medida de recuperação de um trauma ou doença e é particularmente relevante quando se examina o ônus individual ou social do trauma, em que a maioria dos atingidos é o adulto jovem. Dessa forma, uma das principais metas de recuperação consiste em retornar o indivíduo à sua atividade anterior, isto é, retorno ao emprego, à escola ou às atividades domésticas ou outra atividade relevante.¹⁶ Em pacientes vítimas de TCE, estima-se que o retorno à produtividade dessas vítimas varia entre 20% e 50%, dependendo da gravidade da lesão, ocupação anterior, características demográficas e suporte ambiental e familiar.¹⁶

Importante destacar que a maioria dos pacientes da nossa amostra recebiam benefício previdenciário ao contato telefônico e que apesar desses benefícios ajudarem no auto-sustento, muitas vezes não são suficientes para todas as necessidades destes indivíduos, tendo em vista que 4% deles complementavam a renda com atividades informais.

A Lei Complementar nº. 53/1996 - garante às pessoas com deficiência a aquisição de veículos adaptados com isenção total do imposto sobre circulação de mercadorias e serviços (ICMS).¹⁷ Entretanto, quanto mais grave a deficiência, maior é a dificuldade de relacionamento social, o que se dá por diversos fatores complicadores, como por exemplo, as barreiras e dificuldade de acesso, a inadequação dos meios de transporte em geral, o preconceito que toma conta da sociedade, que tem um padrão de normalidade estabelecido dificilmente modificado.¹⁷ O presente estudo vem para reforçar esse conceito quando nos deparamos com apenas 8,8% da amostra capaz de conquistar a independência para conduzir veículos adaptados após o evento traumático.

CONCLUSÃO

Os acidentes de trânsito são um infortúnio de proporções desastrosas para o doente, sua família e sociedade em geral. A evolução desses pacientes depende de uma longa fase de reabilitação para a reintegração do indivíduo à sociedade. A melhor conduta, portanto, continua sendo a prevenção.

As lesões neurológicas aqui encontradas estão associadas a uma vasta proporção de incapacidades e o retorno à produtividade costuma ser demorado ou até incerto. A idade, o nível de escolaridade e o vínculo empregatício pré-trauma são outros fatores que influenciam

nesse retorno.

Essa pesquisa vem para reforçar a necessidade de investimento em medidas educacionais e preventivas principalmente para a população de homens jovens economicamente ativos, assim como para deflagrar a dificuldade na reinserção desses indivíduos no mercado de trabalho e no retorno à sua capacidade de conduzir veículos, o que prejudica a produtividade global da nação.

Destaca-se a importância da regulamentação e fiscalização das atividades de trabalho realizadas pelos motociclistas, visando minimizar a magnitude dos acidentes com esse tipo de veículo e, sinergicamente, aumentar a segurança nas vias públicas para os motociclistas e demais usuários.

15. Veronese AM, Oliveira DLLC. Os riscos dos acidentes de trânsito na perspectiva dos moto-boys: subsídios para a promoção da saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2006; 22(12):2717-21.
16. Oliveira NLB, Sousa RMC. Retorno à atividade produtiva de motociclistas vítimas de acidentes de trânsito. *Acta Paul Enferm*. 2006;19(3):284-9.
17. Honesko RS, Borges RMS. Pessoa com deficiência e cidadania: o Direito e a Realidade Social. *UNOPAR Cien Ciênc Juríd Empres*. 2011;12(1):11-8.

REFERÊNCIAS

1. Santos AM MM, Nunes BM, Leal CF, Teles JB. Profile of motorcycle accident victims treated at a public hospital emergency department. *Cad Saude Publica*. 2008;24(8):1927-38.
2. Morais Neto OL, Malta DC, Mascarenhas MD, Duarte EC, Silva MM, Oliveira KB, et al. Risk factors for road traffic injury among adolescents in Brazil: National Adolescent School-based Health Survey (PeNSE). *Cien Saude Colet*. 2010;15 Suppl 2:3043-52.
3. Oliveira NL DSR. Injury diagnosis quality of life among motorcyclists, victims of traffic accidents. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2003;11(6):749-56.
4. Chua KS NY, Yap SG, Bok CW. A brief review of traumatic brain injury rehabilitation. *Ann Acad Med Singapore* 2007;36(1):31-42.
5. Campos MF, Ribeiro AT, Listik S, Pereira CAB, Andrade Sobrinho J, Rapoport A. Epidemiologia do traumatismo da coluna vertebral. *Rev Col Bras Cir*. 2008; 35(2): 88-93.
6. Hagen C, Malkmus D, Durham P. Levels of cognitive functioning. Downey: Rancho Los Amigos Medical Center; 1998.
7. Rodrigues NB, Gimenes CM, Lopes CM, Rodrigues JMS. mortes, lesões e padrão das vítimas em acidentes de trânsito com ciclomotores no município de Sorocaba, São Paulo, Brasil. *Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba*. 2010;12(3):21-5.
8. Alicioğlu B, Yalniz E, Eşkin D, Yılmaz B. Injuries associated with motorcycle accidents. *Acta Orthop Traumatol Turc*. 2008;42(2):106-11.
9. Koizumi M. Acidentes de motocicleta no município de São Paulo, SP (Brasil), caracterização do acidente e da vítima. *Rev Saúde Pública*. 1985;19:475.
10. Pentland B. Rehabilitation needs after severe head injury. *BMJ*. 1994;309(6947):129.
11. Ottenbacher KJ, Smith PM, Illig SB, Linn RT, Ostir GV, Granger CV. Trends in length of stay, living setting, functional outcome, and mortality following medical rehabilitation. *JAMA*. 2004;292(14):1687-95.
12. Fechio MB, Pacheco KMB, Kaihama HN, Alves VLR. A repercussão da lesão medular na identidade do sujeito. *Acta Fisiatr*. 2009;16(1):38-42.
13. Mattos P, Saboya E, Araújo C. Sequela comportamental, pós-traumatismo craniano. *Arq Neuropsiquiatr*. 2002;60(2-A):319-23.
14. Mar J, Arrospide A, Begiristain JM, Larrañaga I, Elosegui E, Oliva-Moreno J. The impact of acquired brain damage in terms of epidemiology, economics and loss in quality of life. *BMC Neurol*. 2011;11:46.