

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL



**ACIDENTE RODOVIÁRIO E PRIMEIROS SOCORROS: uma súmula
para reduzir danos e sequelas a partir na perspectiva do cuidado
e da educa o em saúde**

ALEXSANDRO ZANETTE WELYKY

Porto Alegre/RS
2020

ALEXSANDRO ZANETTE WELYKY

**ACIDENTE RODOVIÁRIO E PRIMEIROS SOCORROS: uma súmula
para reduzir danos e sequelas a partir na perspectiva do cuidado
e da educação em saúde**

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade Federal Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Enfermeiro.

Orientador: Prof. Dr. Dilmar Xavier da Paixão

Porto Alegre/RS

2020

Resumo:

O presente trabalho é um relato de experiência com a finalidade de, a partir da experiência profissional no atendimento de acidentes de trânsito rodoviário, apresentar pontos relevantes orientadores para a educação em saúde, que contribuam na redução de danos e sequelas às vítimas dos acidentes de trânsito em rodovias, enfatizando-se a divulgação de saberes à comunidade, a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, tanto individual quanto coletiva. A partir dos dados de acidentes ocorridos nas rodovias federais do Estado do Rio Grande do Sul, com um olhar especial à BR – 386, espaço estendido entre os municípios de Tabaí – Canoas, conhecida, por sua mortalidade, como a “Rodovia da Morte”, o autor expõe observações sobre o panorama da acidentalidade e das suas consequências, no desejo de contribuir, buscar e pronunciar alternativas pavimentadoras para a redução da sua gravidade e repercussões. O autor exerce há mais de 26 anos a atividade de policial rodoviário federal nesta rodovia, vivenciando, diariamente, o flagelo decorrente dos acidentes de trânsito que ceifam vidas, e deixam um legado de deficientes físicos e incapacitados. A necessidade de uma conscientização coletiva dos motoristas, pedestres e da sociedade em geral, com condutas perceptivas na via pública como forma de prevenção de acidentes, e a partilha de saberes de educação em saúde, divulgando, inclusive, procedimentos básicos de primeiros socorros segundo o cuidado humanizado, têm papel fundamental na redução de danos e na minimização das suas sequelas.

Palavras-chaves: Acidentes rodoviários. Consciência. Prevenção de Acidentes. Vítima. Primeiros Socorros.

*“... o destino do traumatizado está nas
mãos de quem faz o primeiro curativo.”*
(Nicholas Senn, 1844 -1908)

AGRADECIMENTOS

Ao Criador do Universo, pela vida e sabedoria nos momentos de decisão.

A minha mulher Rossana, pelo companheirismo e apoio em mais uma caminhada.

Ao meu filho Murilo, por ter compreendido os meus momentos de ausência.

A minha irmã Aleksandra, pelo amor, carinho e ternura.

Ao meu orientador Professor Dr. Dilmar Xavier da Paixão, pelos seus ensinamentos e orientações, sendo realizadas de forma incansável dedicação.

A Professora Dra Simone Algeri pelo aceite ao convite de fazer parte da banca do TCC, por sua carisma e atenção dedicada aos acadêmicos.

Aos meus colegas de trabalho da PRF e os amigos do Quinta do Moinhos que sempre me apoiaram nesta formação.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Gráfico ACIDENTES RODOVIAS FEDERAIS DO RS	16
Figura 2: Gráfico TIPOLOGIA ACIDENTES RODOVIAS FEDERAIS DO RS.....	16
Figura 3: Gráfico ACIDENTES BR 386.....	18
Figura 4: Gráfico TIPOLOGIA DE ACIDENTES BR 386.....	19
Figura 5: Gráfico RELAÇÃO DE ACIDENTES RS E A BR 386.....	20
Figura 6: Imagem ARQUIVO PESSOAL DO AUTOR.....	32
Figura 7: Imagem ARQUIVO PESSOAL DO AUTOR.....	32
Figura 8: Imagem DOMÍNIO PÚBLICO.....	32
Figura 9: Imagem DOMÍNIO PÚBLICO.....	32

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	4
2 OBJETIVO	8
3 REVISÃO TEÓRICA E CONTEXTUAL	8
3.1 O acidente de trânsito e a legislação brasileira sobre primeiros socorros.....	9
3.2 Acidentabilidade das rodovias federais do Estado do Rio Grande do Sul.....	15
3.3 Os desafios do cuidado humanizado e da redução de danos e sequelas às vítimas dos acidentes de trânsito.....	20
4 METODOLOGIA	23
4.1 Tipo de estudo	24
4.2 Campo e contexto.....	24
4.3 População/Seleção amostra/sujeitos/participantes.....	26
4.4 Critérios de inclusão/exclusão	27
4.5 Coleta e análise dos dados	27
4.6 Aspectos éticos.....	28
5 A EDUCAÇÃO EM SAÚDE	29
5.1 A elaboração de orientações para o cuidado humanizado em primeiros - socorros e a educação em saúde.....	29
5.2 Aprendendo a prevenir acidentes de trânsito, precaver os seus riscos ou tornar mínimas as suas consequências.....	38
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	40
REFERÊNCIAS	41

1. INTRODUÇÃO

Os acidentes de trânsito são acontecimentos marcantes e de gravidade inegável no cotidiano da realidade mundial. Desafiam estudos, exigem ações profissionais decisivas, problematizam as gestões públicas e coletivas, denunciam abusos e notificam perdas de vidas e sequelas em índices agravados. Necessidades de primeiros atendimentos e socorros imediatos não são casos incomuns nos cotidianos.

De outro lado, se há aumento quantitativo muito acentuado e na gravidade dos acidentes de trânsito, quando os mesmos ocorrem nas rodovias, em especial as de trânsito rápido, tendem a ser bem maiores os números de mortes ou a extensão e agravamento das lesões e sequelas nas pessoas vitimadas.

A esses dois pontos extremos, manifestados anteriormente, convém agregar que, se o acidente e os requisitos ligados às necessidades de primeiros socorros postam medidas reivindicatórias, a perspectiva do cuidado humanizado aperfeiçoa pronúncias reivindicatórias em prol de práticas para a educação preventiva em saúde com chances de procedimentos formais e informais de ensino, independentes da faixa etária das pessoas participantes. Para tanto, a elaboração de uma súmula sugestão é possível, mediante a adequação de elementos determinantes e reagentes combinatórios com a linguagem, modelos, conteúdos, ofertas e apropriações de conteúdos e aprendizados como partilha de saberes e ações programáticas coletivamente construídas.

Este tema para educação preventiva em saúde ou a busca pela valorização da vida humana com cuidados saudáveis e procedimentos redutores de danos e minimizadores de sequelas diante do acidente rodoviário compõem-se nutridos de esforços para cuidar a vida, o bem viver e o bem-estar das pessoas.

Além disso, repercussões anotadas pela experiência vivenciada podem contribuir na partilha de saberes, tendo-se em tela os acidentes rodoviários e seus desdobramentos com a ênfase acentuada por Paulo Freire (2011) de que não há saber mais ou saber menos, mas saberes diferentes e de que há compromissos assumidos ao fazer-se profissional.

Ao articular diferentes áreas do conhecimento nesse campo é incontestável

percebe-se que o aumento da circulação viária de pedestres, ciclistas, motocicletas, automóveis, ônibus, caminhões, e congêneres, tanto em vias urbanas como em rodovias municipais, estaduais e federais, tem fomentado consequências indesejáveis, dentre as quais se destacam os acidentes de trânsito. A urbanização e a submoradia têm crescido à margem das estradas sem atenções e controles ou estudos da gestão pública das cidades.

Há mais de dezesseis anos, a Política Nacional de Trânsito proposta pelo Departamento Nacional de Trânsito (DENATRAN, 2004) noticia que, anualmente, mais de 33 mil pessoas morrem e cerca de 400 mil ficam feridas ou inválidas por decorrências desses acidentes. As previsões são superadas. Com base no DATASUS, no ano de 2016, ocorreram 38.265 mortes no trânsito brasileiro (VIASSEGURAS, 2019). Nesse patamar são esperados os índices deste ano de 2020, embora esses momentos de pandemia.

A etiologia desse cenário mostra que resultam dos acidentes de trânsito, os mais variados tipos de traumas, como lesões físicas leves, graves e, ainda, aquelas com o resultado fatal, a morte. Isso tudo corrobora destacando a relevância inegável dessa problemática em questão.

O tema deste trabalho relaciona o acidente rodoviário, os primeiros socorros às vítimas e a súmula de relatos anotados pela experiência profissional de agente do policiamento rodoviário com a visão perspectiva do acadêmico formando na graduação em enfermagem sobre o cuidado humanizado, a redução de danos e, tanto quanto possível, prevenir e minimizar sequelas às pessoas vitimadas.

A motivação do autor para aprofundar estudos sobre essa temática justifica-se por essa formação como enfermeiro e, também, por ser trabalhador como agente público de segurança nas rodovias e estradas federais há mais de 25 anos. Essa experiência profissional como Policial Rodoviário Federal – PRF, contabiliza a especialização como socorrista de Atendimento Pré-Hospitalar Básico – APH – B, conforme determina a Portaria nº 2048/2002 do Ministério da Saúde, realizando atendimento aos vitimados de acidentes de trânsito nas rodovias federais. Destaca-se nesse ínterim, a sua longa jornada na BR 386, considerada na época, e ainda hoje, como a “Rodovia da Morte” no Estado do Rio Grande do Sul (KANNENBERG, Vanessa, 2017a).

Nessa ação laboral pode verificar que a maioria das pessoas envolvidas nesses acidentes e daquelas que passavam no local no momento do fato, desconheciam as condutas adequadas a serem seguidas, tanto na sinalização do local para evitar outra situação similar e, conseqüentemente, não agravá-lo, bem como de prestar os primeiros socorros àquele indivíduo na condição de vítima. Convém ressaltar que, na maioria desses eventos, a iniciativa de realizar procedimentos simples até a chegada do socorro especializado poderia contribuir para a redução de danos físicos e sequelas, o que nem sempre acontece.

A importância do primeiro atendimento às pessoas com trauma, e esse foco no atendimento qualificado a vítimas de acidente de trânsito, principalmente em atividades de primeiros socorros, têm referência no pensamento do cirurgião americano Nicholas Senn, ao argumentar que “...o destino *do traumatizado está nas mãos daquele que faz o primeiro curativo*” (COMITÊ PHTLS, 2012, p.2).

Com essa premissa, sabe-se que tem havido esforços para promover evolução na assistência à pessoa acidentada ao longo do tempo. O próprio cuidado humano passou a ser uma preocupação que evoluiu. O verbo “cuidar” e o substantivo “cuidado” passaram a receber atenção, reflexões e a merecerem análises e questionamentos em seus atributos, dimensões e práticas. Waldow (1998) chega a destacar o início dos anos 90 como uma época para essa mudança, que resgatou a condição humana para o cuidado, cunhando-se o termo do “cuidado humanizado”.

Com o advento da Lei 9.503/97, que instituiu o Código de Trânsito Brasileiro (BRASIL, 1997), surgiu um novo panorama no cenário para a educação em primeiros socorros, até mesmo a obrigatoriedade de Kit de Primeiros Socorros, atualmente revogada. Foram implantadas e enfatizadas várias iniciativas, seguindo modelos como cursos para socorristas em atendimento pré-hospitalar, o suporte avançado de vida e núcleos de atendimento ao trauma. Todavia, essas medidas foram destinadas mais aos policiais rodoviários do que aos profissionais de saúde. A própria profissionalização formadora na saúde não cuida desses assuntos referenciais no ensino técnico ou da graduação.

Para a habilitação de novos condutores de veículos, há mais de duas décadas, previram-se aos candidatos a submissão a exames, dentre os quais, um

de noções de primeiros socorros (BRASIL, 1997). No entanto, é senso comum, que há lacunas amplas, nos casos de acidentes de trânsito que resultarem em vítimas, sobre “o que fazer” e “o não-fazer”, com a finalidade de preservar a vida até a chegada da equipe de socorro.

Admitir-se a possibilidade de serem reunidas, desenvolvidas e estendidas informações preocupando-se e se dedicando atenção aos conhecimentos referentes ao cuidado humanizado de educação e saúde em primeiros socorros é reconhecer a importância de serem realizados estudos e promovidas iniciativas como portas abertas para se reduzirem danos e se minimizarem sequelas nos acidentes de trânsito de qualquer âmbito.

A orientação para o cuidado em saúde requer reunir a busca do conhecimento científico com o rigor acadêmico, a consciência da responsabilidade profissional e o compromisso com uma gestão coletiva mais saudável e voltada ao incentivo da vida humana em todos os campos do bem viver. Paixão (2018) assegura o compromisso ao fazer-se profissional. São anúncios e pronúncias em prol de um viver melhor, poupando-se vidas humanas, danos e sequelas às pessoas acidentadas.

A divulgação desse conjunto anotado de saberes, destinando-os ao cidadão leigo e em linguagem simples, poderá contemplar segmentos múltiplos das comunidades, sejam escolares, seus professores, lideranças populares e, até mesmo, profissionais da educação, da saúde e outras especialidades e áreas do conhecimento. Para o entendimento, Echer (2005) indica a escolha de uma linguagem acessível com informações relevantes, fontes confiáveis para coleta dos dados e atualização do conteúdo.

Nesse sentido, com foco nas lacunas identificadas, destinou-se a descrever as orientações de primeiros socorros a cada condutor de veículos e demais participantes nos acidentes de trânsito. Ambiciona-se que o atendimento às vítimas em situações de trauma possa ser inspirador e sirva como ferramenta de divulgação de informações, partilha de saberes, promoção do conhecimento e educação em saúde.

A contribuição desse estudo, com o objetivo de pronunciar orientações para o cuidado em primeiros socorros, baseado bem coletivo, no cuidado humanizado, na

educação popular e na humanização da saúde, aposta em ser mais uma oportunidade de se reduzirem danos e minimizarem sequelas nos acidentes de trânsito. Para tanto, parte-se da seguinte questão originária a ser elaborada: - quais são as orientações para o cuidado humanizado, integral e resolutivo, em primeiros socorros às vítimas do acidente rodoviário a ser aprendidos como educação em saúde? Como apêndice a essa preocupação interrogativa, podem ser relacionadas orientações que contribuam com a educação permanente em saúde dos coletivos humanos e populacionais.

2 OBJETIVO

Este relato, a partir da experiência profissional no atendimento de acidentes de trânsito rodoviário, tem objetivo de apresentar pontos relevantes orientadores para a educação em saúde, que contribuam na redução de danos e sequelas às vítimas dos acidentes de trânsito em rodovias, enfatizando-se a divulgação de saberes à comunidade, a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, tanto individual quanto coletiva.

3. REVISÃO TEÓRICA E CONTEXTUAL

Esta revisão que alcança bases fundamentais para a visão teórica e contextual deste estudo possui o escopo de contemplar conceitos estruturais ao tema, como: trânsito, acidente de trânsito, vítima, lesões corporais, primeiros socorros, atendimento pré-hospitalar e cuidado humanizado.

Além disso, destina-se a pronunciar a legislação vigente e a contextualizar a acidentabilidade nas rodovias federais no Estado do Rio Grande do Sul, indicando os desafios e a relevância do cuidado humanizado e da redução de danos e sequelas às pessoas vitimadas no formato de educação em saúde.

3.1 O acidente de trânsito e a legislação brasileira sobre primeiros socorros

Em todos os aspectos da vida em sociedade existem normas que, mais do que limitar as atitudes dos cidadãos, servem para que os direitos das pessoas sejam respeitados. Porém, há um ponto destacado dos demais pelos setores encarregados de analisar essa cidadania, que apresenta inúmeros problemas devido à falta de conscientização da população: o trânsito (CHAGAS, 2017).

Etiologicamente e pelo âmbito de incidência do Código de Trânsito Brasileiro, Lei 9.503/97 (BRASIL, 1997), considera-se trânsito a utilização das vias por pessoas, veículos e animais, isolados ou em grupos, conduzidos ou não, para fins de circulação, parada, estacionamento e operação de carga e descarga.

Conceitualmente, acidente de trânsito é convencionado, pelo senso comum de quem atua nesse campo de abrangência, como todo o evento danoso que envolva o veículo, a via, o ser humano e/ou animais, sendo necessário para caracterizá-lo a presença de, ao menos, dois desses itens (TRÂNSITOBR, 2019).

Pela Norma Brasileira, a NBR nº 10.697/2018, acidente de trânsito é considerado todo o evento não premeditado, que resulte em dano a veículo ou na sua carga ou, ainda, lesões em pessoas e/ou animais, em que, pelo menos, uma das partes está em movimento (BRASIL, 2018).

Dados do Ministério da Saúde apontam que os acidentes de trânsito são a segunda maior causa de mortes externas no Brasil, dando causa a uma sobrecarga enorme nos serviços de urgência e emergência do Sistema Único de Saúde (SUS) e com números crescentes de internações (CASTILHO, 2019).

A gravidade do impacto desses acidentes terrestres na saúde pública do país inclui, também, o tratamento das sequelas emocionais e físicas, dentre outras manifestações de adoecimento que são, cada vez mais, agravadas por fatores como a velocidade, embriaguez, más condições das estradas e distração ao volante pelo uso do aparelho celular e de mídias digitais (CASTILHO, 2019).

Para Czerwonka (2016), o ser humano é a peça fundamental como agente transformador e de mudança do comportamento e valores no trânsito, pois outros problemas e falhas existem, no entanto a vida no trânsito é um exercício constante, uma provação, em que o autocontrole é essencial. Sabe-se que usar o celular ao

dirigir é tão perigoso quanto dirigir embriagado e mesmo assim essas infrações são praticadas frequentemente. É preciso ter domínio sobre a força de vontade de não falar ao telefone, não responder ou enviar aquela mensagem, como decisão individual, cujo sucesso ou fracasso depende de cada um.

Os acidentes de trânsito provocaram a morte de 35,3 mil pessoas em 2017. Esses dados foram apurados pelo Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM. Os números são preocupantes e a maior parte das vítimas fatais é do sexo masculino (82%) e pessoas jovens com idade entre 20 a 39 anos (36,75%). São milhares de mortes prematuras, ocorridas anualmente, com forte impacto social, econômico, no setor saúde e para as famílias (TRÂNSITOBR, 2019).

Segundo a mesma fonte, os serviços de urgência e emergência do SUS, em 2017, atenderam 182.838 acidentados, cujos custos alcançaram, aproximadamente, R\$ 260,7 milhões. Desse total de internações, um índice de 78,2% eram de vítimas de sexo masculino. As principais vítimas fatais acometeram motociclistas (12.199 casos), seguidos de ocupantes de automóveis e caminhonetes (8.511 vítimas); pedestres (6.469 pessoas) e ciclistas (1.306 dos eventos). Em mulheres, os óbitos por acidente de trânsito foram de 6.336, correspondendo a 18% dos casos em 2017. A maior parte delas (35,7%) também era composta por jovens, em idade entre 20 e 39 anos (TRÂNSITOBR, 2019).

Para definir um critério conceitual de vítima, como alguém que sofre lesões corporais, Benfica et al (2012, p. 35) citando o penalista brasileiro Nelson Hungria, define lesões corporais como toda e qualquer ofensa ocasionada à normalidade funcional do corpo ou organismo humano, seja do ponto de vista anatômico, seja do ponto de vista fisiológico ou psíquico, com qualquer alteração da integridade física e perturbação do equilíbrio funcional do organismo.

Desta forma, uma vítima em consequência de acidente de trânsito deverá possuir, segundo critérios utilizados pelo Protocolo de Suporte Avançado de Vida – SAMU 192, (BRASIL, 2016) ao menos um sinal ou sintoma descrito a seguir: **queixa** de dores em geral, relacionadas à dinâmica do acidente; pequenos cortes, contusões e escoriações; queimaduras de 1º grau (até 10% da superfície corporal); fratura dos dentes; pequenas hemorragias externas; pequenas entorses; luxações e/ou fraturas fechadas e/ou abertas dos dedos.

Importa salientar que há relatos de lesões provocadas, inclusive, pelo dispositivo denominado como cinto de segurança.

Embora os acidentes de trânsito no Brasil possam ser classificados como evitáveis ou não, mesmo assim, não há como aderir ao conformismo da aceitação do *status quo*. Logo, reduzir danos e minimizar sequelas deles decorrentes é um desafio para todos os seguimentos da sociedade. Noticia-se que, não obstante essa seja mais uma obrigação do Estado, a própria Lei Orgânica da Saúde, Lei com o nº 8.080/90, parágrafo 2º, do artigo 2º, regula que o dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade (BRASIL, 1990). Nesse enfoque, todos os esforços devem ser orientados para a prevenção de problemas, a promoção da saúde e, inclusive, qualificações para atendimentos pré-hospitalar ou de primeiros socorros.

Muitos autores pretendem distinguir entre atendimentos pré-hospitalares e de primeiros socorros, o que não vem ao caso discutir-se neste estudo. Todavia, faz-se uma contextualização histórica do atendimento pré-hospitalar no Brasil, antes mesmo do primeiro socorro, e da sua regulamentação, ocorrida com a Portaria nº 2048/2002 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002).

Essa regulamentação do atendimento pré-hospitalar estendeu-se à regulação do atendimento pré-hospitalar móvel na área de urgência, o qual preconiza o socorro no menor tempo possível à vítima em decorrência de um agravo à sua saúde, de natureza clínica, traumática, inclusive psiquiátrica, e que possa levar ao sofrimento, resultando-lhe em sequelas ou à morte (BRASIL, 2002).

Diante do cenário de sofrimento provocado por um acidente de trânsito, torna-se necessário prestar-se o atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde, de conformidade com a rede hierarquizada, regionalizada e integrada do SUS. Fazendo uso da semântica, pode-se chamá-lo de atendimento pré-hospitalar móvel primário, toda a vez que o pedido de socorro for oriundo de um cidadão.

O atendimento pré-hospitalar móvel será secundário (BRASIL, 2002), quando a solicitação partir de um serviço de saúde, no qual o paciente tenha recebido um primeiro atendimento, necessário à estabilização do quadro de urgência apresentado, mas necessitando ser conduzido a outro serviço de maior

complexidade para continuar o seu tratamento.

As referências históricas remontam à origem dos serviços de atendimentos pré-hospitalar nas guerras mundiais, em cuja segunda edição, um veículo destinado a transportes de pacientes e enfermos havia sido criado em 1792 por Dominique Larrey. Esse cirurgião da Alemanha criou a palavra “ambulância” (do Latim *Ambulare* - “deslocar”) para designar uma estrutura relativamente fixa, correspondendo a um hospital de campanha, com ambulâncias móveis. Nela eram atendidos os feridos com o tratamento precoce no local do combate, através de suturas, incisões em partes lesadas, imobilizações e muitas vezes amputações. Daquela época, veio a noção de que optar pelo tratamento no local, corrobora em maiores chances de sobrevivência da pessoa ferida (RAMOS; SANNA, 2005).

Desde 1792, os serviços de atendimentos pré-hospitalar vêm se desenvolvendo e se aprimorando, conforme as evoluções da sociedade. Ramos e Sanna (2005) explicam que, num primeiro plano, iniciaram-se no âmbito militar, relacionado aos atendimentos dos soldados no “*front*” de combate e, posteriormente, ampliaram-se ao âmbito civil da sociedade. Notadamente realizaram-se, no início, atendimentos às vítimas de acidentes automobilísticos e a evolução alcançou o atendimento nos grandes centros urbanos, visando o tratamento do agravo ainda no local do fato e/ou com o transporte rápido, ágil e seguro para uma unidade hospitalar apropriada.

Durante a evolução dos serviços surgiram dois modelos de atendimento pré-hospitalar: o primeiro, nos Estados Unidos e, o segundo, na França (ROMANZINI; BOCK, 2010).

O modelo americano trabalhava com paramédicos, que se orientavam em um programa de formação extenso, de três anos, após o segundo grau. A guerra do Vietnã resultou em grande experiência para os EUA na formação de paramédicos, por ser uma guerra de guerrilha, e, portanto, ser impossível contar com profissionais em todas as frentes de combates. Soldados foram treinados no primeiro atendimento, delegadas ações até então exclusivamente médicas, e equipamentos de fácil transporte também foram desenvolvidos (RAMOS; SANNA, 2005).

O modelo francês nasceu da necessidade sentida de médicos anestesistas reanimadores - responsáveis pelo atendimento às urgências - que começaram a sair

das ambulâncias, pois perceberam que, tanto nos casos clínicos como no trauma, se medidas terapêuticas fossem tomadas no local, as chances de sobrevivência e redução de sequelas aumentavam. A previsão desse atendimento tem como pilar o médico, tanto na regulação do sistema como no atendimento e monitoramento do paciente vitimado, até a recepção hospitalar. É um serviço ligado à rede de assistência do sistema público de saúde, hierarquizado e regionalizado, sempre ligado aos centros hospitalares (RAMOS; SANNA, 2005).

No Brasil, a partir de 1893, o Senado da República aprovou a Lei que pretendia estabelecer o socorro médico de urgência na via pública, sendo encomendadas da Europa várias ambulâncias para isso. Assim, as ambulâncias foram consideradas por muito tempo mais como sistema de transporte do que como unidade de atendimento e cuidados precoces, diferente da utilização que teve, principalmente, ligada às guerras (ROMANZINI; BOCK, 2010).

Frequentemente, as gerências das frotas de ambulâncias sequer estavam conectadas diretamente com o serviço de saúde e, sim, aos serviços municipais de transporte ou aos gabinetes do poder executivo. Muitas vezes eram utilizadas como moeda política, distribuídas com grande alarde, pois se constituíam em “outdoor móvel” com grande identificação do doador e do governante local ou parlamentar que a havia conseguido (ROMANZINI; BOCK, 2010).

No entanto, os veículos escolhidos em sua grande maioria eram relativamente adaptados apenas para o transporte de pacientes em boas condições, pois a altura e o espaço físico não permitiam sequer que o atendente pudesse fazer uso de medicamentos tipo “soro fisiológico endo venoso” ou uso de oxigênio suplementar.

Na ausência do médico, era o motorista dessas ambulâncias, sem nenhum treinamento específico, quem transportava sozinho os pacientes até os hospitais. Durante o transporte ocorriam mortes, muitas vezes constatadas no momento da chegada aos hospitais (ROMANZINI; BOCK, 2010).

Obedecendo a uma cronologia do tempo, em 1998 a Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.529 passou a definir “ambulância” como sendo aquele veículo destinado, exclusivamente, ao transporte de enfermos (BRASIL, 2009).

Nesta historicidade, a atenção pré-hospitalar foi exercida de forma incipiente, fragmentada e desvinculada da saúde, tradicionalmente, pelos profissionais bombeiros, reconhecidos como responsáveis por essa prática em decorrência de inexistir política para a área da saúde.

No cenário que trata das terminologias do atendimento às emergências observa-se que há desconhecimento, tanto para população leiga, como para os próprios profissionais da saúde. Os termos “resgate”, “ambulância”, “atendimento pré-hospitalar” e “socorro”, entre vários, são utilizados de forma indiscriminada e aleatoriamente, demonstrando não uma confusão meramente semântica, mas um total desconhecimento sobre como, o que, e quem procurar nessas determinadas situações de segurança ou agravos à saúde (BRASIL, 2009).

Nas ações de resgate, ou seja, o ato de liberar as pessoas de algo que as prende, como nos acidentes automobilísticos ou mesmo nas situações ameaçadoras, e na prevenção das circunstâncias que podem piorar a segurança individual e coletiva, exercida de forma incontestada pelos bombeiros e profissionais da segurança pública, como no caso dos policiais rodoviários federais, há rotineira confusão com aquelas incumbências atribuídas aos profissionais da saúde que trabalham no que diz respeito à saúde do indivíduo e à coletividade (BRASIL, 2009).

O atendimento pré-hospitalar de urgência/emergência é aquele realizado por profissionais da saúde com determinados equipamentos e capacitados, autorizados a realizarem determinados procedimentos, como os invasivos, que procuram atender à vítima nos seus primeiros minutos após o agravo à sua saúde, necessitando prestar-lhes atendimento “*in loco*” e o transporte adequado até um serviço de saúde que possa dar a continuidade ao atendimento adequado (BRASIL, 2009).

Analisando essas ações diferenciadas, porém complementares, entende-se que esses agentes profissionais devam atuar de forma integrada em benefício do cidadão, respeitando os distintos papéis de cada participante, mas como o objetivo de atingir o bem comum, pois para aquele que aguarda pelo socorro, independe se o agente é profissional da área da saúde ou da segurança pública.

A história e a cronologia do atendimento pré-hospitalar, mencionadas anteriormente, têm o escopo de servir como referência e o supedâneo nessa revisão

da literatura, demonstrando o seu contexto teórico que o tema requer.

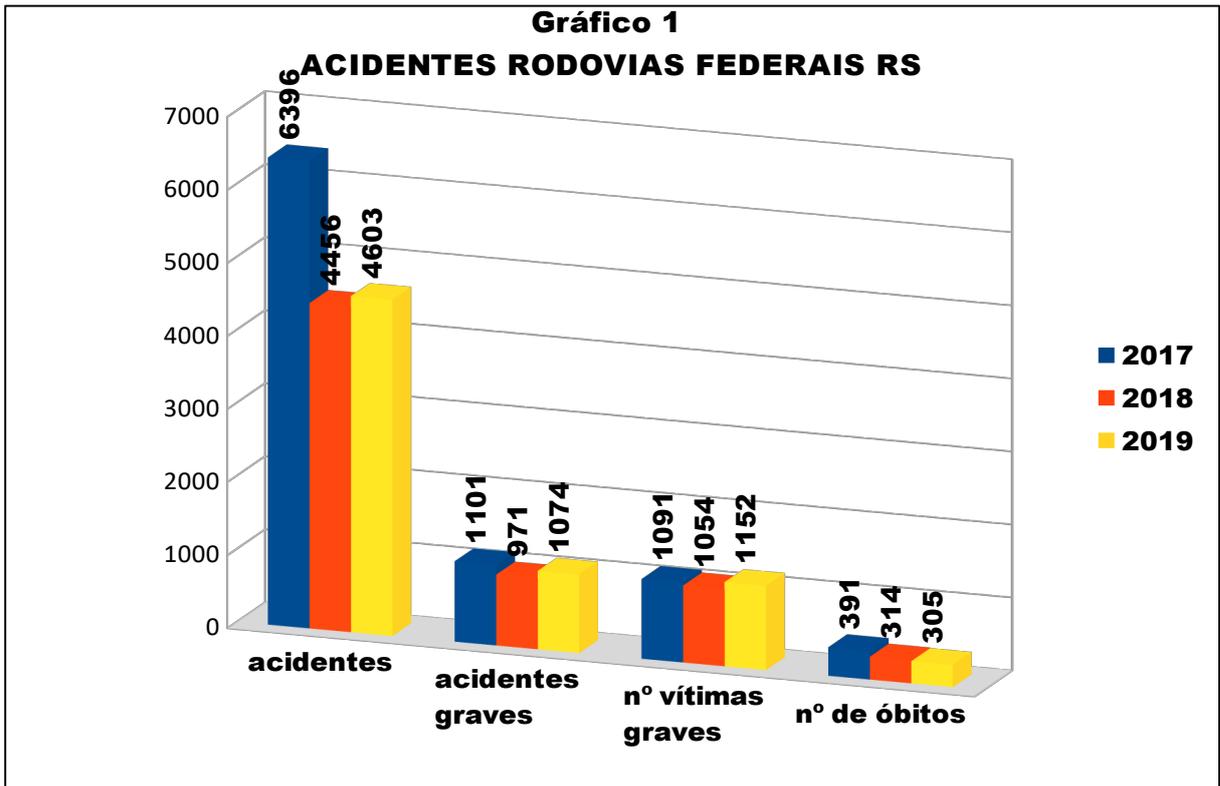
A importância do atendimento precoce à vítima com as ações de inopino por aquele que presta o primeiro atendimento, seja profissional da saúde ou não, mas com conhecimentos mínimos de primeiros socorros, reporta ao papel significativo na redução de sequelas à vítima até a chegada de equipe profissional da área da saúde e o seu atendimento definitivo na área hospitalar.

3.2 Acidentabilidade nas rodovias federais localizadas no âmbito do Estado do Rio Grande do Sul

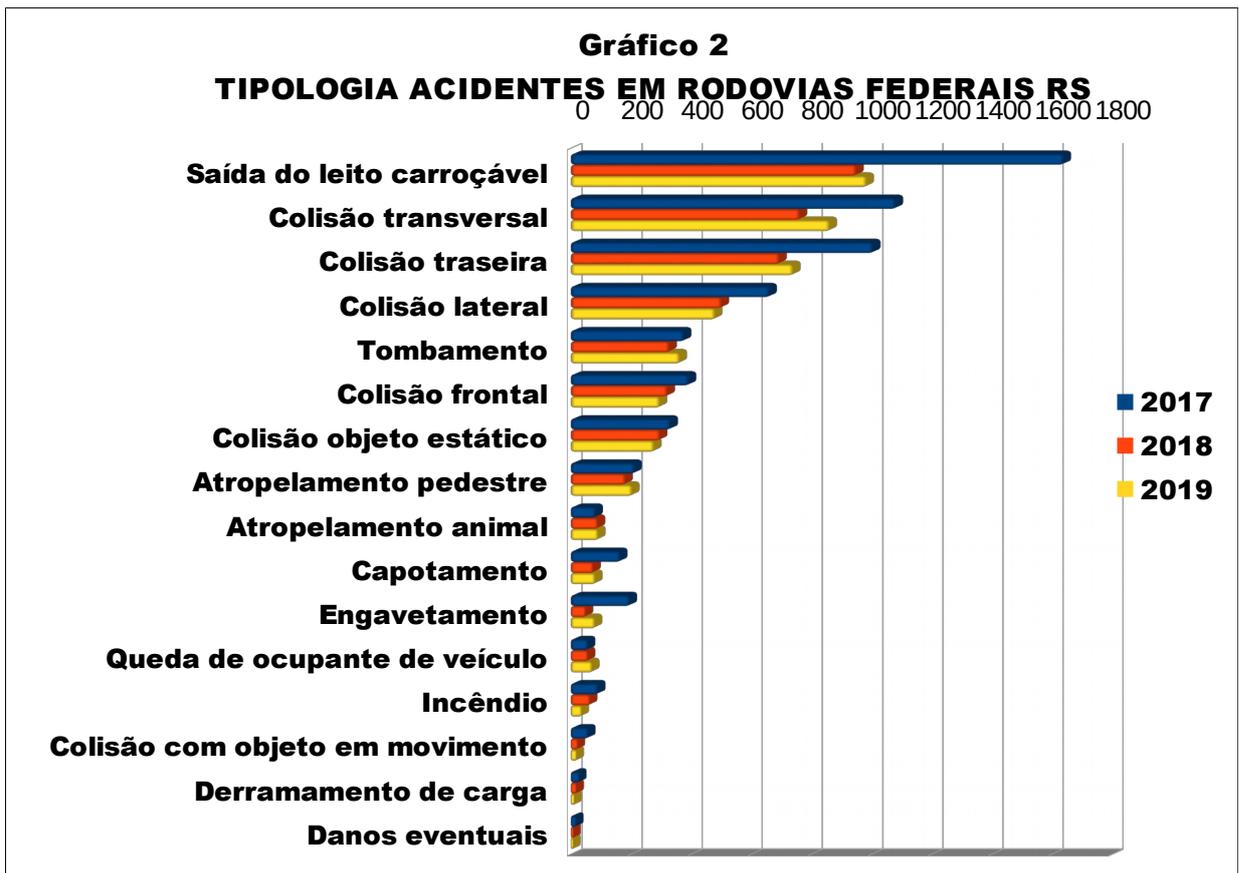
O Estado do Rio Grande do Sul – RS possui 5.831 km de estradas e rodovias federais, correspondendo à 8,33% da malha rodoviária federal do país, a qual possui, aproximadamente, 70.000 km em todo território brasileiro.

Realizado levantamento quantitativo dos acidentes rodoviários ocorridos nas rodovias federais do Rio Grande do Sul nos últimos três anos completos (2017, 2018 e 2019), a partir dos dados abertos publicizados pela Polícia Rodoviária Federal (PRF, 2020), com escopo de apresentar o panorama da acidentabilidade e seus números totais, ocorreram 15.455 acidentes, sendo que 3.146 deles foram classificados como graves, resultando o quantitativo de 3.297 pessoas feridas e a Inacreditável marca de 1.010 de mortes, todas decorrentes desses acidentes, conforme dados demonstrados no gráfico 1.

Nesta mesma linha de raciocínio, apurou-se a tipologia dos acidentes a partir do seu evento que, pela doutrina da PRF, são classificados em 16. Com base nesta classificação e na ordem quantitativa em que estes se sucederam nos números dos últimos 3 anos foram: saída do leito carroçável (3.574), colisão transversal (2.704), colisão traseira (2.440), colisão lateral (1.643), tombamento (1.067), colisão frontal (1.011), colisão com objeto estático (906), atropelamento de pedestre (598), capotamento (320), engavetamento (326), atropelamento animal (263), incêndio (191), queda de ocupante de veículo (185), colisão com objeto em movimento (100), derramamento de carga (59) e danos eventuais 35. Estes dados encontram-se discriminados no gráfico 2.



Fonte: Banco de dados da Polícia Rodoviária Federal (BRASIL, 2020).



Fonte: Banco de dados da Polícia Rodoviária Federal (BRASIL, 2020).

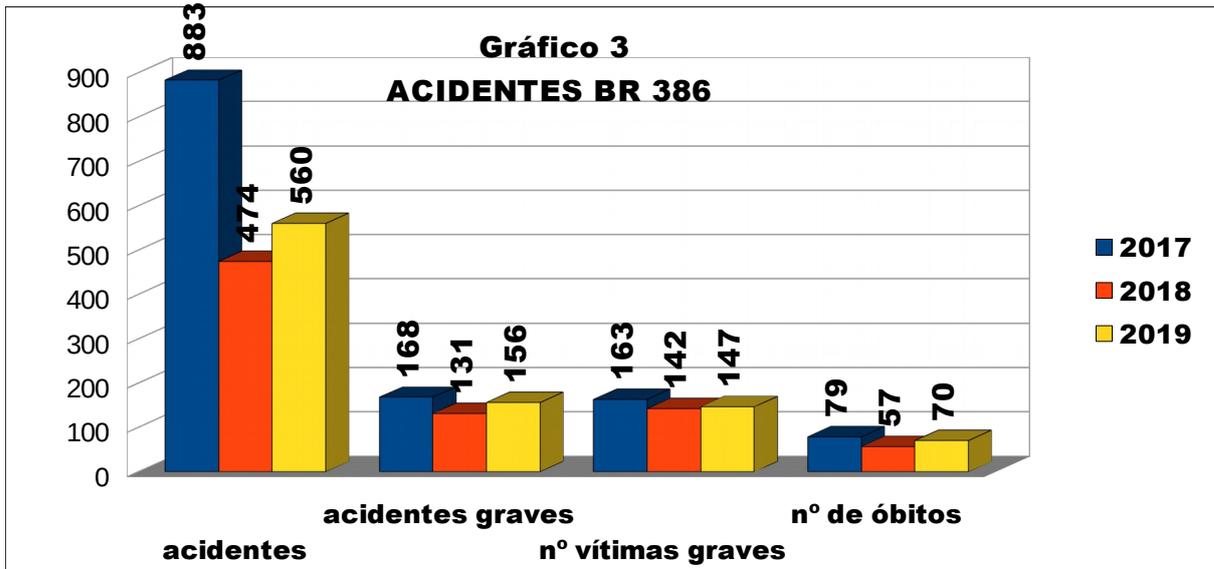
Por se tratar de uma rodovia de cunho estratégico no Estado do Rio Grande do Sul, com elevada importância econômica no transporte da produção agroindustrial, a rodovia BR-386, apelidada como a “Rodovia da Produção”, configura-se como uma das mais importantes no âmbito estadual. Nesse sentido, optou-se por trazer a lume os dados relativos aos acidentes ocorridos nessa rodovia, considerando-se o tráfego pesado dos veículos de carga, que se sobressaem aos veículos de passeio, e reproduzem os mais trágicos cenários de acidentes. Tecnicamente, a energia cinética envolvida é potencializada pelo excesso de peso e a velocidade exacerbada dos veículos envolvidos em trânsito.

Destarte, o motivo pela qual a BR-386 é apelidada, negativamente, como a “Rodovia da Morte”, em comparação dos demais acidentes ocorridos noutras rodovias federais no Estado do Rio Grande do Sul, é o conjunto dos índices de acidentes, a gravidade dos mesmos e essas características peculiares do trânsito pesado e do número de pessoas mortas (KANNENBERG, 2017a).

A rodovia BR-386 possui uma extensão de 446 quilômetros, correspondendo a 7,60% do total de estradas e rodovias federais no RS. Seu marco zero, inicial, está localizado na ponte sobre o Rio Uruguai, territorialidade da cidade de Iraí-RS, divisa com o Estado de Santa Catarina e término na BR-116, na cidade de Canoas-RS (KANNENBERG, 2017a).

No tocante à infraestrutura, essa rodovia é composta de trechos em pistas simples e alguns em dupla pista de rodagem. O trecho de pista simples percorre o trecho em 346 km, entre as cidades de Iraí-RS à Lajeado-RS. A pista dupla alcança 100 km, estendendo-se Lajeado-RS à Canoas-RS (KANNENBERG, 2017a).

No levantamento quantitativo dos acidentes da BR-386, com base nos últimos três anos completos, ocorreram 1.917 acidentes, sendo 455 deles com vítimas, resultantes em 452 pessoas feridas e a morte de 206 pessoas, conforme informado no gráfico 3 (BRASIL, 2020).



Fonte: Banco de dados da Polícia Rodoviária Federal (BRASIL, 2020).

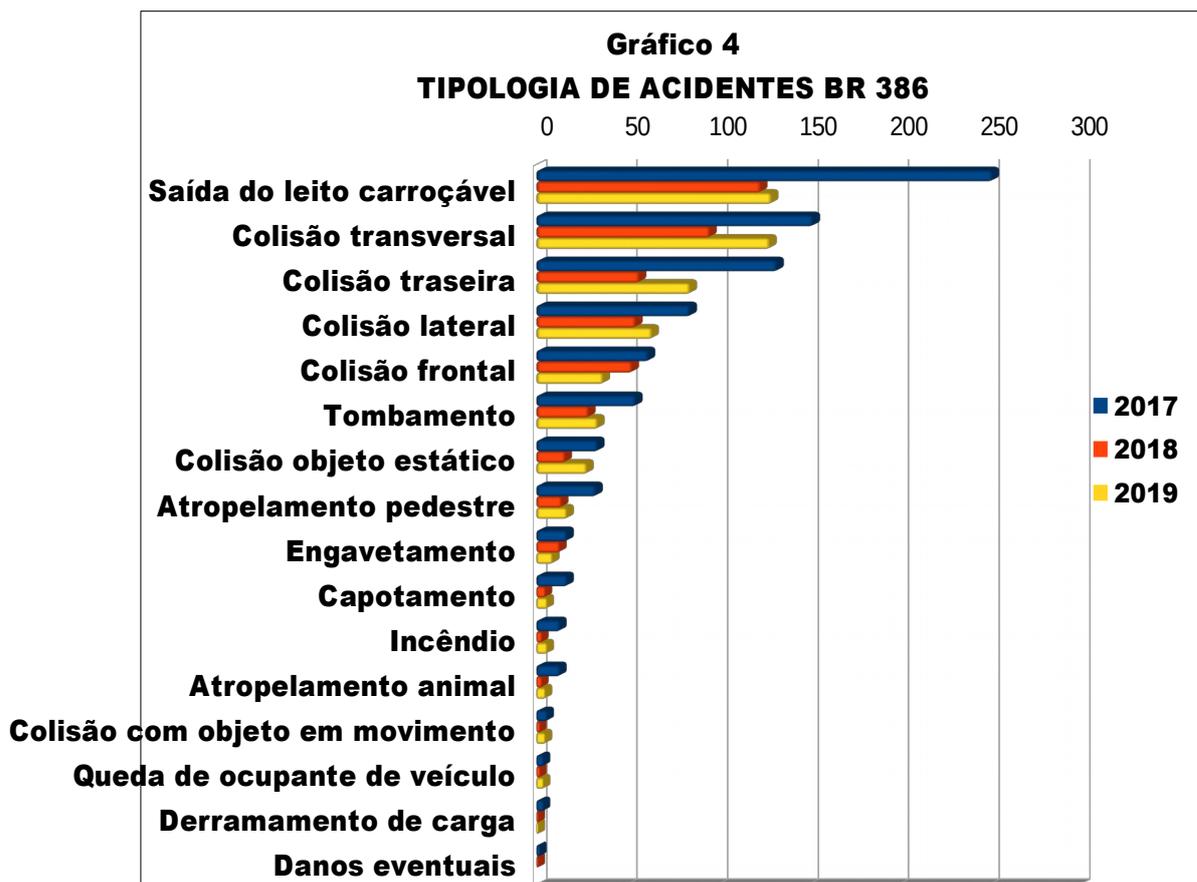
A análise dos dados qualitativos e tipologia dos acidentes aponta que a grande parte deles é do tipo saída do leito carroçável, ou seja, a saída do veículo da faixa de rolamento. Na maioria dos acidentes, os casos são decorrentes de problemas relacionados ao sono. Ocorre quando o condutor adormece ao volante, sendo frequentes as alegações de longas jornadas na direção do veículo e, ao mesmo tempo, as distâncias percorridas sem o devido descanso. Sobre isso, a “Lei do Motorista”, Lei nº 13.103/2015, de 02 de março de 2015, dispõe sobre o exercício da profissão de motorista e altera outras deliberações, como a Consolidação das Leis do Trabalho – CLT, o Código de Trânsito Brasileiro e a disciplinaridade da jornada de trabalho e tempo de direção do condutor.

Lamenta-se o fato de que as recomendações contidas nesses documentos legais são descumpridas pela maioria dos motoristas profissionais, principalmente os caminhoneiros (AIRES, 2020).

O uso de medicamentos como benzodiazepínicos, conhecidos popularmente como “rebites” e o uso de drogas estimulantes, corroborados ao excesso de velocidade, produzem uma significativa maioria dos resultados negativos apresentados, por corresponder a 26,39% dos acidentes da BR-386, enquanto no restante dos índices corresponde a 23,13% (BRASIL, 2020).

Em segundo plano restam as colisões transversais, relacionadas aos cruzamentos e travessias ocorridas em zonas urbanas que, devido ao fluxo intenso

de veículos e mínimas oportunidades de ingressar na via de tráfego, requerem atenção redobrada do condutor do veículo, cuidando da sua manobra. Ingressar na rodovia, por isso, pode ser considerado, analogicamente, como uma espécie vulgarizada de “roleta-russa” (GRÜN; RODRIGUES, 2006). Este tipo de acidente corresponde a 19,40% do total ocorrido na BR–386, que, no Rio Grande do Sul, são 17,50% deles (AIRES, 2020), gráfico 4.

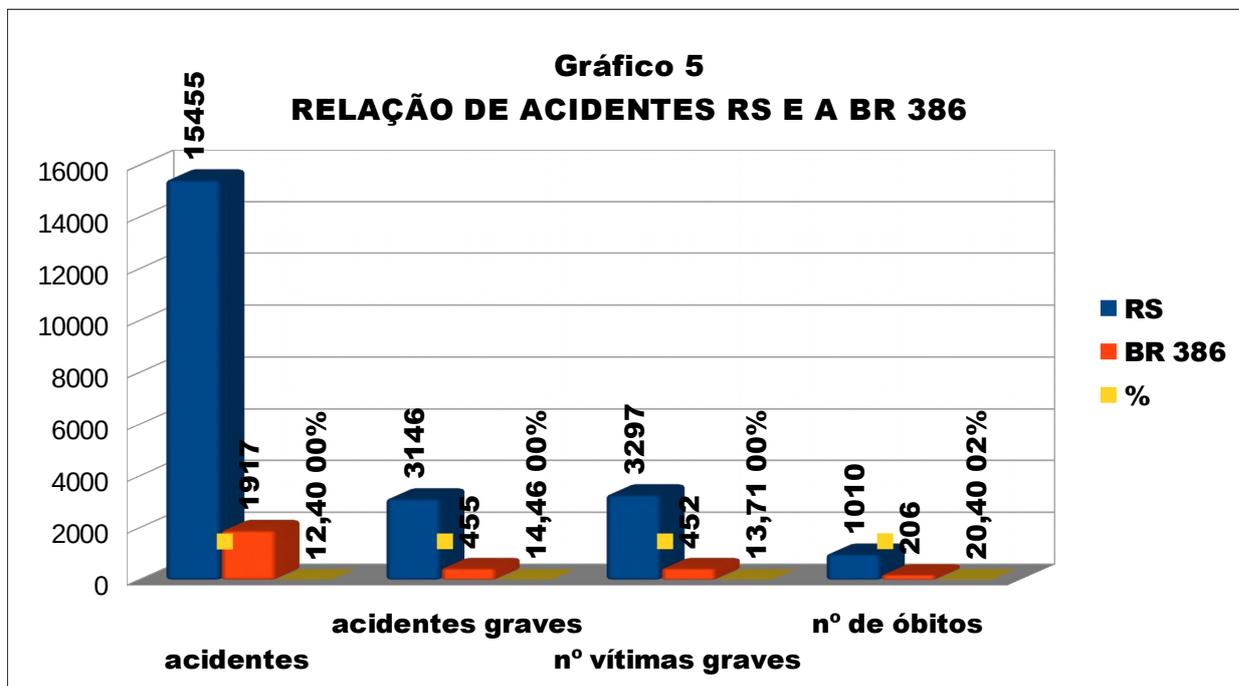


Os índices supramencionados ainda perduram e, por décadas, pois, já no ano de 2007, essa rodovia figurava no ranking daquelas com maiores números de mortes no trânsito do país, ocupando, negativamente, a 5ª posição comparada dos índices nacionais (GRÜN, 2007).

Em dados divulgados neste ano, a BR–386 registrou em 2019, o maior número de mortes do Estado, sendo a campeã no ranking de mortes entre todas as rodovias gaúchas, tanto no âmbito estadual como federal (AIRES, 2020).

No tocante à acidentabilidade, os dados comprovam a sua denominação aceita como “Estrada da Morte”. Cerca de 20,40% das mortes ocorridas nas

estradas e rodovias federais no RS ocorreram na BR-386, conforme gráfico 5, representando 8,40% do total do trecho rodoviário federal no Estado (AIRES, 2020).



Fonte: Banco de dados da Polícia Rodoviária Federal (BRASIL, 2020).

A redução dos acidentes do ano de 2017 a 2019 não tem correspondido estatisticamente ao número de vítimas em estado grave e ao número de óbitos.

A tipologia dos acidentes ocorridos, numa visão generalizada do mesmo período, segue com índices proporcionais entre si, com as colisões na via em grandes quantidades, superadas pelos casos de saída do leito carroçável.

Com essa representação da acidentabilidade nas rodovias federais no Estado do Rio Grande do Sul fica exposto o cenário dos graves problemas relacionados ao trânsito rodoviário e as necessidades desafiadoras para atendimentos, cuidados e socorros, bem como a importância de minimizar os danos e sequelas às pessoas vítimas.

3.3 Os desafios do cuidado humanizado e da redução de danos e sequelas às vítimas dos acidentes de trânsito

Pelo crescimento dos índices estatísticos apresentados anteriormente, torna-se notório perceber que, ao fazer referência aos acidentes de trânsito, estar-

se-á diante de grandes desafios.

Se a atenção à saúde tem maior amplitude panorâmica do que a assistência profissional e do que os níveis das ações de atendimento, o cuidado humanizado representa discussões fundamentais e contemporâneas para além da teoria e da prática. A enfermagem tem, historicamente, o ponto nuclear das suas atividades como profissão, originário do contexto conceitual do que seja esse termo cuidado. Estudos de Roach apud Waldow (1998, p. 17) identificam: “o cuidado humano é uma característica humana”. Embora pareça uma complementação elementar e simplificada, reconhecer, valorizar e praticar o cuidado humanizado recebeu recomendações e determinantes oficiais das políticas públicas de saúde, tendo sido lançada no ano de 2003, a Política Nacional de Humanização-PNH especificamente.

Como política nacional, a PNH dedica-se a colocar em prática os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde-SUS no cotidiano dos serviços profissionais, com mudanças nos modos de gerir e cuidar. Estimula-se a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construção de processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, de trabalho e de afeto, em enfrentamento a atitudes e práticas desumanizadoras que inibam a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no autocuidado e cuidado de si (BRASIL, 2013).

As metas de se reduzirem os danos e de se minimizarem as sequelas às vítimas envolvidas em acidentes têm sido buscadas com muitos esforços de variados setores dos governos, não governamentais, do setor privado e de especialistas no assunto.

Czerwonka (2016) argumenta que refletir sobre atos praticados ao volante é o primeiro passo para o autoconhecimento e para a mudança do comportamento e ter paciência é o segundo. Para ela, o trânsito é o espaço ideal para o exercício da calma e da tranquilidade diante de situações que testam a sanidade e a serenidade de cada indivíduo. Atitudes positivas e preventivas, bom relacionamento, respeito e valores bem definidos podem ser a diferença entre um condutor que não se envolve em acidente, que não comete infrações e que diminui riscos, de outro que vive em perigo constante.

No Brasil, o Congresso Nacional tem aprovado aumentos de penalização de infrações dos motoristas com alguma frequência. Não há como negar, porém, que o acidente de trânsito é considerado, muitas vezes, uma punição ao infrator. Além disso, a crescente evolução nos modelos dos veículos, cada vez mais potentes e velozes, tem características agravantes nos acidentes, não sendo raros, os casos fatais de uma ou mais pessoas.

Recentemente, uma importante medida aprovada foi o aumento da pena para motoristas embriagados. Salienta-se, por oportuno, que, além da reclusão dos condutores, as infrações de trânsito também podem gerar punições de outras maneiras.

As multas de trânsito, por exemplo, são consideradas como medida educativa aplicada aos condutores, quando é registrada uma transgressão a alguma das leis estabelecidas pelo Código de Trânsito Brasileiro (CTB). Essas leis são desenvolvidas com a finalidade de manter a organização e a segurança do sistema de trânsito. Por isso, quando não cumpridas, podem colocar em risco a segurança de todos os cidadãos e atrapalhar o fluxo de veículos e pedestres.

Acredita-se que, além das medidas punitivas, há outros caminhos para enfrentar essa problemática dos acidentes de trânsito. Medidas educativas são possíveis alternativas a serem examinadas e destinadas em cada nível de escolaridade e entendimento das pessoas. O objetivo de reunir informações para elaborar orientações para o cuidado em primeiros socorros, enfatizando a divulgação de saberes que possam contribuir para a redução de danos e sequelas às vítimas dos acidentes de trânsito, é uma dessas possibilidades.

O conjunto das orientações deve conter informações encontradas na literatura, tornando-as acessíveis a todas as camadas da sociedade, independentemente do grau de instrução das pessoas (ECHER, 2005). A mesma autora assegura que a elaboração das orientações deve ter cunho atrativo e de fácil entendimento, com uso de imagens e linguagens de compreensão acessível, a fim ser compreendido por todos que o utilizarem, sem o uso de expressões técnicas dos profissionais da área (ECHER, 2005).

O significado da palavra *educação* vem do latim “*extrair*”, visando construir aprendizados. É nessa compreensão que se motiva os profissionais, alunos de

todos os níveis de ensino e, inclusive, pessoas da comunidade, ou seja, entende-se que a todos podem ser disponibilizadas orientações de condutas redutoras de danos e minimizadores de sequelas nos casos de acidente de trânsito.

A situação de estresse diante de um acidente é um exemplo sem contestação, que deve ser abordado. Convém destacar que a elaboração das orientações sobre primeiros socorros a vítimas de acidentes de trânsito pode se destinar a várias ações. Por exemplo, em nível de escola, podem ser adaptadas para o ensino fundamental, ensino médio e ensino superior, respeitando-se as peculiaridades de cada situação e a comunidade escolar.

Iniciativas já existentes podem reforçar o processo de aprendizagem, tanto na educação resultante do ensino formal quanto na educação popular. É o caso do seu uso no Programa Saúde na Escola–PSE (BRASIL, 2007), que orienta atividades de promoção, prevenção e assistência à saúde, com práticas que podem ser desenvolvidas na rede de educação.

A educação em saúde emprega processos e técnicas com o objetivo de compartilhar informações, conhecimentos de saúde com pessoas e/ou grupos para construir melhores condições de vida e de saúde para a população. Além disso, visa dar autonomia para o indivíduo no cuidado da sua saúde, o que tem sido convencionado como o autocuidado.

No tocante a saúde, Paixão (2018, p.211) elucida:

A educação contribui, por conseguinte, demonstrando que é possível mudar. Se a vida só tem sentido a partir da busca incessante da libertação de tudo o que desumaniza e proíbe de ser mais humanos, dignos e livres, em ser existencialmente situado, é importante entender e considerar a relação intersubjetiva caracterizada como sujeito-sujeito e a prática da solidariedade, da comunicação, do diálogo e da cidadania plena. Esse aprendizado precisa ser compreendido, aprendido e treinado nas metodologias, nas teorizações, nas práxis e nos procedimentos técnicos do ensino e da formação na escola e na universidade. E que sejam menos 'norteadores.

4 METODOLOGIA

A caracterização metodológica apresenta a seguir os detalhes conjunturais do tipo de estudo; campo e contexto; população, seleção, amostra e sujeitos participantes; critérios de inclusão/exclusão; coleta e análise dos dados e aspectos

éticos deste trabalho de conclusão do curso.

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um relato de experiência na modalidade de estudo descritivo, olhar qualitativo, que aborda a educação em saúde para o cuidado humanizado nas situações de socorro às vítimas dos acidentes rodoviários e considera a problemática contextualizada por meio da metodologia de natureza aplicada e descritiva.

Este trabalho está apoiado na literatura, bases científicas, em documentos oficiais e em registros públicos para a obtenção e descrição dos dados, como será explanado a seguir, submetidos na construção das discussões e análises por notas de campo especificadas de cada fato e do contexto da acidentabilidade no trânsito rodoviário.

Polit e Hungler (2004) reconhecem as notas de campo como instrumento de anotações e incluem a dimensão interpretativa delas, apreciando que, durante a observação de um fato, podem ser registradas análises sobre o acontecimento.

Durante as participações do graduando nas disciplinas obrigatórias, estágios curriculares e práticas disciplinares, bem como no exercício das referidas atividades profissionais foram buscadas, sempre que possível, conexão e encadeamento com essas anotações – tem, pretendendo reunir orientações como educação em saúde para o cuidado humanizado em primeiros socorros no acidente rodoviário ou, melhor ainda, a prevenção desses eventos ou minimização de danos e sequelas.

4.2 Campo e contexto

As atividades enfocadas neste relato de experiência referem-se ao período compreendido entre março de 2017 ao início de março de 2020, valendo-se de registros dos acidentes, principalmente na BR – 386, conhecida como a ligação rodoviária Tabaí – Canoas e, por sua mortalidade, como a “Rodovia da Morte”, estendida com 448 quilômetros, do centro ao norte do Rio Grande do Sul.

É um dos trechos mais extensos no país e, proporcionalmente, é a rodovia campeã em mortes. Dentre os fatores dessa mortalidade está o trânsito intenso de

caminhões escoadores das safras de trigo, no inverno, e soja, durante o verão. Além da lentidão no tráfego da BR 386 nesse trecho, menos de um quarto da rodovia tem pista dupla e trafegam motoristas apressados tentadores de ultrapassagens perigosas (TREZZI, 2019).

Embora o aprendizado para a qualificação e adequação das anotações em notas de campo e de observação por parte do autor tenha tido princípio no terceiro semestre do curso junto ao professor – orientador, a seleção dos últimos três anos foca a realidade contextual e descarta, todavia, a excepcionalidade das condições advindas da pandemia pelo fenômeno coronavírus.

Este relato construído como trabalho de conclusão do curso de graduação em enfermagem na busca por pontos relevantes para a educação em saúde examina os registros documentais dos acidentes assim delimitados e pondera as práticas e o conjunto de condutas que interpelam situações verificadas pelo graduando – autor durante a realização do curso de enfermagem na Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, em concomitância com a sua atividade profissional de servidor público no cargo de inspetor na Polícia Rodoviária Federal. Nesse item situa-se a vivência profissional de mais de 25 anos prestando socorros em rodovias.

Salienta-se, na admissão desse contexto de estudo, que o artigo 196 da Constituição Federal (BRASIL, 1988) menciona a saúde pública e coletivizada como direito de todos e dever do Estado, para que seja visada a redução do risco de doença e outros agravos, bem como ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Ressalta-se, igualmente, que a graduação para formar recursos humanos profissionais em enfermagem, na Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, é curso diurno e presencial, com dez semestres letivos, grade curricular de 209 créditos obrigatórios e 4.031 horas complementares (UFRGS, 2020). Além das ações no campo hospitalar há experiências acumuladas no campo de prática da atenção básica, por onde, na relação com comunidades e outros coletivos, podem ser desenvolvidas as ações para educação em saúde, no caso, com a ênfase no cuidado humanizado para a prevenção e a redução de danos e sequelas no âmbito da acidentabilidade.

Cavalcante e Lima (2012) admitem que o relato de experiência seja de

validade expressiva ao ponderar as práticas e o conjunto de condutas interpelantes de situações verificadas como elaboração e acumulação desse conhecimento sobre o tema.

4.3 População/Seleção amostra/sujeitos/participantes

As vivências observadas, protagonizadas e partilhadas pelo autor, tanto no campo profissional quanto no estudo de graduação, sempre estiveram focalizadas para o como contribuir prevenindo ocorrências de acidentes, humanizando as abordagens e creditando atenções à redução de danos e sequelas. Os grupos vivenciados em diferentes faixas etárias dos participantes alcançaram um número maior do que uma centena de pessoas e um número superior a meio milhar de ocorrências examinadas e analisadas com profundidade, ou seja, respectivamente, mais de 100 pessoas nos grupos e acima de 500 registros estudados no período considerado.

Convém explicar que as atividades consideradas e descritas neste estudo, para além dos numerais quantificadores dessas personalidades de população, seleção ou amostra de sujeitos participantes, que até existem; beneficiaram coletivos variados em círculos de cultura e entretenimento ou encontros didáticos com a equipe profissional e técnica do Núcleo de Estudos em Saúde Pública, Coletiva, Comunitária e do Trabalho, coordenado pelo professor orientador junto a agentes comunitários de saúde, grupos de moradores, participantes de clubes de mães, lideranças em comunidades, alunos em todos os níveis de ensino, inclusive de turmas da educação de jovens e adultos – EJA de municípios da região metropolitana e, especificamente, da capital do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Foco nítido na prevenção dos acidentes, o autor participou em atividades para escolares em geral e pessoas das comunidades, tanto em palestras quanto em rodas de conversa. Atenção humanizada e cuidados específicos destinaram-se como temas aos alunos dos grupos de ensino formal, mesmo em algum espaço da formação e especialidades da Polícia Rodoviária Federal como instituição.

A esse recorte da abrangência populacional acrescentam-se oportunidades para comentar a amplitude do entendimento do que seja saúde, autocuidado, a valorização da vida, o bem viver e, nessa visão ampliada, o tema da prevenção dos

acidentes na educação formal e informal em saúde.

4.4 Critérios de inclusão/exclusão

Das atividades didáticas da formação como bacharel em enfermagem foram ponderadas anotações dos últimos três anos, período prévio à pandemia, incluindo-se três grupos tipificados de participantes: profissionais socorristas, vítimas conscientes ou escolares e pessoas das comunidades participantes dos grupos didáticos e rodas de conversa sobre o tema saúde e acidentes.

Consideraram-se incluídas, todas as anotações pertinentes ao tema deste estudo e, para estudantes e pessoas das comunidades, aqueles comentários decorrentes de pessoas que emitiram, voluntariamente, suas manifestações, ao preencherem folhas brancas disponibilizadas pelo grupo de coordenação de cada evento ou organizadores. Anotações e comentários de socorristas ou manifestos eventuais e voluntários de vítimas também foram incluídos desde que fossem pertinentes ao tema e dentro do período de coleta dos dados.

Excluíram-se os demais registros que pudessem caracterizar outras modalidades de metodologia que não essa de relato de experiência e, inclusive, aquelas do período de março deste ano em diante, tendo em vista que a pandemia alterou todas as configurações de movimentos sociais e de trânsito, decorrentes de medidas de restrição estabelecidas pelas autoridades gestoras e sanitárias do Brasil, nos municípios e estados da federação brasileira.

4.5 Coleta e análise dos dados

A coleta dos dados construiu a elaboração de notas de campo durante as participações nas disciplinas obrigatórias, estágios curriculares, práticas disciplinares e profissionais. Segundo Polit e Hungler (2004) reconhecem, essas notas de campo são adequadas para anotações, facilitam organizar as discussões e qualificam as análises interpretativas na observação do fato.

A construção do modelo de apreciação desses dados e ocorrências em notas de campo professou o conjunto analítico sob a modalidade da análise temática indicada por Minayo (2012), partindo-se para que fosse elaborado um conjunto com

materiais educativos com conteúdos voltados à abordagem dessa temática junto a crianças, nas várias fases escolares; jovens e adultos. O conteúdo desses dispositivos educacionais foi validado pelos próprios participantes anteriormente referidos, em especial, quanto à pertinência e facilidade de compreensão dos mesmos.

As etapas desenvolvidas variaram dependendo dos locais e/ou dos públicos específicos organizados, mas, geralmente, ligavam dos contatos preliminares, coleta de ideias e demandas às necessidades peculiares de cada contexto. A elaboração de material educativo pode surgir de respostas a situações-problema e atividades próprias do estudo e notas de campo sopesadas.

4.6 Aspectos éticos

Neste relato de experiência respeitaram-se todos os aspectos éticos, ressaltando-se que, nas fases do estudo e pensar-fazer-elaborar das notas de campo especificadas, este trabalho foi apoiado na literatura, em bases da ciência, documentação oficial pública e disponível para análises, principalmente pelo interesse da prevenção e redução da acidentabilidade no trânsito rodoviário.

Nesses instrumentais interpretativos asseguraram-se ideias, conceitos e definições dos respectivos autores acessados, preservando-se as fontes nos casos de registros oficiais, de domínio público ou ampla divulgação, comumente disponível em meios digitais.

O autor esteve atento, se fosse o caso – o que não ocorreu – aos itens constantes na Resolução nº 196/96, que trata das normativas de pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996). A experiência profissional e as orientações acadêmicas da sua formação como enfermeiro estiveram sempre presentes e inseparáveis posto que fossem concomitantes na estratégia de construir-se orientações promotoras e qualificadoras da educação em saúde referente a esse campo de preocupações dos acidentes de trânsito.

5 A EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Os aspectos relacionados à educação em saúde podem ser dispostos em variadas possibilidades organizativas, desde os dispositivos determinantes para os momentos necessários da intervenção profissional de alcance dos primeiros socorros a vítimas de acidentes de trânsito às condições do realizar de procedimentos educacionais preventivos, tanto no ensino formal quanto na informalidade junto às populações das várias faixas etárias e modalidades de agregação sócio comunitária.

Mesmo que se pretenda distribuir em uma abordagem didática e educativa mais simplificada, num âmbito ampliado, este tema dos acidentes de trânsito, habitualmente, terá duas compreensões distintas no mínimo: ações prevencionistas ou atitudes e procedimentos nos momentos mais imediatos do pós-acidente.

As orientações que se pretendeu oferecer, a partir do relato da experiência em tela, possuem esses dois ângulos gerais: o primeiro, mais profissionalizado de socorro e nas intenções de minimizar danos e reduzir sequelas a vítimas, enquanto, sob outro prisma, reunidas as informações de aconselhamento para condutas e conscientizações preventivas que possam evitar o acidente ou, se a isso não se puder obter êxito na totalidade, que sejam, de modo análogo, menores em seus riscos reais.

5.1 A elaboração de orientações para o cuidado humanizado em primeiros socorros e a educação em saúde

A elaboração de orientações para o cuidado humanizado em primeiros socorros como alternativa para a educação em saúde, nessa linha de raciocínio, apoia-se originariamente nas ideias de Waldow (1998, p.14) de que toda e qualquer atitude em relação ao cuidado humano seja compreensível e com sentido humano, não prescritivo, com regras rígidas e intransigentes a cumprir. É preciso “respeito à dignidade humana, na sensibilidade para com o sofrimento e na ajuda para superá-lo, para enfrentá-lo e para aceitar o inevitável”. Ratifica-se, como reforço e destaque, a prática gestora e profissional necessária de que “o cuidado humano é uma característica humana” (ROACH apud WALDOW, 1998, p. 17).

Faz-se destacável, portanto, a atenção especial à Política Nacional de Humanização – PNH/SUS para a elaboração de orientações sobre os primeiros socorros e educação em saúde diante dos *cases* de acidentes, além de outras publicações relativas a cada realidade que se encontrar e almejar combater.

Em momento histórico, vale lembrar que a Lei nº 5.108/66, promulgada como Código Nacional de Trânsito, revogada, não previa atividades de conscientização e educação em saúde em referência aos primeiros socorros, voltando-se ao regramento de condutas para o trânsito seguro (BRASIL, 1966).

Com o advento da Lei 9.503/97, surgiu outro enfoque na legislação, instituindo o Código de Trânsito Brasileiro (BRASIL, 1997) e estabelecendo um novo panorama no cenário para a educação em primeiros socorros. O seu artigo 77, *in verbis*, estabelece:

No âmbito da educação para o trânsito caberá ao Ministério da Saúde, mediante proposta do CONTRAN, estabelecer campanha nacional esclarecendo condutas a serem seguidas nos primeiros socorros em caso de acidente de trânsito (BRASIL, 1997).

Este Código de Trânsito, portanto, define incumbências efetivas ao Ministério da Saúde, incluindo, decisivamente, o preparo e o atendimento a vítimas de acidentes de trânsito como atribuição da área de saúde, em especial, do setor público. Ressalta-se que a alta e média complexidade da assistência em saúde é responsabilidade compartilhada pelos governos federal e estaduais, excetuando-se os municípios com gestão plena do sistema de público saúde, que são corresponsáveis nessas situações, de conformidade com a Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS/SUS nº 01/2001 (BRASIL, 2001).

O Código de Trânsito Brasileiro vigente determina que, no âmbito da formação de novos condutores de veículo automotores, por meio do artigo nº 147, inciso IV, o candidato à habilitação submeta-se a exames em cuja prova escrita inclua noções de primeiros socorros (BRASIL, 1997).

Com a intenção de regulamentar tal dispositivo, publicou-se a Resolução CONTRAN nº 168/2004 (BRASIL, 2004), a qual estabelece que o processo de formação e de habilitação de condutores tenha uma carga horária de quatro horas/aulas sobre primeiros socorros. Nesse processo de aprendizagem os novos condutores deverão ter conhecimento em requisitos específicos, ou seja:

- a sinalização do local do acidente;
- b acionamento de recursos como bombeiros, polícia, ambulância, concessionária da via e outros;
- c verificação das condições gerais da vítima;
- d cuidados com a vítima (o que não fazer) e;
- e cuidados especiais com a vítima motociclista.

Os temas a serem desenvolvidos nos Centros de Formação de Condutores – CFC no que tange aos primeiros socorros não estão vinculados e aos profissionais da área da saúde, pois em conformidade com a Resolução CONTRAN 358/2010 (BRASIL, 2010) que regulamenta o credenciamento de instituições ou entidades públicas ou privadas para o processo de capacitação, qualificação e atualização de profissionais, e de formação, qualificação, atualização e reciclagem de candidatos e condutores, o instrutor de trânsito deverá possuir certos requisitos que, neste caso, destaca-se o curso de capacitação específica de primeiros socorros.

O material elaborado tem como objetivo principal a orientação de procedimentos básicos de condutas imediatas e primeiros socorros aos condutores, passageiros, pedestres, ciclistas, e demais pessoas envolvidas ou não nos acidentes de trânsito em rodovias.

Por se tratar de via rural, onde a velocidade é superior as demais vias, chegando na maioria a 100 km/h, os agravos dos acidentes são maiores, e a chegada do socorro especializado pode demorar, face a distância dos centros urbanos e dependendo da região em que este ocorreu. Assim, os primeiros socorros realizados pelo leigo junto à vítima, têm papel significativo na redução das lesões e seus agravos e, conseqüentemente, minimizando as suas sequelas.

Acidente de trânsito é considerado todo o evento não premeditado, que resulte em dano a veículo ou na sua carga ou, ainda, lesões em pessoas e/ou animais, em que, pelo menos, uma das partes está em movimento.

O Código de Trânsito Brasileiro – CTB (BRASIL, 1997) prevê como crime a omissão de socorro os casos em que o condutor, na ocasião do acidente, deixar de prestar o socorro à vítima, tendo condições de fazê-lo ou deixar de solicitá-lo à autoridade pública. Este crime tem pena prevista com detenção de 6 meses a 1

ano ou multa.



Figura 6 – Fonte: Arquivo pessoal do autor.

Independente do caráter punitivo da Lei, a empatia com o próximo deve vigorar, pois, dependendo da região e horário, a pessoa que presencia ou passa pelo local do acidente, deverá comunicá-lo a autoridade competente, bem como de prestar os primeiros socorros caso tenha condições de fazê-lo.



Figura 7 – Fonte: Arquivo pessoal do autor.

A pessoa que comunicar o acidente deverá realizar um dimensionamento da cena, contemplando o tipo de acidente, o número de veículos envolvidos, a existência de pessoas feridas ou não, como se há a interdição da rodovia pelos veículos, carga, queda de árvores, postes energizados e/ou outros objetos

A sinalização do local deve ser prioridade sobre as demais, com maior atenção e importância quando as condições forem desfavoráveis, como curva, declive, depressão, pista escorregadia, pista molhada e demais condições climáticas.

Como deve proceder:

a. Manter a calma;

b. Ligar imediatamente o pisca alerta do veículo e retirá-lo sobre a pista de trânsito, estacionando-o em local seguro como acostamento ou refúgio. Caso não consiga removê-lo, sinalize-o com triângulo de emergência existente no veículo, com uma distância de no mínimo um passo amplo para cada km/h no sentido do fluxo dos veículos. Por exemplo, uma rodovia em que a velocidade máxima esteja sinalizada para 100 km/h, a pessoa deverá dar 100 passos para colocar a sinalização.

c. Caso não tenha acesso ao triângulo, deverá fazer uso da vegetação existente ao longo da via, como galhos de árvores, plantas, ou qualquer objeto que não acarrete risco aos demais condutores.

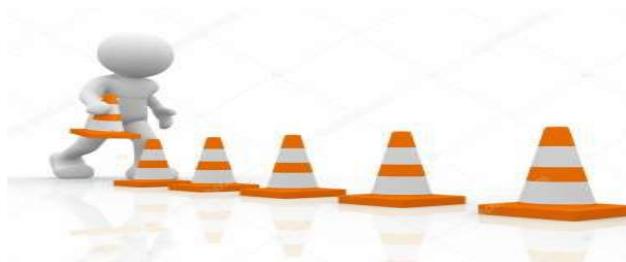


Figura 8 – Fonte: domínio público.

Após sinalizar o local do acidente, deverá acionar o órgão de emergência responsável pela via, através de um dos números abaixo:

Polícia Militar	190
Polícia Rodoviária Federal - PRF	191
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU	192
Bombeiros	193
Polícia Rodoviária Estadual	198
CCR Viasul concessionária de rodovias	0800 0000290

Como proceder:

a. Diga o seu nome e o local da emergência, mas para isso você deverá pelo menos indicar o nome ou a nomenclatura da rodovia, o seu quilômetro aproximado, identificados pelos marcos quilométricos existentes ao longo da rodovia.

b. Procure situar-se através de um ponto de referência como ponte, viaduto, construção ou estabelecimento comercial. Informe, também, o número de veículos envolvidos e de vítimas, a interdição total ou parcial da pista de rolamento, e outro fator de risco que mereça atenção, como queda de um poste energizado, pista escorregadia com presença de óleo ou outra substância.



Figura 9 – Fonte: domínio público.

Com base nos Protocolos de Atendimento Pré-hospitalar, formulados pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU192, Atendimento Pré-hospitalar ao Traumatizado – PHTLS, e American Heart Association - AHA – 2015, utilizados pela maioria das equipes de resgate e salvamento, o atendimento de uma vítima oriunda de acidente de trânsito dá-se através da chamada avaliação primária ou exame primário. Situação em que a pessoa que faz o atendimento deverá verificar, a partir de uma fórmula mnemônica X – A – B – C – D – E, a condição da vítima e, caso for, de imediato executar as condutas para preservar a sua vida.

- X- eXsanguinamento correspondendo a grandes sangramentos;
- A- ar com vias áreas permeáveis;
- B- boa respiração com movimentos ventilatórios;
- C- circulação do sangue e sangramentos aparentes;
- D- disfunção neurológica - estado de consciência;

E- exposição dos ferimentos e evento que ocasionou a lesão.

Como proceder:

a. Verifique a sua condição emocional e física sem comprometê-la, não expondo-se a risco de lesão ou contaminação;

b. De forma segura dirija-se a vítima, verifique se ela está consciente, se responde ao teu chamado ou contato físico. Caso esteja consciente, diga o seu nome e peça o seu consentimento para ajudá-la;

c. Oriente para que NÃO faça movimentos bruscos com a cabeça e pescoço;

d. Verifique se há sangramento aparente. Existindo, procure uma toalha ou peça de vestuário e a dobre, realizando uma compressão direta sobre o ferimento;

e. Se o sangramento não cessar, utilize uma parte da roupa da vítima, como uma manga de camisa ou calça, e faça um torniquete logo acima do ferimento, garroteando até cessar o seu sangramento. Procure registrar o horário em que foi realizado;

f. Verifique a ventilação (respiração) se está obstruída ou rápida, > 20 movimentos ventilatórios por minuto;

g. Aproxime o seu ouvido junto a boca e o nariz da vítima e procure ver, ouvir e sentir a sua respiração;

h. Observe a coloração da pele do rosto e dos lábios. Palidez da face e lábios arroxeados é um sinal de falta de oxigenação do sangue;

i. Verifique se não há obstrução das vias aéreas e da boca, como próteses dentárias ou sangue coagulado;

j. Se tiver habilidade, verifique o pulso (batimento cardíaco) junto ao pescoço, artéria carótida, e conte por aproximadamente por 1 (um) minuto. O normal é que tenha 60 a 100 batimentos por minuto.

k. Caso a vítima não esteja respirando e sem pulso (sem batimentos presentes por mais de 10 segundos) e você tiver habilidade e controle emocional, retire a pessoa do veículo, caso possível, e a coloque numa superfície plana. Verifique novamente se a vítima respira ou tem pulso, caso negativo inicie imediatamente a Ressuscitação Cardiopulmonar – RCP seguindo os passos abaixo:

k1. Encontre a linha média entre os mamilos ou sobre o osso entre o peito da vítima;

k2. Coloque uma mão sobre a outra e entrelace os dedos;

k3. Faça compressões profundas em torno de 5 cm e na frequência de 100 a 120 por minuto, no tempo máximo de 2 minutos;

k4. Verifique o pulso do pescoço, caso negativo, reinicie as compressões adotando os mesmos procedimentos anteriores até a chegada da equipe de socorro.

k5. Não realize a ventilação boca a boca para não se contaminar.

O que nunca se deve fazer:

a. Nunca retire objeto encravado da vítima. Poderá ocasionar sangramento;

b. Nunca tente recolocar as vísceras de volta no abdômen. Se possível coloque uma toalha molhada sobre elas, e fique atendo ao vômito;

c. Nunca tente alinhar uma fratura exposta (parte óssea) aparecendo. A parte óssea poderá cortar um vaso sanguíneo (artéria ou veia) e ocasionar um sangramento descontrolado;

d. Só retire uma pessoa de dentro do veículo se o mesmo tiver risco de incêndio, tombamento ou deslizamento, e a pessoa esteja com parada cardiopulmonar e tenha que reiniciar a Ressuscitação Cardiopulmonar.

Se existem esses itens referidos de aconselhamento e para a prática do atender, o HumanizaSUS, como também é conhecida a Política Nacional de Humanização, aqui referida (BRASIL, 2013) tem a intencionalidade de provocar movimentos que incluam mais recursos para a produção de saúde, de mobilizar trabalhadores, usuários e gestores nessa produção e gestão do cuidado e dos processos de trabalho, da comunicação da informação entre esses três atores principais do SUS e de humanizar por traduzir a inclusão das diferenças nos processos de gestão e do cuidado. Tais mudanças não devem ser construídas por uma pessoa ou grupo isolado, mas de forma coletiva e compartilhada, estimulando-se mudanças e a produção de novos modos de cuidar e formas inovadoras de

organizar o próprio trabalho profissional em todos os níveis de atuação.

A formação de todos os recursos humanos, da saúde e das outras áreas, a serem profissionais nesse imenso campo de atendimento e prevenção a acidentes de trânsito é um tópico peculiar sobre o qual se recomendam estudos responsáveis, específicos, mais profundos e especializados.

Cuidar humanizadamente, assim concebido, é reconhecer, por derradeiro, que as estratégias sejam adotadas com trabalhadores, usuários e gestores, em conformidade com os princípios da PNH (transversalidade; indissociabilidade entre atenção e gestão; protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos) e suas diretrizes: acolhimento; gestão participativa e cogestão; ambiência; clínica ampliada e compartilhada; valorização do trabalhador; bem como a defesa dos direitos dos usuários.

Se a transversalidade prevê a ampliação do grau de contato e da comunicação entre as pessoas e grupos, a indissociabilidade entre atenção e gestão defende o conhecer do funcionamento da gestão dos serviços e da rede de assistência e o participar ativamente no processo de tomada de decisão nas organizações e ações coletivas. O protagonismo, a corresponsabilidade e a autonomia dos sujeitos e coletivos serão mais concretas se construída com a vontade das pessoas e corresponsabilidades.

Quanto às suas diretrizes, a Política de Humanização atua a partir de orientações clínicas, éticas e políticas, traduzidas em arranjos de trabalho. Acolher é reconhecer o que o outro possui como legítima singularidade, relações de confiança, compromisso e vínculos com escuta qualificada, acesso a tecnologias adequadas às necessidades e efetividade das práticas profissionais, avaliando-se vulnerabilidades, a gravidade e o risco dos acontecimentos e ações.

O aprendizado coletivo tão é importante quanto a formulação e a pactuação de tarefas. A ambiência corresponde ao estabelecimento de espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis, respeitadores da privacidade, da individualidade e da intencionalidade, voltadas ao bem viver. Em outro movimento, a PNH indica mecanismos como a clínica ampliada na abordagem do adoecimento e do sofrimento o que serve na complexidade do acidente como do próprio processo saúde/adoecimento. Em síntese, necessita-se enfrentar a fragmentação do

conhecimento e das ações, seus respectivos danos e ineficácia.

A visibilidade para valorização das pessoas, independente do seu papel no contexto desse tema, de conformidade com Paixão (2018), emerge do valer-se de possibilidades para o diálogo possível, a comunicação da informação, a análise do que pode causar problemas e dificuldades e de potenciais que possam propiciar estudos, aprendizagens, interatividades, educação e acordos de como pensar e agir nos espaços coletivos e da sociedade.

5.2 Aprendendo a prevenir acidentes de trânsito, precaver os seus riscos ou tornar mínimas as suas consequências

A aprendizagem extrapola os limites de qualquer compêndio, independente da profundidade, dos quantificadores ou caracterizações que se queira atribuir na área das ciências. Não há como ser garantido que esforços para ações interativas e intencionalidades resultem de pronto em aprendizados conscientizadores e de valorização da vida.

Os elementos que se pretendeu reunir na abordagem desse assunto da acidentabilidade no trânsito rodoviário, visando elaborar uma súmula de educação preventiva e para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde individual e coletiva, aparecem aproximados e indicados com recomendações a serem ponderadas em meditações problematizadoras dadas as múltiplas realidades que poderão exibir como variantes da própria incompletude humana.

A máxima do aprender a aprender se estende com exigências e habilidades com a uma ultrapassagem que, se por uma probabilidade é alternativa, por outra precisa ser executada com segurança e atenção importante. Assim, potencializam-se análises e requisitos de políticas gestoras oficiais, todavia admitindo que, se é disponível um método mais dialógico para essas práticas, coexistem pensares e elaborações do modelo tradicional de convivência mais determinante e instrucional. A esses extremos posicionam-se a volatilidade e a composição personificada de tantos coletivos diferentes num mesmo espectro social.

As dificuldades teóricas da criação e implemento de práticas pedagógicas como a oficialidade do Programa de Saúde Escolar-PSE, por exemplo, não é comparável ao imprevisto imediato de quem tem diante de si o desafio acidentado de

pensar-decidir-e-agir rápido, querendo otimizar potenciais de recuperar, manter e proteger a vida humana.

Contudo, aprender a prevenir acidentes, precaver seus riscos e tornar mínimas as suas conseqüências na medida do possível, tem influências improvisáveis. Pessoas que não se conhecem ou nunca atuaram juntas, ao presenciarem um acidente grave, podem sentir-se requisitadas a providenciarem ajuda. Infelizmente, não são raros os episódios de novos acidentes ampliados pela curiosidade ou por movimentos inadequados de quem quis prestar um socorro inicial.

Não fosse pelo cunho pessoal do interesse exclusivo, o graduando, como profissional da saúde, jamais trocaria saberes com a vivência do policial rodoviário, tão complexos são as peculiaridades das áreas, as concepções teóricas e os exercícios das suas práticas e a falta de interatividades que não sejam rasas entre as ações profissionais. Nem se quer argumentar, por serem operosos e difíceis, momentos com dialogicidade ou o comportamento transdisciplinar ou interdisciplinar dos conteúdos. Tudo, porém, compõe-se em etapas da formação profissionalizante. Ao menos, diz-se de uma mesma terminologia operativa a formar recursos humanos.

Aprender com a realidade e se valer da experiência aqui relatada confere relevância a pontos como a educação em saúde, a redução de danos e sequelas, a divulgação de saberes, bem como às orientações preventivas nas estratégias de práticas pedagógicas.

Em uma escola de educação infantil ou de primeiro grau de ensino, a prevenção dos acidentes é tão importante quanto a populações de outras localidades, porque moradias à beira das estradas, não raras vezes, têm crianças próximas ao trânsito veloz e intenso. Um programa como o da saúde escolar – PSE – pode credenciar condições melhores para o viver de muita gente. Acentuadas dificuldades podem ser combatidas com planejamento, organização e execução de projetos conjuntos de comunicação entre profissionais, otimização de recursos humanos, materiais e operacionalidades.

De modo idêntico que se requer do policial rodoviário conhecimentos e habilidades para prestar socorro de urgência e emergência, também, no campo da

saúde e da educação, ao profissional enfermeiro deve ser reconhecer o imenso potencial como protagonista da educação, do processo de ensino-aprendizagem, da saúde, do cuidado humano e da vida.

Se ao disponibilizar orientações mais tradicionais já se pode valorizar a instrução e o alerta de quem pretende fazer a entrega de saberes, tanto mais se reconhecerá quando habilidades dialógicas venham a ser implementadas como práticas de conscientização, afeto e promoção da liberdade criativa.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desiderato deste trabalho teve como objetivo apresentar o relato de experiência do profissional da segurança pública das rodovias federais no atendimento aos acidentes de trânsito, com o dimensionamento da problemática que estes representam à coletividade, como para o indivíduo que nele se envolve. A oportunidade de ser graduando como profissional enfermeiro acrescentou a feliz coincidência do aprendizado mútuo, da troca profunda de experiências vivenciais e a compreensão da importância de descobertas resultantes do pensar e agir diante da temática dos acidentes de trânsito em rodovias.

Nesse sentido, demonstrou-se de forma qualitativa e quantitativa a gravidade dos acidentes ocorridos nas rodovias federais com pista de rodagem no Estado do Rio Grande do Sul, propiciando entender e expor porque a rodovia BR – 386 seja vista como a “Rodovia da Morte” do Estado, denominação essa face aos seus elevados números.

As ações educativas para a conscientização do motorista em prol de um trânsito seguro, a conscientização e as medidas de primeiros socorros prestados ao acidentado, a partir de conhecimentos básicos, devem ter o escopo de aumentar as chances para a vida e minimizar os danos e sequelas decorrentes destes acidentes.

Mais essa propriedade de refletir sobre o assunto, em torno dos seus problemas, facilidades, óbices consignáveis e recomendações incentivam estudos vindouros que possam acrescentar outras buscas e o desencadear de novos questionamentos e realidades.

Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html>.

Acesso em: 21 set. 2019.

_____. Conselho Federal De Medicina. **Resolução 1.529 de agosto de 1998.**

Disponível em:

http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/1998/1529_1998.htm>. Acesso em:

21 set. 2019.

_____. Secretaria de Estado e Saúde. **CURSO BÁSICO DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS SAMU 192 – DF: NEU - Núcleo de Educação em Urgências.** Brasília, 2009.

_____. **Resolução Conselho Nacional de Saúde nº 510, de 07 de abril de 2016.** Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>

Acesso em: 27 nov. 2019.

_____. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Polícia Rodoviária Federal.

Dados Abertos – Acidentes. Disponível em: <https://portal.prf.gov.br/dados-abertos-acidentes> Acesso em: 23 mar. 2020.

_____. Ministério da Infraestrutura. Departamento Nacional de Infraestrutura de Transporte. Disponível em: https://www.dnit.gov.br/rodovias/mapa-de-gereciamento/rio-grande-do-sul/copy10_of_235Mapa_RS.pdf Acesso em: 25 mar 2020.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolos de Intervenção para o SAMU 192 – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.** Brasília: Ministério da Saúde, 2 ed, 2016.

Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_suporte_avancado_vida.pdf

Acesso em: 18 mar 2020.

_____. **Descritores em Ciências da Saúde: DeCS.** ed. rev. e ampl. São Paulo: BIREME / OPAS / OMS, 2017. Disponível em: <http://decs.bvsalud.org>. Acesso em 23 de mar. 2020.

CAVALCANTI, Bruna L. L. ; LIMA, Uirassú T. S. Relato de experiência de uma estudante de enfermagem em um consultório em especializado em tratamento de feridas. **Journal Nursing Hearh** v.2.: n. 1. Pelotas, jan./jun. 2012 .1(2:94-103)

CASTILHO, Ingrid. **Agencia de Saúde.** Publicado em 24 de maio de 2019.

Disponível em: <http://www.saude.gov.br/busca?ordering=newest&limit=20&areas%5B0%5D=contenttags&searchword=tr%C3%A2nsito> Acesso em: 18 dez. 2019.

CHAGAS, Inara. **Segurança no trânsito: como ser um cidadão consciente?**, 2017. Publicado em 02 de ago. de 2017

Disponível em: <https://www.politize.com.br/seguranca-transito-conscientizacao/>

Acesso em: 18 dez. 2019.

CZERWONKA, Mariana. **O agente transformador do trânsito Por Mariana Czerwonka.**, 2016. Publicado em 03 de mar. de 2016

Disponível em: <https://portaldotransito.com.br/opiniaio/saiu-na-midia/o-agente-transformador-do-transito/>. Acesso em: 18 dez. 2019.

ECHER, Isabel Cristina. **Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde.** Revista Latino-americana Enfermagem, v. 13. p 754-757.

set-out 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n5/v13n5a22>

Acesso em: 27 nov. 2019.

ECHER, Isabel Cristina, Guaragna B, Cruz ALP, et al. HIV/AIDS: orientação para pacientes e familiares. Porto Alegre (RS): HCPA; 2006.

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo. **Métodos de Pesquisa.** Porto Alegre: UFRGS, 2009.

GOLDIM, José Roberto. **Manual de iniciação à pesquisa em saúde.** Porto Alegre: Dacasa, 1997.

GRÜN, Taís. **Marques de Souza é a quinta em violência no país.** Geral. Zero Hora, Porto Alegre, Ano 44, n.15.139, p.45, fev. 2007.

GRÜN, Taís; RODRIGUES, Leandro. **BR 386, entre Tabai e Estrela, crescimento que pede duplicação.** Reportagem Especial. Zero Hora, Porto Alegre, Ano 43, n.14.965, p.4-5, ago. 2006.

KANNENBERG, Vanessa. **Sete pedras no caminho da BR 386.** Reportagem Especial. Zero Hora, Porto Alegre, Ano 54, n.18.824, p.9-11, jul. 2017a.

KANNENBERG, Vanessa. **6 meses 524 vidas.** Reportagem Especial. Zero Hora, Porto Alegre, Ano 54, n.18.833, p.6-7, jul. 2017b.

KERVALT, Marcelo. **As obras que prometem dar padrão de freeway à BR – 386.** Zero Hora, Porto Alegre, Ano 56, n.19.558, p.14-16, nov. 2019.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa e saúde.** ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. OPAS. Brasil.

Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5147:acidentes-de-transito-folha-informativa&Itemid=779 Acesso em: 23 mar. 2020.

PAIXÃO, Dilmar Xavier da. **O COMPROMISSO DA UNIVERSIDADE COM UM QUEFAZER PÚBLICO AO ENCONTRO DA EDUCAÇÃO SOCIAL E DO BEM VIVER: por uma Pedagogia da Comunicação Universitária!**. 2018. 286 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul,

Porto Alegre, 2018.

POLIT, Denise F; HUNGLERT, Bernadette P. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, Avaliação e Utilização. 5. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

QUIVY. R.; CAMPENHOUDT, L. V. Manuel de recherche em sciences sociates. Paris: Dunod, 1995.

ROMANZINI, Evânio Márcio; BOCK, Lisnéia Fabiani. **Concepções e sentimentos de enfermeiros que atuam no atendimento pré-hospitalar sobre a prática e a formação profissional.** Revista Latino-americana de Enfermagem, v. 18, n. 2, p.240-246, abr. 2010.

RAMOS, Viviane Oliveira; SANNA, Maria Cristina. **A inserção da enfermagem no atendimento pré-hospitalar: histórico e perspectivas atuais.** Revista Brasileira de Enfermagem, v. 58, n. 3, p.355-360, jun. 2005.

SCAVONE, Renata; et al. **Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado, PHTLS/NAEMT.** 7 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

SEIDL, Eduardo. **Falta de balanças ameaça estradas.** Especial. Correio do Povo, Porto Alegre, Ano 114, n.243, p.13, maio. 2009.

SPENCER, Thamy. **Colisão e morte da Tabai - Canoas.** Policia. Diário de Canoas, Canoas, Ano 41, n.2.077, p.8, nov. 1998.

TRÂNSITOBR, 2019. **O Portal do Trânsito Brasileiro.** Disponível em: https://www.transitobr.com.br/index2.php?id_conteudo=26 Acesso em: 18 dez. 2019.

TREZZI, 2019. **BR 386, a Rodovia da Morte, é marcada por curvas perigosas, pista simples e buracos.** Disponível em: <https://gauchazh.clicrbs.com.br/transito/noticia/2019/04/br-386-a-rodovia-da-morte-e-marcada-por-curvas-perigosas-pista-simples-e-buracos-cjuodmavq01sc01p5fc4kt5rq.html>

UFRGS, 2020. Escola de Enfermagem – Curso Bacharelado. Disponível em: <https://www1.ufrgs.br/PortalEnsino/GraduacaoCurriculos/plone.php?periodo=2019012&r=relatorio&curriculo=202&curso=315&habilitacao=66> Acesso em 20 nov. 2020.

VIASSEGURAS, 2019. **Estatísticas Nacionais de Acidentes de Trânsito.** Publicado em 19 de set. De 2019. Disponível em: http://viasseguras.com/os_acidentes/estatisticas/estatisticas_nacionais Acesso em: 18 dez. 2019.

WALDOW, Vera Regina. **Cuidado Humano: o resgate necessário.** Porto Alegre: Sagra, 1998.