



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**



SAYONARA FERREIRA DE CARVALHO

**PLANO DE AÇÃO PARA REDUÇÃO DA MORBIMORTALIDADE
POR ACIDENTES DE TRÂNSITO NO MUNICÍPIO DE ARACAJU**

**ARACAJU
2012**

SAYONARA FERREIRA DE CARVALHO

**PLANO DE AÇÃO PARA REDUÇÃO DA MORBIMORTALIDADE
POR ACIDENTES DE TRÂNSITO NO MUNICÍPIO DE ARACAJU**

Produto Tecnológico apresentado ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva (ISC), da Universidade Federal da Bahia, área de concentração em Gestão de Sistemas de Saúde, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Florisneide Rodrigues Barreto

**ARACAJU
2012**

Ficha Catalográfica (*a ser formalizada na Versão Definitiva*)
Elaboração: Biblioteca do Instituto de Saúde Coletiva

A Carvalho, Sayonara Ferreira de Carvalho.

Plano de Ação para Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito no município de Aracaju/ Sayonara Ferreira de Carvalho. – Aracaju: S.F. de Carvalho, 2012.

76p.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Florisneide Rodrigues Barreto.

Produto Tecnológico (Mestrado) - Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

1. Acidente de Trânsito; 2. Violência; 3. Vigilância; 4. Epidemiologia; 5. Monitoramento; 6. Avaliação; 7. Planejamento.

CDU

SAYONARA FERREIRA DE CARVALHO

**PLANO DE AÇÃO PARA REDUÇÃO DA MORBIMORTALIDADE
POR ACIDENTES DE TRÂNSITO NO MUNICÍPIO DE ARACAJU**

Produto Tecnológico apresentado ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva (ISC), da Universidade Federal da Bahia, área de concentração em Gestão de Sistemas de Saúde, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Data de defesa: 13 de abril de 2012

BANCA EXAMINADORA:

Prof.^a Dr.^a Florisneide Rodrigues Barreto – ISC/UFBA
Orientadora

Prof. Dr. Eduardo Luiz Andrade Mota – ISC/UFBA

Prof.^a Dr.^a Alcione Brasileiro Oliveira Cunha – ISC/UFBA

**ARACAJU
2012**

A minha mãe, força constante em minha vida.
A Lana Carvalho, irmã, mãe, amiga e fonte de incentivo
em todos os momentos.
A meus irmãos, união e fortaleza sempre que necessito, é
possível! Amo vocês.
A minha cunhada-irmã, Jô Carvalho, sem você tenho
certeza que o caminho tinha sido mais difícil.
A Alana, Rejane e Gisa amigas-irmãs amadas, dádivas
que todos deveriam ter.
A Roger e Anjinha pela amizade de sempre.

*“É graça divina começar bem, graça maior persistir na
caminhada. Mas a graça das graças é não desistir nunca”.*

Don Helder Câmara

AGRADECIMENTOS

Desde os tempos de faculdade, sonhei em seguir a vida acadêmica. Lecionei em duas universidades, uma pública e outra privada, ocupando a cadeira de Saúde Coletiva, tive a oportunidade em ser Tutora de uma Residência Multiprofissional na mesma área de atuação e a vontade crescente e instigante pela formação e transformação no SUS sempre esteve presente. Minha trajetória foi se desenhando e a saúde coletiva era uma constante, tanto na formação quanto nos espaços de gestão.

Por algum tempo, acreditei que a docência seria meu único caminho. Mas logo a trajetória foi se redefinindo e nela eu me encontrei militando no SUS, atuando na linha de cuidado na Coordenação do Programa Saúde da Mulher; depois, assumi a Coordenação da Rede de Atenção Especializada e, em seguida, a Coordenação de Promoção à Saúde, na qual tinha como anseio elaborar estratégias de sensibilização do gestor para o que mais acometia a realidade epidemiológica no município: estruturar as DANTs (Doenças e Agravos Não-Transmissíveis).

Minha vida foi mudando e cada vez mais eu me apaixonava por esse SUS que garante saúde a milhões de brasileiros, na ousadia de manter um sistema universal, com contínuo desafio na garantia da integralidade.

Alguns anos se passaram e eu continuava atuando em duas áreas apaixonantes, gestão e ensino, na certeza de defender e formar atores sociais comprometidos com o maior sistema de saúde do planeta. De fato, uma militante que se inspirava e inspira cotidianamente com cada política pública, portaria, decreto, enfim, com cada ato normativo, nesse processo de formação de uma saúde verdadeiramente coletiva.

Para seguir a carreira acadêmica, precisava dar continuidade a minha caminhada científica, mas não queria investir energia em um mestrado qualquer; consciente de que um título é essencial, queria conquistar um que me desse a oportunidade de crescimento e, com ele, realizar o meu maior sonho. Fiz seleção na Universidade Federal de Sergipe e iniciei o Mestrado Acadêmico em Ciências da Saúde, mas não sentia o coração pulsante nesta atividade. Logo após, surge a espetacular oportunidade de fazer seleção para Mestrado Profissionalizante em Saúde Coletiva, o que me trouxe a concretização de um ideal, pois a instituição era a mais conceituada que já pude acompanhar – o Instituto de Saúde

Coletiva/UFBA e, assim, eu poderia utilizar, na práxis, o meu aprendizado. Aqui me encontro, vibrando na certeza de um sonho realizado, nessa reta final para as infinitas possibilidades que esse mestrado me proporcionou.

Por ser o Mestrado Profissional vinculado à Secretaria Municipal de Saúde, não foi fácil. Conciliar trabalho e estudo, concomitantemente, por um ano e seis meses, foi tarefa extremamente árdua. Muitas noites e finais de semana de dedicação que foram alimentados pela paixão pelo SUS; a troca de carinho e afeto, especialmente com os meus colegas de jornada, mantêm sempre acesa a luz nas dificuldades infinitas que encontramos em nossa prática profissional.

Então, gostaria de reforçar que nessa história nada teria sido possível sem a presença de muitos... Obrigada, obrigada, muito obrigada!...

A Deus, presença constante, me iluminando e energizando nos desafios das conquistas diárias.

A minha mãe, mulher guerreira, que apesar de não ter se dedicado aos estudos, compreende a necessidade e nunca mediu esforços para que todos os seus filhos tivessem a oportunidade do aprendizado, nos ensinando sempre com o seu exemplo de força e determinação, a maior lição: a VIDA. Eu a amo muito e todas as homenagens são para a senhora.

A meu pai, Hernandes Carvalho, *in memoriam*, homem de garra e caráter, que apostou e se doou completamente aos seus oito filhos, hoje deve estar realizado com tantas dádivas na Família Carvalho. Para sempre no meu coração, tenho certeza que vibra e me estimula em cada conquista; sua ausência física é muito sentida, mas nosso amor é eterno; como diz Santo Agostinho: *“Eu não estou longe, apenas do outro lado do caminho”*. Se eu sigo nas trilhas do sucesso, agradeço ao Pai celestial ter possibilitado nosso encontro nessa existência, o amo e amarei e, com sua luz permanente em minha vida, tenho certeza que conseguirei muitas vitórias, afinal, viemos ao mundo para sermos felizes.

A meus irmãos, sobrinhos, tias, primos, cunhados... Tudo fica mais fácil com vocês. De um modo muito especial a Laninha e Giltinho. Laninha, mais que irmã, mãe, amiga, companheira, enfim o meu tudo, sempre. Obrigada meu amor: você é farol e se hoje consegui, devo muito a você. Giltinho, irmão que me acolheu na grande Aracaju e me

orientou no meu projeto de vida, amo-o muito e essa conquista tem muito mérito seu. Continuem sendo a paciência e a força que me impulsionam... Muito obrigada e desculpem-me pelos momentos difíceis, seja pela minha dureza, impaciência ou ausência. Amo vocês!

Aos colegas de trabalho da SMS Aracaju, especialmente Ana Márcia, amiga, companheira e ex-chefe, por tudo que representou em minha vida, pelo que passamos e construímos em prol desse SUS local e a certeza de que vamos fazer muito mais, e ao Coletivo Gestor da Coordenação de Promoção à Saúde, parceiro na transformação e efetivação do SUS com o eixo da promoção à saúde local. Apesar da minha saída desta gestão, guardarei todos em meu coração e terão uma profissional sempre disponível. Minha ascensão profissional para o Ministério da Saúde, também é de vocês.

Ao Centro de Educação Permanente de Aracaju (CEPS), de forma especial Angela Leite, Salvyanna Sarmiento e Marieta Oliveira por acreditarem no potencial do coletivo de trabalhadores para o aperfeiçoamento no SUS, apostando no Mestrado Profissionalizante, dando-lhes possibilidades de conciliar trabalho-estudo, tarefa penosa, porém gratificante, muito obrigada!

A Dra. Florisneide Barreto, extraordinária orientadora, muito obrigada querida, pelo seu apoio constante e por aceitar o desafio de finalizar esse trabalho comigo, mesmo não sendo sua linha de pesquisa, mas pelo meu envolvimento e paixão. Adorei que os nossos caminhos tenham se cruzado e tenho certeza que ainda iremos nos encontrar.

A Dra. Lêda Lúcia Couto Vasconcelos, amiga doutora em saúde coletiva e minha referência; trabalhar no SUS com você é um presente do Pai, obrigada pelo convite e desafio posto. A partir de agora, doar-me-ei ao Ministério da Saúde tentando fazer o melhor para a garantia do acesso e integralidade à população brasileira na implantação das Redes de Atenção.

Aos colegas e professores da turma do ISC/UFBA MP Aracaju, pelo tempo que passamos juntos, descobrindo-nos através dos debates, risos, choros e discussões calorosas. Fica o desejo e o compromisso de mantermos essa proximidade e fazendo um SUS mais forte em Aracaju; apesar da minha nova jornada na gestão federal, aqui é minha casa, para a qual sempre me doarei; afinal nestes onze anos de gestão local, esta foi a minha grande escola. Muito obrigada!

A todos os familiares e vítimas de acidentes de trânsito de Aracaju, de forma especial a Cristiane Menezes, ex-colega da gestão que perdeu seu companheiro, Rogério Esteves, em decorrência desta triste fatalidade, um jovem ciclista que não teve respeitado o seu direito primário de ir e vir; Cris, pela militância na causa e força na superação desse momento doloroso, desejo que a execução desse plano municipal permita salvar muitas vidas, reduzindo a morbimortalidade consequente desse agravo.

Por fim, a tantos outros, que mesmo não tendo sido nomeados, mantém igual valor... São muitos os que participaram da construção deste percurso, todos os dias. Há, sem dúvida, um tanto de cada um em mim e neste trabalho, e assim continuará sendo, enquanto Deus permitir... Obrigada, muito obrigada!...

*“O sucesso nasce do querer, da determinação e persistência em se chegar a um objetivo.
Mesmo não atingindo o alvo, quem busca e vence obstáculos, no mínimo fará coisas
admiráveis.”*

José de Alencar

RESUMO

Este trabalho trata-se de um produto tecnológico relacionado à prevenção de acidentes e violência, enquanto proposta de intervenção na gestão local. No sistema de saúde, o impacto das taxas de morbimortalidade por causas externas evidenciam-se com o aumento do número de atendimentos nas emergências, elevadas taxas de internações hospitalares e crescente procura por procedimentos de reabilitação. Em 2011, representaram um gasto de R\$ 14,5 milhões para o país, que tem o quinto maior número de mortes do mundo, segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS). Neste sentido, diversas políticas vêm sendo estabelecidas, com o objetivo de prevenir e reduzir as consequências destes agravos, a partir da implantação do Código de Trânsito Brasileiro (CTB), em vigor desde 22 de janeiro de 1998, até o lançamento da Década da Segurança Viária em 2011, numa ação articulada entre diversos Ministérios, para o próximo decênio. O principal objetivo foi elaborar um plano de ação para a redução da morbimortalidade por acidente de trânsito no município de Aracaju. A metodologia utilizada foi desenvolvida no formato de módulos operacionais em dois momentos, executados pela autora, na viabilidade do referido produto. No projeto de intervenção, o plano construído englobou cinco eixos norteadores: Segurança Viária; Mobilidade Urbana; Educação e Saúde; Monitoramento e Avaliação e Comunicação.

Palavras-chaves: Acidente de Trânsito; Violência; Vigilância; Epidemiologia; Monitoramento; Avaliação; Planejamento.

ABSTRACT

The present paper a product related to prevention of technological accidents and violence, as a proposal for intervention in local management. In health care the impact of morbidity and mortality rates from external causes, is by increasing the number of visits in emergencies, high rates of hospital admissions and increasing demand for rehabilitation procedures. In 2011, this represented an expenditure of 14.5 million dollars for country which has the fifth highest number of deaths in the world, according to the World Health Organization (WHO). Accordingly, various policies have been established with the aim of preventing and reducing the consequences of these diseases, since the implementation of the Brazilian Traffic Code (CTB), effective from January 22, 1998, until the launch of the Decade of Road Safety in 2011, a joint action between different ministries for the next decade. The main objective was to develop an action plan to reduce morbidity and mortality from traffic accidents in the city of Aracaju. The methodology was developed in the form of modules operating in two stages, performed by the author as to the viability of the product. In the intervention project, the plan encompassed built five guiding principles outlined below: Road Safety, Urban Mobility, Education and Health, Monitoring and Evaluation and Communication.

Keywords: Traffic Accidents; Violence; Surveillance; Epidemiology; Monitoring; Assessment; Planning.

LISTA DE ABREVIATURAS

AIH - Autorização de Internação Hospitalar
ATT- Acidente de Transporte Terrestre
APH - Atendimento Pré- Hospitalar
CAPS- Centro de Atenção Psicossocial
CGDANT - Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não- Transmissíveis
COMSEPAT - Comitê Municipal de Mobilização pela Saúde, Segurança e Paz no Trânsito
CID - Classificação Internacional das Doenças
CAT - Comunicado de Acidente de Trabalho
CTB - Código de Trânsito Brasileiro
CPTRAN - Companhia de Policiamento no Trânsito
DATASUS - Departamento de Informática do Ministério da Saúde
DANT- Doença e Agravado Não - Transmissível
DETRAN - Departamento de Trânsito
DPVAT - Danos Pessoais por Veículos Automotores de Via Terrestre
ESF – Equipe de Saúde da Família
ESB – Equipe de Saúde Bucal
IML - Instituto Médico Legal
MS - Ministério da Saúde
NUPEVA - Núcleo de Prevenção de Violências e Acidentes
NUCAAR- Núcleo de Controle, Auditoria, Avaliação e Regulação
PDR- Plano Diretor de Regionalização
RSI - Regulamento Sanitário Internacional
SAMU - Serviço Móvel de Urgência
SIH - Sistema de Informação Hospitalar
SIM - Sistema de Informação sobre Mortalidade
SMTT - Superintendência Municipal de Transporte e Trânsito
SINAN -Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS - Sistema Único de Saúde
VIVA- Sistema de Notificação de Violências e Acidentes
VIGITEL – Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	14
1 INTRODUÇÃO	16
2 OBJETIVO PRINCIPAL	21
3 REFERENCIAL TEÓRICO	22
3.1 MORBIMORTALIDADE POR CAUSAS EXTERNAS	22
3.2 POLÍTICA NACIONAL DE REDUÇÃO DA MORBIMORTALIDADE POR ACIDENTES DE TRÂNSITO	23
3.3 LEGISLAÇÃO BRASILEIRA DE TRÂNSITO	29
3.4 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	31
3.5 PLANEJAMENTO EM SAÚDE	34
3.5.1 O Planejamento Estratégico Situacional	35
4 METODOLOGIA	39
4.1 MÓDULO OPERACIONAL - MOMENTO I	39
4.2 MÓDULO OPERACIONAL - MOMENTO II	40
5 PLANO DE AÇÃO	42
5.1 ANÁLISE DE SITUAÇÃO DE SAÚDE	42
5.2 PLANO DE AÇÃO – MATRIZ POR EIXO PRIORITÁRIO	54
5.2.1 Eixo I – Segurança Viária	54
5.2.2 Eixo II – Mobilidade Urbana	56
5.2.3 Eixo III – Educação e Saúde	58
5.2.4 Eixo IV – Monitoramento e Avaliação	60
5.2.5 Eixo V – Comunicação	62
5.3. ANÁLISE DE VIABILIDADE	65
6 RECOMENDAÇÕES	66
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	68
APÊNDICE A – Roteiro Metodológico da Oficina para Construção do Plano de Ação	72

APRESENTAÇÃO

”Um sonho que se sonha só, é só um sonho que se sonha só, mas sonho que se sonha junto pode se tornar uma realidade.”

Raul Seixas

Este trabalho científico é um produto tecnológico, tendo como propósito servir de base para intervenção nos acidentes de trânsito e construção de um plano que será desenvolvido em dois momentos, no módulo operacional para sua conclusão, incluindo a reflexão sobre a análise de viabilidade para a gestão local. Deste modo, procura descrever, no marco teórico, a morbimortalidade por causas externas com ênfase nos acidentes de trânsito, a política nacional de redução da morbimortalidade por acidente terrestre, a legislação brasileira no trânsito, o monitoramento e avaliação e o planejamento em saúde, essenciais para confecção do plano de ação municipal. Neste sentido, para sistematizar as informações apresentadas, o trabalho foi dividido em capítulos.

O texto é introduzido, trazendo a análise das causas externas no país relacionando, principalmente, as decorrentes dos acidentes de trânsito. Situa o estado da arte dos acidentes terrestres em relação a sua magnitude e transcendência para a saúde coletiva, destacando autores relevantes na literatura, que corroboram com a discussão deste tema no setor saúde. Discute-se, ainda, as principais políticas públicas referentes à prevenção e promoção da saúde lançadas pelo Ministério da Saúde correlacionando com a situação estadual e local.

No referencial teórico, é apresentado o panorama da morbimortalidade por causas externas, com ênfase nos acidentes de trânsito, discute-se a política nacional de redução da morbimortalidade por acidente terrestre, a legislação brasileira no trânsito com seus marcos legais, enfatizam-se o monitoramento e avaliação e, finalizando este tópico, apresenta-se o

planejamento em saúde, essencial para a construção do plano de ação e suas recomendações para a saúde coletiva.

No capítulo seguinte, desenvolve-se a metodologia, englobando dois momentos essenciais para construção do plano no módulo operacional, executado pela autora do referido trabalho.

Nessa etapa, a construção do plano ocorreu com a realização de uma oficina com atores estratégicos, norteados nos cinco eixos prioritários do Plano da Década Viária que são: Segurança Viária, Mobilidade Urbana, Educação e Saúde, Monitoramento e Avaliação e Comunicação.

Por fim, são trazidas as recomendações para a saúde coletiva com a análise de viabilidade do plano de ação, onde se pode refletir a riqueza dessa construção no êxito do trabalho realizado, apontando as potencialidades e os limites deste produto, como contribuição para a transformação da realidade epidemiológica local.

1 INTRODUÇÃO

As causas externas têm se tornado, nos últimos anos, alvo de intensos estudos devido ao caráter epidêmico adquirido, tornando-se grave problema de saúde pública a ser enfrentado. E, em algumas regiões do país, já ocupa a 2ª causa de mortalidade geral, tornando-se a 1ª causa na população entre 1 e 39 anos (BRASIL, 2008). Entende-se por causas externas, de acordo com a Classificação Internacional das Doenças (CID-10), “agravos à saúde que causam morbidade ou mortalidade, acidental (acidentes de trânsito e de trabalho, quedas, envenenamentos, afogamentos e outros tipos) ou intencional (homicídios, suicídios e intervenções legais)”.

No sistema de saúde, o impacto das taxas de morbimortalidade por causas externas evidencia-se com o aumento do número de atendimentos nas emergências, elevadas taxas de internações hospitalares e crescente procura por procedimentos de reabilitação.

Dentre as causas externas, os acidentes de trânsito, atualmente, são os agravos de maior impacto na saúde da população brasileira, tanto pelos óbitos quanto pelas internações e sequelas deixadas em suas vítimas. Minayo (2009) corrobora, ressaltando que a violência e os acidentes de trânsito constituem um dos principais problemas de saúde pública no país, desde o final da década de setenta.

Os acidentes de trânsito no Brasil geram uma das maiores despesas aos cofres públicos. Só em 2011, o país gastou R\$ 14,5 milhões e tem o quinto maior número de mortes do mundo, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS).

A perda em dinheiro equivale a toda arrecadação de impostos em 1 ano do Acre, Alagoas, Amapá, Maranhão, Paraíba, Sergipe e Tocantins, juntos. Foram 4.768 acidentes com óbitos, 43.361 com feridos e 79.430 sem feridos, em estradas federais, segundo dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). De acordo com pesquisadores do

IPEA, cerca de 60% do prejuízo econômico decorrente de um acidente vem da perda de produção, uma vez que ocorre o óbito ou lesões graves decorrentes, onde a pessoa fica incapacitada e deixa de produzir. Os outros custos vêm de atendimento hospitalar, danos ao veículo, entre outros. Um acidente com óbito custa aos cofres públicos, em média, R\$ 567 mil.

Souza (2003) afirma que os acidentes representam um grande problema característico da sociedade industrializada. Consiste na principal causa de morte entre adultos jovens, constituindo um importante determinante de invalidez, ocasionando um custo social elevado e vítimas com prognóstico de menor qualidade de vida, gerando inúmeras dificuldades de reintegração na sociedade.

No Brasil, nos últimos anos, tem-se observado um aumento na incidência e no número de óbitos por causas externas, e os acidentes de trânsito têm contribuído como a principal causa dentre estas.

No Estado de Sergipe, a situação assemelha-se à do país, como um todo.

No período de 2006 a 2011, Aracaju participou do inquérito de notificação de violências e acidentes em unidades de urgência e emergência, componente sentinela (VIVA Inquérito) e, como resultado, foi observada e ratificada a tendência mundial, onde os grupos de maiores incidências deste agravo são adolescentes e adultos jovens, do sexo masculino, pardos, com baixa escolaridade, residentes e vitimados nas residências.

De acordo com os dados do último Inquérito VIVA (2009), divulgado através do Ministério da Saúde, os acidentes de transporte terrestre foram a segunda causa externa mais atendida, com 30,2% dos casos (660) sendo que 66,4% das vítimas eram condutores, 23,6%, passageiros e 9,7% eram pedestres. Quanto ao meio de locomoção, destaca-se a motocicleta (57,3%), seguida de bicicleta (20%), pedestre (9,7%) e automóvel (4,7%). Quanto ao uso de equipamentos de segurança, 37% referiram uso de capacete e somente 2,1% usavam cinto de

segurança do momento da ocorrência. Não houve outra parte envolvida no momento do acidente de transporte em 36,5% dos casos; em 25,8% a outra parte foi o automóvel, em 14,7%, motocicleta e em 8,6% foi um objeto fixo. A maioria das mulheres vítimas era de passageiras e, dos homens, condutores (BRASIL, 2009).

Dentre os ATT em 2010, segundo dados da SMTT (Superintendência Municipal de Transporte e Trânsito) e IML (Instituto Médico Legal), 35,8% das vítimas fatais são motociclistas, seguidos de 27,16% de pedestres, 14,81%, passageiros, 13,58%, de ciclistas.

O Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e o Sistema de Informação Hospitalar (SIH) contém dados de morbidade e mortalidade, porém quando se trata de causa externa, o objetivo é conhecer o local de ocorrência do acidente para adotar medidas preventivas. Neste sentido, especificamente para acidente de transporte terrestre, outras fontes podem ser levantadas, objetivando cruzar informações, a exemplo do SAMU, SMTT, DETRAN e, assim, melhorar a qualidade das informações sobre as vítimas de acidente de trânsito (BRASIL, 2002)

Relativizando o tema, sabe-se que o impacto dos acidentes de trânsito na qualidade de vida e nas condições de saúde da população não se restringe a pessoas diretamente envolvidas no evento. Seus efeitos ultrapassam o sofrimento e são refletidos na cultura e no modo de viver das pessoas (BRASIL, 2009). Além disso, envolve a família e todas as pessoas que estão à sua volta, gerando desgastes sociais, emocionais e econômicos (SOUSA, 2009).

Apesar desta magnitude, ainda existem poucos estudos sobre a distribuição, frequência e possíveis determinantes dos eventos, os quais são de grande relevância para a aproximação e o reconhecimento de uma realidade de graves consequências (MESQUITA FILHO; MELLO JORGE, 2007). Na maioria dos países, o conhecimento do impacto das

causas externas se dá por meio da análise dos dados de mortalidade, sendo poucos os países que conhecem a morbidade hospitalar e ambulatorial (BRASIL, 2009).

A obtenção de dados dos acidentes é sempre difícil, mesmo nos países desenvolvidos, por problemas de ordem metodológica. Os dados epidemiológicos são incompletos, pois não há informações que abranjam todos os pacientes, tanto nos aspectos de morbidade como de mortalidade, além da falta de dados e registros em prontuários (PLOTINK STEFANI, 2006).

A complexidade do problema para sua prevenção e controle, implica na aplicação de medidas que envolvam a elaboração de uma legislação e no desenvolvimento de estratégias de intervenção voltadas à prevenção, tratamento e reabilitação identificando, assim, grupos e fatores de risco. (BRASIL, 2001).

Sabe-se que, dependendo da localidade, tipo de acidente e da qualidade da vítima enquanto pedestre, condutor ou passageiro, o óbito representa somente a ponta de um “iceberg”. A quantidade de vítimas que necessitam de cuidados médicos, hospitalização, terapia intensiva e recursos de apoio diagnóstico é bem maior (ANDRADE; MELO JORGE, 2000).

Assim, ao imaginar um plano para o setor de saúde que consiga reduzir os acidentes de trânsito, devem-se considerar as diferentes dimensões da determinação do problema, propondo a construção de um pensar e saber coletivo, ou seja, apontando caminhos para as diferentes possibilidades e formas de lidar com determinadas situações de risco e vulnerabilidade a que todos os atores estão expostos.

Diante do exposto, justifica-se a necessidade de um produto tecnológico que consista numa proposta de intervenção no âmbito da gestão local, visando elencar estratégias consensuadas nos eixos prioritários da Política Nacional de Trânsito, contempladas no Plano de Década Viária para o próximo decênio (2011-2020), cujo objetivo é reduzir as altas taxas

de morbimortalidade decorrentes dos acidentes de trânsito, possibilitando realizar o monitoramento contínuo de indicadores pactuados, também, com o setor saúde.

2 OBJETIVO PRINCIPAL

Elaborar um plano de ação para a redução da morbimortalidade por acidente de trânsito, no município de Aracaju.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 MORBIMORTALIDADE POR CAUSAS EXTERNAS

Nas últimas décadas, o Brasil vem alcançando importantes avanços relacionados à situação de saúde da sua população. A queda da taxa de mortalidade infantil, e a redução na mortalidade proporcional por doenças infecciosas, associadas às melhorias na qualidade de vida, contribuíram positivamente para o aumento da expectativa de vida. Ao mesmo tempo, novos e antigos problemas de saúde tornam-se objeto de preocupação entre os profissionais da área da saúde, uma vez que estamos vivendo a época da transição demográfica, epidemiológica e nutricional. Com o aumento, as doenças crônico-degenerativas e o crescimento da incidência e mortalidade por causas externas, a partir de 1980, passam a ocupar o segundo lugar entre as causas de morte no país; são exemplos que configuram este momento de transição (BRASIL, 2009).

No Brasil, como também em outros países do mundo é, principalmente a partir dos dados de mortalidade, que se estudam as tendências e o perfil de ocorrência das causas externas, em razão da facilidade de obtenção e da melhor qualidade da informação, quando comparados com os dados de morbidade. Os dados referentes às internações e/ou emergências nem sempre estão facilmente disponíveis, pois muitas vezes, dependem de estudos específicos.

É, somente a partir de 1997, que os dados provenientes das internações no Sistema Único de Saúde (SUS) dispõem dos códigos relativos ao tipo de causa externa (disponíveis desde 1992), além da natureza da lesão (GAWRYSZEWSKI et al., 2004). Dados de morbidade revelam que, em 2000, as causas externas representaram 5,2% do total das internações realizadas no país. Apesar de algumas limitações, esses dados trazem

informações relevantes que devem ser rotineiramente analisadas, porque ampliam a compreensão desse problema no país. Para Lebrão et al. (2000), esse banco permite ter um desenho quase completo da morbidade mais grave.

Usualmente, os trabalhos realizados na área de saúde pública permitem compilar dados referentes a este CID. No entanto, as informações acerca dos traumas e lesões mais frequentes abrem inúmeras possibilidades de atuação tanto as administrativas, visando o melhor planejamento dos serviços e alocação de recursos, quanto a própria avaliação da assistência médica prestada. Permitem também, envolver os profissionais que prestam atendimento direto às vítimas na discussão do problema das causas externas.

No sistema de saúde o impacto das taxas de morbidade por causas externas evidenciam-se com o aumento do número de atendimentos nas emergências, elevadas taxas de internações hospitalares e crescente procura por procedimentos de reabilitação. Para que se consiga mudar este cenário, políticas públicas de promoção à saúde, articuladas intersetorialmente com construção coletiva, precisam ser pensadas e, assim, caminhar com efetividade na transição epidemiológica que o país enfrenta.

3.2 POLÍTICA NACIONAL DE REDUÇÃO DA MORBIMORTALIDADE POR ACIDENTES DE TRÂNSITO

Os acidentes e as violências no Brasil configuram um problema de saúde pública de grande magnitude e transcendência, que tem provocado forte impacto na morbidade e na mortalidade da população.

O Ministério da Saúde (MS), visando reduzir a morbimortalidade decorrente, aprovou pela Portaria nº 344 de 19 de fevereiro de 2002, a política pela “Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito – Mobilizando a Sociedade e Promovendo a Saúde”, que deverá ser desenvolvido pelas gestões federal, estaduais e municipais.

Assim delimitada, esta política estabelece diretrizes e responsabilidades institucionais, nas quais estão contempladas e valorizadas medidas inerentes à promoção da saúde e à prevenção desses eventos, mediante o estabelecimento de processos de articulação com diferentes segmentos sociais.

Acidente é entendido como “evento não intencional e evitável, causador de lesões físicas e/ou emocionais, no âmbito doméstico ou nos outros ambientes sociais, como o do trabalho, do trânsito, da escola, de esportes e o de lazer” (MALTA et al., 2010). Os acidentes também se apresentam sob formas concretas de agressões heterogêneas quanto ao tipo e repercussão. Entretanto, em vista da dificuldade para estabelecer, com precisão, o caráter de intencionalidade desses eventos, reconhece-se que os dados e as interpretações sobre acidentes e violências comportarão sempre certo grau de imprecisão. Esta política adota o termo acidente em vista de estar consagrado pelo uso, retirando-lhe, contudo, a conotação fortuita e casual que lhe pode ser imputada (BRASIL, 2002). Assume-se que tais eventos são acidentes preveníveis.

No tocante à morbidade por acidentes e violências, ainda é incipiente o conhecimento disponível, seja em nível nacional, regional ou local. O que encontramos são publicações de estudiosos na área para colaborar na elaboração de políticas e planos eficazes. Dados das Autorizações de Internação Hospitalar – AIH – mostram que, em 1996, foram registradas 679.511 internações por essas causas, apenas nos hospitais ligados ao SUS. A preponderância do sexo masculino e da faixa etária de 15 a 29 anos de idade indica que esses episódios se devem, sobretudo, a acidentes de trabalho e de trânsito. As fraturas, principalmente de membros, motivaram 37,5% das internações, destacando-se também, como causa de internação, as queimaduras entre crianças menores de cinco anos de idade (LEBRÃO et al., 2000).

Os princípios básicos que norteiam a política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito são:

- A saúde constitui um direito humano fundamental e essencial para o desenvolvimento social e econômico;
- O direito e o respeito à vida configuram valores éticos da cultura e da saúde;
- A promoção da saúde deve embasar todos os planos, programas, projetos e atividades de redução da violência e dos acidentes.

As diretrizes mencionadas nessa política são as seguintes:

- Promoção da adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis;
- Monitorização da ocorrência de acidentes e de violências;
- Sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar;
- Assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e de violências;
- Estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e à reabilitação;
- Capacitação de recursos humanos;
- Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

A essas estratégias, deverão ser acrescentados: a divulgação mais técnica dos dados sobre acidentes e violências, o apoio a seminários, oficinas de trabalho e estudos e o estímulo às sociedades científicas que produzem revistas especializadas para que promovam discussões e elaborem edições temáticas.

No tocante à recuperação das vítimas de acidentes e de violências, o setor saúde prestará informação, orientação e apoio, tanto a estas quanto às suas famílias. Neste sentido, serão desenvolvidas medidas específicas destinadas à sensibilização e à informação dos profissionais e gestores de saúde, sobretudo quanto ao seu papel na orientação dos portadores de sequelas e deficiências, bem como de seus familiares.

A implementação dessa diretriz, no âmbito da gestão, compreenderá, inicialmente, a capacitação e a mobilização dos profissionais de saúde que atuam em todos os níveis de atendimento do SUS, inclusive nas unidades de urgência e emergência, com vistas a superar os problemas relacionados à investigação e à informação relativas a acidentes e violências.

Em relação a acidentes de trânsito, o sistema de vigilância epidemiológica compreenderá a implantação, com recurso eletrônico, de uma rede de informações estatísticas destes acidentes, que inclua a captação, o transporte e o armazenamento de dados. Esta rede deverá estar integrada e acessível a todos os fóruns de abrangência municipal, estadual e federal e possibilitar a análise dos dados de acidente, bem como de outros parâmetros de segurança que auxiliem na identificação de causas e na proposta de medidas preventivas. A organização e o desenvolvimento das ações implicarão na definição de um boletim de ocorrência padrão e a formação de técnicos em vigilância epidemiológica de acidente de trânsito.

O setor saúde deverá participar da monitorização dos acidentes ampliados, levantando, junto com os outros órgãos, as causas e consequências a curto e longo prazo e, também, os recursos envolvidos na sua mitigação.

O fomento à organização e à implantação de serviços de atendimento pré-hospitalar – APH – será fundamental para a consecução do propósito desta política, para o que deverão ser promovidas medidas que possibilitem o aprimoramento dos serviços existentes.

Entre essas, figurará a identificação de fontes de recursos destinados à preparação de pessoal e à aquisição de materiais. Neste contexto, poderão ser fixados critérios diferenciados de incentivos, para que estados e municípios invistam nesses serviços.

A prestação do atendimento às vítimas requererá a estruturação e a organização da rede de serviços do SUS, de forma que possa diagnosticar a violência e acidentes entre os usuários e acolher demandas, prestando-lhes atenção digna e resolutiva, com qualidade, desde o primeiro nível de atenção.

Essa assistência orientar-se-á por normas específicas sobre o tratamento das vítimas de acidentes e de violências, com o objetivo de padronizar condutas, racionalizar o atendimento e reduzir custos. Esses protocolos deverão ser baseados em evidências clínicas e epidemiológicas, revistos periodicamente e amplamente divulgados junto aos profissionais. Além disso, deverá ser estimulada a criação de núcleos de trabalho acerca do tema, nas secretarias estaduais e municipais de saúde, nas sociedades científicas, nas instituições e serviços públicos e privados afins, bem como em grupos organizados da sociedade civil com financiamento de implantação, previsto pelo Ministério da Saúde, caso o gestor faça a opção.

A preparação de recursos humanos deverá atender a todas as necessidades decorrentes da implementação das diretrizes aqui fixadas, destacando, em especial:

- Promoção de treinamento voltado à melhoria da qualidade da informação no tocante à vigilância epidemiológica por causas externas;
- Capacitação de recursos humanos da área da saúde e de outros setores para atuar na área de prevenção de acidentes e de violências, tendo em vista a promoção de comportamentos e ambientes saudáveis e levando em conta as características sociais e culturais, bem como fatores de vulnerabilidade de cada grupo populacional; tal capacitação deverá incluir conhecimentos e técnicas de educação e comunicação social em saúde, além da elaboração de material informativo e educativo.

O desenvolvimento de estudos e pesquisas referentes aos vários aspectos relacionados a acidentes e a violências constituirá medida essencial para que o tema seja,

efetivamente, abordado como problema de saúde pública relevante e para que sejam identificadas as intervenções apropriadas ao seu controle, no âmbito do setor saúde.

A redução da morbimortalidade por acidentes e violências no país – propósito desta política – requererá, dos gestores do SUS e dos demais técnicos envolvidos com a questão, o adequado provimento dos meios necessários ao desenvolvimento das ações.

Por outro lado, levando-se em conta que a consecução de tal propósito depende da adoção de medidas essenciais de competência de outros setores, esta política tem como princípio a construção e a consolidação de parcerias efetivas com diferentes segmentos governamentais e não governamentais. Essas parcerias significam a conjugação de esforços que se expressam mediante a implementação de um amplo e diversificado conjunto de ações articuladas, voltadas à prevenção de acidentes e de violências e, por consequência, à redução da ocorrência destes eventos, contribuindo, assim, para a qualidade de vida da população.

Embora esta política e a de Promoção à Saúde já tenham sido definidas em 2006, são apontadas dificuldades de incluí-las nas agendas de saúde (MINAYO, 2009); neste sentido é muito oportuna a iniciativa do Ministério da Saúde, através da Secretaria de Vigilância à Saúde, de incentivar a implantação de Núcleos de Prevenção de Acidentes e Violências com aporte financeiro, instituindo a Rede Nacional de Promoção à Saúde.

Destarte, a análise crítica que se pode fazer sobre a falta de êxito dessa política é, mais uma vez, a verticalização das ações que são previstas e propostas no âmbito ministerial, sem considerar os determinantes sociais e as peculiaridades deste país tão desigual. A sua construção requer o envolvimento de todos e o seu seguimento precisa de ciência, para que juntos possam solucionar essa problemática no SUS.

3.3 LEGISLAÇÃO BRASILEIRA DE TRÂNSITO – MARCO LEGAL

O Código de Trânsito Brasileiro – CTB –, que entrou em vigor em 22 de janeiro de 1998, por meio da Lei N.º 9.503, contém 341 artigos, publicado em 23 de setembro de 1997, privilegia as questões de segurança e de preservação da vida. Uma de suas características é o expressivo conjunto de medidas de prevenção que contém, não sendo, por conseguinte, um instrumento apenas punitivo. A sua implantação configura, assim, o mecanismo legal e eficaz para a diminuição dos principais fatores de risco, envolvendo condutor, pedestre, veículo e via pública.

Segundo o Código de Trânsito Brasileiro (1998), “O trânsito, em condições seguras, é um direito de todos e dever dos órgãos e entidades componentes do Sistema Nacional de Trânsito, a estes cabendo, no âmbito das respectivas competências, adotar as medidas destinadas a assegurar esse direito”.

Os agravos externos constituem a segunda razão de óbito na população geral do Brasil, colocando-se como a primeira causa de óbito na faixa etária de 5 a 40 anos. Na determinação multifatorial dos diferentes tipos de causas externas, o álcool é um importante fator a se considerar, sendo objeto de estudos em vários países.

A literatura apresenta associação entre consumo abusivo de álcool e acidentes de trabalho, episódios de violência e acidentes de trânsito. Segundo Moura et al. (2009) na 60ª Assembleia Mundial de Saúde em 2007,

o consumo abusivo de bebidas alcóolicas foi indicado como responsável por 3,7% dos óbitos, relacionado a 4,4% de doenças no mundo. Essas evidências influenciaram o Congresso Brasileiro a implantar, em 2008, a Lei nº 11.705 intitulada “Lei Seca” que reduz para zero o nível de alcoolemia permitido, aumenta a penalidade administrativa e criminaliza o condutor que dirigir com 0,6 dcg ou mais de álcool por litro de sangue.

As ações que regulam o consumo de álcool vigoram por meio de legislações, as quais limitam a hora e o lugar em que bebidas alcoólicas podem ser servidas ou compradas. A implantação de um sistema de licenças para a venda de bebidas constitui uma das estratégias mais aceitas internacionalmente e recomendadas por especialistas por não ser dispendiosa e possuir alta eficiência.

Com a “Lei Seca” aprovada, os órgãos responsáveis necessitam atuar na fiscalização efetiva para coibir os jovens a associarem o uso do álcool com a direção de veículo, expondo a sua e a vida da população a ocorrência de acidentes.

Malta et al. (2010) demonstra no estudo que, ao implantar essa Lei com fiscalização efetiva, os resultados apontam para redução de 24.545 (-23,2%) internações por ATT envolvendo residentes das capitais brasileiras e Distrito Federal ao se compararem os registros do segundo semestre de 2008 com aqueles observados no mesmo período de 2007. Quando os registros foram agregados por região geográfica, a maior redução foi observada para o conjunto de capitais das regiões Norte (-28%) e Nordeste (-27,2%), seguidas das regiões Sudeste (-21,7%), Centro-oeste (-20,2%) e Sul, (-17%), as quais apresentaram as menores proporções de redução. Para o conjunto de capitais brasileiras e Distrito Federal, houve um decréscimo de 17,4% na frequência mensal de internações hospitalares por ATT na rede credenciada ao SUS entre os meses de junho e dezembro de 2008. Antes da vigência da "Lei Seca", observava-se uma tendência inversa, ou seja, aumento da frequência de internações por ATT no mesmo período de 2007.

Em relação aos dados de mortalidade disponibilizados pelo SIM, houve redução de 796 (-22,6%) mortes por ATT entre residentes das capitais brasileiras e Distrito Federal ao se compararem os registros do período pós "Lei Seca" com os observados no segundo semestre de 2007. As capitais do Sudeste e Nordeste apresentaram, em conjunto, as maiores reduções (-42,4% e -21%, respectivamente). No conjunto de capitais das Regiões Centro-

oeste e Norte foram identificadas as menores reduções (-9,5% e -8,7%, respectivamente). A Região Sul foi a única a registrar aumento no número de mortes por ATT após a vigência da "Lei Seca", apresentando incremento de 4,4%. Para o conjunto de capitais brasileiras e Distrito Federal, percebeu-se decréscimo de 28,7% na ocorrência de óbitos por ATT entre os meses de junho e dezembro de 2008, enquanto no mesmo período de 2007, os registros apresentavam tendência de aumento na ocorrência de mortes por essa causa (MALTA et al., 2010).

Dessa forma, pode-se afirmar que se tem legislação específica no país para lidar com essa problemática, porém a falta de cumprimento, na íntegra, expõe principalmente os nossos jovens a uma maior suscetibilidade em relação aos acidentes, aumentando o índice de morbimortalidade nesse público vulnerável.

3.4 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O monitoramento e a avaliação são etapas fundamentais para a gestão dos serviços de saúde. Avaliar é um processo dinâmico, integrado ao processo decisório, devendo estar presente nas diferentes esferas de gestão. A avaliação, enquanto instrumento para melhorar o desempenho dos programas sociais, é entendida como uma instância de aprendizagem que permite reelaborar e melhorar esses programas.

A avaliação e o monitoramento consistem em processos sistemáticos para identificar o êxito das atividades planejadas, corrigir precocemente as ações e medir a eficácia e a eficiência dos resultados dos programas. O monitoramento é uma atividade contínua que objetiva verificar o desenvolvimento das atividades, conforme o planejamento.

Contandriopoulos et al. (1997) conceitua que “avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de

seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou de elaboração a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa)”.

Existem diferentes opções metodológicas no processo avaliativo. Torna-se oportuno avaliar, tanto os processos inerentes ao programa, quanto os resultados alcançados. Algumas etapas do processo avaliativo consistem em: 1) envolver os diferentes atores implicados no processo; 2) descrever o programa (conhecer seu marco lógico); 3) escolher métodos adequados; 4) coletar informações; 5) definir indicadores para a avaliação; 6) fundamentar as conclusões: interpretação, julgamento e recomendações; 7) assegurar a aplicação; 8) compartilhar as lições aprendidas (Malta, 2006).

O monitoramento de um evento ou ação tem grande dimensão quando é necessário buscar dados para realizar ações de promoção e proteção. Uma base de dados que agrupem todos os casos classificados como eventos decorrentes do exercício do trânsito é capaz de caracterizar o perfil dessas vítimas.

As principais fontes oficiais de informação para o estudo dos acidentes e das violências, nas diferentes fases do evento, são o Boletim de Ocorrência Policial (BO); o Boletim de Registro de Acidentes de Trânsito do DENATRAN; a Comunicação de Acidentes do Trabalho (CAT); o Sistema de informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS); o Sistema de Informação de Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM/MS); e o Sistema Nacional de Vigilância de Violências e Acidentes – VIVA.

Sendo assim, pode-se perceber que muitas informações já são compiladas, porém é necessário interligá-las para que, de fato, seja possível monitorar os eventos e direcionar ações específicas para o problema a ser enfrentado.

O Sistema de Informações Hospitalares - SIH/SUS, que agrega informações das instituições públicas e conveniadas, ou contratadas pelo SUS, engloba em torno de 80% da

assistência hospitalar do país e sua fonte de dados diz respeito a cerca de 13 milhões de internações/ano. Neste aspecto, é importante salientar que, até 1997, os dados de acidentes e de violências eram os relativos somente à natureza da lesão que levou à internação, sem qualquer esclarecimento quanto ao seu agente causador. (BRASIL, 2008) A partir de 1998, em decorrência da Portaria Ministerial N.º 142, de 13 de novembro de 1997, estão sendo codificados, também, os tipos de causas externas geradoras das lesões que ocasionaram a internação.

A Organização Mundial da Saúde define Sistema de Informação em Saúde – SIS, como um mecanismo de coleta, processamento, análise e transmissão da informação necessária para se planejar, organizar, operar e avaliar os serviços de saúde. Considera-se que a transformação de um dado em informação exige, além da análise, a divulgação e, inclusive, recomendações para a ação (BRASIL, 2004).

Sendo assim, as atividades de avaliação realizadas a partir das informações produzidas no cotidiano da atenção – embora sejam insuficientes para apreender todas as mudanças desejáveis – são essenciais para orientação dos processos de implantação, consolidação e reformulação das práticas de saúde, na medida em que permitem monitorar a situação de saúde da população, o trabalho em saúde e os resultados das ações. A especificidade do monitoramento está no recurso de um sistema de informação para acompanhar a operacionalização de uma intervenção. O desenho do sistema de monitoramento é parte integrante do planejamento das ações, devendo contemplar os aspectos nucleares da execução do trabalho previsto, para alcançar os objetivos da intervenção (BRASIL, 2004).

Nesse ínterim pode-se afirmar que, a partir das informações obtidas, é possível descrever os problemas de saúde dentro da população e, neste caso, com a intenção de reduzir a morbimortalidade por acidente de trânsito; conforme já mencionado, utiliza-se a

ferramenta do planejamento em saúde, na perspectiva de elaborar um plano propriamente dito.

3.5 PLANEJAMENTO EM SAÚDE

Planejamento é um termo largamente utilizado no cotidiano da política e da administração, tanto na esfera privada, quanto na pública. Por planejamento entende-se um processo de racionalização das ações humanas, que consiste em definir proposições e construir a sua viabilidade, com vistas à solução de problemas e atendimento de necessidades individuais e coletivas (TEIXEIRA, 2010).

Pode-se afirmar que o ato de planejar funda-se em desenhar, executar e acompanhar um conjunto de propostas de ação, com vistas à intervenção sobre um determinado recorte da realidade. O planejamento pode ser visto como um instrumento de racionalização da ação humana. Ação realizada por atores sociais, orientada por um propósito relacionado com a manutenção ou modificação de uma determinada situação (VILASBÔAS, 2004).

O interesse pelo planejamento das ações de saúde surgiu em decorrência da complexificação crescente do processo de trabalho nesta área, em virtude da necessidade de enfrentar as mudanças que foram ocorrendo nas condições de vida e saúde da população, em diversos países. Nesta perspectiva, a realização de campanhas sanitárias e, posteriormente, a elaboração de programas de controle de doenças podem ser consideradas atividades que já incluíam a prática do planejamento (TEIXEIRA, 2010).

Somente com o grande desenvolvimento científico e tecnológico observado na segunda metade do século passado e as transformações decorrentes na prestação de serviços, com a organização de redes e sistemas de serviços de saúde, é que a prática do planejamento

tornou-se uma necessidade amplamente reconhecida, gerando o interesse de organismos internacionais de cooperação técnica, a exemplo da OMS, em desenvolver propostas metodológicas que pudessem subsidiar a administração pública dos serviços e sistemas de saúde.

3.5.1 O Planejamento Estratégico Situacional

O enfoque estratégico-situacional foi originalmente proposto por Matus (1987) como uma teoria geral da planificação, passível de subsidiar uma prática concreta em qualquer dimensão da realidade social e histórica. Nos últimos 20 anos, esse enfoque foi difundido na América Latina, inicialmente, no âmbito acadêmico, através de cursos realizados na área de Planejamento & Gestão em saúde e, posteriormente, através de seminários, consultorias e oficinas de trabalho promovidos por organismos internacionais e nacionais.

A princípio, o enfoque situacional no Brasil, foi adotado para o planejamento e programação na época da implantação do SUDS (1987 – 1989) (RIVERA, 1988). Depois, a experiência acumulada apontou para a possibilidade de se conjugar elementos teóricos e metodológicos da chamada “trilogia matusiana” - o Planejamento Estratégico-Situacional (PES), o Método Altadir de Planificação Popular (MAPP) e o Planejamento de Projetos Orientado por Objetivos (ZOOOP) à programação em saúde em um conjunto de Distritos Sanitários em todo o país na primeira metade dos anos 90 (TEIXEIRA, 1993).

O desenvolvimento dessas experiências subsidiou a formulação da proposta de Vigilância da Saúde, entendida como uma alternativa de organização do “modelo assistencial” levando em conta a busca de integralidade do cuidado à saúde.

A proposta conceitual e metodológica de Matus (1993) toma como ponto de partida a noção de situação, entendida como um conjunto de problemas identificados, descritos e analisados na perspectiva de um determinado ator social. Problema é definido, por esse autor, como algo considerado fora dos padrões de normalidade para um ator social. Esses padrões são definidos a partir do conhecimento, do interesse e da capacidade de agir do ator sobre uma dada situação. Por sua vez, ator social é uma pessoa, um grupamento humano ou uma instituição que, de forma transitória ou permanente, é capaz de agir, produzindo fatos na situação.

A concepção situacional do planejamento, segundo Matus (1993), reconhece a existência de múltiplos atores, sugerindo a adoção de uma visão policêntrica, que supõe a combinação de ações estratégicas e comunicativas entre os atores, visando à construção de consensos acerca dos problemas a enfrentar, dos objetivos visados e das alternativas de ação a desenvolver para alcançá-los.

Esse mesmo autor afirma que uma das variáveis mais importantes na determinação da capacidade de uma equipe de governo é o domínio de técnicas potentes de planificação e que a mesma se expressa na capacidade de direção, gerência e administração e controle. Nesta perspectiva, o autor desenvolveu uma proposta conceitual e metodológica, intitulada “Planejamento Estratégico Situacional” (PES), aplicável em casos onde existam governos democráticos e que, por isso, os diversos atores sociais podem exercer um poder compartilhado.

O PES, proposta geral complementada posteriormente com outros métodos que constituem a chamada “trilogia matusiana”, fundamenta-se em um arcabouço teórico que enfatiza o conceito de situação e contempla um conjunto de métodos a serem utilizados nos diversos momentos do processo de planejamento, quais sejam, o explicativo, o normativo, o estratégico e o tático-operacional. O primeiro implica a análise da situação inicial, que inclui

a identificação, descrição e análise dos problemas e oportunidades de ação do ator em situação. O segundo contempla a elaboração da situação-objetivo, construída a partir da decisão acerca do que fazer no tempo político de que dispõe o ator para o enfrentamento dos problemas selecionados. O momento estratégico supõe a definição das operações a serem realizadas, com o desenho dos Módulos Operacionais contemplando a análise de viabilidade de cada uma das operações propostas. O momento tático-operacional, por sua vez, corresponde à execução das ações sob a gerência, monitoramento e avaliação das operações do plano.

O enfoque estratégico - situacional traz algumas consequências importantes para o ato de planejar (MATUS, 1993; VILASBÔAS, 2004):

- O ator social que planeja faz parte da realidade a ser planejada. Não é um observador externo e nem o único presente naquela situação; outros atores também estão presentes e planejam. Não há garantia de controle sobre uma determinada situação planejada, porque a ação de cada ator depende da ação dos outros.

- Há várias explicações sobre uma mesma situação. Elas dependem dos conhecimentos e dos interesses de cada ator naquele contexto. Assim, nenhuma das explicações está certa ou errada. É preciso conhecer a explicação do outro para analisar uma determinada situação.

- A capacidade de agir sobre uma determinada situação varia de ator para ator e condiciona as possibilidades de sucesso de um plano. Não é suficiente elaborar um conjunto de propostas de ação. É necessário construir a viabilidade das ações, isto é, a possibilidade de sua execução, levando em conta as capacidades de todos os atores envolvidos naquela situação.

Considerando essas ponderações, a utilização do enfoque estratégico situacional na formulação de políticas e no planejamento, aliada à reorientação do processo de

programação à luz da análise dos problemas de saúde em uma perspectiva epidemiológica e social, constitui uma opção tecnológica para os gestores comprometidos com construção de um modelo de atenção voltado para integralidade e equidade (TEIXEIRA, 2001).

Sendo assim, pode-se confirmar as declarações dos autores supracitados, assegurando que o processo de planejamento em saúde implica no desenvolvimento de dois momentos articulados: formulação da política contendo a identificação dos problemas prioritários descritos, a seguir, na metodologia e construção do plano e a própria elaboração do plano detalhado no módulo operacional, a partir da análise de situação de saúde.

4 METODOLOGIA

Tratando-se de um plano de intervenção para nortear a implantação das ações e que visa reduzir a morbimortalidade por acidente de trânsito no âmbito municipal, utilizou-se o Planejamento Estratégico Situacional de Matus (1993) e, como proposta metodológica para elaboração do mesmo, trabalhou-se com o modelo adotado por Teixeira (2010), que contempla o desenvolvimento do Módulo operacional a partir da Análise de situação de saúde. Sua matriz prioritária caracteriza as seguintes variáveis: problema, objetivos geral e específicos, meta, ações, atividades, responsáveis, recursos e prazo a ser construída no momento pedagógico da oficina prevista, com os cinco eixos prioritários da Política de Redução da Morbimortalidade por Acidente de Trânsito na capital sergipana: Segurança Viária, Mobilidade Urbana, Educação Permanente, Monitoramento e Avaliação e Comunicação.

A seguir, são caracterizados os momentos estratégicos para construção do referido plano de ação.

4.1 MODULO OPERACIONAL - MOMENTO I

A realização do diagnóstico epidemiológico no âmbito municipal com análise da situação de saúde, detalhando os indicadores de saúde referentes aos agravos não transmissíveis através de instrumentos normativos da gestão, utilizando o Relatório de Gestão, Plano Municipal de Saúde, Plano de Mobilidade Urbana, além de informações de bancos oficiais do Ministério como VIVA – Sistema de Informação de Vigilância de Violências e Acidentes; SIM- Sistema de Informação sobre Mortalidade, SIH- Sistema de Internação Hospitalar e VIGITEL – Inquérito Telefônico sobre morbidade, possibilitou

entender a morbimortalidade por este agravo na saúde da população aracajuana, relevando a sua magnitude para a temática estudada.

Percurso Metodológico no desenvolvimento do Momento I:

I – Levantamento dos Instrumentos Normativos da Gestão local que pudessem subsidiar a escrita da análise da situação de saúde nesse agravo não transmissível;

II – Identificação dos bancos de dados nacionais no setor saúde que notifiquem as lesões e óbitos, para trabalhar a caracterização desse agravo na população aracajuana. Levantamento de informações de três bancos de dados VIVA, SIM e SIH, de domínio público, acessados através do DATASUS.

III - Levantamento dos indicadores estratégicos dos bancos informatizados, caracterizando o território do ponto de vista da morbimortalidade.

IV - Elaboração de gráficos para melhor comunicar a tendência epidemiológica dos acidentes em Aracaju, no período de 2000 a 2010, tendo em vista que a última publicação do VIVA no DATASUS consta do inquérito sentinela de 2009 e o VIGITEL só tem publicação até o ano de 2010.

V - Síntese das informações estratégicas essenciais aos demais setores que militam na questão para subsidiar o Momento II na construção do Plano.

4.2 MÓDULO OPERACIONAL - MOMENTO II

Realização de oficina metodológica com atores-chaves, intra e intersetorial, para situar a análise epidemiológica e propor a construção do Plano de Ação com eixos temáticos prioritários, definindo indicadores e metas factíveis a curto, médio e longo prazo.

Percurso Metodológico no desenvolvimento do Momento II:

I – Enviou-se, por email, um convite da autora do trabalho para os componentes do NUPEVA – Núcleo de Prevenção de Acidentes e Violências da Prefeitura de Aracaju - criado através da Portaria nº 182/2011, do qual participam diversos parceiros para, juntos, participarem de uma oficina, buscando contribuir na construção do plano multissetorial a partir do estado da arte, desenhado e encontrado na análise de situação de saúde, voltado para este agravo no município de Aracaju.

II – Preparou-se um roteiro metodológico (APÊNDICE A) para discussão durante a Oficina, nos dois turnos designados pelos participantes, apresentando a análise epidemiológica no primeiro momento de interlocução.

III – Realizou-se a Oficina com 30 participantes do NUPEVA, envolvendo gestores, sociedade civil organizada, profissionais da saúde, trânsito, mídia e universidades, com carga horária de 08 horas em dois turnos distintos.

IV – Utilizou-se, como referência, a Matriz para elaboração dos Módulos Operacionais de Teixeira (2010), apontando o problema, objetivos (geral e específicos), meta, atividades, responsáveis ou colaboradores, recursos necessários e prazos nos cinco eixos prioritários: Segurança Viária; Mobilidade Urbana; Educação e Saúde; Monitoramento e Avaliação e Comunicação preconizado na Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito e reafirmado pelo Plano da Década de Segurança Viária e Projeto Vida no Trânsito do Ministério da Saúde.

V- Finalizou-se a confecção da proposta do Plano de Ação na oficina temática dentro da carga horária estabelecida e sua sistematização, pela autora, com o compromisso firmado de socialização, neste colegiado, após a conclusão do trabalho.

No processo de ordenamento da regionalização da assistência, ou seja, no Plano Diretor de Regionalização, Aracaju é o município pólo. No seu território, está inserido o maior hospital público do Estado de Sergipe, referência estadual para o atendimento aos pacientes politraumatizados. Para garantir maior acesso ao cidadão, a Rede de Urgência e Emergência conta, ainda, com dois hospitais municipais, um na zona norte e outro na zona sul da cidade, ambos com suporte para atender e estabilizar pacientes, e com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU que, segundo dados do Relatório de Gestão em 2010, apresenta uma cobertura de 100% na capital. Na área de reabilitação o município tem um serviço próprio, com oferta para o estado e encontra-se no momento de desenho da rede municipal de reabilitação. Desta forma, é notória a oferta de serviços de saúde especializados em Aracaju, para assistência ao cidadão vítima de acidente de trânsito.

No tocante à área de prevenção e promoção à saúde, em 21 de novembro de 2011, em alusão à memória das vítimas de acidentes, a gestão municipal instituiu o NUPEVA – Núcleo de Prevenção de Violências e Acidentes, através da Portaria nº 182/2011, para potencializar as ações de promoção à saúde, articuladas com o COMSEPAT e Ministério da Saúde, uma vez que os indicadores dos agravos não transmissíveis, nesta capital, tem alertado bastante o poder público e a sociedade sergipana.

❖ REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DE ARACAJU

Consultando os instrumentos de gestão da Secretaria Municipal de Saúde (Plano Municipal de Saúde, Relatórios de Gestão, Plano Anual de Saúde), observou-se que o modelo de assistência à saúde de Aracaju, iniciado em 2001 com o Projeto Saúde Todo Dia e continuado, a partir de 2006, com o Projeto Saúde e Cidadania, prevê e operacionaliza a oferta de uma série de serviços, organizados sob a ótica de redes de serviços e suas

interfaces. Por sua vez, as redes são amparadas pelos Núcleos e Coordenadorias que, juntos, disponibilizam os mais variados tipos de bens e serviços de saúde que a municipalidade de Aracaju e a população referenciada necessitam. São seis as redes de serviços que dispomos: Primária, Especializada, Hospitalar e Urgência e Emergência, Psicossocial e do Trabalhador.

- **REAP – REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA**

É formada por quatro regiões de saúde, envolvendo as 43 Unidades de Saúde da Família, 133 ESF e 64 ESB equivalendo a uma cobertura de 92% na Estratégia Saúde da Família.

- **REAE - REDE DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA**

A Rede Especializada Própria compreende: Centro de Especialidades Médicas Siqueira Campos (CEMAR Siqueira Campos), Centro de Especialidades Médicas da Criança e do Adolescente (CEMCA) e Centro de Especialidades Médicas do Augusto Franco (CEMAR Augusto Franco), lotados de especialistas concursados no regime estatutário e oferta controlada no complexo regulatório municipal.

- **REHOSP - REDE HOSPITALAR**

A Rede de Atenção Hospitalar foi reestruturada em 2007 para assegurar eficiência, agilidade, controle e monitoramento das ações hospitalares, complementando o atendimento das outras redes de serviço – REAB, REAE, REUE, REAPS - e do NUCAAR, tendo por objeto fazer a gestão de convênios e contratos firmados com a Secretaria de Estado da Saúde (TCEP) e prestadores hospitalares, supervisionando os recursos aplicados pelo Município no pagamento aos prestadores, com o objetivo de viabilizar o acesso do usuário à

rede hospitalar, dentro dos princípios e diretrizes do SUS e garantir a qualidade de atendimento.

A Rede Hospitalar, denominada de Hospital Horizontal, é composta por prestadores públicos e privados, que atuam dentro de perfil histórico de forma não competitiva para atender a população de Aracaju e a rede referenciada.

- **REUE - REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

Tem como importante etapa do processo de produção do cuidado a regulação do acesso às urgências, seja através da Central de Regulação Médica do SAMU municipal, seja no contato direto com o usuário, através do acolhimento e avaliação de Risco em cada unidade. Conta com o SAMU, os dois hospitais municipais e a Urgência Psicossocial do Hospital filantrópico São José.

- **REAPS - REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

A Rede Psicossocial centraliza-se nos CAPS, como estratégia de substituição à internação hospitalar, caracterizando a produção de cuidado em saúde mental em nível de alta complexidade. O grande objetivo é diminuir a internação hospitalar e ampliar o acesso às referências ambulatoriais; Atualmente a Rede conta com os seguintes CAPS caracterizados e localizados segundo quadro abaixo:

Quadro 1: Especificações dos CAPS de Aracaju-SE.

CAPS	OBJETIVO	ÁREA ADSCRITA
David Capistrano Filho	Tipo III – Cuidado a adultos com transtorno mental severo, egressos de internação psiquiátrica, com grave comprometimento social. Caracteriza-se pelo funcionamento ininterrupto (24h, todos os dias da semana), garantindo o acolhimento noturno em períodos de crise aguda.	1 ^a , 2 ^a , regiões
Liberdade		3 ^a e 4 ^a regiões
CAPS III Jael Patrício de Lima	Cuidado a adultos com transtorno mental severo, egressos de internação psiquiátrica, com grave comprometimento social.	Municipal
Arthur Bispo	Tipo I – Semelhante aos objetivos de um CAPS III, entretanto, sem acolhimento noturno.	Municipal
Vida	Acolhimento a crianças e adolescentes com transtorno mental grave e ou usuárias de álcool e outras drogas.	Municipal
AD Primavera	Reinserção e reabilitação do usuário de álcool e outras drogas a partir da lógica de Redução de Danos.	Municipal

As Residências Terapêuticas são uma realidade na Rede Psicossocial de Aracaju. Foram implantados processos de cuidado baseados no vínculo, na vida em liberdade e no exercício de cidadania com os portadores de transtornos mentais graves com história de longos períodos de institucionalização.

❖ REDE DE ATENÇÃO A SAÚDE DO TRABALHADOR

A Rede de Saúde do Trabalhador foi inserida no organograma da Secretaria Municipal de Saúde, pela portaria nº. 007 em abril de 2008, com proposta de atuar nas definições das ações de atenção básica, média e de alta complexidade em Saúde do Trabalhador em Aracaju e nos municípios da microrregião de abrangência do CEREST Anísio Dário. Inclui, em sua operacionalização, a proposta de organização da rede sentinela de notificação compulsória dos agravos da Saúde do Trabalhador, conforme Portaria MS nº. 777 de 28 de abril de 2004. Opera de forma colegiada e está composta de 07 (sete) profissionais sendo 02 médicas do trabalho, 01 enfermeira, 02 assistentes sociais, 01 psicóloga, e 01 técnico em vigilância em saúde.

O CEREST – Centro de Referência em Saúde do Trabalhador - foi inaugurado em 28 de abril de 2005 e habilitado como tipo Estadual com gestão Municipal, através da Portaria SAS nº. 177/2004. Em 2005 foi redefinido como Regional pela Portaria nº 2.458/2005, com área de abrangência nos oito municípios que compõem a regional de Aracaju citadas anteriormente no PDR.

● ***Análise da Morbimortalidade por Acidente de Trânsito em Aracaju***

Os dados de óbitos apresentados foram captados no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) com a causa básica “Acidente de Transporte Terrestre” (ATT), ocorridos em Aracaju, no período de 2000 a 2009, por tipo de vítima e por faixa etária.

Os óbitos por acidente de trânsito foram classificados de acordo com a CID10. Os códigos de V01 a V89 foram analisados em sua totalidade e, posteriormente, subdivididos nas seguintes categorias, de acordo com o meio de transporte ou condição da vítima: Pedestre (V01 a V09), Ciclista (V10 a V19), Motociclista (V20 a V39, incluindo triciclo), Ocupante de veículo (V40 a V79) e Outros (V80 a V89).

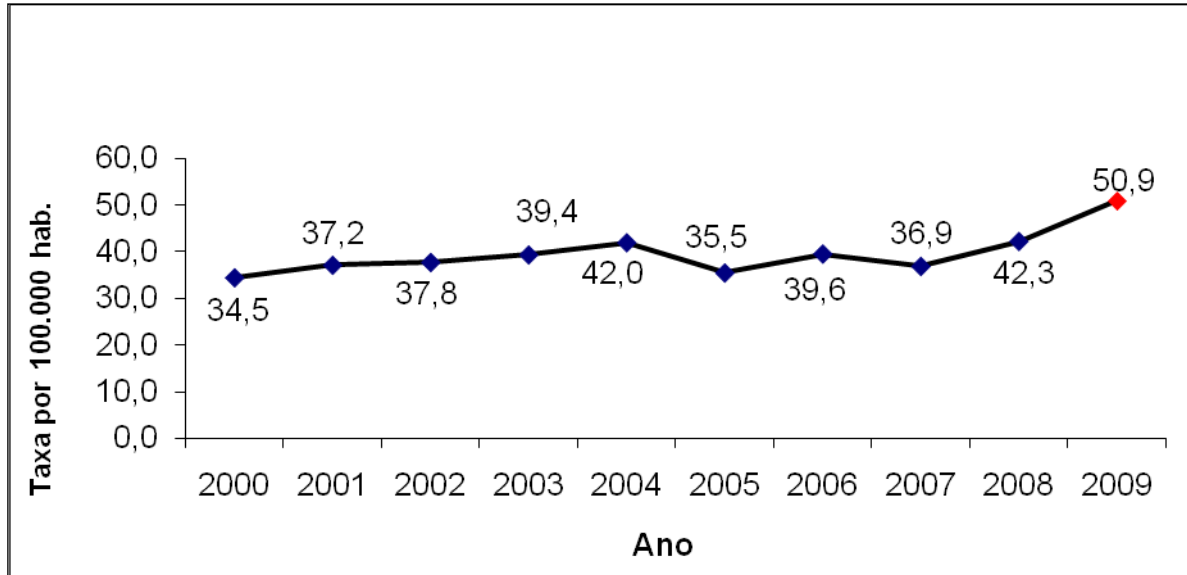
As internações relacionadas aos acidentes de trânsito foram obtidas a partir das AIH (Autorizações de Internação Hospitalar) do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do SUS, excluindo, portanto, as que foram custeadas diretamente ou cobertas por seguro-saúde.

Os dados referentes à população aracajuana foram captados do IBGE.

Os indicadores referentes aos dados de morbidade apresentados neste estudo foram classificados como: de boa acessibilidade pelo grau de facilidade e rapidez na obtenção dos dados, compreensão da informação; de boa validade, por medir o que se pretende. Outro fator positivo foi quanto ao bom grau de oportunidade, pois as informações estão disponíveis no local e a tempo para utilização.

Os indicadores escolhidos, relacionados à morbidade, possuem cobertura limitada por não englobar os dados referentes aos serviços privados.

Gráfico 01: Taxa de mortalidade por acidente de trânsito, Aracaju, 2000 a 2009.



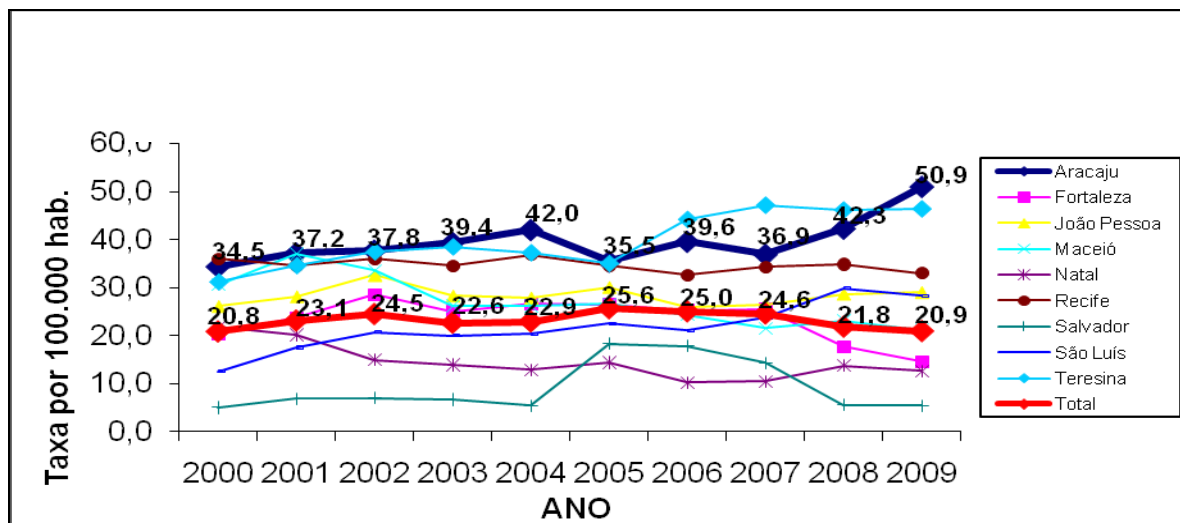
Fonte: SIM/MS e Datasus/IBGE

Em relação à mortalidade por acidentes de trânsito em Aracaju, observou-se que houve um aumento progressivo da taxa de mortalidade durante os anos de 2000 a 2009, representado pela curva ascendente do gráfico 01.

Quando comparadas as taxas de mortalidade por acidentes de trânsito em Aracaju com as das demais capitais nordestinas (Gráfico 02), constata-se que Aracaju assume, segundo os dados disponíveis no SIM, a liderança do ranking, no ano de 2009, podendo ser considerada a capital da região Nordeste com maior número de ocorrência de acidentes de trânsito por habitante, sendo este valor equivalente a 243,5 % da média da região.

Tal situação permite uma análise sobre a qualidade dos dados disponíveis, sugerindo uma provável subnotificação por parte de algumas capitais, as quais possuem populações superiores à de Aracaju e problemas bem mais complexos relacionados à organização do trânsito. Mas não se pode deixar de valorizar a grande quantidade de acidentes com vítimas fatais em nesta cidade.

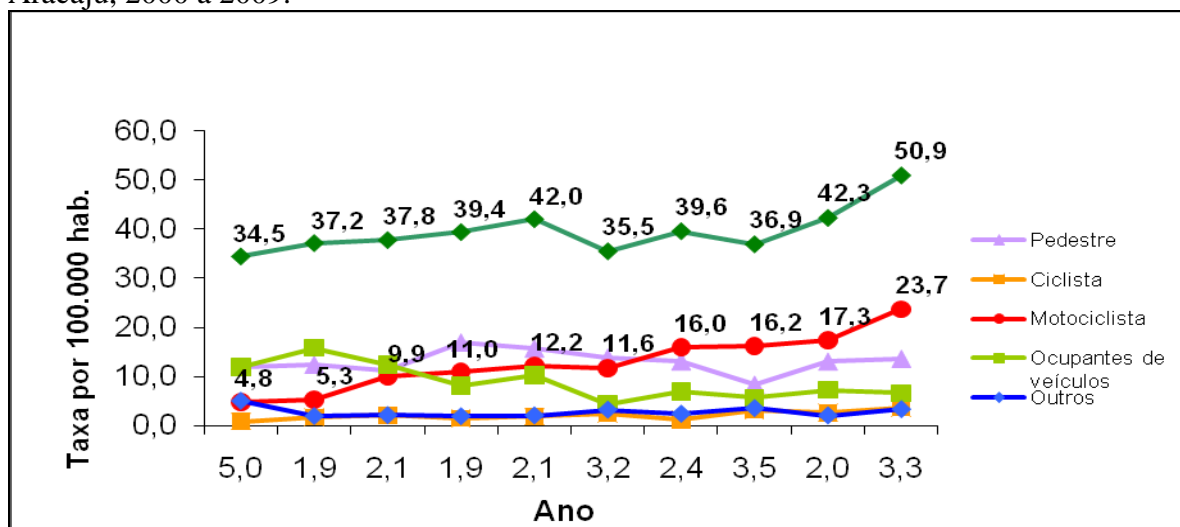
Gráfico 02: Taxa de mortalidade por acidente de trânsito, segundo capitais do Nordeste, 2000 a 2009.



Fonte: SIM/MS e DATASUS/IBGE

Conforme o gráfico 03, os acidentes de trânsito podem ser classificados de acordo com a condição da vítima envolvida: pedestre, ciclista, motociclista, ocupante de veículo e outros. Para os motociclistas, as taxas de mortalidade tiveram aumento de 493,7% entre os anos de 2000 e 2009. Os motociclistas foram as vítimas com o maior crescimento das taxas de mortalidade, passando de 4,8 óbitos por 100 mil habitantes em 2000 para 23,7 óbitos por 100 mil habitantes em 2009.

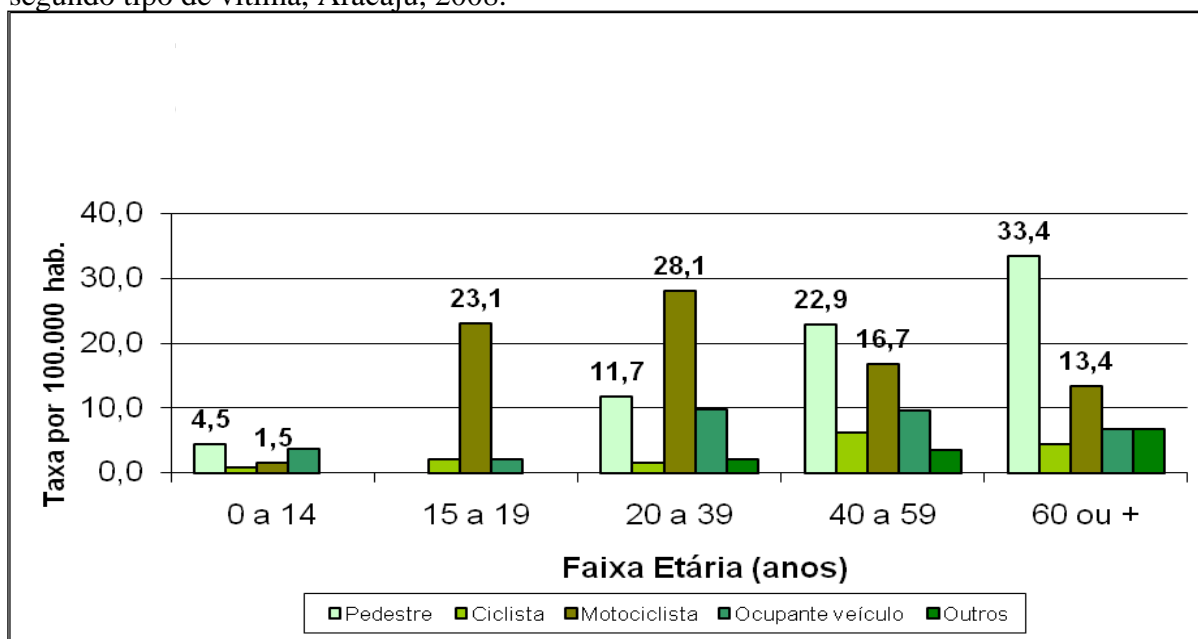
Gráfico 03: Taxa de mortalidade por acidente de trânsito, segundo condições da vítima, Aracaju, 2000 a 2009.



Fonte: SIM/MS e DATASUS/IBGE

No gráfico 04, percebe-se que a mortalidade por acidente de trânsito por grupos de idade mostra que as maiores vítimas são as de segmentos mais vulneráveis no trânsito, ou seja, os pedestres e motociclistas. A maior taxa específica compreende a faixa etária de 0 a 14 anos e envolve pedestres, representando 4,5 óbitos por 100 mil habitantes. Nas faixas etárias de 15 a 19 anos e 20 a 39 anos o maior risco de morte é para acidentes envolvendo motociclistas, com taxas de 23,1 e 28,1 óbitos por 100 mil habitantes, respectivamente. Avaliando a taxa de mortalidade na faixa etária de 40 a 59 anos, observa-se que o risco é maior para pedestres, com 22,9 óbitos por 100 mil habitantes, seguidos de motociclistas, com taxa de 16,7 óbitos por 100mil habitantes. Os idosos (60 anos e mais) são as maiores vítimas de acidentes envolvendo pedestres, com taxa de 33,4 óbitos por 100 mil habitantes.

Gráfico 04: Taxa de mortalidade específica por idade para acidente de transporte terrestre, segundo tipo de vítima, Aracaju, 2008.



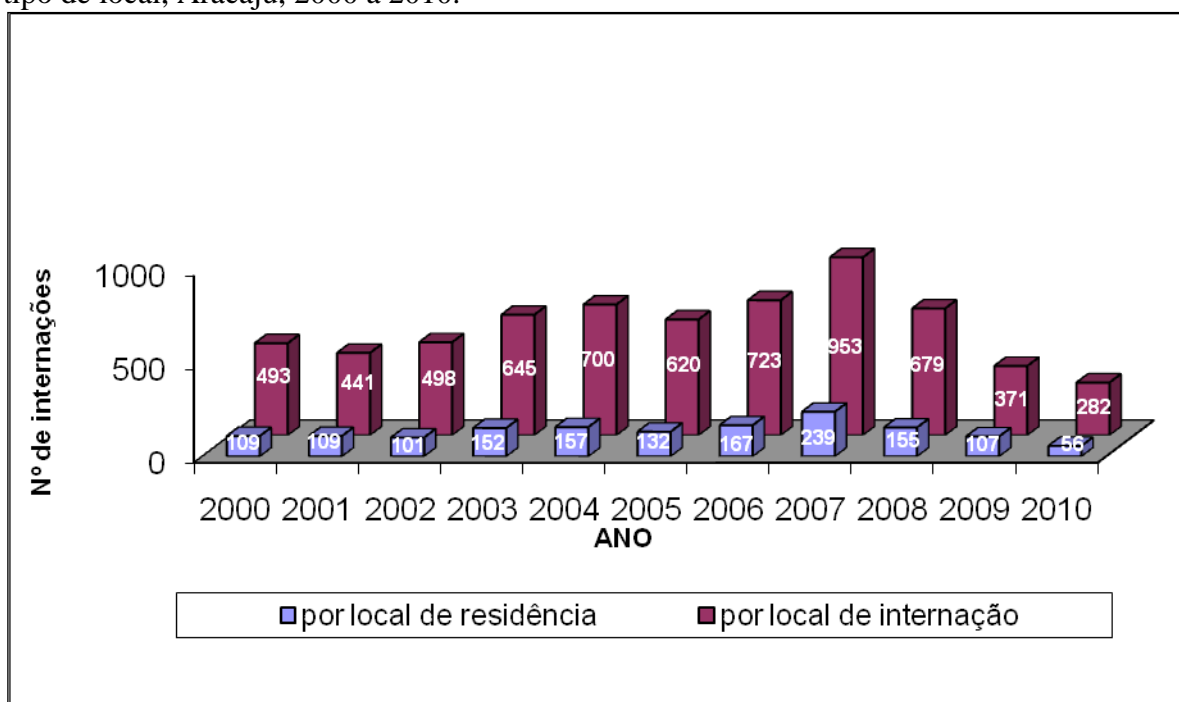
Fonte: SIM/MS e Datasus/IBGE.

Quando comparadas as internações hospitalares em Aracaju por local de residência e por local de internação, pode-se observar que o fato desta capital ser município pólo do estado e concentrar os leitos de internação de alta complexidade para atendimento aos politraumatizados aumenta significativamente número, por local de internação, já que as

vítimas de acidentes de trânsito dos municípios do interior do estado e de municípios de estados vizinhos, como Bahia e Alagoas, são encaminhados para Aracaju.

Vale ressaltar a observação que as internações relacionadas aos acidentes de trânsito tem a mesmas origens (AIH e SIH do SUS), o que exclui os custos particulares e de plano de saúde.

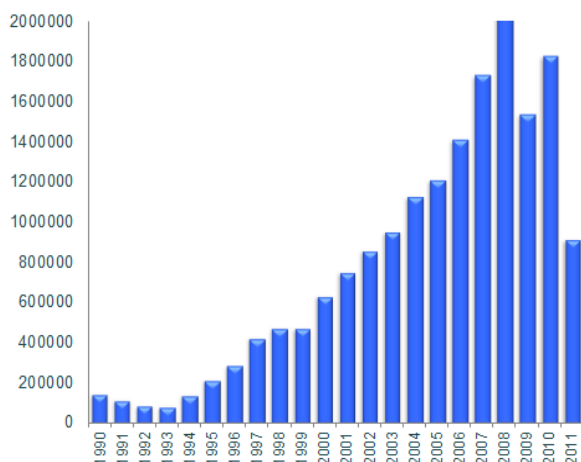
Gráfico 05: Internações hospitalares SUS por lesões decorrentes de acidentes de trânsito, por tipo de local, Aracaju, 2000 a 2010.



Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH/SUS.

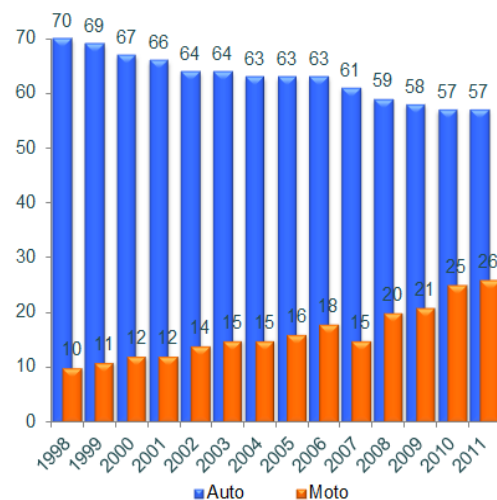
Outro dado que contribui para esse cenário epidêmico e que não se tem controle é o da aceleração da produção industrial no país das montadoras. Os dados abaixo demonstram a necessidade de criar uma forma de induzir a uma reflexão sobre a aquisição de motos e veículos em nosso país, haja vista a complexidade e consequências que tem trazido para o setor saúde num momento de rediscussão na garantia de um financiamento sustentável no SUS.

MOTOCICLETAS – PRODUÇÃO DO SETOR, BRASIL 1990-2011*



Fonte: ABRACICLO, 2011;
* dados até maio/2011

EVOLUÇÃO DO % DE AUTOMÓVEIS E MOTOS* NA FROTA MOTORIZADA, BRASIL 1998-2011**

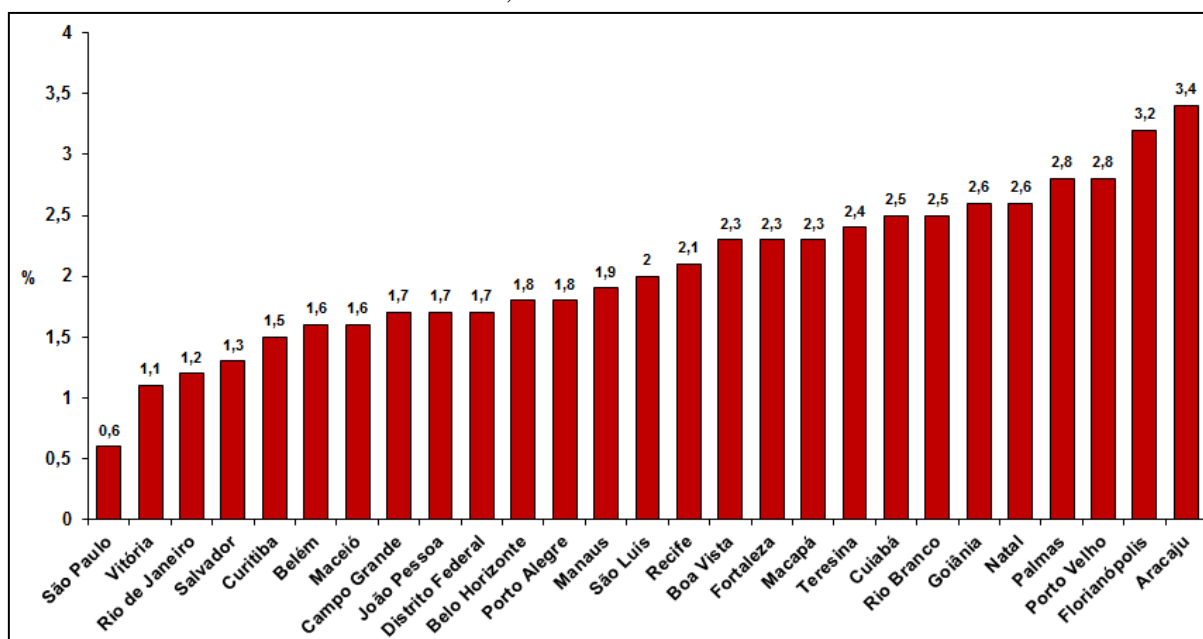


Fonte: DENATRAN

* Inclui motocicletas, motonetas e ciclomotores ** dados até março/2011

Devido ao panorama acima citado, mecanismos legais e formais precisam ser cada vez mais instituídos no trânsito para o controle das lesões e óbitos deste decorrentes; a regulamentação da Lei nº 11.705, intitulada Lei Seca no país, foi um dispositivo legal que contribuiu efetivamente. Dados da última pesquisa do VIGITEL, 2010, descrita no gráfico 06, a seguir, apontam a capital sergipana no ranking das infrações no trânsito, o que denota uma grande necessidade de mobilização do poder público e sociedade civil organizada em prol da vida. Através das articulações no NUPEVA, estão sendo induzidas realizações de ações que, sistematizadas num plano podem, de fato, causar impacto nos indicadores da população aracajuana.

Gráfico 6: Percentual de adultos que, em pelo menos uma ocasião, conduziram veículos motorizados após consumo abusivo de bebida alcoólica, segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. VIGITEL, 2010



Assim, com essa breve análise de situação de saúde do município de Aracaju pode-se perceber o grande desafio que é tratar a prevenção do acidente de trânsito de forma articulada, implicando atores sociais na condução do processo. Com a construção desse plano de ação pode-se desencadear uma fase de mudanças de perfil epidemiológico na capital, otimizando ações e articulando todos os órgãos e sociedade. Ainda que a natureza da lesão e óbito no trânsito não faça parte do setor saúde, vidas são perdidas e é possível, sim, enquanto setor saúde, dar o “start” para o início de uma nova era na capital sergipana.

5.2 PLANO DE AÇÃO - MATRIZ POR EIXO PRIORITÁRIO

Momento 02 – Construção do Plano de Ação para Redução da Morbimortalidade por Acidente de Trânsito em Aracaju considerando 05 Eixos Prioritários: Segurança Viária; Mobilidade Urbana; Educação e Saúde, Monitoramento e Avaliação; e Comunicação.

5.2.1 Eixo 01 – Segurança Viária

Problema	Deficiência na adoção de medidas de segurança nos diferentes bairros da capital.
Objetivo Geral	Garantir adoção de medidas equânimes de segurança viária no município, considerando: Pedestres, Motociclistas, Ciclistas, Transportes de carga e Transportes públicos de passageiros.
Objetivos Específicos	<ul style="list-style-type: none"> • Instalar redutores de velocidade em vias de fluxo rápido nos bairros com maiores índices de atropelamentos e colisões; • Instituir faixas para o pedestre em locais de grande fluxo para garantir a segurança em grupos de maior vulnerabilidade: Idoso, Criança, pessoas com deficiências ou dificuldades de locomoção, etc.; • Sinalizar e fiscalizar o transporte de cargas respeitando o fluxo de pessoas e veículos em horários de maior intensidade; • Sensibilizar condutores e motociclistas para adoção de normas de segurança na malha viária da capital. • Instituir um Sistema de Transporte integrado para passageiros com garantia de frota renovável, segura e com acessibilidade para uso de todos.
Meta	<ul style="list-style-type: none"> • Fiscalização eletrônica em 100% dos bairros da capital com vias de fluxo rápido e que tenham registro de óbitos decorrente de Acidente de trânsito. • Realização de campanhas educativas para o pedestre com adoção de faixas em 100% dos bairros da capital. • Articular com a Superintendência Municipal de Transporte e Trânsito a garantia de um sistema de transporte integrado para 100% dos usuários da capital com fiscalização assídua da frota, limite de velocidade e acessibilidade para todos.

AÇÕES	ATIVIDADES	RESPONSÁVEIS	RECURSOS NECESSÁRIOS			PRAZO		
			Materiais	Humanos	Financeiros	Curto 6 meses	Médio 12 meses	Longo 18 meses
Disciplinar a circulação de ciclomotores, bicicletas e veículos de propulsão humana e tração animal.	<ul style="list-style-type: none"> Instituir regras visíveis sobre circulação desse grupo, realizando campanha educativa permanente com o envolvimento da sociedade. 	SMTT, DETRAN, CPTRAN, NUPEVA, COMSEPAT	X	X		X		
Intensificar a fiscalização no trânsito.	<ul style="list-style-type: none"> Na circulação dos veículos de transporte de carga, produtos perigosos e transporte de passageiros; na regularidade da documentação do condutor, veículo e condições veiculares; das infrações legais por uso de bebidas alcoólicas e substâncias entorpecentes. 	SMTT, DETRAN, CPTRAN	X	X		X		
Propor o incentivo do desenvolvimento tecnológico dos veículos visando o aumento da segurança passiva e ativa.	<ul style="list-style-type: none"> Divulgar as normas de segurança veiculares nos boletins e meios de comunicação para conscientização da população e cobrança das montadoras. 	DETRAN, SMTT, CPTRAN, COMSEPAT	X	X	X	X		

5.2.2 Eixo 02 – Mobilidade Urbana

Problema	Ausência de um Plano Diretor de Mobilidade Urbana no município que garanta o princípio da acessibilidade universal com eficiência, eficácia e efetividade na circulação urbana.
Objetivo Geral	Repensar o planejamento do sistema viário municipal enquanto suporte da política de mobilidade urbana.
Objetivos Específicos	<ul style="list-style-type: none"> • Distribuir socialmente os equipamentos, descentralizando os serviços públicos como forma de aproximar as oportunidades de trabalho com a oferta de serviços; • Priorizar os meios não motorizados e de transporte coletivo na população geral; • Ampliar as ciclovias para o uso da bicicleta como meio de transporte rotineiro e seguro na capital; • Reconhecer a importância do deslocamento dos pedestres, incorporando a calçada como parte da via pública, com tratamento específico. • Propiciar mobilidade às pessoas com deficiências e restrição de mobilidade, permitindo o acesso destas à cidade e serviços. • Promover a integração dos diversos modos de transporte, considerando a demanda, características da cidade e redução das externalidades negativas do sistema de mobilidade.
Meta	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar oferta de serviços públicos descentralizados em 50% dos bairros da capital com realocação dos equipamentos sociais no bairro; • Realizar campanhas educativas estimulando o estilo de vida saudável através de caminhadas e uso da bicicleta na rotina do cidadão, com garantia de espaço público seguro para o ciclista. • Garantir a acessibilidade universal para 100% da população com ou sem restrição de mobilidade.

AÇÕES	ATIVIDADES	RESPONSÁVEIS	RECURSOS NECESSÁRIOS			PRAZO		
			Materiais	Humanos	Financeiros	Curto 6 meses	Médio 12 meses	Longo 18 meses
Distribuição equânime dos benefícios e ônus decorrentes do uso dos diferentes modos e serviços	<ul style="list-style-type: none"> Realizar levantamento dos equipamentos sociais nos bairros para distribuição de bens e serviços na população mais próximo da sua residência. 	SMTT, NUPEVA, COMSEPAT, Assistência Social, Educação	X	X	X			X
Ampliar a frota para transporte coletivo na capital com uma distribuição integral e igualitária.	<ul style="list-style-type: none"> Realizar nova licitação para contratação de transporte coletivo de forma segura e integral para a população em geral. 	SMTT	X	X	X			X
Ampliar a construção de ciclovias nos diferentes bairros da capital para garantia e estímulo à bicicleta como uma forma segura de transporte.	<ul style="list-style-type: none"> Realizar levantamento da necessidade com base no desenvolvimento sustentável da cidade, para garantia dessa forma saudável de condução. 	SMTT	X	X	X			X
Incorporar a calçada como uma via pública que necessita ser priorizada no deslocamento do pedestre para garantia da acessibilidade universal.	<ul style="list-style-type: none"> Fazer um levantamento nos bairros com maior número de acidentes envolvendo o pedestre e incorporar a calçada com sensibilização e envolvimento da comunidade local. 	SMTT, NUPEVA, COMSEPAT	X	X	X			X

Readequar a via pública para acessibilidade de todos	<ul style="list-style-type: none"> • Campanhas educativas e adequações quanto a real necessidade para garantia do acesso universal. 	SMTT, NUPEVA, COMSEPAT	X	X	X			X
Organizar a gestão local para garantir a regulação dos órgãos públicos gestores de serviços de transporte público e trânsito.	<ul style="list-style-type: none"> • Sugerir alocação de equipe interdisciplinar e aquisição de equipamentos para estruturar a referida gestão. 	SMTT	X	X	X		X	

5.2.3 Eixo 03 – Educação e Saúde

Problema	Incipiente sensibilização da população geral aracajuana e grupos de risco em relação às lesões e óbitos decorrentes dos acidentes de trânsito.
Objetivo Geral	Sensibilizar grupos de maior vulnerabilidade: motociclista, jovem condutor, motorista em geral e pedestre sobre prevenção dos acidentes de trânsito.
Objetivos Específicos	<ul style="list-style-type: none"> • Discutir com os pedestres e condutores a importância da adoção de comportamento seguro no trânsito; • Realizar oficinas de sensibilização sobre os fatores/grupos de risco associados aos jovens condutores, motoristas em geral e pedestres. • Incentivar programas de caráter permanente de educação para o trânsito; • Estimular sensibilização para profissionais na área de trânsito; • Difundir políticas e ações voltadas à promoção da vida no trânsito.
Meta	<ul style="list-style-type: none"> • Participação de 100% dos condutores nos bairros onde ocorrem óbitos decorrentes do trânsito; • Redução em 6% dos acidentes graves e fatais na meta pactuada para o próximo decênio 2011-2020; • 100% das escolas públicas cadastradas no PSE- Programa Saúde na Escola com inserção do tema do trânsito de forma interdisciplinar; • Oferta de cursos, de forma continuada, em 50% dos estabelecimentos que trabalham com demandas referentes ao trânsito para aperfeiçoamento profissional da equipe.

AÇÕES	ATIVIDADES	RESPONSÁVEIS	RECURSOS NECESSÁRIOS			PRAZO		
			Materiais	Humanos	Financeiros	Curto 6 meses	Médio 12 meses	Longo 18 meses
Realização de “Blitzes” educativas para condutores de veículos nos bairros em que ocorreram óbitos decorrentes do trânsito no último ano.	<ul style="list-style-type: none"> Levantamento no SIM- Sistema de Informação sobre Mortalidade dos óbitos por bairro na capital decorrentes do trânsito no ano de 2011; Criação e aquisição de material educativo para abordagem do condutor na promoção da paz no trânsito. 	SMTT, NUPEVA, COMSEPAT, ONGs, demais parceiros.	X	X	X	X		
Realizar 01 Oficina por mês para cada grupo prioritário no primeiro ano de execução do plano.	<ul style="list-style-type: none"> Enfocar temáticas como: álcool e direção, excesso de velocidade e direção defensiva para o público-alvo prioritário. 	SMTT, DETRAN, CPTRAN, COMSEPAT, entre outros	X	X	X	X		
Promover o debate pedagógico com o tema do trânsito nas escolas públicas cadastradas no Programa Saúde na Escola.	<ul style="list-style-type: none"> Estimular criação de rodas de conversa no ambiente escolar com os jovens e profissionais, de forma periódica e constante na abordagem com o tema trânsito. 	SMTT, Educação, NUPEVA, COMSEPAT,	X	X	X	X		

Capacitar profissionais de diversas áreas, com turmas mensais no local de trabalho, de forma continuada.	<ul style="list-style-type: none"> • Criar cursos permanentes e espaços de sensibilização referentes ao trânsito nos locais de trabalho e órgãos afins. 	SMTT, DETRAN, CPTRAN, NUPEVA, COMSEPAT	X	X	X	X		
--	--	--	---	---	---	---	--	--

5.2.4 Eixo 04 – Monitoramento e Avaliação

Problema	Ausência de um Sistema de Informação integrado que possibilite a vigilância ativa e permanente da morbidade e mortalidade referentes às lesões e óbitos no trânsito.
Objetivo Geral	Promover um “linkage” com os diversos bancos de dados oficiais referentes aos acidentes de trânsito integrando as informações para monitoramento e avaliação contínua do plano;
Objetivos Específicos	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar levantamento de todas as informações contidas nos bancos de dados oficiais do Ministério da Saúde e selecionar indicadores para monitoramento contínuo e avaliação; • Analisar e qualificar os dados sobre mortalidade decorrente de lesões no trânsito implantando a gestão do caso como rotina sentinela nos serviços de urgência municipal; • Divulgar os resultados do inquérito sentinela sobre Acidentes do Ministério da Saúde nos serviços coletados e, assim, traçar o perfil da vítima atendida para conformação das Redes de Atenção às Urgências; • Instituir o Observatório sobre Acidentes de Trânsito na Rede de Urgência e assim garantir monitoramento constante e avaliação precisa dos serviços que são demandados pela população;
Meta	<ul style="list-style-type: none"> • 100% dos indicadores selecionados e pactuados com os profissionais da Vigilância Epidemiológica para monitoramento e avaliação; • 100% dos dados analisados sobre mortalidade decorrente do trânsito com implantação da gestão do caso em 50% dos serviços de urgência no primeiro ano de execução do plano; • Instituir divulgação dos dados do Inquérito VIVA Sentinela, referentes a Acidentes em 100% dos serviços de urgência públicos da capital. • Implantar, ao menos, um Observatório de Acidentes nos serviços públicos da Rede de Urgência na capital

AÇÕES	ATIVIDADES	RESPONSÁVEIS	RECURSOS NECESSÁRIOS			PRAZO		
			Materiais	Humanos	Financeiros	Curto 6 meses	Médio 12 meses	Longo 18 meses
Instituir na gestão municipal indicadores de morbimortalidade decorrentes dos acidentes de trânsito para o monitoramento e avaliação contínuos.	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar levantamento dos dados dos diversos Sistemas de Informações do Ministério da Saúde para definição dos indicadores; • Definir de que forma se dará o monitoramento e avaliação a partir dos indicadores pactuados pela gestão; • Adquirir equipamentos de informática para o desenvolvimento do trabalho a partir dos indicadores. 	SMTT, NUPEVA, COMSEPAT, ONGs, demais parceiros;	X	X	X		X	
Implantação da gestão de caso sentinela em relação aos óbitos e lesões decorrentes dos acidentes de trânsito, nos serviços de urgência e emergência municipal.	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar levantamento de número de casos por serviços de urgência para programação da discussão com a equipe de saúde local. • Viabilizar logística de monitoramento e avaliação nos serviços para discussão dos casos, com periodicidade bimestral. 	SMTT, NUPEVA, COMSEPAT	X	X	X	X		
Confeccionar Boletim Epidemiológico com os dados do Inquérito sentinela do Ministério da Saúde e divulgar entre os profissionais de saúde.	<ul style="list-style-type: none"> • Selecionar, no banco de dados, os indicadores mais relevantes e trabalhar o dado para construção do Boletim Epidemiológico; • Elaborar e reproduzir o Boletim utilizando-o como instrumento estratégico nos serviços para o monitoramento e avaliação. 	SMTT, Educação, NUPEVA, COMSEPAT	X	X	X		X	

<p>Instituir o Observatório de Acidente de Trânsito nos serviços de urgência e emergência da capital.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fazer levantamento da logística necessária para o funcionamento do Observatório; • Adquirir os equipamentos e insumos necessários para o seu pleno funcionamento. • Definir indicadores e metas no painel de situação que vai traçar o perfil epidemiológico local, tornando-se uma ferramenta de avaliação. • Implantar a notificação compulsória referente a acidentes de trânsito por moto, no município, com base nos dados epidemiológicos locais. 	<p>SMTT, DETRAN, CPTRAN, NUPEVA, COMSEPAT</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>			<p>X</p>
---	--	---	----------	----------	----------	--	--	----------

5.2.5 Eixo 05 – Comunicação

Problema	Baixa divulgação de ações referentes à promoção e prevenção relacionadas às lesões e óbitos no trânsito.
Objetivo Geral	Ampliar a interlocução com a mídia e sociedade para divulgação.
Objetivos Específicos	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer parceria com a mídia local para divulgação das campanhas permanentes de trânsito; • Estimular a mobilização dos conselhos locais de saúde para sensibilização da população em prol da redução de lesões e óbitos decorrentes do trânsito; • Divulgar, com antecipação, o calendário de eventos loco-regionais com criação de campanhas educativas para a população, articulando todos os parceiros do NUPEVA; • Divulgar as ações previstas nos eixos desse Plano de Ação para redução da morbimortalidade decorrente dos acidentes de trânsito na capital, construído coletivamente.
Meta	<ul style="list-style-type: none"> • 100% das campanhas divulgadas na mídia local abrangendo todos os bairros da capital; • 100% dos conselhos de saúde articulados em prol da prevenção dos acidentes na capital; • 100% dos eventos loco-regionais divulgados previamente no NUPEVA. • 100% das ações divulgadas no primeiro ano de execução do Plano de Ação.

AÇÕES	ATIVIDADES	RESPONSÁVEIS	RECURSOS NECESSÁRIOS			PRAZO		
			Materiais	Humanos	Financeiros	Curto 6 meses	Médio 12 meses	Longo 18 meses
Incentivar as diversas mídias locais para adesão às campanhas de prevenção de acidentes de trânsito.	<ul style="list-style-type: none"> Fazer levantamento dos veículos de comunicação existentes na comunidade para adesão à divulgação das campanhas preventivas nos bairros da capital. 	COMSEPAT	X	X	X		X	
Articular os conselhos locais de saúde para adesão às ações preventivas do trânsito.	<ul style="list-style-type: none"> Realizar ações de sensibilização com os conselheiros locais referentes às lesões e óbitos decorrentes do trânsito. 	SMTT, NUPEVA, COMSEPAT	X	X	X	X		
Realizar levantamento de material educativo sobre prevenção de acidentes, nos diversos grupos vulneráveis.	<ul style="list-style-type: none"> Criar material educativo para diferentes públicos com a temática prevenção de acidentes no trânsito e reproduzir para todos os bairros na capital. 	SMTT, Educação, NUPEVA, COMSEPAT	X	X	X		X	
Elaborar cronograma de eventos locais junto ao Comitê.	<ul style="list-style-type: none"> Viabilizar adesão de todos os membros do Comitê nas ações e campanhas permanentes do trânsito. 	SMTT, DETRAN, CPTRAN, NUPEVA, COMSEPAT	X	X	X	X		
Utilizar todos os meios de comunicação para socialização do Plano de Ação construído coletivamente.	<ul style="list-style-type: none"> Capilarizar as ações do plano em todos os bairros da capital. 	SMTT, DETRAN, CPTRAN, NUPEVA, COMSEPAT	X	X	X		X	

	<ul style="list-style-type: none"> • Articular as campanhas educativas de trânsito com a população geral e mídia, fomentando espaços permanentes de formação. 	SMTT, DETRAN, CPTRAN, PRF, NUPEVA, COMSEPAT, entre outros.	X	X	X		X	
--	--	--	---	---	---	--	---	--

5.3 ANÁLISE DE VIABILIDADE

A seguir, algumas ponderações sobre a viabilidade para implantação desse produto tecnológico na sua percepção para a gestão local, compreendendo seus quatro tipos de viabilidade: técnica, política, financeira e institucional.

Na viabilidade técnica, nota-se que o plano demandou uma atenção especial na conciliação da teoria e prática, para a estruturação da sua matriz por eixo e viabilização de uma construção coletiva na articulação com os parceiros envolvidos.

Ao analisar a viabilidade política deve-se considerar que a temática prevenção de acidentes está pautada na agenda local, uma vez que se identificam vários movimentos de legitimação de decreto e portarias no âmbito da gestão, na tentativa de priorizar a agenda para enfrentar a magnitude do problema.

A viabilidade financeira é a que mais facilita a adesão do gestor e esse é o ponto favorável, pois existe alocação de recurso financeiro no valor de duzentos mil reais (R\$ 200.000,00), provindos do Ministério da Saúde para todas as capitais brasileiras, através do Projeto intitulado “Vida no Trânsito”, datado de dezembro de 2011, que tem a missão de articular a saúde com os demais órgãos de trânsito para redução das lesões e óbitos, sendo uma das metas atribuídas à confecção do plano de ação local.

Por fim, a viabilidade institucional, onde o município já tem instituído o NUPEVA – Núcleo de Prevenção de Violências e Acidentes - legitimado através da Portaria Municipal 182/2011, articulado com o Ministério da Saúde. Esta é uma ação estratégica local exitosa, uma vez que chama a responsabilidade do trânsito também para a saúde, trabalhando de forma integrada com o COMSEPAT – Comitê Municipal de Segurança e Paz no Trânsito - na garantia de ações preventivas para mudança no cenário epidemiológico atual. O plano de ação proposto vem nortear ações consistentes e fomentar, cada vez mais, a parceria no promoção da qualidade de vida do cidadão aracajuano.

6 RECOMENDAÇÕES

Apesar dos esforços das políticas públicas na forma de legislação, programas, projetos ou ações pontuais para reduzir os altos índices de violência no trânsito, estes continuam em crescimento. Foram sinalizadas algumas ações, que devem contribuir para a redução da morbi-mortalidade por acidentes de trânsito no município de Aracaju. São elas: implementar e fortalecer o Código Brasileiro de Trânsito no âmbito municipal; fiscalizar as infrações com maior rigor; intensificar a fiscalização do uso dos instrumentos de segurança como: cinto, capacete, “cadeirinha” para menores; estabelecer maior exigência na habilitação de condutores e para o licenciamento de veículos; aprimorar a qualidade do serviço prestado pelos órgãos e entidades de trânsito; promover discussões intersetoriais que incorporem ações educativas à grade curricular de todos os níveis de formação.

Outro ponto que deve ser destacado é a importância da articulação das agendas e instrumentos de planejamento, programação e avaliação dos setores diretamente relacionados ao problema. Além disso, apoiar as campanhas de divulgação em massa dos dados referentes às mortes e sequelas provocadas por acidentes de trânsito e fortalecer e fiscalizar as medidas que visam coibir a associação entre o consumo de álcool e o ato de dirigir.

A educação em serviço é um fator preponderante para manter atualizados os profissionais do serviço de urgência e emergência. Para isso, a Rede de Urgência e Emergência deve ofertar periodicamente cursos e capacitações para suas equipes no atendimento pré e intra-hospitalar.

Dentre as ações que colaboram para a redução nos acidentes de trânsito, podemos destacar também ações que busquem incentivar a utilização do transporte público, reduzindo assim o fluxo de automóveis individuais e aumentando a prevalência de motoristas

profissionais na condução dos automóveis, através da ampliação da oferta de transporte público e garantia de serviços de qualidade.

Além disso, realizar avaliações periódicas da engenharia de tráfego em regiões onde podemos observar a grande ocorrência de acidentes, priorizando as intervenções necessárias para melhoria da estrutura da malha viária e modificando trechos de maior risco de ocorrência de acidentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, S. M.; MELLO JORGE, M. H. Características das vítimas por acidentes de transporte terrestre em município da região sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v.34 n.2. São Paulo, 2000.

ANJOS, Kátia Campos dos; EVANGELISTA, Maria Rosa Barral; SILVA, Jorge dos Santos; ZUMIOTTI, Arnaldo Valdir. **Paciente vítima de violência no trânsito: análise do perfil socioeconômico, características do acidente e intervenção.** 2006.

BACCHIERI, Giancarlo et al. Intervenção comunitária para prevenção de acidentes de trânsito entre trabalhadores ciclistas. **Rev. Saúde Pública** [online]. 2010, v.44, n.5, p. 867-875. ISSN 0034-8910.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto de Redução da Morbimortalidade por Acidente de Trânsito.** 2. ed. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS.** Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em: 18 fev. 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação do SUS.** Brasília: CONASS, 2003. 604p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Monitoramento na atenção básica de saúde: roteiros para reflexão e ação.** Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros.** 1. ed. Brasília, 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Vigilância de violências e acidentes.** VIVA. Brasília, 2009.

BRASIL. **Código de Trânsito Brasileiro:** instituído pela Lei nº 9.503. 3. ed. Brasília: DENATRAN, 2008. 232p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **VIVA: Vigilância de Violências e Acidentes, 2006 e 2007.** Brasília, 2009.

BRASIL, Rede Interagencial de Informações para a Saúde – RIPSA. **Situação e Tendências da Violência do Trânsito no Brasil. 2009.** Disponível em: <www.ripsa.org.br>. Acesso em: 05 Fev. 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. **VIGITEL 2010.** Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sócio-demográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2010. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRITO E. M.; COSTA, G.R.; ALVES, R.S.; MENESES, E.A.; DUARTE, S.C. Traumatismo crânio-encefálico em vítimas de acidentes de trânsito atendidas no Hospital de Base do Distrito Federal em 1994 e 1995. **Revista de Saúde do Distrito Federal**, 1997.

CONTANDRIOPOULOS A.P. et al. Avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZMA (ed.) **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ 1997, p.29-48.

GAWRYSZEWSKI, V. P.; MELLO JORGE, M. H. P.; KOIZUME, M. S. Mortes e internações por causas externas entre os idosos no Brasil: O desafio de integrar a saúde coletiva e a atenção individual. **Rev. Assoc. Med. Bras**, 2004.

GAWRYSZEWSKI, V. P. et al. As causas externas no ano 2000: comparando a mortalidade e morbidade. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, p. 995-1003. 2004. Disponível em: http://www.detran.se.gov.br/estat_boat_024.asp>. Acesso em: 12 abr. 2011.

IBGE. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 12 mar. 2012.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA - IPEA. **Impacto Social e Econômico dos Acidentes de Trânsito nas Aglomerações Urbanas Brasileiras** – Síntese da pesquisa. Brasília: Ministério do Planejamento; 2003.

LEBRÃO, M. L.; KOIZUME, M. S.; MELLO JORGE, M. H. P.; PRIMERANO, V. Morbimortalidade por traumatismo crânio-encefálico no município de São Paulo. **Arq. neuropsiquiatria**, 2000.

MALTA, D. C. et al. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.15, n.3, p. 47-65, 2006.

MALTA, D. C. et al. Análise descritiva e de tendência de acidentes de transporte terrestre para políticas sociais no Brasil. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.16, n.1, p. 33-44, 2007.

MALTA, D. C. et al. Análise de mortalidade por acidentes de transporte terrestre antes e após a Lei Seca – Brasil, 2007-2009. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.19, n.4, p. 317-328, 2010.

MALTA, D.C. et al. Impacto da Legislação restritiva do álcool na morbimortalidade por acidente de transporte terrestre – Brasil, 2008. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.19, n.1, p. 77-78, 2010.

MASCARENHAS, M. D. M. et al. Atendimento de Emergência por Acidentes na Rede de Vigilância de Violências e Acidentes – Brasil, 2006. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, p. 1657-1668, 2009.

MATUS, C. **Planificación, Política y Gobierno**, OPS, Washington D. C. 1987. 768p.

MATUS, C. **Política, planificação e governo**. 2. ed. (2 Tomos). Brasília: IPEA, 1993. 554p.

MELLO, Jorge M. H. P.; GRAWYSZEWSKI, V. P.; LATORRE, M. R. D. O. Análise dos dados de mortalidade. **Revista de Saúde Pública**, 1997, v.31, p. 5-25.

MELLO, Jorge M. H. P.; GOTLIEB, S. L. D. **As condições de saúde no Brasil: retrospecto de 1979 a 1995**. Rio de Janeiro, 2003.

MESQUITA FILHO, M.; MELO, Jorge H. P. M. Características da morbidade por causas externas em serviço de urgência. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.10, n.4, 2007.

MINAYO, Maria Cecília de Souza et al. **Impacto da Violência no Setor Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira. **Análise Diagnóstica da Política Nacional de Saúde para Redução de Acidentes e Violências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. 349p.

MORAIS NETO, O. L. et al. Fatores de Risco para acidentes de transporte terrestre entre adolescentes no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde Escolar (PENSE). **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, p. 3043-3052, 2010.

MOURA, E. C. et al. Direção de veículos motorizados após consumo abusivo de bebidas alcoólicas. Brasil: 2006 a 2009. **Rev. Saúde Pública**. 2009, v.43, n.5, p. 891-4.

OLIVEIRA, Z. C.; MOTA, E. L. A.; COSTA, M. C. Evolução dos acidentes de trânsito em um grande centro urbano, 1991-2000. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.2, p. 364-372, Fev. 2008.

PEREIRA, R. E. **Relação entre o consumo de bebida alcoólica e as infrações e acidentes de trânsito**. 2008. Dissertação (Mestrado). Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2008.

PLOTNIK, R.; STEFANI, M. A. Traumatismo Cranioencefálico. In: NASI, L. A. (Org.) **Rotinas em pronto-socorro**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

RIVERA, F. J. U. **A programação local de saúde, os Distritos Sanitários e a necessidade de um enfoque estratégico**. n.5. Brasília, OPS, 1988. 31p. (Série Desenvolvimento Serviços de Saúde).

SOUSA, R. M. C. Perfil de morbimortalidade relacionado a acidentes e violência. In: SOUSA, R. M. C.; CALIL, A. M.; PARANHOS, W. Y.; MALVESTINO, M. A. **Atuação no trauma: Uma abordagem para a enfermagem**. São Paulo: Atheneu, 2009.

SOUSA, Regina Marcia Cardoso de; MALVESTIO, Marisa Aparecida Amaro. Sobrevivência após acidentes de trânsito: impacto das variáveis clínicas e pré-hospitalares. **Rev. Saúde Pública** [online]. 2008, v.42, n.4, p. 639-647. ISSN 0034-8910.

SOUZA, E. R.; LIMA, M. L. C. Panorama da violência urbana no Brasil e suas capitais. **Ciênc. saúde coletiva**, v.11. Rio de Janeiro, 2003

TEIXEIRA, C. F. Planejamento e programação situacional em Distritos Sanitários. In: MENDES, E.V. **Distrito Sanitário: o processo social da mudança das práticas sanitárias do Sistema único de Saúde.** São Paulo/ Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1993.265 p.

TEIXEIRA, C. F. **Planejamento municipal em saúde.** Salvador-Ba: CEPS/ ISC, 2001. 80p.

TEIXEIRA, C. F. **Planejamento em Saúde: Conceitos, Métodos e Experiências.** Salvador: EDUFBA, 2010.

VIEIRA, Luiza Jane Eyre de Souza et al. Relatos da equipe de saúde quanto às práticas educativas ao vitimado no trânsito durante a hospitalização/reabilitação num hospital de emergência. **Saúde soc.** [online]. 2010, v.19, n.1, p. 213-223. ISSN 0104-1290.

VICTORA, César Gomes et al. **Saúde no Brasil: a série The Lancet,** 2011. Rio de Janeiro. Fiocruz, 2011. 196p.

VILASBÔAS, A. L. Q. **Planejamento e programação das ações de vigilância da saúde no nível local do Sistema Único de Saúde.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ/EPJV/PROFORMAR, 2004. 68p.

APÊNDICE A – Roteiro Metodológico da Oficina para Construção do Plano de Ação



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
 Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
 Mestrado Profissional em Saúde Coletiva



ROTEIRO METODOLÓGICO

OFICINA: Construção do Plano de Ação para Redução da Morbimortalidade por Acidente de Trânsito no Município de Aracaju

Autora e Facilitadora: Mestranda Sayonara Ferreira de Carvalho

Orientadora: Prof^ª Dra. Florisneide Barreto

Público-alvo:

- Parceiros do NUPEVA– Núcleo de Prevenção de Violências e Acidentes da capital.

Carga Horária: 08 horas distribuídas em dois turnos.

Participantes:

- 30 pessoas envolvendo gestores, sociedade civil organizada, profissionais da saúde, trânsito, mídia, polícia rodoviária federal, CPTRAN, DETRAN etc. distribuídas nos trabalhos em grupo totalizando cinco grupos de 10 pessoas.

Local: Auditório do Campus Universitário da UFS (Universidade Federal de Sergipe)

Datas: 20 e 21 de dezembro de 2011.

Programação:

1º Dia – Manhã

08:00 – 08:15: Acolhimento dos participantes pela facilitadora e apresentação dos objetivos a serem alcançados na oficina.

08:15 - 08:45: Apresentação da Análise de Situação de Saúde Municipal com ênfase nos indicadores de morbimortalidade decorrente dos acidentes na capital.

08:45 – 09:00: Apresentação da Matriz para elaboração dos Módulos Operacionais com discussão dos 05 Eixos prioritários na Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidente terrestre reafirmado no Plano da Década Viária 2011-2020.

09:00 – 09:30: Discussão dos Cinco Eixos prioritários para construção do Plano de Ação: Segurança Viária; Mobilidade Urbana; Educação Permanente; Monitoramento e Avaliação e Comunicação.

09:30 – 10:00: Divisão dos grupos com dinâmica de numeração aleatória entre os presentes, elegendo um Coordenador e relator para cada grupo a trabalhar; Distribuição do Kit para construção por grupo: papel craft, piloto, tarjetas coloridas, cola, adesivo e flip shart.

10:00 – 10:15: Intervalo - Lanche Saudável para todos os participantes.

10:15 –12:00: Cada grupo com base nas diretrizes da Política Nacional de Redução e no cenário epidemiológico apresentado vai discutir para cada eixo e construir: Problema; Objetivo Geral, Objetivos Específicos e Metas a serem estabelecidas; Socialização entre os grupos em plenária para o debate.

Obs.: A autora e facilitadora recolhe todo material utilizado pelos grupos para sistematizar a relatoria e dar continuidade no segundo dia para finalização do plano.

2º Dia - Manhã

08:00 – 08:30: Acolhimento dos participantes pela facilitadora e retomada do dia anterior com a sistematização pela facilitadora do produto de cada grupo.

08:30- 10:00: Distribuição nos mesmos grupos para finalização dos eixos do plano dando sequencia a matriz para elaboração dos módulos operacionais pensando no coletivo: Ações, Atividades, recursos necessários, responsáveis ou colaboradores e prazo.

10:00 – 10:30: Intervalo - Lanche Saudável para todos os participantes.

10:15 – 11:30: Sistematização do plano com o debate em plenária por eixo prioritário incluindo ponderações no que couber.

11:30 – 12:00h: Avaliação oral da oficina e pactuação da autora no coletivo em socializar o produto após defesa do mestrado com aprovação pela banca examinadora.

“ O sucesso nasce do querer, da determinação e persistência em se chegar a um objetivo. Mesmo não atingindo o alvo, quem busca e vence obstáculos, no mínimo fará coisas admiráveis”

José de Alencar