

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

Luciane Rodrigues da Costa

**ACIDENTALIDADE NO TRÂNSITO E FISIOTERAPIA: UMA CARACTERIZAÇÃO
DE DADOS DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE-RS**

Porto Alegre
2021

CIP - Catalogação na Publicação

Rodrigues da Costa, Luciane
ACIDENTALIDADE NO TRÂNSITO E FISIOTERAPIA: UMA
CARACTERIZAÇÃO DE DADOS DO MUNICÍPIO DE PORTO
ALEGRE-RS / Luciane Rodrigues da Costa. -- 2021.
37 f.
Orientador: Luiz Fernando Calage Alvarenga.

Coorientadora: Violeta Rodrigues Aguiar.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade
de Medicina, Especialização em Saúde Pública, Porto
Alegre, BR-RS, 2021.

1. Saúde pública. 2. Consequências de acidentes. 3.
Serviços básicos de saúde. 4. Fisioterapia. 5.
Qualidade da assistência à saúde. I. Calage Alvarenga,
Luiz Fernando, orient. II. Rodrigues Aguiar, Violeta,
coorient. III. Título.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

LUCIANE RODRIGUES DA COSTA

**ACIDENTALIDADE NO TRÂNSITO E FISIOTERAPIA: UMA CARACTERIZAÇÃO
DE DADOS DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE-RS**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Fernando Calage Alvarenga

Co-orientação: Ms. Violeta Rodrigues Aguiar

Porto Alegre
2021

DEDICATÓRIA

À EPTC, empresa ao qual fiz parte, iniciando minha carreira profissional, aos 18 anos, como funcionária pública concursada. Honro, com este trabalho, a valiosa aprendizagem e as estimadas pessoas que comigo estiveram.

AGRADECIMENTOS

À Mãe Terra em sua força suprema. Obrigada por todo o amor que recebo para lutar contra todo o mal que te aflige.

Ao Vítor, meu filho. Te amo.

À Tila, minha gata, pela presença que diverte e aquece.

À Dilma Rousseff por ser inspiração.

Ao SUS, à fisioterapia e seus profissionais. Pela luta, diária, em busca de suas melhores versões.

Ao professor, fisioterapeuta, Dr. Luiz Fernando Calage Alvarenga pela orientação deste trabalho.

À Ms. Violeta Rodrigues Aguiar pela coorientação.

RESUMO

A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, proposta pela Organização das Nações Unidas (ONU), abrange, em seu objetivo de saúde e bem-estar, a segurança no trânsito. No Brasil, as causas externas representam um importante desafio para o padrão de morbidade da população em função do elevado número de internações e sequelas físicas, sejam temporárias ou permanentes, com milhares de hospitalizações. A Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências define que cabe aos serviços de reabilitação prestar atendimento multiprofissional aos pacientes, a fim de evitar sequelas e incapacidades, além de propiciar condições para a sua reintegração aos grupos familiar, social e laboral. A fisioterapia, apesar de já desempenhar atividades efetivas em toda a rede de atenção à saúde ainda, é percebida com restrito espaço estrutural na atenção primária. Embora o processo de formação seja direcionado a desenvolver competências e habilidades gerais para atenção à saúde, individual e coletiva, com ações de promoção, prevenção e reabilitação, o fisioterapeuta enfrenta barreiras significativas na atenção primária em saúde para prestação de seus serviços no atendimento às necessidades da população. Diante desses pressupostos, o objetivo do presente estudo foi caracterizar a acidentalidade de trânsito e o serviço em fisioterapia, buscando entendimento das implicações à rede de atenção bem como do acesso na atenção primária em saúde do município de Porto Alegre/RS. Este estudo possui delineamento transversal descritivo realizado a partir de dados secundários do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) e do Sistema de Cadastro de Acidentes de Trânsito (CAT-EPTC) no período de 2015 a 2019, no município de Porto Alegre (RS). Os resultados do estudo chamam a atenção para acidentes com lesões corporais. No total, os acidentes de trânsito vitimaram fatalmente 431 pessoas e deixaram outras 29310 feridas. Homens e a faixa etária entre 26 e 35 anos caracterizaram maior vulnerabilidade, com motocicletas sendo responsáveis pelos acidentes com piores condições às vítimas. As ações da fisioterapia concentraram-se em maior proporção na média complexidade, ficando apenas 1% das ações realizadas na Atenção Básica, revelando privilégios, por concepção estrutural, às demandas de saúde da fisioterapia. Os dados estabeleceram uma linha de base importante para estudos futuros.

Palavras-chave: saúde pública; consequências de acidentes; serviços básicos de saúde; fisioterapia; qualidade da assistência à saúde.

ABSTRACT

The 2030 Agenda for Sustainable Development, proposed by the United Nations (UN), includes traffic safety in its objective of health and well-being. In Brazil, external causes represent an important challenge for the morbidity pattern of the population due to the high number of hospitalizations and physical sequelae, whether temporary or permanent, with thousands of hospitalizations. The National Policy for the Reduction of Morbidity and Mortality from Accidents and Violence defines that rehabilitation services are responsible for providing multi-professional care to patients in order to avoid sequelae and disabilities, as well as to provide conditions for their reintegration into the family, social, and work groups. Despite already performing effective activities throughout the health care network, physical therapy is still perceived with restricted structural space in primary care. Although the process of formation is directed to develop competencies and general skills for individual and collective health care, with actions of promotion, prevention and rehabilitation, the physiotherapist finds significant barriers in primary health care to provide their services to meet the needs of the population. Given these assumptions, the aim of this study was to characterize traffic accidents and physical therapy services, seeking to understand the implications to the network of care and access to primary health care in the city of Porto Alegre (RS). This study has a descriptive cross-sectional design carried out from secondary data from the National Register of Health Establishments (CNES), the Hospital Information System of SUS (SIH/SUS) and the Traffic Accident Registration System (CAT-EPTC) in the period from 2015 to 2019, in the municipality of Porto Alegre (RS). The results of the study draw attention to accidents with bodily injury. In total, 431 people were fatally injured in traffic accidents and 29310 others were injured. Men and the age bracket from 26 to 35 years old characterized the greatest vulnerability, with motorcycles being responsible for the accidents with the worst conditions for the victims. The actions of physiotherapy were concentrated in the medium complexity, and only 1% of the actions performed in Primary Care, revealing privileges, by structural conception, to the health demands of physiotherapy. These data established an important baseline for future studies.

Keywords: publichealth; accidentconsequences; basichealthservices; physicaltherapyspecialty; qualityofhealthcare.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Série histórica da acidentalidade de trânsito segundo tipo de acidentes (danos materiais x lesões corporais), Porto Alegre (RS), 2015 – 2019.....	19
Tabela 2- Panorama da acidentalidade: tipos de acidentes, Porto Alegre (RS), 2015-2019.....	20
Tabela 3- Panorama da acidentalidade: tipos de veículos, Porto Alegre (RS), 2015-2019.....	20
Tabela 4- Série histórica da acidentalidade de trânsito segundo população estimada x total da Acidentes, total de acidentes lesões corporais (fatais x feridos), Porto Alegre (RS), 2015 – 2019.....	21
Tabela 5 - Panorama da acidentalidade: vítimas feridas em acidentes por tipo de acidente, Porto Alegre (RS), 2015-2019.....	21
Tabela 6- Série histórica de acidentes de trânsito –vítimas feridas em ocorrências no município de Porto Alegre, segundo faixas etárias específicas, em anos, Porto Alegre, 2015-2019.....	22
Tabela 7- Panorama da acidentalidade: vítimas feridas em acidentes por região PCA, Porto Alegre (RS), 2015-2019.....	22
Tabela 8- Panorama da acidentalidade: condição da vítima, Porto Alegre (RS), 2015-2019.....	22
Tabela 9- Série histórica da morbidade hospitalar do SUS por causas externas, AIH aprovadas por ano atendimento, Porto Alegre (RS), 2015-2019.....	23
Tabela 10- Série histórica da morbidade hospitalar do SUS por causas externas, valor total por ano atendimento, Porto Alegre (RS), 2015-2019.....	23
Tabela 11- Panorama da fisioterapia: complexidade do atendimento, Porto Alegre (RS), 2015-2019.....	24
Tabela 12- Série histórica: equipes de saúde – tipo de equipe (NASF), Porto Alegre (RS), 2015-2019.....	24
Tabela 13- Localização, segundo bairro, das entidades empresariais prestadoras de serviço em fisioterapia, Porto Alegre (RS), 2021.....	26
Tabela 14- Caracterização dos fisioterapeutas vinculados às prestadoras de serviço de fisioterapia no município de Porto Alegre (RS) (abril/2021).....	26

LISTA DE FIGURAS E MAPA

Figura 1- Modelo de Determinantes Sociais da Saúde (Dahlgren-Whitehead).....	14
Figura 2- A lógica de desenho dos componentes das redes de atenção à saúde nos territórios sanitários.....	16
Figura 3 - A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção à saúde: centro de comunicação situa-se na APS.....	17
Mapa 01- Localização das entidades empresariais prestadoras de serviço em fisioterapia no município de Porto Alegre (RS).....	25

LISTA DE ABREVIATURAS

AT - Acidentes de Trânsito

AIH- Autorização de Internações Hospitalares

APS - Atenção Primária em Saúde

CAT- Sistema de Cadastro de Acidentes de Trânsito

CBO- Classificação Brasileira das Ocupações

CNES- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

EPTC- Empresa Pública de Transporte e Circulação

ESF - Estratégia de Saúde da Família

NASF - Núcleo de Apoio a Saúde da Família

OPAS- Organização Pan-Americana da Saúde

OMS- Organização Mundial da Saúde

PMPA- Prefeitura Municipal de Porto Alegre

RASs- Redes de Atenção à Saúde

SIH/SUS- Sistema de Informações Hospitalares do SUS

SUS - Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 OBJETIVOS	11
2.1 OBJETIVO GERAL	11
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	11
3 METODOLOGIA	12
4 REVISÃO DA LITERATURA	13
4.1 AGENDA 2030 PARA O DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL	13
4.2 CAUSAS EXTERNAS	13
4.3 SAÚDE E OS DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE	14
4.4 SAÚDE: SUS, REDE DE ATENÇÃO E ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE	15
4.5 O SERVIÇO DE FISIOTERAPIA	18
5 RESULTADOS	19
5.1 CARACTERIZAÇÃO DA ACIDENTALIDADE NO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE (RS)	19
5.1.1 Acidentalidade e implicações à rede: autorização de internações hospitalares e investimentos	23
5.2 CARACTERIZAÇÃO DA FISIOTERAPIA.....	23
6 DISCUSSÃO	27
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
REFERÊNCIAS	31

1 INTRODUÇÃO

A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, proposta pela Organização das Nações Unidas (ONU), é uma declaração global de Interdependência. Quanto à segurança no trânsito, pelo “Objetivo de Desenvolvimento Sustentável: Saúde e Bem-estar”, define como uma das metas reduzir pela metade as mortes e os ferimentos globais por acidentes em estradas (UNITED NATIONS, 2016).

Causas externas, como acidentes e violências, representam importante desafio para o padrão de morbidade da população em função do elevado número de internações hospitalares, ou ainda de sequelas físicas, sejam temporárias ou permanentes (BRASIL, 2019) e grande ônus aos serviços de saúde (BOTELHO *et al.*, 2020). No Brasil, essas causas estão entre os três primeiros fatores de internações (e como primeira causa em números absolutos na faixa etária de 10 a 39 anos), sendo as internações por acidentes de transporte terrestres uma das que apresentaram as maiores frequências (BRASIL, 2019). Com efeito, o município de Porto Alegre (RS), em 2019, apresentou 13.131 registros de acidentes de trânsito, sendo desse total 8.404 acidentes com danos materiais e 4.727 acidentes com lesões corporais (EPTC, 2021).

Sequelas físicas oriundas de acidentes de trânsito resultam em graves prejuízos aos indivíduos e à sociedade (MARIN, 2000). Pessoas lesionadas têm necessidade de atendimento especializado, muitas vezes pelo SUS, o que impacta na sua morosidade em virtude da gravidade das sequelas apresentadas (BRASIL, 2019). De acordo com dados da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, em sua estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e à reabilitação, está definido que os serviços de reabilitação prestarão atendimento multiprofissional aos pacientes, a fim de evitar sequelas e incapacidades, além de propiciar condições para sua reintegração aos grupos familiar, social e laboral. Esses serviços são responsáveis por ações de educação tanto do paciente, quanto de sua família (BRASIL, 2005). Evidências têm apontado que, embora muitas lesões sejam tratáveis, nem sempre a recuperação é bem-sucedida, implicando, portanto, a necessidade fortalecer e melhorar o atendimento (UNITED NATIONS, 2015).

Embora, historicamente, tenha-se mantido no nível da reabilitação, a fisioterapia fornece competências e habilidades suficientes para a atuação em outros níveis, de modo que aproximação entre ela e o nível primário apresenta-se como alternativa capaz de fortalecer a atenção básica, aumentando a resolutividade do sistema e contribuindo para a garantia da integralidade na assistência (BISPO JUNIOR, 2010). O trabalho desenvolvido pela fisioterapia frente à população sinaliza novas possibilidades de atuação profissional (DA SILVA *et al.*, 2021). Desse modo, ela pode contribuir de forma positiva para a necessidade do desenvolvimento de capacidades bem como da melhoria do acesso em tempo adequado aos cuidados integrais de saúde; além disso, é capaz de prover, não só reabilitação oportuna e reintegração social, inclusive no mundo do trabalho, a pessoas feridas e com deficiências causadas pelo trânsito, mas também amplo apoio às vítimas e às suas famílias (SOUSA, 2015).

Atualmente os fisioterapeutas enfrentam adversidades, como insuficiência de profissionais, falta de recursos e de infraestrutura, dificuldade de trabalho em equipe e necessidade de mudanças na formação profissional (FONSECA *et al.*, 2016). Ferretti *et al.* (2015) apontam que é necessária a resignificação epistemológica da fisioterapia para atuação na APS, rompendo com o paradigma curativo/reabilitador e avançando para o conceito ampliado de saúde e atenção integral. Além disso, o restrito número de profissionais na APS sem o devido respaldo de uma rede de serviços fisioterapêuticos exige reorganização não só nesse nível de atenção, mas também em toda a rede de atenção (TAVARES *et al.*, 2018). A alternativa é estabelecer mecanismos adequados para identificar, além dos níveis de saúde, as causas reais dessas adversidades para, então, definir as verdadeiras necessidades em saúde. Para tal fim, são recomendados, entre outros meios, inquéritos de morbidade, estudos epidemiológicos e levantamento de recursos humanos e materiais (CAMPOS, 1969).

Nesse sentido, esta proposta de estudo justifica-se pela necessidade de se identificarem as implicações dos acidentes de trânsito e do acesso à atenção primária, a partir da fisioterapia, visando à construção de possíveis adaptações estruturais que possam contribuir positivamente para a ampliação do papel do fisioterapeuta e para a formulação de estratégias e políticas de saúde emancipatórias a partir das quais a fisioterapia possa aproximar-se da realidade das classes populares.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Caracterizar a acidentalidade no trânsito e o serviço em fisioterapia, no período de 2015 a 2019, no município de Porto Alegre (RS), considerando as implicações na rede de atenção e no acesso integral de qualidade na atenção primária.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar a mortalidade no trânsito;
- Quantificar o número total de acidentes de trânsito;
- Classificar e quantificar os tipos de acidentes;
- Classificar e quantificar os tipos de veículos;
- Verificar a prevalência de feridos em acidentes de trânsito;
- Caracterizar acidentes com vítimas feridas, como tipo, sexo, turno, faixa etária, região e condição da vítima;
- Quantificar o número de internações hospitalares devido a causas externas (acidentes de transporte);
- Quantificar os valores investidos em internações hospitalares devido a causas externas (acidentes de transporte);
- Caracterizar o serviço em fisioterapia no município de Porto Alegre;
- Caracteriza a prestação de serviço de fisioterapia no município de Porto Alegre;
- Caracterizar o perfil do fisioterapeuta na prestação de serviço em fisioterapia no município de Porto Alegre.

3 METODOLOGIA

O estudo caracteriza-se por delineamento transversal descritivo realizado a partir de dados secundários do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) e do Sistema de Cadastro de Acidentes de Trânsito (CAT-EPTC), no período de 2015 a 2019, no Município de Porto Alegre (RS).

Para as informações referentes à acidentalidade de trânsito no referido município, foi realizada pesquisa junto a EPTC, pelo Sistema de Cadastro de Acidentes de Trânsito (CAT-EPTC), no período de 2015 a 2019, em Porto Alegre (RS). Para informações referentes às internações hospitalares e aos valores devido a causas externas, acidentes de transporte no município, foi realizada pesquisa junto ao Ministério da Saúde, pelo Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), no período de 2015 a 2019, em Porto Alegre (RS).

Para informações referentes à fisioterapia, foi realizada pesquisa no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), no período de 2015 a 2019, em Porto Alegre (RS). Informações referentes às prestadoras de serviço em fisioterapia e ao perfil do fisioterapeuta vinculado às prestadoras de serviço em fisioterapia pelo SUS, no município de Porto Alegre, datam de abril de 2021.

4 REVISÃO DA LITERATURA

4.1 AGENDA 2030 PARA O DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL

A Agenda 2030 é de alcance e significância sem precedentes. Aceita por todos os países e aplicável a todos, leva em conta as diferentes realidades nacionais, as capacidades e os níveis de desenvolvimento, respeitando as políticas e prioridades de cada país. Trata-se de 17 objetivos e 169 metas universais que se aplicam ao mundo todo, tanto aos países desenvolvidos quanto aos em desenvolvimento. Integrados e indivisíveis, eles mesclam, de forma equilibrada, as três dimensões do desenvolvimento sustentável (UNITED NATIONS, 2016).

O objetivo contemplado neste estudo é o de número três: assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades. A meta considerada é a de redução de mortes e de ferimentos por acidentes em estradas.

4.2 CAUSAS EXTERNAS

As causas externas, que incluem os acidentes de transporte e as violências, configuram-se como grave problema de saúde pública no mundo. No Brasil, há mais de uma década, as causas externas de morbimortalidade figuram entre os principais problemas de saúde pública devido à sua magnitude e gravidade. Os impactos das violências e dos acidentes na saúde da população, no sistema de saúde e na economia do País, demandam do poder público a adoção de estratégias para o seu controle e enfrentamento (BRASIL, 2001).

O impacto econômico das causas externas é múltiplo e elevado. Os acidentes de trânsito no Brasil matam cerca de 45 mil pessoas por ano e deixam mais de 300 mil pessoas com lesões graves. Em uma estimativa conservadora, observou-se que os acidentes em rodovias custam à sociedade brasileira cerca de R\$ 40 bilhões por ano, enquanto os acidentes nas áreas urbanas, em torno de R\$ 10 bilhões, sendo que o custo relativo à perda de produção responde pela maior fatia desses valores, seguido pelos custos hospitalares (CARVALHO, 2020).

Segundo informações do Ministério da Saúde, a partir da amostra do Viva Inquérito 2017, composta por vítimas de acidentes e violências atendidas em serviços de urgência e emergência do SUS, foram registrados 48.532 atendimentos

em 90 serviços sentinelas de urgência e emergência pesquisados em 23 capitais de estados brasileiros e no Distrito Federal. Destes, 44.243 (91,1%) corresponderam a acidentes, e 4.289 (8,9%), a violências. A maioria dos atendidos (91,9%) não tinha plano de saúde/convênio médico. Quanto à natureza da lesão, destacaram-se as contusões, entorses e luxações (37,6%), sendo os membros inferiores (37,8%) a principal parte atingida do corpo (BRASIL, 2019).

Dessa forma, além dos impactos na rede de atenção, muitas das evidências em desigualdades sociais em saúde podem ser entendidas em termos de condicionantes específicos do ambiente socioeconômico (BARRETO, 2017).

4.3 SAÚDE E OS DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), mais do que implicar ausência de doença ou enfermidade, saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social (OMS, 1946). Assim, no sentido de contribuir para a compreensão da caracterização deste estudo e sua relação entre a acidentalidade de trânsito e o serviço de fisioterapia, há que previamente entender os conceitos de saúde e de determinantes sociais da saúde, motivo pelo qual se apresenta, a seguir, o modelo de determinantes sociais (Figura 1).

Figura 1- Modelo de Determinantes Sociais da Saúde, de Dahlgren-Whitehead.



Fonte: Buss *et al.*, (2007).

Existe um consenso de que as condições de vida e de trabalho dos indivíduos e de grupos da população exercem influência na sua situação de saúde (BUSS *et al.*, 2007). Com efeito, o desemprego é um dos dois principais motivos para a iniquidade nas estatísticas de trânsito. Identifica-se que grande parte dos pacientes precisa afastar-se de sua vida laboral devido às sequelas de acidente, tendo sua situação agravada financeiramente (BOTELHO *et al.*, 2020).

4.4 SAÚDE: SUS, REDE DE ATENÇÃO E ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

O SUS constitui-se de um conjunto de redes de atenção à saúde, as quais são articuladas com a finalidade de desenvolver atenção integral, exercendo impacto não só na situação de saúde dos indivíduos, das famílias e das comunidades, mas também nos determinantes e condicionantes da saúde das coletividades (BRASIL, 2015). Segundo Oliveira *et al.* (2009) uma rede de atenção à saúde constitui-se de um conjunto de unidades, de diferentes funções e perfis de atendimento, que operam de forma ordenada e articulada no território, de modo a atender às necessidades de saúde da população. Os diversos equipamentos e serviços que compõem uma rede de saúde funcionam, na prática, como pontos de atenção ou lugares onde é oferecido o cuidado à saúde.

Diferentes redes de atenção à saúde podem ser encontradas em decorrência das ações desenvolvidas, dos tipos de casos atendidos e das formas como os atendimentos estão articulados e são prestados. Redes de perfil mais abrangente integram ações individuais e coletivas, voltadas para promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos principais problemas na saúde que acometem uma população de referência, admitindo, para isso, maior diversificação na composição de suas unidades.

Existe intrínseca relação entre a organização da atenção à saúde em rede e os objetivos da universalidade, equidade e integralidade. Em uma rede, os equipamentos e serviços não funcionam de forma isolada, responsabilizando-se conjuntamente pelo acesso, atenção integral e continuidade do cuidado à saúde das pessoas. A construção de uma rede baseia-se na constatação de que os problemas de saúde não se distribuem uniformemente na população, no espaço e no tempo; mais que isso, envolvem tecnologias de diferentes complexidades e custos. Assim, a

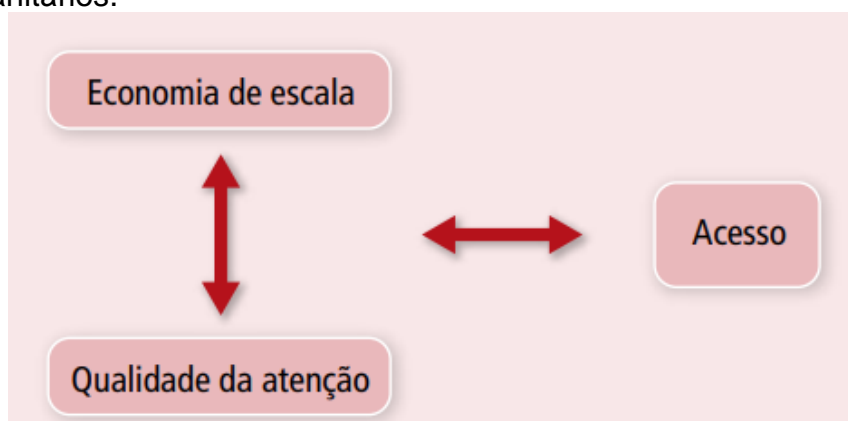
organização dos serviços é condição fundamental para que estes ofereçam ações necessárias de forma apropriada.

Para isso, é preciso definir as unidades que compõem a rede por níveis de atenção (hierarquização) e distribuí-las geograficamente (regionalização). Em um nível mais básico, estariam as unidades dotadas de tecnologias e profissionais para realizar atendimentos mais frequentemente necessários (vacinas, consultas com médicos generalistas, com médicos das especialidades básicas e com outros profissionais de saúde).

Em um nível mais especializado, estariam situados os hospitais, os ambulatórios e as unidades de diagnose e terapia, capazes de realizar procedimentos menos frequentemente necessários (cirurgia cardíaca, neurocirurgia, ressonância nuclear magnética, transplantes de medula óssea). Em geral, são mais frequentes as doenças e os agravos que necessitam de serviços de menor complexidade, ou de menor densidade tecnológica, para a sua prevenção, diagnóstico, tratamento e acompanhamento do que aqueles que necessitam de maior complexidade. Portanto, para que se possa atender às necessidades de saúde de determinada população, as unidades de atenção básica devem ser distribuídas o mais amplamente possível no território (OLIVEIRA *et al.*,2009).

As Redes de Atenção em Saúde (RASs) têm de incorporar, como um ponto central, o critério do acesso. Assim, o desenho das redes de atenção à saúde faz-se combinando, dialeticamente, de um lado, economia de escala e qualidade dos serviços e, de outro, o acesso aos serviços de saúde, conforme se vê na Figura 2.

Figura 2- A lógica de desenho dos componentes das redes de atenção à saúde nos territórios sanitários.

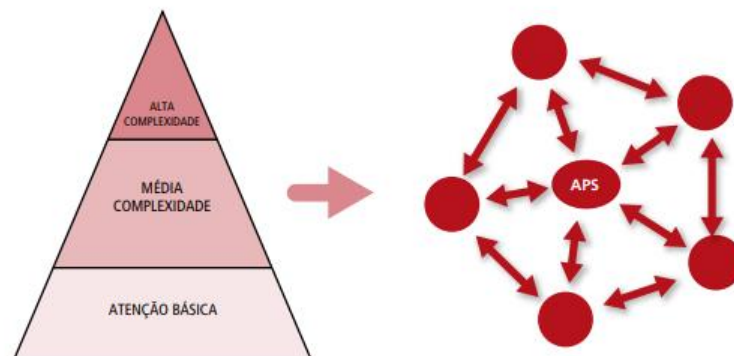


Fonte: MENDES (2011).

A situação ótima nas redes de atenção à saúde é dada pela concomitância de economias de escala e serviços de saúde de qualidade acessíveis prontamente aos cidadãos. Quando se der – como costuma ocorrer em regiões de baixa densidade demográfica – o conflito entre escala e acesso, prevalecerá, sempre, o critério do acesso. Assim, do ponto de vista prático, em algumas regiões brasileiras, alguns territórios sanitários estarão definidos por populações sub-ótimas; assim, da mesma forma, certos serviços operarão em deseconomias de escala, uma vez que não se pode sacrificar o direito do acesso aos serviços de saúde a critérios econômicos (MENDES, 2011).

Atenção Primária em Saúde contempla os cuidados primários de saúde: trata-se de cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Os cuidados primários de saúde fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Eles representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (OMS, 1978).

Figura 3- A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção à saúde: centro de comunicação situa-se na APS.



Fonte: MENDES (2011).

Um estudo (ROMBALDI, 2016) apontou que o encaminhamento para fisioterapia, após alta hospitalar, ocorreu em apenas 19,1% dos acidentes de trânsito, de modo que 9,6% efetivamente tiveram acesso, entretanto menos da metade o fez pelo SUS. Considerando o retorno à produtividade, apenas 6,1% retornaram às atividades de trabalho nos primeiros 30 dias após a alta hospitalar. Os resultados encontrados foram justificados pela consideração das barreiras de acesso aos serviços públicos de saúde em nosso país, contribuindo, assim, para um maior período de afastamento das atividades de trabalho em decorrência das incapacidades geradas pelo trauma de trânsito, o que aumenta os custos da sociedade com a perda de produtividade (ROMBALDI, 2016).

4.5 O SERVIÇO DE FISIOTERAPIA

A reabilitação, em sua essência, é um conjunto de intervenções necessárias no enfrentamento de limitações do estado físico, mental e social devido, limitações estas impostas pelo envelhecimento ou condição de saúde, incluindo doenças crônicas, distúrbios, lesões ou traumas. A reabilitação também tem o potencial de evitar custos, razão pela qual pode servir como poderosa ferramenta para convencer governos a fortalecê-la e integrá-la em seus principais sistema de saúde, de modo a ser tratada na atenção primária à saúde (CIEZA *et al.*, 2020).

Historicamente, a fisioterapia se origina a partir da reabilitação. Com efeito, até a década de 1980, a atuação do fisioterapeuta estava restrita à recuperação e à reabilitação. Com o desenvolvimento das estruturas curriculares da profissão, a fisioterapia foi incorporando, como área de atuação, a promoção e a prevenção da saúde da população (NEVES *et al.*, 2011).

A porta de entrada do fisioterapeuta na atenção primária é feita pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), os quais foram criados em 2008 e rebatizados em 2017 como Saúde da Família Estendida e Primária Centros de Atenção (NASF/AB). Essa reestruturação visou à ampliação do escopo de atuação e resolutividade na APS, de forma que, nessas equipes multiprofissionais, o fisioterapeuta pode ser inserido. Sempre multiprofissionais; Essas equipes são definidas a partir da escolha das categorias profissionais, por autonomia do gestor local e de acordo com as necessidades dos municípios (BRASIL, 2008; BRASIL, 2014). Com o NASF, o fisioterapeuta atua a partir do apoio matricial. Esse

matriciamento é um modo de realizar a atenção em saúde de forma compartilhada com vistas à integralidade e à resolubilidade da atenção, por meio do trabalho interdisciplinar, configurando-se de diferentes formas e por meio de suas duas dimensões: técnico-pedagógica e assistencial (BRASIL, 2004; CAMPOS, 2007).

5 RESULTADOS

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA ACIDENTALIDADE NO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE (RS)

Segundo dados apontados pela Empresa Pública de Transporte e Circulação (EPTC) em relação à acidentalidade no município de Porto Alegre, capital do estado do Rio Grande do Sul, no período de 2015 a 2019 (Tabela 1), houve maior índice de acidentes de trânsito no ano de 2015, com 21.201 acidentes. Houve progressiva redução nos indicadores de 2016 até 2018: em 2016, registro de 13.800; em 2017, 12.670; em 2018, 12.154 acidentes. Em 2019, houve nova ascensão, com 13.131 acidentes. Entretanto, os registros de 2019 não ultrapassaram os números registrados em 2015.

Tabela 1-Série Histórica da Acidentalidade de Trânsito segundo Tipo de Acidentes (Danos Materiais x Lesões Corporais), Porto Alegre/RS, 2015 – 2019.

Ano	Danos Materiais	Lesões Corporais	Total (ano)
2015	15284	5917	21201
2016	8633	5167	13800
2017	8063	4607	12670
2018	7843	4311	12154
2019	8404	4727	13131
Total do Período	48227	24729	72956

Fonte: <https://eptctransparente.com.br/panoramaacidentalidade> (2021).

Quando se analisa a totalidade de acidentes em relação aos tipos de acidentes (Tabela 2), no período de 2015 a 2019, os dados mostram um percentual maior em relação aos abalroamentos, seguindo-se de forma decrescente os tipos:

colisão, choque, atropelamento, queda, eventual, capotagem, tombamento e incêndio.

Tabela 2- Panorama da Acidentalidade: Tipos de Acidentes, Porto Alegre (RS), 2015-2019.

Tipo	Quantidade
Abalroamento	34979
Colisão	23421
Choque	5794
Atropelamento	4807
Queda	2535
Eventual	1013
Capotagem	243
Tombamento	137
Incêndio	23
Não Informado	4

Fonte: <https://eptctransparente.com.br/panoramaacidentalidade> (2021).

Em relação aos tipos de veículos envolvidos (Tabela 3), considerando o mesmo período, o percentual maior encontra-se nos automóveis, seguindo-se de forma decrescente motocicleta, caminhão, táxi, ônibus urbano, lotação, bicicleta e carroça.

Tabela 3- Panorama da acidentalidade: tipos de veículos, Porto Alegre (RS), 2015-2019.

Tipo	Quantidade
Automóvel	104555
Motocicleta	16983
Caminhão	7259
Taxi	4824
Ônibus Urbano	3921
Lotação	1435
Bicicleta	995
Carroça	32

Fonte: <https://eptctransparente.com.br/panoramaacidentalidade> (2021)

No período de 2015 a 2019, os acidentes de trânsito vitimaram fatalmente 431 pessoas e deixaram outras 29.310 feridas.

Embora os dados demonstrem que grande parte de pessoas feridas também se encontram nos acidentes por abalroamentos, vítimas fatais estão, majoritariamente, nos atropelamentos (EPTC, 2021).

Tabela 4- Série histórica da acidentalidade de trânsito segundo população estimada¹ x total da Acidentes², total de acidentes lesões corporais (fatais x feridos)², Porto Alegre (RS), 2015 – 2019.

Ano	População Estimada	Total Acidentes	Total Acidentes c/ Lesões Corporais	Vítimas Fatais	Vítimas Feridas
2015	1.476.867	21.201	5.917	100	7.118
2016	1.481.019	13.800	5.167	92	6.082
2017	1.484.941	12.670	4.607	90	5.448
2018	1.479.101	12.154	4.311	75	5.096
2019	1.483.771	13.131	4.727	74	5.566
Total		72.956	24729	431	29310

Fonte: 1 IBGE (2021); 2 <https://eptctransparente.com.br/panoramaacidentalidade> (2021).

Tabela 5 - Panorama da acidentalidade: vítimas feridas em acidentes por tipo de acidente, Porto Alegre (RS), 2015-2019.

Tipo de Acidente	Total de Feridos
Abalroamento	14.442
Atropelamento	5.180
Colisão	4.824
Queda	2.663
Choque	1.829
Capotagem	204
Eventual	113
Tombamento	52
Não Informado	03

Fonte: <https://eptctransparente.com.br/panoramaacidentalidade> (2021).

Do total de pessoas feridas, em relação ao sexo, 66% foram classificadas como masculino; 32%, feminino, e 2% como não informado. Em relação ao turno do acidente, 28%, manhã; 34%, tarde; 30%, noite, e 8%, madrugada. Em relação à faixa etária, a maior concentração de feridos está entre 26 e 35 anos.

Tabela 6- Série histórica de acidentes de trânsito –vítimas feridas em ocorrências no município de Porto Alegre, segundo faixas etárias específicas, em anos, Porto Alegre, 2015-2019.

Ano	Vítimas Feridas	0-10	11-17	18-25	26-35	36-45	46-59	60+	Não Informado
2015	7118	177	265	1579	2015	1212	1046	583	241
2016	6082	142	208	1360	1685	996	868	507	316
2017	5448	109	183	1230	1385	964	787	456	334
2018	5096	86	150	1186	1305	894	743	464	268
2019	5566	77	129	1269	1482	961	750	476	422
Total	29310	591	935	6624	7872	5027	4194	2486	1581

Fonte: <https://eptctransparente.com.br/panoramaacidentalidade> (2021).

Em relação à vítima por região, norte e sul, ambos apresentam 30%; leste com 28% e centro com 12% das vítimas feridas.

Tabela 7- Panorama da acidentalidade: vítimas feridas em acidentes por região PCA, Porto Alegre (RS), 2015-2019.

Região	Total de Feridos	%
Sul	8746	30
Norte	8722	30
Leste	8190	28
Centro	3623	12
Não Informado	29	0

Fonte: <https://eptctransparente.com.br/panoramaacidentalidade> (2021).

Em relação à condição da vítima, os dados demonstram que sua maior intercorrência está em motociclistas, com 12.437 pessoas.

Tabela 8- Panorama da acidentalidade: condição da vítima, Porto Alegre (RS), 2015-2019.

Condição	Total de Feridos	%
Motociclista	12437	42
Pedestre	4816	16
Condutores	4719	16
Ocupantes	4565	16
Ocupante Motocicleta	1738	6
Ciclista	810	3
Não Informado	225	1

Fonte: <https://eptctransparente.com.br/panoramaacidentalidade> (2021).

5.1.1 Acidentalidade e implicações à rede: autorização de internações hospitalares e investimentos

No município de Porto Alegre (RS), no período de 2015 a 2019, ocorreram 8.595 internações hospitalares por causas externas, acidentes de transporte. Isso representa um investimento de R\$ 16.933.117,87 (Ministério da Saúde, 2020).

Tabela 9- Série histórica da morbidade hospitalar do SUS por causas externas, AIH aprovadas por ano atendimento, Porto Alegre (RS), 2015-2019.

Ano	AIH Causas Externas	AIH Acidentes de Trânsito	%
2015	14191	1877	13
2016	14254	1759	12
2017	14319	1920	13
2018	14691	1610	11
2019	13043	1429	11
Total	70498	8595	

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Tabela 10- Série histórica da morbidade hospitalar do SUS por causas externas, valor total por ano atendimento, Porto Alegre (RS), 2015-2019.

Ano	Causas Externas Valor (R\$)	Acidentes de Trânsito Valor (R\$)	%
2015	25.692.581,09	3.595.166,33	14
2016	24.686.291,12	3.258.527,44	13
2017	27.606.376,14	3.695.726,06	13
2018	30.522.144,84	3.466.207,30	11
2019	25.773.562,15	2.917.490,74	11

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

5.2 CARACTERIZAÇÃO DA FISIOTERAPIA

Segundo o Ministério da Saúde, no município de Porto Alegre, no período de 2015 a 2019, foram registrados, pela fisioterapia, 23.313 atendimentos pela Atenção Básica, 3.714.686 pela média complexidade e 106.935 pela alta complexidade.

Tabela 11- Panorama da fisioterapia: complexidade do atendimento, Porto Alegre (RS), 2015-2019.

Complexidade	Quantidade	%
Atenção Básica	23.313	1
Média Complexidade	3.714.686	96
Alta Complexidade	106.935	3
Total	3.844.934	

Fonte: Ministério da Saúde-Sistema de Informações do SUS (SIA/SUS).

Para o mesmo período, consta uma progressão do número de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), de sete, registrado em janeiro 2015, para dez, em dezembro 2019.

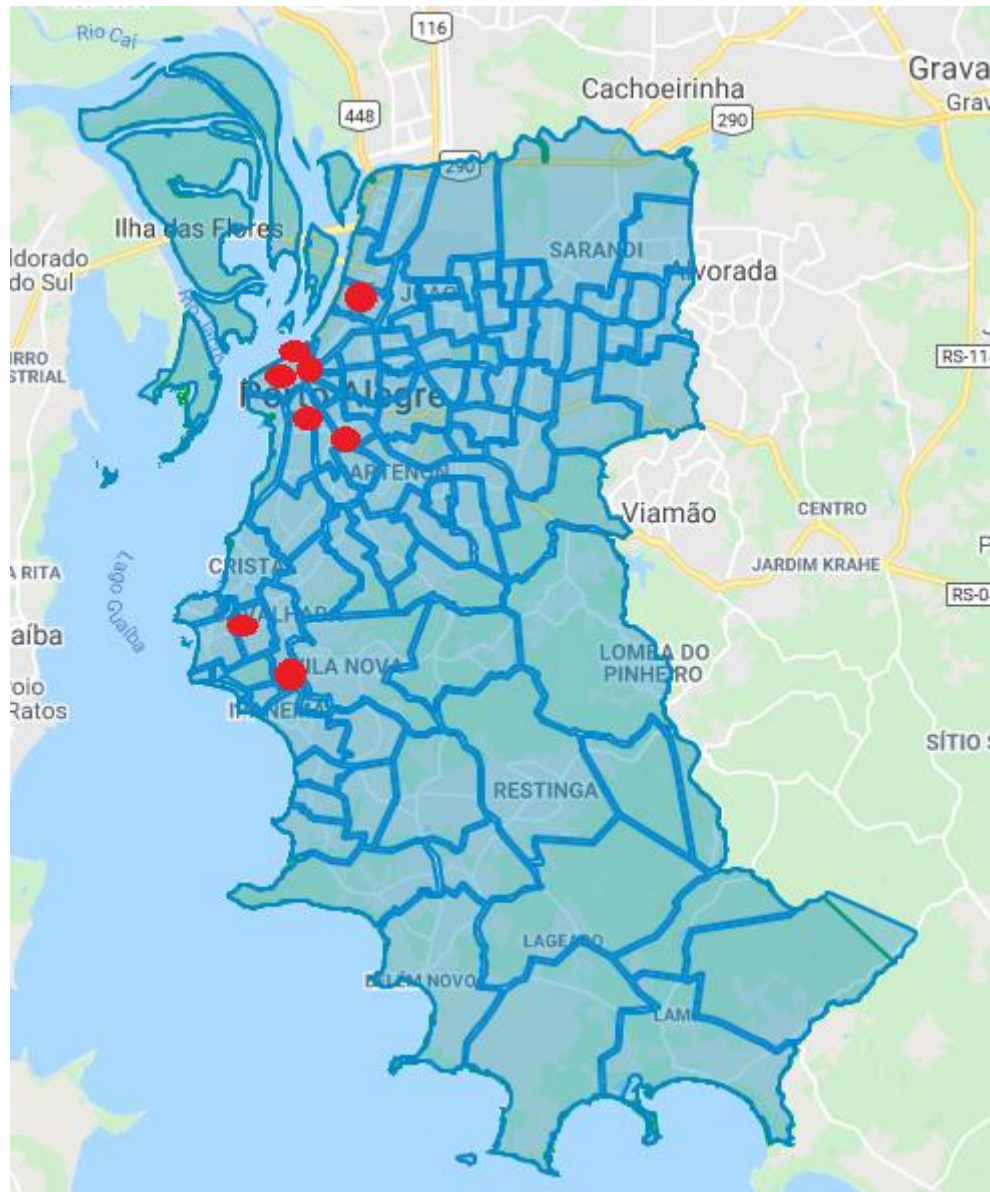
Tabela12-Série Histórica: Equipes de Saúde – Tipo de Equipe (NASF), Porto Alegre (RS), 2015-2019.

	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
2015	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
2016	7	7	7	8	9	9	9	9	9	9	9	9
2017	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	10
2018	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
2019	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10

Fonte: Ministério da Saúde – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Brasil (CNES)

Em relação à classificação dos estabelecimentos que atendem pelo SUS, com serviços de fisioterapia, em Porto Alegre (RS), com gestão municipal, estão: a administração pública, as entidades sem fins lucrativos e as entidades empresariais. Nestas últimas, oito oferecem prestação de serviços ambulatoriais em fisioterapia no formato de prestação de serviço para a Secretaria Municipal de Saúde por meio de contratos realizados entre a prefeitura municipal e as empresas (PMPA, 2021). Para a apresentação dos resultados, essas empresas foram enumeradas, de forma aleatória, de 1 a 8: Clínica Espaço Saúde (01), Físio Andrade Neves (02), Físioabreu(03), Físioclínica de Porto Alegre(04), Sefil(05), Instituto de Fisioterapia Prof. Livio Rocco LTDA (06), Físiofitstudio de Pilates Fisioterapia Ltda (07) e Centro de Fisioterapia(08). Elas estão localizadas, respectivamente, nos seguintes bairros: Tristeza, Centro, Santana, Azenha, Floresta, Centro, Cavahada e Centro (Mapa 01).

Mapa 01- Localização das entidades empresariais prestadoras de serviço em fisioterapia no município de Porto Alegre (RS).



Fonte: ObservaPOA (2021). Mapa adaptado pela autora.

Considerando a população estimada em 2010, por bairro, para o município de Porto Alegre, observa-se que os bairros onde se localizam as prestadoras atingem 10% da população total do município, estando no central a maior concentração de oferta dos serviços, com três prestadoras e 3% da população.

Tabela 13- Localização, segundo bairro, das entidades empresariais prestadoras de serviço em fisioterapia, Porto Alegre (RS), 2021.

Bairro ²	População Estimada Bairro ¹	Entidade ²	%
Azenha	13.804	Clínica 04	1
Centro	39.154	Clínica 02 Clínica 06 Clínica 08	3
Cavahada	29.299	Clínica 07	2
Floresta	11.596	Clínica 05	1
Tristeza	16.692	Clínica 01	1
Santana	20.723	Clínica 03	2
Outros	1.278.083	-	90

Fonte: 1- Observa POA (2021) 2- CNES 2021.

Vinculados a essas prestadoras, há 109 profissionais, fisioterapeutas, cadastrados. A classificação da maioria desses profissionais, segundo a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), é como Fisioterapeuta Geral, tendo a vinculação autônoma como predominante. Além disso, 70% desses profissionais cumprem carga-horária de 30 horas semanais.

Tabela 14- Caracterização dos fisioterapeutas vinculados às prestadoras de serviço de fisioterapia no município de Porto Alegre (RS) (abril/2021).

Critério	Classificação	Total	%
CBO	223605-Fisioterapeuta Geral	106	96,37
	223635- Fisioterapeuta Traumatopedica	3	2,73
	135D1-Técnico em Reabilitação	1	0,91
Vinculação	Autônomo	65	59
	Vínculo Empregatício (Celetista)	45	41
CHS AMB. H	<30	15	13,64
	30	77	70
	40	2	1,81
	44	15	13,64
	60	1	0,91

Legenda: **CBO**: Classificação Brasileira de Ocupações, **CHS AMB**: Carga-horária semanal ambulatorial, **H**: Horas.

Fonte: CNES (2021).

6 DISCUSSÃO

O estudo mostra que os acidentes de trânsito representam grave problema de saúde pública, chamando a atenção para os acidentes com lesões corporais que, apesar de apresentarem progressiva redução em número de mortes, no período de 2015 a 2019, não mostraram o mesmo resultado em relação aos feridos. Esses dados confirmam o grande impacto das causas externas no padrão de morbimortalidade da população brasileira, o que evidenciou a necessidade de abranger os agravos no novo plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil (2020-2030) (BRASIL, 2005).

Em Porto Alegre, no período pesquisado, os acidentes de trânsito vitimaram fatalmente 431 pessoas e deixaram outras 29.310 feridas. A região sul da cidade e o turno da tarde apresentaram maior ocorrência de registros. Homens e a faixa etária de 26 aos 35 anos caracterizaram maior vulnerabilidade.

Há consenso na literatura quanto à predominância de homens em acidentes de trânsito (BRASIL, 2009; RIOS *et al.*, 2020; SANTANA *et al.*, 2020). Neste estudo, os resultados também os revelaram como maior vulnerabilidade enquanto vítimas feridas, reforçando a importância de estudos que visem produzir cuidado à sua saúde e masculinidade (SOUSA, 2020; CASADEI *et al.*, 2020). A OMS refere-se à masculinidade tóxica como uma das causas que explicam o fato de que, das principais causas de morte dos homens, três (entre as quais traumatismos no trânsito) estejam ligadas ao exercício da masculinidade (OPAS, 2019). Em relação ao tipo de acidentes, os abalroamentos foram os de maior ocorrência, e as motocicletas foram responsáveis pelos acidentes com piores condições às vítimas. É importante ressaltar que as motocicletas vêm sendo crescentemente utilizadas como meio de trabalho, resultando no seu aumento no país e, conseqüentemente, na vulnerabilidade e exposição ao risco de acidentes dos usuários, tornando-se causa de incapacitação física ou morte (MELO *et al.*, 2021). Estudos demonstraram que não usar o capacete ou usá-lo de forma incorreta aumenta o risco de morte e lesões resultantes de colisões envolvendo veículos motorizados de duas rodas. Os traumatismos cranioencefálicos são a grande causa de morte, lesão e incapacitação desses usuários (OMS, 2011).

Para o sistema de saúde, os acidentes de transporte geraram a necessidade de 8.595 internações e um investimento de 16.933.117,87. Esses dados vêm ao encontro da importância de se analisarem padrões de processos e estruturas sociais na determinação de eventos de saúde (MELO *et al.*, 2021), como o proposto nesta caracterização.

Os três componentes da atenção – pré-hospitalar, hospitalar e reabilitação – estão inter-relacionados e constituem um processo contínuo de atenção e cuidados (OMS, 2011). Quando caracterizados os serviços de fisioterapia, no mesmo período, observa-se que 96% dos atendimentos de fisioterapia pelo SUS foram realizados na média complexidade, restando 3% na alta complexidade, e ficando apenas 1% na atenção básica.

Privilegiando-se, por concepção estrutural, as demandas de saúde da fisioterapia, em acidentes de transporte, pela média e alta complexidade em detrimento da atenção básica (CNES, 2021), geram-se iniquidades, aqui evidenciadas pelos grupos etários de maior vulnerabilidade. Por um lado, homens na faixa de 25 a 36 anos e sua relação com as condições de gravidade das lesões com o uso de motocicleta como meio de transporte ou trabalho (CARDOSO *et al.*, 2020; ARAUJO *et al.*, 2021). A aproximação entre a fisioterapia e o nível primário apresenta-se como alternativa capaz de fortalecer a atenção básica, aumentando a resolutividade do sistema e contribuindo para a garantia da integralidade na assistência (BISPO JUNIOR, 2010).

As atribuições conferidas à OMS para coordenar globalmente os esforços voltados à segurança no trânsito imprimiram, por certo, muito do olhar do setor saúde. Assim sendo, vê-se um diálogo possível e necessário, trazendo essa demanda também para a atenção à saúde no nível primário. Esse direcionamento tem concordância com a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, em cuja estruturação prevê a prevenção de sequelas e incapacidades, propiciando condições para que as vítimas tenham sua reintegração aos grupos familiar, social e laboral, com a inclusão da educação nessas ações (BRASIL, 2005).

Além disso, quando se caracterizam as prestadoras de serviços, constata-se que as 8 clínicas de prestação de serviço em fisioterapia estão alocadas em apenas 6 dos 90 bairros de Porto Alegre. Esses bairros abrangem apenas 10% da população total do município. Esse formato se torna frágil, principalmente

considerando-se a estratégia utilizada em relação aos recursos humanos para o acesso universal à saúde e à cobertura universal de saúde. Esse esteio baseia-se nos seguintes princípios norteadores: direito de todas as pessoas ao gozo do grau máximo de saúde, da igualdade e da solidariedade; papel central dos recursos humanos da saúde para a superação progressiva das barreiras geográficas, econômicas, socioculturais, organizacionais, étnicas e de gênero, com vistas a que todas as comunidades possam ter acesso equitativo e sem discriminação a serviços integrais de saúde adequados, oportunos e de qualidade (FARIA *et al.*, 2015; CAMPOS, 2018).

Além disso, a acessibilidade caracteriza-se como a capacidade de um sistema em responder às necessidades em saúde de determinada população, relacionando a oferta de serviços às demandas. Entre outros fatores, ela se refere à localização dos estabelecimentos de saúde, relacionando as características do espaço e do território como fatores de interesse no alcance dos cuidados em saúde. Os conceitos de acesso e acessibilidades são complementares e se configuram como características facilitadoras ou dificultadoras no alcance do cuidado pela população (STARFIELD, 2002; DONABEDIAN, 1973).

Ao caracterizar os fisioterapeutas, percebe-se que a classificação de 96% desses profissionais, segundo a CBO, é como Fisioterapeuta Geral, tendo a vinculação autônoma de 56%. Além disso, 70% desses profissionais cumprem carga-horária de 30 horas semanais. A limitação de informações disponíveis nos bancos de dados em relação aos profissionais de fisioterapia confirma que, em muitos países, as autoridades sanitárias não contam com informações suficientes nem com metodologias avançadas de monitoramento e avaliação de recursos humanos no âmbito da saúde para apoiar tomadas de decisões (MENDES, 2011).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Brasil apresenta sobreposição de problemas de saúde, o que torna seu perfil epidemiológico desafiador. Trabalha-se diante da continuidade de agravos transmissíveis e de ciclos epidêmicos que afetam a mortalidade e morbidade das doenças crônicas não transmissíveis, como é o caso das causas externas, com suas altas ocorrências de acidentes e violências. Essas ocorrências geram iniquidades, que afetam com maior rigor os grupos mais vulneráveis social e economicamente.

Estrutura de saúde fragilizada e necessidade de agir com metas de uma agenda global que incida nos determinantes sociais e econômicos foram fatores que instigaram a caracterização proposta, que se mostrou oportuna: a acidentalidade, por exercer intenso impacto na saúde pública e apresentar crescentes índices de morbidade; e a fisioterapia, por apresentar grande potencial de ampliação de sua atuação, principalmente em relação ao nível de atenção primária. Destaca-se, também, a potencialidade do estudo em relação à utilização de banco de dados públicos.

Diante dos dados encontrados neste estudo, com os recentes efeitos da pandemia do Covid-19 e com o iminente processo de envelhecimento da população, torna-se necessária ao SUS a realização de um planejamento capaz oportunizar estratégias que garantam o efetivo acesso à saúde, principalmente aos serviços de fisioterapia.

Os achados deste estudo não podem ser associados, tampouco há inferências entre as variáveis por não apresentar caráter analítico; porém, pelo seu caráter descritivo, pode-se estabelecer uma linha de base para estudos futuros. Além disso, a criação de novas hipóteses que revisem as estratégias, atualmente adotadas, para os problemas prioritários de saúde pública bem como a identificação das possíveis barreiras podem incentivar a criação de novas estruturas que garantam tanto o acesso efetivo e integral quanto a ampliação da atuação da fisioterapia na rede de atenção.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, D. da C. *et al.* Fatores preditivos e qualidade de vida de vítimas de trauma em acidentes de trânsito. In: **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**. [S. l.], v. 10, n. 5, pág. e0410514576, 2021. DOI: 10.33448 / rsd-v10i5.14576. Disponível em: <https://www.rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/14576>. Acesso em: 10 jul. 2021.
- BARRETO, Mauricio Lima. Desigualdades em Saúde: uma perspectiva global. In: **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, p. 2097-2108, July 2017. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002702097&lng=en&nrm=iso>. accesson 21 Apr. 2021. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017227.02742017>.
- BISPO JÚNIOR, José Patrício. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. In: **Ciência & Saúde Coletiva**. V. 15, p. 1627-1636, 2010.
- BOTELHO, V. *et al.* Fraturas de membro superior em hospitais de nível terciário e suas implicações para a saúde pública. In: Revista Eletrônica Acervo Saúde. V. 12, n. 9, p. e4196, 24 set. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: equipes de referência e apoio matricial. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. Disponível em: <http://picica.dominiotemporario.com/apoio%20matricial%20cartilha.pdf>. Acesso em: 27 Dez 2020.
- _____. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica. N. 39**. 116 p. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Viva Inquérito 2017: Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela de Urgência e Emergência – Capitais e Municípios** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Brasília, 2019.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências: **Portaria MS/GM n.º 737 de 16/5/01, publicada no DOU n.º 96 seção 1E de 18/5/01**. 2ª ed.,64 p. Editora do Ministério da Saúde, Série E. Legislação de Saúde. Brasília, 2005.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências: **Portaria MS/GM n.º 737 de 16/5/01, publicada no DOU n.º 96 seção 1E de 18/5/01**. 2ª ed.,64 p. Editora do Ministério da Saúde, Série E. Legislação de Saúde. Brasília 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Portal do Brasil: vigilância de violências e acidentes**, 2002 e 2010. 154 p.94. Brasília, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências**. 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 154 de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Diário Oficial da União. Brasília, DF, Brasil, 2008. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html.
 Acesso em: 03 JAN 2021.

_____. IBGE: **Estimativa Populacional**. Disponível em:
<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?edicao=17283&t=o-que-e>. Acesso em: 05 JUN 2021

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde/Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. – Brasília: CONASS, 2015. 127 p.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. **A saúde e seus determinantes sociais**. In: Physis. Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, Apr. 2007. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100006&lng=en&nrm=iso>. . <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>. Acesso em 21 abr 2021.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. **Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde**. In: Cad. Saúde Pública. 2007;23(2):399-407. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2007000200016&script=sci_arttext.
 Acesso em: 27 dez 2020.

CAMPOS, O. **O estudo da demanda e das necessidades e sua importância para o planejamento em saúde**. In: Rev. Saúde Pública. 1969; 3(1): 79-81.

CAMPOS, Roberta de Freitas. **A cooperação internacional para o fortalecimento do direito à saúde: as estratégias da União das Nações Sul-americanas (Unasus)**. 2018. Tese (Doutorado em Saúde Global e Sustentabilidade) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018. doi:10.11606/T.6.2018.tde-28062018-122046. Acesso em: 24 mai 2021

CARDOSO, Jefferson Paixão et al. **Fatores associados à perda de produtividade em pessoas envolvidas em acidentes de trânsito: um estudo prospectivo**. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 23, p., 2020.

CARVALHO, Carlos Henrique Ribeiro de. **Custos dos acidentes de trânsito no Brasil: estimativa simplificada com base na atualização das pesquisas do Ipea sobre custos de acidentes nos aglomerados urbanos e rodovias**. 2020. Disponível em <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/10075> . Acesso em: 30 dez 2020.

CASADEI, Eliza Bachega; DOS SANTOS, Kudeken, FREIRE, Victoria Sayuri. **A masculinidade tóxica no discurso da saúde pública: estratégias de convocação dos homens em campanhas do SUS.** In: Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde, v. 14, n. 4, 2020.

CIEZA, Alarcos et al. **Global estimates of the need for rehabilitation based on the Global Burden of Disease study 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019.** The Lancet, v. 396, n. 10267, p. 2006-2017, 2020.

DA SILVA, Silvia Lanzotti Azevedo *et al.* **Physiotherapy in Primary Care in Brazil based on a Quality Assessment Program: cross-sectional study.** In: **Research, Society and Development**, v. 10, n. 2, p. e15110212389-e15110212389, 2021.

DONABEDIAN, A. **Aspects of medical care administration.** Boston: Harvard University Press; 1973.

EPTC- Empresa Pública de Transporte e Circulação **E-SIC** 003400-21-18-
<https://eptctransparente.com.br/acidentesgeral> fevereiro, 2021.

FARIA, Mariana; GIOVANELLA, Ligia; BERMUDEZ, Luana. **AUNASUL na Assembleia Mundial da Saúde: posicionamentos comuns do conselho de saúde sul-americano.** In: Saúde em Debate, v. 39, p. 920-934, 2015.

FERRETTI, F., *et al.* **Physical therapist insertion in the Family Health Strategy team: the users' view.** In: Fisioterapia em Movimento. V. 28, n. 3, p. 485-493, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-5150.028.003.AO07>. Acesso em: 20 nov 2020.

FONSECA, J. M. A., *et al.* **Physical Therapy In Primary Health Care: an Integrative Review.** In: Brazilian Journal of Health Promotion. 29(2): 288-294, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5020/18061230.2016.p288>. Acesso em: 27 nov 2020.

MARIN, Letícia; QUEIROZ, Marcos S. **A atualidade dos acidentes de trânsito na era da velocidade: uma visão geral.** In: Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 7-21, Jan. 2000. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2000000100002&lng=en&nrm=iso>. accesson 30 nov. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2000000100002>.

MELO, W. A.; MENDONÇA, R. R. **Caraterização e distribuição espacial dos acidentes de trânsito não fatais.** In: Cad. Saúde Colet. 2021;29(1):1-12. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202129010364>. Acesso em: 10 jun 2021.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde.** Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011 [cited 2016 Dec 21]. 549 p.: Il.

NEVES, Laura Maria Tomazi; ACIOLE, Giovanni Gurgel. **Desafios da integralidade: revisitando as concepções sobre o papel do fisioterapeuta na equipe de Saúde da Família.** In: Interface. V.15, n. 37. Botucatu (SP), 2011.

ObservaPOA- **Observatório da cidade de Porto Alegre**. Disponível em <http://www.observapoa.com.br/>. Acesso em: 01 julho 2021.

OLIVEIRA, Roberta Gondim de. **Qualificação de gestores do SUS**. Organizado por Roberta Gondim de Oliveira, Victor Grabois e Walter Vieira Mendes Júnior. Rio de Janeiro, RJ: EAD/Ensp, 2009.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**. Alma-Ata: OMS, 1978. 3 p. Disponível em: <<https://opas.org.br/declaracao-de-alma-ata/>> em: 24 jun. 2021. Acesso em: 01 jun 2021.

_____. **Prevenção de lesões causadas pelo trânsito**. In: Manual de treinamento, 2011.

_____. **Masculinidades y saluden la Región de las Américas**. Washington, D.C.: OPS; 2019.

RIOS, Polianna Alves Andrade *et al.* **Fatores associados a acidentes de trânsito entre condutores de veículos**: achados de um estudo de base populacional. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, p. 943-955, 2020.

ROMBALDI, Bruna de Magalhães. **Prevalência e fatores associados ao encaminhamento para o serviço de fisioterapia após a alta hospitalar de fraturados por trauma de trânsito**. 2016. Pag.46.

SANTANA, Fábio Santos *et al.* **Internações hospitalares por acidentes de trânsito**: delineamento das vítimas acometidas por traumas múltiplos. In: *Brazilian Journal of Development*, v. 6, n. 7, p. 47468-47481, 2020.

SOUSA, Anderson Reis de. **Produzir cuidado à saúde de homens e suas masculinidades**: uma prioridade. *Revista de Divulgação Científica Sena Aires*, v. 9, n. 4, p. 681-684, 2020.

SOUSA, Kelienny de Meneses. **Avaliação do acesso aos serviços de reabilitação física para vítimas de acidentes de trânsito**: caminhos para melhoria da qualidade do sistema de saúde. 2015. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; 2002.

TAVARES, Larissa Riani Costa *et al.* **Inserção da fisioterapia na atenção primária à saúde**: análise do cadastro nacional de estabelecimentos de saúde em 2010. In: *Fisioter. Pesqui.* São Paulo, v. 25, n. 1, p. 9-19, mar. 2018. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-29502018000100009&lng=en&nrm=iso>. accesson 01 Feb. 2021. <https://doi.org/10.1590/1809-2950/15774625012018>.

UNITED NATIONS. **Improving global roadsafety. Geneva:** United Nations; 2015. Disponível em: <http://www.unece.org/fileadmin/DAM/trans/doc/2015/wp1/UNSG_Report_70_386_English.pdf> Acesso em: 25 nov. 2020.

_____. **Transformando Nosso Mundo.** Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. Recuperado em, v. 15, p. 04 e 23, 2016.

World Health Organization. (1946). **Constitution.** Acesso em 10 de junho de 2021, disponível em World Health Organization: <https://www.who.int/about/who-we-are/constitution>

