



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

ANDRÉIA CENTENARO VAEZ

**VIOLÊNCIA E ACIDENTES: CARACTERIZAÇÃO DAS
VÍTIMAS ATENDIDAS EM SERGIPE**

**ARACAJU
2011**

ANDRÉIA CENTENARO VAEZ

**VIOLÊNCIA E ACIDENTES: CARACTERIZAÇÃO DAS
VÍTIMAS ATENDIDAS EM SERGIPE**

Dissertação apresentada ao Núcleo de Pós-Graduação em Medicina da Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientadora: Profª. Dra. Edilene Curvelo Hora

**ARACAJU
2011**

ANDRÉIA CENTENARO VAEZ

**VIOLÊNCIA E ACIDENTES: CARACTERIZAÇÃO DAS
VÍTIMAS ATENDIDAS EM SERGIPE**

Dissertação apresentada ao Núcleo de Pós-Graduação em Medicina da Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Ciências da Saúde.

Aprovada em: ____/____/____

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Edilene Curvelo Hora

Prof. Dr. Ricardo Fakhouri

Prof. Dr. Francisco Prado Reis

PARECER

DEDICATÓRIA

*A minha filha, Giovana, por toda força,
incentivo, compreensão e amor.*

*Ao meu marido, Savi, que sempre foi
cúmplice, amigo, companheiro. Obrigada por
toda força, carinho, amor e dedicação.*

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Edilene Curvelo Hora, que acreditou em mim, abriu a porta em busca do conhecimento científico e cujos ensinamentos me possibilitaram a conclusão deste estudo. Agradeço a honra e o privilégio de tê-la como orientadora, obrigada pela paciência, compreensão e dedicação

Aos meus pais, Sergio e Lelia, que sempre acreditaram em minha capacidade de lutar e vencer desafios.

Ao Programa de Pós Graduação da Universidade Federal de Sergipe e a todos os professores que contribuíram para o curso de mestrado em medicina.

Aos amigos do mestrado, em especial, Rita de Cássia, Mariangela Nunes e Antonio, por dividir os conhecimentos científicos e pelo companheirismo em momentos únicos, que sempre estarão em minhas lembranças.

Às amigas, Maria do Carmo, Carla Graziella e Carla Kaline, pela força e apoio nas horas difíceis.

Aos alunos do curso de enfermagem da Universidade Tiradentes, obrigada pelo apoio, dedicação e pelas várias horas dedicadas à coleta de dados. Vocês foram muito importantes para a conclusão desta pesquisa.

Aos professores Josimari Melo de Santana, Ricardo Fakhouri e Valmira dos Santos pela generosidade, compreensão, competência e contribuição durante a qualificação desta dissertação.

Aos funcionários das áreas vermelha e verde trauma do Hospital de Urgência de Sergipe Governador João Alves Filho, pela ajuda necessária a esta pesquisa.

“Agradeço a todas as dificuldades que enfrentei, se não fosse por elas, não teria saído do lugar... As facilidades nos impedem de caminhar”.

Chico Xavier.

VAEZ, AC. Violência e acidentes: Caracterização das vítimas atendidas em Sergipe [Dissertação]. Sergipe: Universidade Federal de Sergipe, Núcleo da Pós Graduação em Medicina, 2011.

RESUMO

No Brasil, o trauma por acidentes e violência constitui um grave problema de saúde pública no Brasil, não só pela sua magnitude como também por atingir vítimas jovens em idade produtiva. O objetivo do estudo foi caracterizar as vítimas de acidentes e violências atendidas em um serviço de urgência em Sergipe. Trata-se de uma pesquisa descritiva, prospectiva de corte transversal e com abordagem quantitativa. Foi realizada em um hospital público do município de Aracaju, referência no atendimento às vítimas de trauma do Estado de Sergipe. A amostra foi intencional, composta por 504 pessoas atendidas em novembro de 2010, com idade igual ou superior a 12 anos, vítimas de acidentes ou violência do estado de Sergipe. Os resultados evidenciaram que as vítimas de trauma tinham idade média de 31,28 anos, a maioria era do gênero masculino, solteiro, procedente da Grande Aracaju, com escolaridade média de 6,64 anos e atividade remunerada. O mecanismo do trauma foi o acidente de transporte, com relato de abuso alcoólico e drogas ilícitas; com ferimento corto contuso, nos membros superiores e inferiores, seguidos de lesões na região da face, cabeça e pescoço. A avaliação inicial na unidade hospitalar evidenciou que a maioria das vítimas sofreu trauma leve, com escore da Escala de Coma de Glasgow entre 13 a 15; *Revised Trauma Score*, com frequência cardíaca e respiratória inalteradas; e relato de dor com intensidade leve e moderada. As imobilizações e o acesso venoso periférico foram os procedimentos de suporte básico e avançado mais frequentes, realizados no atendimento pré-hospitalar. As imobilizações e as medicações ocorreram em sua maioria no setor de urgência. No segmento de atendimento, o desfecho foi a alta no setor de urgência. Houve associação estatisticamente significativa entre acidentes de transporte e violência, com a idade, escolaridade, renda, ocupação e procedência. As quedas tiveram associação com idade, escolaridade, renda, gênero, estado civil e relato de deficiência. Na associação entre os fatores de risco (relato de abuso da bebida alcoólica, consumo de drogas, não utilização do equipamento de proteção individual e a deficiência física, visual, auditiva ou mental) e os acidentes e violências também houve significância.

Descritores: Causas externas; Violência; Acidentes; Enfermagem em emergência.

VAEZ, AC. Violence and accidents: Characterization of assisted victims in Sergipe [Dissertation]. Sergipe: Federal University of Sergipe, Medical School Graduate Department, 2011.

ABSTRACT

Trauma caused by accidents and violence is a serious public health problem in Brazil, not only by its magnitude but also because victims are young people in working age. This study had proposed to characterize victims of accidents and violence assisted in an emergency unit in the State of Sergipe. This is a descriptive, prospective cross-sectional based on quantitative approach research. The study was conducted in a public hospital from Aracaju city, which is a reference center in assisting trauma victims in the State of Sergipe. Study sample was purposive, consisting of 504 victims of accidents or violence in the State of Sergipe, assisted through November, 2010, aging 12 or higher that. Results showed that the trauma victims had an average age of 31.28 years old, most of them were male, single, coming the area called "Grande Aracaju", having an average schooling of 6.64 years and they were involved in wage-earning activity. The main trauma mechanism was traffic accident, with alcohol abuse and illicit drugs reports, lacerations blunts on the upper and lower limbs, followed by lesions in the region of face, head and neck. The initial evaluation at hospital evidenced that for most victims trauma was considered mild, scoring from 13 to 15 in Glasgow Coma Scale, Revised Trauma Score, and unaltered cardiac and respiratory rates was inalterad, with mild intensity pain reports. Immobilization and peripheral venous access were the most frequent basic and advanced support procedures performed in pre-hospital care. Bandages and medication were prevalent within the emergency room. Regarding assistance, the assistance's outcome was the discharge from the emergency room. There had been statistically significant association between traffic accidents and violence regarding schooling, income, occupation and provenance. There was also association of falls to age, schooling, income, gender, marital status and disability reports. Regarding associations between risk factors (reports of drinking of alcoholic beverages, drug consumption, non-use of personal protective equipment and physical, visual, auditory or mental disabilities) and accidents and violence there was also significance

Descritores: External Causes; Violence; Accidents; Emergency Nursing.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Estatística descritiva do perfil socioeconômico das vítimas de violência e acidentes, segundo a idade e escolaridade. Sergipe, 2010	33
Tabela 2	Perfil sociodemográfico das vítimas de violência e acidentes, segundo gênero, estado civil, raça, tipo de deficiência, município de residência e zona. Sergipe, 2010.	34
Tabela 3	Distribuição das vítimas de violência e acidentes, segundo tipo de violência e acidentes, município e local da ocorrência e atividade realizada no momento do evento traumático. Sergipe, 2010.	35
Tabela 4	Distribuição das vítimas de violência e acidentes, segundo dia da semana, turno da admissão da ocorrência, meio de transporte utilizado para chegar ao hospital e presença de acompanhante. Sergipe, 2010.	36
Tabela 5	Distribuição das vítimas dos acidentes de transporte, segundo tipo de vítima, meio de transporte envolvido na ocorrência e utilização de equipamentos de proteção individual. Sergipe, 2010.	37
Tabela 6	Classificação das vítimas de acidentes não relacionadas ao transporte, atendidas em um setor de urgência. Sergipe, 2010.	37
Tabela 7	Distribuição das vítimas de violência, segundo tipo de agressão, provável autor da agressão e gênero do provável agressor. Sergipe, 2010.	38
Tabela 8	Distribuição das vítimas de violência e acidentes, segundo natureza da lesão traumática e área corporal acometida. Sergipe, 2010.	39
Tabela 9	Distribuição dos procedimentos realizados nas vítimas de violência e acidentes, no atendimento pré-hospitalar e na admissão hospitalar. Sergipe, 2010.	39
Tabela 10	Distribuição das vítimas de violência e acidentes atendidas em uma unidade de urgência, segundo intensidade da dor. Sergipe, 2010.	40
Tabela 11	Distribuição das vítimas de violência e acidentes atendidas em uma unidade de urgência, segundo sinais vitais apresentados na admissão hospitalar. Sergipe, 2010.	40
Tabela 12	Distribuição das vítimas de violência e acidentes, segundo avaliação neurológica e Escala de Coma de Glasgow inicial. Sergipe, 2010.	41
Tabela 13	Distribuição das vítimas de violência e acidentes, segundo variáveis: <i>Revised Trauma Score</i> , frequência respiratória, pressão arterial sistólica, escala de coma de Glasgow. Sergipe, 2010.	42
Tabela 14	Distribuição das vítimas de violência e acidentes atendidas em uma unidade de urgência, segundo tipo de exame diagnóstico realizado na admissão hospitalar. Sergipe, 2010.	42

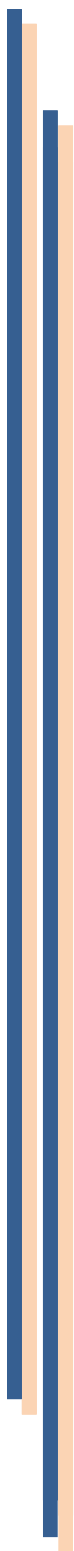
Tabela 15	Distribuição das vítimas de violência e acidentes atendidas em uma unidade de urgência, segundo desfecho do atendimento no setor de urgência. Sergipe, 2010.	43
Tabela 16	Relação da média das variáveis: idade, escolaridade e tempo decorrido entre ocorrência e atendimento hospitalar, em função dos tipos de violência e acidentes. Sergipe, 2010.	43
Tabela 17	Associação entre agressões e variáveis sociodemográficas das vítimas admitidas em uma unidade de urgência. Sergipe, 2010.	44
Tabela 18	Associação entre acidente de transporte e variáveis sociodemográficas das vítimas admitidas em uma unidade de urgência. Sergipe, 2010.	45
Tabela 19	Associação entre acidentes por quedas e variáveis sociodemográficas das vítimas admitidas em uma unidade de urgência. Sergipe, 2010.	46
Tabela 20	Associação entre os diversos acidentes e variáveis sociodemográficas das vítimas atendidas em uma unidade de urgência. Sergipe, 2010.	47
Tabela 21	Associação entre tipos de violência e acidentes e variáveis município e zona da ocorrência, local da ocorrência, atividade realizada no momento do evento traumático e a relação do evento com o trabalho. Sergipe, 2010.	48
Tabela 22	Associação entre tipos de violência acidentes e variáveis: dia da semana, turno da admissão, meio de transporte utilizado para chegar ao hospital e a presença de acompanhante. Sergipe, 2010.	49
Tabela 23	Associação entre fatores de risco das vítimas de violência e acidentes com presença de algum tipo de deficiência, utilização de equipamentos de proteção individual, ingestão de drogas e bebida alcoólica. Sergipe, 2010.	50

LISTA DE ABREVIações

APH	Atendimento pré-hospitalar
AVC	Acesso venoso central
AVP	Acesso venoso periférico
bpm	Batimentos por minuto
CEP	Comitê de ética em pesquisa
CID 10	Classificação Internacional das Doenças 10ª Revisão
D	Direito
DBH VI	VI Diretriz Brasileira de Hipertensão
dp	Desvio-padrão
E	Esquerdo
EPI	Equipamento de proteção individual
ECGI	Escala de Coma de Glasgow
EUA	Estados Unidos da América
FAVVA	Formulário de admissão das vítimas de violências e acidentes
FC	Frequência cardíaca
FR	Frequência respiratória
HUSE	Hospital de Urgência de Sergipe
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
mmHg	Milímetros de Mercúrio
mrpm	Movimentos respiratórios por minuto
NEP	Núcleo de educação permanente
n	Número amostral
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAD	Pressão arterial diastólica
PAS	Pressão arterial sistólica
PNRMAV	Política Nacional de Redução da Morbidade e Mortalidade por Acidentes e Violências
RTS	Revised Trauma Score
SAMU	Serviço de atendimento móvel de urgência
SAE	Sistematização da assistência de enfermagem
SIM	Sistema de Informação sobre a Mortalidade
SPSS	Statistical Package for the social science
SUS	Sistema Único de Saúde
TCE	Trauma cranioencefálico
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TOT	Tubo Orotraqueal
TQT	Traqueóstomo
VIVA	Vigilância de Violências e Acidentes

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	16
3 OBJETIVOS.....	23
3.1 OBJETIVO GERAL	23
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	23
4 CASUÍSTICA E MÉTODO	25
4.1 TIPO DE ESTUDO	25
4.2 LOCAL DO ESTUDO	25
4.3 CASUÍSTICA.....	26
4.4 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	27
4.5 ASPECTOS ÉTICOS	27
4.6 PROCEDIMENTO DE COLETA DOS DADOS.....	28
4.7 TABULAÇÃO DOS DADOS.....	28
4.8 ANÁLISE DOS DADOS	30
5 RESULTADOS	33
6 DISCUSSÃO	52
7 CONCLUSÃO.....	61
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
REFERÊNCIAS	66
APÊNDICES	
ANEXOS	



Introdução

1 INTRODUÇÃO

As violências e os acidentes fazem parte da história da humanidade, pois, desde os primórdios, encontramos relatos de aumento dos conflitos entre os seres humanos, os quais tornaram as causas externas uma das principais causas de morte e incapacidades (SOUSA, 2009).

No Brasil, isto configura um problema de saúde pública de grande magnitude e transcendência, com um grande impacto na morbidade e na mortalidade da população, sendo caracterizado como resultado de ações ou omissões humanas, bem como de fatores sociais (BRASIL, 2001).

O trauma ocupa o segundo lugar na mortalidade geral e a primeira causa de óbito na faixa etária dos 5 a 49 anos e constitui um importante determinante de invalidez nas vítimas. Dados mais recentes do Ministério da Saúde revelam que, no Brasil, em 2007 houve 131.032 óbitos por violências e acidentes, sendo 1.339 no Estado de Sergipe. Em 2008, verificaram-se 768.992 internações por causas externas, com destaque para os acidentes de transporte, quedas, agressões e queimaduras (SANTOS et al., 2008a; NOVO, 2009; BRASIL, 2010a; BRASIL, 2010b).

As violências e os acidentes não devem ser vistos apenas como uma mera fatalidade, pois são previsíveis e preveníveis, alteram o cotidiano e causam sofrimento às vítimas. Estes podem ser considerados uma doença de caráter endêmico, que apresenta um conjunto de alterações anatômicas e funcionais, capazes de produzir no organismo da vítima, distúrbios fisiológicos que ocorrem pela geração de troca de energia, cujo agente causal é a energia física (OLIVEIRA et al., 2004; PHTLS, 2007; NOVO, 2009).

A análise das violências e acidentes é vista sob a tríade epidemiológica, na qual ocorre a interação simultânea de três fatores: o agente causal (a energia física que é transferida ao corpo), o hospedeiro (o homem) e o ambiente (com componentes físicos e sociais). Para tanto, a variabilidade da junção destes fatores representa um desafio às políticas públicas de prevenção (PHTLS, 2007; NOVO, 2009).

A violência e os acidentes constituem um conjunto de agravos à saúde que podem ser acidentais ou intencionais, definidos como causas externas pela Classificação Internacional de Doenças 10ª Revisão (CID 10), são constituídos pelos acidentes de trânsito, homicídios, suicídios, outras violências (intoxicações, queimaduras, quedas, afogamentos, entre outros), bem como as causas externas acidentais ou intencionais (OMS, 1998; BRASIL, 2001; BRASIL, 2005a).

O impacto das violências e acidentes na qualidade de vida e nas condições de saúde da população é um grande problema a ser enfrentado, pois o trauma afeta não apenas a vítima que sofreu a lesão, mas envolve a família e todas as pessoas que estão a sua volta, com consequentes problemas de saúde, sociais e econômicos (HORA; SOUSA, 2005; BRASIL, 2009; SOUSA, 2009).

Os estudos a respeito da distribuição, frequência e possíveis determinantes, dos eventos são escassos e têm grande relevância para aproximação e reconhecimento de uma realidade de graves consequências (MESQUITA FILHO; MELLO JORGE, 2007). Na maioria dos países, o conhecimento do impacto das causas externas verifica-se 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 das violências e acidentes é sempre difícil, mesmo nos países desenvolvidos, por problemas de ordem metodológica. Os dados epidemiológicos são incompletos, pois não existem informações que englobem 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 a aplicação de medidas que envolvam a elaboração de uma legislação e desenvolvimento de estratégias de intervenção voltadas à prevenção, tratamento e reabilitação, com identificação de grupos e fatores de risco (BRASIL, 2001).

Frente às considerações apresentadas, emergiu o interesse em caracterizar as vítimas de violência e acidentes no Estado de Sergipe, o estudo justifica-se pela coleta de uma maior quantidade e qualidade de dados, a fim de direcionar ações de que possam auxiliar no planejamento e avaliação do tratamento instituído a essas vítimas.



Revisão da Literatura

2 REVISÃO DA LITERATURA

A violência e os acidentes são causas externas e constituem um problema de saúde pública, não só pela magnitude das lesões, como também por atingir pessoas jovens em fase economicamente produtiva (BRASIL, 2006; IRDESEL et al., 2007; IAMTRAKUL; HOSSAIN, 2007).

A partir da década de 1980, as causas externas ganharam uma expressiva preocupação na saúde pública que permanece na atualidade como um desafio às Políticas Públicas de Saúde. A lesão traumática, decorrente desses eventos, é considerada uma doença com consequências para o indivíduo (FREIRE, 2001). Apesar do impacto sobre a saúde pública e elevado custo para a sociedade, o trauma ainda é negligenciado como doença e não deve ser visto apenas como mera fatalidade, pois 50% ou mais das mortes por essas lesões poderiam ser evitadas (NOVO, 2009).

Para a Organização Pan-Americana da Saúde, esse problema de saúde pública tornou-se de caráter endêmico em razão do número de vítimas e a magnitude das sequelas orgânicas e emocionais (MINAYO, 1994). No Brasil, ao final da década de 1990, por se observar mudanças no perfil de morbidade e mortalidade, pelas causas externas, este tema foi introduzido na Agenda Nacional de Política de Saúde (MINAYO, 2006).

Em junho de 1993, o governo brasileiro decidiu ações que estabeleceram políticas e planos nacionais de prevenção e controle das violências e acidentes, com a colaboração de todos os setores sociais envolvidos (MINAYO, 1994). Em 1998, foi criado um comitê técnico com a finalidade de diagnosticar e propor ações específicas para o setor, que foi analisado e aprovado pelas instâncias tripartites do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Conselho Nacional de Saúde (MINAYO, 2006).

O documento oficializado como Política Nacional de Redução da Morbidade e Mortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV) contém conceitos, diagnóstico situacional, diretrizes e as estratégias de ação intersetorial, cuja relevância, deriva do fato de que a política faz uma inflexão e uma ampliação da responsabilidade do setor de saúde sobre o tema das violências e acidentes. Com base nessa política, foram elaboradas portarias específicas e diretrizes sobre a promoção da vida e a prevenção, além de orientar o Sistema de Atenção à Saúde, quanto ao atendimento às vítimas e seus familiares (DESLANDES; MINAYO; LIMA, 2008).

Embora essa política tenha sido aprovada, em 2001, como instrumento orientador do setor público de Saúde, ainda existe a necessidade de ser colocada em prática. Há uma

preocupação mundial com a conscientização em massa, a fim de revelar à população de todas as classes sociais e idades, quão grave tornaram-se os acidentes e violências. A educação e o conhecimento da causa básica, que gera o trauma, podem ajudar a prevenir ou reduzi-los (SUCUPIRA, 2004).

Em 2006, foi implantada, em 187 municípios de 24 estados brasileiros, a rede de serviços sentinela, como estratégia da Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), que possibilita o diagnóstico da situação dos casos não reconhecidos ou incorporados aos sistemas de informação. O inquérito sentinela é realizado uma vez por ano por um período de 30 dias nas unidades de urgência e emergência dos respectivos municípios (BRASIL, 2009).

A violência é definida como o uso da força contra uma pessoa ou comunidade, que possa resultar em danos psicológicos, lesões ou morte (WHO, 2009). Os dados epidemiológicos representam a magnitude e a intensidade superior aos observados em países em situação de guerra, que afetam de forma desigual a sociedade e geram riscos diferenciados em função das variáveis socioeconômicas (SOUZA; LIMA, 2007).

Estudos sobre a temática destacam a violência contra a criança, a mulher, o idoso e o uso de álcool e drogas. Entretanto, os registros podem não representar o número real de violências na população, pois, muitas vezes, ocorre a subnotificação e muitas vítimas deixam de recorrer aos serviços de saúde ou policial (BRASIL, 2005a; SOUZA; LIMA, 2006).

Conforme as características do agressor, a violência é dividida em três categorias: a primeira, é designada como autoinfligida e subdivide-se em comportamento suicida e autoabuso; a segunda, a interpessoal, pode acontecer no ambiente familiar ou comunitário; e a última, a violência coletiva, subdividida em social, política e econômica (OMS, 2002).

Os acidentes são decorrentes do acontecimento casual, incontrolável e sem intenção (BRASIL, 2009). Consiste no encontro de um indivíduo e um ambiente de alto risco, que gera condições favoráveis, para que se inicie o evento traumático. Entretanto, a violência e os acidentes não podem ser vistos somente como uma fatalidade, pois podem ocorrer dentro de padrões previsíveis e preveníveis (NOVO, 2009).

O trauma representa a principal razão para a morte precoce e para a deficiência adquirida em pessoas com idade inferior a 45 anos (MELO; SILVA; MOREIRA JR, 2004; SOBERG et al., 2007; MEISLER et al., 2011; REBHOLZ et al., 2011), conduz dispensas de trabalho, baixa eficiência, doenças mentais e incapacidade para retornar às atividades laborais de modo permanente, com limitações físicas e psicológicas (MOTAMEDI; KHATAMI; TARIGHI, 2009; ELKLIT; CHRISTIANSEN, 2009). O trauma é, portanto, uma das causas mais frequentes de morbidade/mortalidade no Brasil e no mundo (SOUSA, 2009;

MOTAMEDI; KHATAMI; TARIGHI, 2009; MEISLER et al., 2011; REBHOLZ et al., 2011).

A mortalidade varia, conforme o gênero, a faixa etária e nas regiões metropolitanas concentram-se a maior proporção de vítimas por violência em todas as causas específicas (MEISLER et al. 2011), com destaque para o homicídio, que afeta no mundo, aproximadamente, 600.000 pessoas por ano (WHO, 2009). Nos acidentes, verificam-se vítimas de acidentes de transporte, em especial pedestres que morrem por atropelamento (CAVALCANTI; MONTEIRO, 2008).

Na Europa, o perfil da mortalidade por trauma pode mudar nos próximos anos, em virtude do aumento do número de pacientes acima de 80 anos, esta mudança pode ser em decorrência do crescimento da população idosa (MEISLER et al., 2011).

O trauma é a quarta causa de morte nos Estados Unidos da América (EUA), e a principal causa de óbito entre 1 e 45 anos, sendo o trauma cranioencefálico (TCE) responsável pela maioria das mortes precoces em traumatizados graves (BIROLINI et al., 2007).

No Brasil, em 1976 foi elaborado, o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), que gera dados para estimar o número de óbitos ocorridos e identificar a principal causa de morte registrada nos municípios e estados (BRASIL, 2005b). Dados mais recentes do Ministério da Saúde revelam que, em 2007, ocorreram 131.032 óbitos por causas externas, sendo 1.339 no Estado de Sergipe (BRASIL, 2010a).

Para estimar a morbidade, são usadas as informações sobre as internações hospitalares realizadas pelo SUS (BRASIL, 2009). Em 2008, verificaram-se 768.992 internações por causas externas, com destaque para os acidentes de transporte, quedas, agressões e queimaduras (BRASIL, 2010b).

Nos EUA, aproximadamente 37% dos pacientes admitidos em uma unidade de emergência são vítimas de trauma, cujo sucesso do atendimento e evolução desses doentes difere de acordo com o tipo de trauma e população atingida (BIROLINI et al., 2007). As vítimas que sobrevivem, podem se tornar incapazes de realizar o autocuidado e têm necessidade de auxílio de terceiros para as atividades diárias (LANGLOIS; RUTLAND-BROWN; THOMAS, 2004).

O internamento prolongado dessas vítimas, a necessidade de equipes multidisciplinares envolvidas no atendimento e as sequelas causadas pelo trauma modificam a qualidade de vida das vítimas e revelam o grave problema social vivido na atualidade (HORA; SOUSA, 2005; BROWN et al., 2008; SOUSA, 2009).

O TCE leve é uma das principais lesões nas vítimas de trauma, embora essa lesão não seja permanente, pode levar a significativas limitações a longo prazo. Estima-se que mais de 5,3 milhões pessoas estão vivendo nos EUA com deficiências relacionadas ao trauma (BROWN et al., 2008). Muitas dessas vítimas sofrem de uma variedade de sequelas psicológicas, motoras, comportamentais e cognitivas, como: ansiedade, depressão, amnésia, dificuldade de concentração, o transtorno de estresse pós-traumático, entre outros (BROWN et al., 2008; ELKLIT; CHRISTIANSEN, 2009).

Do ponto de vista econômico, a violência representa um custo difícil de ser mensurado, que afeta sobretudo uma faixa etária populacional produtiva que é arrancada bruscamente do meio e da forma em que vivem, seja pela morte prematura ou pela ocorrência de sequelas, na maioria das vezes graves e irreversíveis (IAMTRAKUL; HOSSAIN, 2007).

A família deve ser preparada para receber essa vítima, a fim de ajudá-la a enfrentar as consequências do trauma (HORA; SOUSA; ALVAREZ, 2005). Portanto, deve ser realizada a orientação dos familiares sobre a necessidade de prevenir novas lesões e desenvolver estratégias de prevenção para toda a família, bem como deixá-los em alerta para as sequelas que podem se manifestar após o trauma (BROWN et al., 2008).

No Brasil, a Portaria 2.048/GM, de 5 de dezembro de 2002, regulamenta para todo o País, o atendimento às vítimas de trauma por meio de equipes que compõem o sistema de urgência móvel, no qual o atendimento pré-hospitalar (APH) é realizado de modo sistematizado e hierarquizado, por uma equipe multiprofissional (BRASIL, 2002).

A vítima deve ser o centro da atenção e do cuidado, que precisa ser realizado desde o momento do acidente até o encaminhamento adequado a unidade hospitalar, que deve estar estruturado de modo a atender às necessidades específicas, incluindo a fase de reabilitação. Essa assistência sugere a redução da mortalidade dessas vítimas, visto que recebem o primeiro atendimento ainda na cena da ocorrência, para então transferi-la ao hospital de referência mais próximo (PEREIRA; LIMA 2006).

No atendimento inicial, a equipe composta por profissionais de saúde deve realizar o exame primário: avaliação inicial das lesões, a identificação de fatores que coloquem em risco a vida e o estabelecimento das prioridades. Esse atendimento é constituído de cinco etapas conhecidas mundialmente como o ABCDE: A- Avaliação das vias aéreas e estabilização da coluna cervical; B- Respiração; C- Circulação; D- Incapacidade; e, E- Exposição e ambiente (PHTLS, 2007).

A cada etapa são consideradas as necessidades básicas da vítima e estima-se que o tempo de permanência no local do evento traumático para o atendimento primário deve

ser de apenas 10 minutos. O exame secundário com coleta do histórico e o exame físico detalhado completam o exame primário, sendo realizados após a identificação e tratamento das lesões que põem em risco a vida da vítima. Portanto, após ser assegurado o controle dos danos, a vítima deve ser transferida ao hospital de referência mais próximo, sendo recomendado um centro de atendimento ao trauma (PHTLS, 2007).

Destaca-se ainda na assistência realizada no APH a abordagem de ver, ouvir e sentir, resumidas na importância das propedêuticas: inspeção, palpação, ausculta e percussão, usadas durante a avaliação secundária da vítima no exame físico. Esses achados deverão ser registrados em uma ficha de atendimento, bem como os procedimentos realizados no APH, de forma simples e completa (MALVESTIO; SOUSA, 2008).

No APH, o enfermeiro é o responsável pelo “atendimento de enfermagem necessário para reanimação e estabilização do paciente, no local do evento e durante o transporte”. Entre as ações desse profissional destacam-se o “planejamento, programação, orientação e supervisão das atividades de assistência de enfermagem; prestar cuidados diretos de enfermagem a pacientes em estado grave”, bem como realizar manobras de extração manual das vítimas (BRASIL, 2002, p. 24).

Na unidade de urgência e emergência hospitalar, o enfermeiro é o centro da equipe, planeja os procedimentos e as ações de enfermagem, acompanha o preparo dos equipamentos e coordena a equipe de enfermagem, deve combinar “habilidades técnicas, capacidade, iniciativa, liderança, criatividade e responsabilidade social para liderar e tomar decisões rápidas” (GENTIL; MALVESTIO, 2009, p.217).

Neste setor, o enfermeiro deve reavaliar as vítimas de trauma e realizar um atendimento organizado, sistematizado e de qualidade. Durante a admissão hospitalar, deve-se considerar, na vítima, o estado físico, mental, os dados vitais e todos os procedimentos realizados no APH, que necessitam ser registrados no setor de urgência para reduzir a subnotificação de dados.

A sistematização da assistência de enfermagem (SAE) é um método de trabalho que permite ao enfermeiro organizar e coordenar as atividades de enfermagem, bem como melhorar a qualidade dos registros e da assistência. O registro nos prontuários possibilita a realização, de forma indireta, da avaliação dos cuidados prestados pelos profissionais de enfermagem, bem como orienta o segmento do atendimento (D’INNOCENZO; ADAMI, 2004). Entretanto, a qualidade dos registros é questionada, na maioria das vezes, por gerarem informações incompletas, que não abordam as circunstâncias do acidente ou violência (OMS, 2002).

É necessário conhecer a epidemiologia e a história natural, bem como os diversos fatores envolvidos no trauma, as estratégias e intervenções possíveis para diminuir a incidência, para então realizar medidas preventivas. Os profissionais que atendem essas vítimas estão em uma posição privilegiada para praticar essas ações, por meio do contato diário com as vítimas estabilizadas e com as famílias e podem emitir informações e mensagens para evitar as recidivas (NOVO, 2009).

Nesse contexto, o enfermeiro exerce o importante papel de educador no processo saúde-doença e pode contribuir para o desenvolvimento da prevenção de novos agravos crônicos não transmissíveis, e na realização de uma assistência de enfermagem sistematizada. Portanto, caracterizar essas vítimas é de fundamental importância, pois além de conhecer a causa básica, magnitude e as consequências das lesões permitem direcionar medidas de prevenção, promoção e reabilitação dos agravos à saúde.



Objetivos

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- Caracterizar as vítimas de violência e acidentes atendidas em um serviço de urgência referência para trauma no Estado de Sergipe.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever as variáveis: gênero, idade, estado civil, escolaridade, procedência, profissão, ocupação, mecanismo do trauma, atividade realizada no momento do evento traumático, ingestão de álcool e drogas, tempo decorrido entre o evento traumático e o atendimento hospitalar, natureza da lesão, região corporal atingida, procedimentos realizados e o desfecho do atendimento na área de urgência;
- ✓ Verificar a associação entre as variáveis sociodemográficas e os tipos de violência e acidentes;
- ✓ Verificar a associação entre os fatores de risco e os tipos de violência e acidentes.



Casuística e Método

4 CASUÍSTICA E MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Caracteriza-se como descritivo, de corte transversal, prospectivo e com abordagem quantitativa. A finalidade dos estudos descritivos é observar, descrever e documentar um fenômeno característico de uma determinada população, de acordo com a distribuição de doenças ou condições relacionadas à saúde, segundo o tempo, o lugar e/ou as características dos indivíduos (POLIT; BECK; HUNGLER, 2006).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

Foi desenvolvido no Hospital de Urgência de Sergipe (HUSE), em novembro de 2010, trata-se de um hospital geral de alta complexidade, vinculado à Secretaria do Estado de Sergipe, referência no atendimento às vítimas de violência e acidentes de Sergipe e Estados circunvizinhos da Bahia, Alagoas e Pernambuco.

O HUSE faz parte do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) inquérito sentinela, implantado no Brasil, em 2006, pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2009). O atendimento é organizado, de acordo com o protocolo de Classificação de Risco para acolhimento das vítimas, que divide o Pronto-Socorro em áreas por cores que classificam a prioridade do atendimento dos pacientes (BRASIL, 2004), conforme a distribuição das áreas:

- área azul – é realizado o atendimento aos pacientes que necessitam de medicação, com prioridade baixa, atendimento com horário de chegada, recepção e acolhimento, além de procedimentos especializados, medicação e observação rápida;
- área verde – destina-se à observação de pacientes com prioridade média e atendimento não crítico, mas com necessidade de observação. Ocorre a realização de procedimentos especializados, imobilizações, medicação e sutura em pequenos ferimentos;
- área amarela – setor indicado para vítima que apresenta estado crítico, entretanto estável e necessita de cuidados semi-intensivos.
- área vermelha – destina-se ao atendimento de vítimas com risco iminente de morte, com necessidade de atendimento imediato e cuidados intensivos, além da possibilidade da realização de procedimentos complexos, suturas e drenagem.

As vítimas de violências e acidentes recebem o primeiro atendimento nas áreas verde trauma e vermelha, posteriormente, podem ter como desfecho do atendimento: 1) alta hospitalar no setor de urgência; 2) permanecer em observação ou internadas no setor urgência; 3) transferidas para outra instituição hospitalar; 4) encaminhadas às diversas unidades hospitalares (centro cirúrgico, unidade de tratamento de queimaduras, unidade de internamento, unidade de terapia intensiva ou semi-intensiva).

4.3 CASUÍSTICA

Para a realização do cálculo amostral, foram utilizados os dados do inquérito VIVA realizado pelo Ministério da Saúde em 2007, por um período de 30 dias, em três hospitais de Sergipe, que obteve 1.934 vítimas de violência e acidentes (BRASIL, 2009).

Para tanto, utilizou-se a fórmula de Barbetta, sendo considerado erro amostral de 5% e um intervalo de confiança de 95% (BARBETTA, 2004), conforme o cálculo a seguir:

N = Tamanho da população. E_0 = Erro amostral tolerável. n_0 = Primeira aproximação do tamanho amostral. n = Tamanho da amostra.				
$n_0 = \frac{1}{E_0^2}$	$n_0 = \frac{1}{0,05^2}$	=	$\frac{1}{0,0025}$	= 400
$n = \frac{N \times n_0}{N + n_0}$	$n_0 = \frac{1934 \times 400}{1934 + 400}$	=	$\frac{773600}{2334}$	= 331,44

n=331 vítimas de violências e acidentes

Quadro 1: Cálculo amostral

Para que a amostra fosse representativa, foi necessário no mínimo 331 vítimas de violência e acidentes. No presente estudo, foram realizadas 539 admissões de vítimas, das quais foram excluídas 35, por idade inferior a 12 anos e a ocorrência ter sido desencadeada em outros Estados.

Portanto, a casuística do estudo constituiu-se de uma amostra intencional de 504 vítimas de acidentes e violência, que atenderam aos seguintes critérios de inclusão:

- ter idade igual ou superior a 12 anos;
- ser vítima de violência ou acidente, no qual o evento traumático tenha sido

desencadeado em um dos municípios do Estado de Sergipe, no mês de novembro;

- ser admitida na urgência do HUSE (área vermelha ou verde trauma);
- aceitar participar da pesquisa com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pela vítima ou responsável.

Foram excluídas as vítimas com déficit no nível de consciência, que não possuíssem um familiar ou responsável para fornecer o consentimento para a pesquisa

4.4 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Trata-se de um instrumento estruturado, elaborado e validado pela pesquisadora (em processo de publicação), denominado Formulário para Admissão das Vítimas de Violências e Acidentes (FAVVA), destinado ao registro dos dados dessa vítima. O formulário consta de seis partes: a primeira possui dados da identificação socioeconômica da vítima; a segunda, sobre a ocorrência; a terceira, possui dados do acidente; a quarta, com os dados da violência; a quinta, possui dados referentes à admissão da vítima e, na última parte, os dados do seguimento do atendimento.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade Tiradentes, em abril de 2010, sob o cadastro 120.310 (ANEXO A). Todos os direitos e a identidade dos participantes foram resguardados, a fim de atender a Resolução nº 196/96 de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério de Saúde, Brasília-DF. Os sujeitos ou familiar responsável assinaram o TCLE, com garantia de recusa a qualquer momento, sem sofrer qualquer dano (BRASIL, 1996).

O TCLE consiste em um instrumento pré-coleta de dados, realizado em duas vias de igual teor, compreende os dados de identificação dos sujeitos da pesquisa ou responsável legal, dados sobre a pesquisa, termo de consentimento e informações sobre os pesquisadores. A primeira via assinada foi entregue ao participante da pesquisa, e a segunda foi arquivada pela pesquisadora (Apêndice A).

4.6 PROCEDIMENTO DE COLETA DOS DADOS

Após a aprovação pelo CEP da Universidade Tiradentes, foi elaborado o instrumento de coleta de dados e realizada a seleção dos investigadores que participaram de três capacitações.

Na primeira, foram abordadas as definições; tipos de violência e acidentes; como é realizada a admissão das vítimas; sinais vitais; escala de Coma de Glasgow (ECGI); escala visual e analógica da dor; *Revised Trauma Score* (RTS) e a descrição do seguimento do atendimento. No final desse dia foi entregue uma cópia do FAVVA a cada um dos participantes, para que estes pudessem conhecer o instrumento de forma mais detalhada.

Na segunda, foram realizadas orientações quanto ao preenchimento do FAVVA, assistência de enfermagem realizada na admissão das vítimas, avaliação neurológica e sinais de complicações secundárias. Na última capacitação foi feita a apresentação do campo de coleta de dados e foram fornecidos maiores esclarecimentos sobre o preenchimento do formulário.

Ao término das capacitações, a coleta dos dados foi realizada na área vermelha e na área verde trauma (Sutura e ortopedia) do HUSE, durante 30 dias do mês de novembro de 2010, em plantões de 12 horas com turnos alternados (diurno/noturno). Após a anuência verbal das vítimas ou responsável e a assinatura do TCLE, foi aplicado o FAVVA durante a admissão das vítimas, conforme critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos.

4.7 TABULAÇÃO DOS DADOS

Os dados foram armazenados em um banco de dados eletrônico do Programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 18.0.

Para o registro dos tipos de violências e acidentes, foi considerada a classificação da Organização Mundial de Saúde (OMS), expressa no manual CID-10 (OMS, 1998), que distribui as causas externas, como todos os casos de violências e acidentes, relacionados ao evento traumático que se divide em acidentes de transporte (motociclista, ciclista, pedestre, ocupante de um automóvel, dentre outros), queda, agressão, entre outros acidentes

Com relação à apresentação da procedência das vítimas de violências e acidentes, foram utilizados dados do IBGE, que divide os 75 municípios do Estado de Sergipe em oito regiões (SERGIPE, 2008):

- 1) Alto Sertão é composto por sete municípios – Canindé do São Francisco, Gararu, Monte Alegre de Sergipe, Nossa Senhora da Glória, Nossa Senhora de Lourdes, Poço Redondo e Porto da Folha;
- 2) Baixo São Francisco possui 14 municípios – Amparo do São Francisco, Brejo Grande, Canhoba, Cedro do São João, Ilha das Flores, Japoatã, Malhada dos Bois, Muribeca, Neópolis, Pacatuba, Propriá, Santana do São Francisco, São Francisco e Telha;
- 3) Médio Sertão composto por seis municípios – Aquidabã, Cumbe, Feira Nova, Graccho Cardoso, Itabi e Nossa Senhora das Dores;
- 4) Leste Sergipano composto por nove municípios – Capela, Carmópolis, Divina Pastora, General Maynard, Japaratuba, Pirambu, Rosário do Catete, Santo Rosa de Lima e Siriri;
- 5) Agreste Central possui 14 municípios – Areia Branca, Campo do Brito, Carira, Frei Paulo, Itabaiana, Macambira, Malhador, Moita Bonita, Nossa Senhora Aparecida, Pedra Mole, Pinhão, Ribeirópolis, São Domingos e São Miguel do Aleixo;
- 6) Sul Sergipano com 11 municípios – Arauá, Boquim, Cristinápolis, Estância, Indiaroba, Itabaianinha, Pedrinhas, Salgado, Santa Luzia do Itanhi, Tomar do Geru e Umbaúba;
- 7) Centro Sul composto por cinco municípios – Lagarto, Poço Verde, Riachão do Dantas, Simão Dias e Tobias Barreto; e,
- 8) Grande Aracaju composta por nove municípios – Aracaju, Barra dos Coqueiros, Itaporanga d’Ajuda, Laranjeiras, Maruim, Nossa Senhora do Socorro, Riachuelo, Santo Amaro das Brotas e São Cristovão.

Para a caracterização das vítimas de violências e acidentes, as variáveis sociodemográficas e os dados da admissão foram categorizados da seguinte forma:

- estado civil: solteiro; casado ou união estável; separado ou desquitado; e, viúvo (IBGE, 2010);
- raça/etnia: branco; pardo; preto; indígena e amarelo (IBGE, 2010);
- profissão: sim - para os que têm; e, não – para os que não têm uma profissão;
- ocupação: sim (população ocupada) – pessoas que em um determinado período de referência, trabalharam ou tinham trabalho; não (população desocupada) – aquelas que não tinham trabalho, em um determinado período de referência, mas estavam dispostas a trabalhar (IBGE, 2010);
- turno da ocorrência foi subdividido, conforme a hora da admissão da vítima: manhã (6

- às 11h59); tarde (12 às 17h59); noite (18 às 23h59); e, madrugada (00 às 6h59);
- dias da semana: segunda-feira; terça-feira; quarta-feira; quinta-feira; sexta-feira; sábado e domingo;
 - escore do RTS: foi atribuído inalterado para pontuação 12; alterado quando o valor fosse menor que 12 (MALVESTIO, SOUSA, 2002; MOORE et al., 2006);
 - frequência cardíaca (FC): normocárdico - pulso periférico de 60 a 100 batimentos por Minuto (bpm); taquicárdico - valores acima de 100 bpm; e, bradicárdico - pulso periférico menor que 60 bpm;
 - frequência respiratória (FR): eupneico – FR de 14 a 20 movimentos respiratórios por minuto (mrpm); taquipneico – FR superior a 20 mrpm; e, bradipneico – FR inferior a 14 mrpm;
 - pressão arterial sistólica (PAS): PAS ótima - valores menores que 120 mmHg; PAS normal – valores entre 120 e 130 mmHg; PAS limítrofe – valores entre 130 e 139 mmHg; hipertensão estágio I – valores entre 140 e 159 mmHg; hipertensão estágio II – valores de 160 a 179 mmHg; e, hipertensão estágio III – valor maior ou igual a 180 mmHg (DBH VI, 2010);
 - pressão arterial diastólica (PAD): PAD ótima – valores inferiores a 80 mmHg; PAD normal – valores entre 80 e 85 mmHg; PAD limítrofe – valores de 85 a 89 mmHg; hipertensão estágio I – valores de 90 a 99 mmHg; hipertensão estágio II – valores de 100 a 109 mmHg; hipertensão estágio III – PAD com valor igual ou superior a 110 mmHg (DBH VI, 2010);
 - escore da ECGI: trauma leve – escore de 13 a 15 pontos; trauma moderado – escore de 9 a 12 pontos; e, trauma grave – escore de 3 a 8 pontos (KOIZUMI; DUCCINI, 2006);
 - escala visual analógica da dor: esta foi dividida em dor ausente – escore zero ponto; dor leve – escore de 1 a 4 pontos; dor moderada – escore de 5 a 7 pontos; e, dor intensa – escore de 8 a 10 pontos;

4.8 ANÁLISE DOS DADOS

As variáveis categóricas foram descritas por meio de frequência absoluta e relativa. As variáveis numéricas foram avaliadas pela média, mediana, desvio-padrão (dp), mínimo e máximo.

Para verificar a relação das médias das variáveis numéricas em função dos tipos de violência e acidentes, utilizou-se o teste de Tukey. Para testar a proporção entre as variáveis categóricas, usou-se o teste Qui-quadrado de Pearson.

Para todo o estudo, foi considerado o nível de significância $p < 0,05$.



Resultados

5 RESULTADOS

O estudo realizado com 504 vítimas de violência e acidentes atendidas nas áreas vermelha ou verde trauma do HUSE apresentou os resultados a seguir.

Conforme os dados da Tabela 1, as vítimas foram jovens e com baixa escolaridade.

Tabela 1: Estatística descritiva do perfil socioeconômico das vítimas de violência e acidentes, segundo a idade e escolaridade. Sergipe, 2010.

Variáveis	n	Média	Mediana	Dp	Mínimo	Máximo
Idade (anos)	499	31,28	27	13,79	12	94
Escolaridade (anos)	483	6,64	7	3,63	0	15

n= número de sujeitos / dp=desvio padrão

Nos dados da Tabela 2, observou-se que a grande maioria das vítimas de violência e acidentes foi do sexo masculino (79,8%), com proporção de aproximadamente, 4:1 (homens/mulheres). Quanto ao estado civil, verificou-se que a maioria era solteira (50,6%) e declarava-se parda (48,8%), residia na Grande Aracaju (72,6%), em zona urbana (85,9%)

Observou-se, ainda, que 6,6% das vítimas possuíam algum tipo de limitação (física, visual, auditiva ou mental), com maior proporção as deficiências físicas (2,2%). A maioria das vítimas relatou possuir profissão (56,9%) e ocupação (83,5%).

Tabela 2: Perfil sociodemográfico das vítimas de violência e acidentes, segundo gênero, estado civil, raça, tipo de deficiência, município de residência e zona. Sergipe, 2010.

Variáveis	Categorias	fa (n)	fr (%)
Gênero	Feminino	102	20,2
	Masculino	402	79,8
Raça/cor da pele*	Branco	114	22,6
	Preto	132	26,2
	Parda	246	48,8
	Indígena	2	0,4
	Amarela	10	2,0
Estado civil	Solteiro	255	50,6
	Casado/União estável	220	43,7
	Separado/divorciado	17	3,3
	Viúvo	12	2,4
Tipo de deficiência	Física/ósteo-articular	11	2,2
	Visual	10	2,0
	Auditiva	8	1,6
	Mental	4	0,8
Profissão	Sim	287	56,9
	Não	217	43,1
Ocupação	Sim	421	83,5
	Não	83	16,5
Procedência	Grande Aracaju	366	72,6
	Sul Sergipano	37	7,3
	Leste Sergipano	31	6,2
	Agreste Central Sergipano	20	3,9
	Centro Sul Sergipano	14	2,8
	Baixo São Francisco Sergipano	14	2,8
	Alto Sertão Sergipano	10	2,0
	Médio Sertão Sergipano	9	1,8
	Outros Estados	3	0,6
Zona	Urbana	433	85,9
	Rural	71	14,1
Total		504	100

*Classificação utilizada pelo IBGE (2010)n= número de sujeitos / fa=frequência absoluta / fr=frequência relativa

O tempo médio registrado entre o trauma e o atendimento hospitalar, foi de 185,26±469,9 minutos, com tempo mínimo de cinco e máximo de 7.200 minutos (5 dias). Entre as vítimas atendidas pelo serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU), o tempo foi de 103,64±129,4 minutos, com mínimo de 5 e máximo de 840 minutos (14 horas).

Na descrição do evento, nos dados da Tabela 3 observou-se que a maioria das vítimas foi acometida por acidentes de transporte (51%), seguida das agressões (19,2%) e procedeu dos municípios que pertencem à Grande Aracaju (72,6%), com destaque para Aracaju (39,3%). Em sua maior parte, os traumas ocorreram durante atividades recreativas (35,9%) ou laborais (25,8%) e em vias públicas (58,7%).

Tabela 3: Distribuição das vítimas de violência e acidentes, segundo tipo de violência e acidentes, município e local da ocorrência e atividade realizada no momento do evento traumático. Sergipe, 2010.

Variáveis	Categorias	fa (n)	fr (%)
Tipos de acidentes e violência	Acidente de transporte	257	51,0
	Queda	80	15,9
	Acidentes diversos	70	13,9
	Violência Interpessoal	97	19,2
Município da ocorrência	Grande Aracaju	366	72,6
	Sul Sergipano	39	7,7
	Leste Sergipano	27	5,3
	Baixo do São Francisco	22	4,4
	Agreste Central Sergipano	16	3,2
	Centro sul Sergipano	15	3,0
	Alto sertão Sergipano	10	2,0
	Médio Sertão Sergipano	9	1,8
Local da ocorrência	Via pública – rua / rodovia	296	58,7
	Residência	98	19,5
	Trabalho	50	9,9
	Bar/similar	19	3,8
	Quadra de esporte/praias/pasto/plantação	41	8,1
Atividade realizada na hora do acidente/violência (n=476)	Recreação/lazer	171	35,9
	Trabalho	78	16,4
	Trajetos de casa	59	12,4
	Atividades domésticas	47	9,9
	Trajetos do trabalho	45	9,4
	Praticando esporte/trajeto escola/outras	76	16,0
Total		504	100

n= número de sujeitos / fa=frequência absoluta / fr=frequência relativa

Nos dados da Tabela 4, observou-se que a maioria dos acidentes e violência ocorreu no final de semana (50,8%), no período noturno (51,4%) e o dia com maior frequência foi quarta-feira (20,2%). O meio de transporte utilizado para chegar ao hospital pela maioria das vítimas foi um serviço de atendimento especializado, SAMU ou Ambulância (67,1%) e com presença de acompanhante (76,8%).

Relativo à ingestão de bebida alcoólica e drogas, verificou-se que apesar da grande maioria informar não ter consumido essas substâncias, foi significativo o número daqueles que fizeram uso (35,4%).

Tabela 4: Distribuição das vítimas de violência e acidentes, segundo dia da semana, turno da admissão da ocorrência, meio de transporte utilizado para chegar ao hospital e presença de acompanhante. Sergipe, 2010.

Variáveis	Categorias	fa (n)	fr (%)
Dia da semana	Segunda-feira	55	10,9
	Terça-feira	67	13,3
	Quarta-feira	102	20,2
	Quinta-feira	24	4,8
	Sexta-feira	96	19,0
	Sábado	89	17,7
	Domingo	71	14,1
Turno da admissão	Manhã	121	24,0
	Tarde	124	24,6
	Noite	208	41,3
	Madrugada	51	10,1
Meio de transporte	SAMU	221	43,9
	Ambulâncias	117	23,2
	Carro particular	97	19,2
	Transporte coletivo	39	7,7
	Moto	12	2,4
	Outros	18	3,6
Presença de acompanhante	Sim	387	76,8
	Não	117	23,2
Ingestão de bebida de álcool	Sim	147	29,2
	Não	357	70,8
Ingestão de drogas	Sim	31	6,2
	Não	473	93,8
Total		504	100,0

n= número de sujeitos / fa=frequência absoluta / fr=frequência relativa / SAMU=Serviço de atendimento móvel de urgência

Nos dados da Tabela 5, a distribuição das vítimas dos acidentes de transporte é apresentada e observou-se que a maioria era composta de condutores (78,2%), utilizava motocicletas como meio de transporte (70,4%) e não usava equipamento de proteção individual (45,9%). Entre os motociclistas houve baixa adesão quanto ao uso do capacete, pois entre as 181 vítimas que deveriam usá-lo, apenas 94 (51,9%) fizeram uso.

Tabela 5: Distribuição das vítimas dos acidentes de transporte, segundo tipo de vítima, meio de transporte envolvido na ocorrência e utilização de equipamentos de proteção individual. Sergipe, 2010.

Variáveis	Categorias	fa (n)	fr (%)
Tipo de vítima	Condutor	201	78,2
	Passageiro	38	14,8
	Pedestre	18	7,0
Meio de transporte	Motocicleta	181	70,4
	Automóvel	22	8,6
	Bicicleta	30	11,7
	Transporte coletivo	4	1,6
	Caminhão	5	1,9
	Carroça	8	3,1
	Animal	7	2,7
Utilização de equipamento de proteção individual	Capacete com visor e proteção de mento	76	29,6
	Capacete sem visor e proteção de mento	18	7,0
	Cinto de segurança	9	3,5
	Não utilizava	118	45,9
	Não se aplica (atropelamento, carroça, animal ou transporte coletivo)	36	14,0
Total		257	100,0

n= número de sujeitos / fa=frequência absoluta / fr=frequência relativa

Nos dados da tabela 6, são apresentados os dados de frequência referentes a acidentes provocados por queda, queimaduras e outros tipos diversos. Dentre as queimaduras, 100% dos indivíduos foram acometidos por queimaduras térmicas. A queda da própria altura foi a mais frequente nesta categoria (57,5%) e dentre os acidentes diversos, os traumas perfurocortante foram os mais incidentes (35%).

Tabela 6: Classificação das vítimas de acidentes não relacionadas ao transporte, atendidas em um setor de urgência. Sergipe, 2010.

Variáveis	Categorias	fa (n)	fr (%)
Queda (n=80)	Mesmo nível	46	57,5
	Escada / degraus	10	12,5
	Buraco	9	11,3
	Cama / sofá /cadeira	7	8,8
	Laje	5	6,2
	Muro/Árvore	3	3,7
Queimadura (Energia térmica) (n=12)	Substância superaquecida (vapor/líquido)	6	50,0
	Fogo	5	41,7
	Fonte de calor (superfície superaquecida)	1	8,3
Diversos acidentes (n=57)	Perfurocortante / vidro cortante	20	35,1
	Mordedura e coice de animal	6	10,5
	Objeto lançado sobre o indivíduo	9	15,8
	Queda de objeto sobre a pessoa	14	24,6
	Acidente com máquinas / acidente com portão/ choque contra objeto rígido	8	14,0

n= número de sujeitos / fa=frequência absoluta / fr=frequência relativa

Com relação às vítimas de violência, observou-se que a maioria das agressões foi por arma branca ou de fogo (54,6%). Entretanto, isoladamente, a agressão física por espancamento obteve o maior número de vítimas (35%). Quase a totalidade dos agressores era homem (91,7%), com algum grau de parentesco ou conhecido próximo da vítima (62,5%), conforme os dados da Tabela 7.

Tabela 7: Distribuição das vítimas de violência, segundo tipo de agressão, provável autor da agressão e gênero do provável agressor. Sergipe, 2010.

Variáveis	Categorias	fa (n)	fr (%)
Tipo de agressão (n=97)	Física por espancamento	34	35,0
	Ferimento por arma de fogo	19	19,6
	Ferimento por arma branca	31	32,0
	Objeto lançado	3	3,1
	Vidro cortante	8	8,2
	Fogo	2	2,1
Provável autor da agressão (n=96)	Familiar	25	26,0
	Conhecido	35	36,5
	Desconhecido	36	37,5
Gênero do provável agressor (n=96)	Feminino	7	7,3
	Masculino	88	91,7
	Feminino/Masculino	1	1,0

n= número de sujeitos / fa=frequência absoluta / fr=frequência relativa

Nos dados da tabela 8, notou-se que, das 504 vítimas de violência e acidentes, houve registro de 593 lesões que atingiram 650 áreas corporais das vítimas, algumas destas sofreram mais de um tipo de lesão ou tiveram mais de uma parte do corpo atingida. A maioria apresentou ferimento corto-contuso (26,3%), seguido por fratura (17,7%), sendo mais acometidas nos membros (48,5%) ou na região da face, cabeça e pescoço (32,5%).

Tabela 8: Distribuição das vítimas de violência e acidentes, segundo natureza da lesão traumática e área corporal acometida. Sergipe, 2010.

Variáveis / Categorias		fa (n)	fr (%)
Natureza da lesão (n=593)	Ferimento corto-contuso	156	26,3
	Fratura	105	17,7
	Contusão	97	16,4
	Escoriações	83	14,0
	Ferimento penetrante / pérfuro contundente	64	10,8
	Entorse / Luxação	34	5,7
	Queimadura	15	2,5
	Politraumatismo	13	2,2
	Laceração/Amputação/Esmagamento	8	1,4
	Sem lesão	18	3,0
Região do corpo atingida (n=650)	Membros inferiores	159	24,5
	Membros superiores	156	24,0
	Face	125	19,2
	Crânio	83	12,7
	Tórax / dorso	60	9,2
	Abdome / Quadril	28	4,3
	Pescoço	04	0,6
	Coluna / medula	03	0,5
	Genital	1	0,2
	Múltiplos órgãos	13	2,0

n= número de sujeitos / fa=frequência absoluta / fr=frequência relativa

Nos dados da Tabela 9, observou-se que a assistência realizada no APH para as vítimas de violência e acidentes foram as imobilizações (50,2%), acesso venoso periférico (AVP) (37,9%) e os curativos (19,1%). Ainda foram observados, os procedimentos realizados na admissão dessas vítimas, entre essas ações, destacaram-se a administração de medicamentos (70,6%), os curativos (51,6%) e o AVP (39,3%).

Tabela 9: Distribuição dos procedimentos realizados nas vítimas de violência e acidentes, no atendimento pré-hospitalar e na admissão hospitalar. Sergipe, 2010.

Variáveis	Categorias	Pré-hospitalar		Admissão hospitalar		Total	
		fa (n)	fr (%)	fa (n)	fr (%)	fa (n)	fr (%)
Suporte ventilatório	M. de Venturi	2	0,4	2	0,4	4	0,8
	M. simples	3	0,6	3	0,6	6	1,2
	TOT	5	1,0	3	0,6	8	1,6
Colar cervical	-	141	28,0	5	1,0	146	29,0
Acesso venoso periférico	-	191	37,9	198	39,3	389	77,2
Acesso venoso central	-	2	0,4	4	0,8	6	1,2
Imobilizações	-	112	22,2	96	19,0	208	41,3
Curativo	-	90	17,9	260	51,6	350	69,4
Restrição	-	2	0,4	-	-	2	0,4
Sonda Vesical de Demora	-	2	0,4	7	1,4	9	1,8
Sonda Orogástrica	-	2	0,4	1	0,2	3	0,6
Medicação antiálgica	-	-	-	356	70,6	356	70,6
Sutura	-	-	-	198	39,3	198	39,3
Total		504	100,0	504	100,0	504	100,0

n= número de sujeitos / fa=frequência absoluta / fr=frequência relativa

Com relação à intensidade da dor, observou-se nos dados da Tabela 10 que a quase totalidade das vítimas relatou sentir dor (97,1%), com maior incidência para dor de leve a moderada (72,5%).

Tabela 10: Distribuição das vítimas de violência e acidentes atendidas em uma unidade de urgência, segundo intensidade da dor. Sergipe, 2010.

Variáveis	Categorias	fa (n)	fr (%)
Intensidade da dor	Ausente	14	2,9
	Leve	204	41,5
	Moderada	152	31,0
	Intensa	121	24,6
Total		491	100,0

n= número de sujeitos / fa=frequência absoluta / fr=frequência relativa

Quanto aos valores dos sinais vitais iniciais, nos dados da Tabela 11, observou-se que a grande maioria dessas vítimas não apresentou alteração nessa variável, sendo classificadas como normocárdicas (89,2%), eupneicas (62,7%), com pressão arterial diastólica (49,6%) e sistólica (32%) dentro dos padrões de normalidade.

Tabela 11: Distribuição das vítimas de violência e acidentes atendidas em uma unidade de urgência, segundo sinais vitais apresentados na admissão hospitalar. Sergipe, 2010.

Variáveis	Categorias		fa (n)	fr (%)
Frequência cardíaca (n=499)	Normocárdico	60 à 100 bpm	445	89,2
	Bradicárdico	< 60 bpm	27	5,4
	Taquicárdico	> 100 bpm	27	5,4
Frequência respiratória (n=498)	Eupneico	14 a 20mrpm	312	62,7
	Taquipneico	>20mrpm	164	32,9
	Bradipneico	<14 mrpm	22	4,4
Pressão Arterial Sistólica	Ótima	<120 mmHg	100	20,2
	Normal	< 130 mmHg	159	32,0
	Limítrofe	130 a 139 mmHg	109	22,0
	Hipertensão estágio I	140 a 159 mmHg	89	17,8
	Hipertensão estágio II	≥160 mmHg	34	6,8
	Hipertensão estágio III	≥180 mmHg	6	1,2
Pressão Arterial Diastólica	Ótima	< 80 mmHg	130	26,2
	Normotenso	< 85 mmHg	246	49,6
	Limítrofe	85 a 89 mmHg	5	1,0
	Hipertensão estágio I	90 a 99 mmHg	68	13,7
	Hipertensão estágio II	100 a 109 mmHg	30	6,0
	Hipertensão estágio III	≥110 mmHg	17	3,4
Total			496	100,0

n= número de sujeitos / fa=frequência absoluta / fr=frequência relativa / bpm=Batimento por minuto / mrpm=Movimentos respiratórios por minuto / mmHg=Milímetros de mercúrio

Nos dados da Tabela 12, é apresentada a avaliação neurológica realizada na admissão hospitalar das vítimas, na qual se observou que a maior parte relatou cefaleia

(26,8%), a quase totalidade não apresentou alteração pupilar, escore total da ECGI de 13 a 15, considerado trauma leve.

Tabela 12: Distribuição das vítimas de violência e acidentes, segundo avaliação neurológica e Escala de Coma de Glasgow inicial. Sergipe, 2010.

Variáveis		Categorias		fa (n)	fr (%)
Avaliação neurológica	Sinais de alteração	-	Cefaleia*	132	26,8
		-	Inconsciência	111	22,0
		-	Amnésia	47	9,6
		-	Êmese**	54	10,9
	Avaliação das pupilas***	-	Isocóricas	490	97,8
		-	Anisocórica D > E	2	0,4
		-	Anisocóricas D< E	2	0,4
		-	Midríase reagente	2	0,4
		-	Midríase fixa	2	0,4
		-	Miose fixa	3	0,6
ECGI	Escore total	03 a 08	Grave	8	1,6
		09 a 12	Moderado	16	3,2
		13 a 15	Leve	480	95,2
	Abertura ocular	04	Abre espontâneo	471	93,4
		03	Abre com estímulo verbal	20	4,0
		02	Abre com estímulo doloroso	5	1,0
		01	Ausente	8	1,6
	Melhor resposta verbal	05	Orientado e conversando	458	90,9
		04	Desorientado e conversando	30	5,9
		03	Palavras inapropriadas	6	1,2
		02	Sons incompreensívies	4	0,8
		01	Ausente	6	1,2
	Melhor resposta motora	06	Obedece a comandos	469	93,0
		05	Localiza estímulos dolorosos	27	5,4
		04	Flexão inespecífica	5	1,0
		03	Decortificação	-	-
		02	Descerebração	-	-
		01	Ausente	3	0,6
Total				504	100,0

n= número de sujeitos / fa=frequência absoluta / fr=Frequência relativa / *n=492 / **n=497 / ***n=501 / D=Direito / E=Esquerdo / ECGI=Escala de Coma de Glasgow

Quanto aos dados fisiológicos, pôde-se observar que a grande maioria das vítimas não apresentou alteração das variáveis do RTS, conforme dados apresentados na Tabela 13, eram vítimas de pequena gravidade com RTS inalterado em 94,5% das vítimas.

Tabela 13: Distribuição das vítimas de violência e acidentes, segundo variáveis: *Revised Trauma Score*, frequência respiratória, pressão arterial sistólica, escala de coma de Glasgow. Sergipe, 2010.

Variável	Categorias	Pontuação do RTS		fa (n)	fr (%)
RTS	Escore total	12	Inalterado	468	94,5
		< 12	Alterado	27	5,5
	Frequência respiratória	04	10 a 29 mrpm	485	98,0
		03	>29 mrpm	8	1,6
		02	06 a 09 mrpm	1	0,2
		01	01a 05 mrpm	-	-
		00	Ausente	1	0,2
		Pressão arterial sistólica	04	>90 mmHg	492
	03		76 a 89 mmHg	1	0,2
	02		50 a 75 mmHg	1	0,2
	01		01 a 49 mmHg	-	-
	00		Ausente	1	0,2
	ECGf	04	13 a 15	474	95,8
		03	09 a 12	14	2,8
		02	06 a 08	5	1,0
		01	04 a 05	-	-
		00	03	2	0,4
Total			495	100,0	

n= número de sujeitos / fa=frequência absoluta / fr=frequência relativa / ECGI=Escala de Coma de Glasgow / RTS = Revised Trauma Score / mrpm=Movimentos respiratórios por minuto / mmHg=Milímetros de mercúrio

Na avaliação sobre a realização de exames no seguimento do atendimento hospitalar, evidenciou-se que a grande maioria das solicitações, envolveu pedidos de raio X (85,1%) e uma pequena parte a tomografia computadorizada (14,1%) e ultrassonografia (9,5%), conforme dados apresentados na Tabela 14.

Tabela 14: Distribuição das vítimas de violência e acidentes atendidas em uma unidade de urgência, segundo tipo de exame diagnóstico realizado na admissão hospitalar. Sergipe, 2010.

Variáveis	Sim		Não	
	fa (n)	fr (%)	fa (n)	fr (%)
Raio X	429	85,1	75	14,9
Tomografia	75	14,9	429	85,1
Ultrassonografia	48	9,5	456	90,5
Laboratorial	8	1,6	496	98,4
Ressonância	4	0,8	500	99,2
	504	100,0	504	100,0

n= número de sujeitos / fa=frequência absoluta / fr=frequência relativa

Com relação aos dados do desfecho do atendimento no setor de urgência e emergência, pôde-se observar, na Tabela 15, que a maioria das vítimas teve alta hospitalar como desfecho do atendimento no setor de urgência (60,3%), seguido das transferências internas para outras unidades do hospital (38,5%).

Tabela 15: Distribuição das vítimas de violência e acidentes atendidas em uma unidade de urgência, segundo desfecho do atendimento no setor de urgência. Sergipe, 2010.

Categorias	fa (n)	fr (%)
Alta hospitalar da urgência	304	60,3
Unidade de internação	140	27,8
Centro cirúrgico	54	10,7
Transferência externa	2	0,4
Evasão / fuga	3	0,6
Óbito	1	0,2
Total	504	100,0

n= número de sujeitos / fa=frequência absoluta / fr=frequência relativa

Nos dados da Tabela 16, foi apresentada a relação das médias, das variáveis socioeconômicas, em função dos tipos de violência e acidentes, que se mostraram-se significantes para a idade média das vítimas de queda, que foi maior entre as vítimas de queda que as de agressão. Na escolaridade, foi significativo os anos de estudo das vítimas de acidentes de transporte relacionado à queda, e nos acidentes de transporte ocorreu o maior número de anos de estudo. Ainda, foi verificado resultado significativo na média do tempo decorrido entre a ocorrência e o atendimento hospitalar, que foi maior entre as vítimas de queda em relação às vítimas de agressão, acidentes de transporte e acidentes diversos.

Tabela 16: Relação da média das variáveis: idade, escolaridade e tempo decorrido entre ocorrência e atendimento hospitalar, em função dos tipos de violência e acidentes. Sergipe, 2010.

Variáveis	Tipos de Acidentes / Violências				p
	Acid. de transp. Média±dp	Agressão Média±dp	Queda Média±dp	Acid. diversos Média±dp	
Idade (anos)	29,55±11,89	*29,46±10,21	*40,40±19,89	30,22±12,51	*0,000
Escolaridade(anos)	**7,10±3,57	6,28±3,24	**5,44±3,86	6,79±3,74	**0,003
Tempo (minutos)	124,38±165,80	160,47±346,21	***373,96±988,23	232,83±430,70	***0,006

n= número de sujeitos / *Teste de Tukey p<0,05 / **Teste de Tukey p<0,05 / *** Teste de Tukey p<0,05

Com relação à associação entre as agressões e as variáveis sociodemográficas verificou-se nos dados da Tabela 17, por meio do teste Qui-quadrado de Pearson, que houve associação estatisticamente significativa entre as vítimas de agressões e exercer uma ocupação, com renda de até um salário mínimo e procedente da Grande Aracaju.

Tabela 17: Associação entre agressões e variáveis sociodemográficas das vítimas admitidas em uma unidade de urgência. Sergipe, 2010.

Variáveis / Categorias	Agressões				p
	Sim		Não		
	fa (n)	fr (%)	fa (n)	fr (%)	
Gênero					
Feminino	14	14,4	88	21,6	0,071
Masculino	83	85,6	319	78,4	
Raça/etnia					
Pardo	42	43,3	216	53,1	0,053
Outras	55	56,7	191	46,9	
Estado civil					
Solteiro	53	54,6	202	49,6	0,220
Outros	44	45,4	205	50,4	
Possui deficiência					
Sim	4	4,1	24	5,9	0,345
Não	93	95,9	383	94,1	
Profissão					
Sim	48	49,5	239	58,7	0,063
Não	49	50,5	168	41,3	
Ocupação					
Sim	69	71,1	352	86,5	†0,000
Não	28	28,9	55	13,5	
Renda*					
Até um salário	60	64,5	181	45,5	†0,001
Mais de um salário	33	35,5	217	54,5	
Procedência					
Grande Aracaju	79	81,4	287	70,5	†0,030
Outras Regiões	18	18,6	120	29,5	
Zona					
Urbana	88	90,7	345	84,8	0,084
Rural	9	9,3	62	15,2	
	97	100,0	407	100,0	

n= número de sujeitos / fa=frequência absoluta / fr=frequência relativa / *n=491 / †Teste Qui-quadrado de Pearson < 0,05.

Na associação entre os acidentes de transporte e as variáveis sociodemográficas das vítimas atendidas em Sergipe, verificou-se que houve associação estatisticamente significativa entre estas e as variáveis: gênero, estado civil, renda e procedência, e os mais acometidos foram homens solteiros, com renda superior a um salário mínimo e procedentes da Grande Aracaju, conforme dados apresentados na Tabela 18.

Tabela 18: Associação entre acidente de transporte e variáveis sociodemográficas das vítimas admitidas em uma unidade de urgência. Sergipe, 2010.

Variáveis / Categorias	Acidente de transporte				p
	Sim		Não		
	fa (n)	fr (%)	fa (n)	fr (%)	
Gênero					
Feminino	44	17,1	58	23,5	†0,048
Masculino	213	82,9	189	76,5	
Raça/etnia					
Pardo	135	52,5	123	49,8	0,300
Outras	122	47,5	124	50,2	
Estado civil					
Solteiro	140	54,5	115	46,6	†0,046
Outros	117	45,5	132	53,4	
Possui deficiência					
Sim	12	4,7	16	6,5	0,245
Não	245	95,3	231	93,5	
Profissão					
Sim	152	59,1	135	54,7	0,177
Não	105	40,9	112	45,3	
Ocupação					
Sim	217	84,4	204	82,6	0,331
Não	40	15,6	43	17,4	
Renda*					
Até um salário	107	42,8	134	55,6	†0,005
Mais de um salário	143	57,2	107	44,4	
Município de residência					
Grande Aracaju	167	65	199	80,6	†0,003
Outras Regiões	90	35	48	19,4	
Zona					
Urbana	221	86	212	85,8	0,530
Rural	36	14	35	14,2	
	257	100,0	247	100,0	

n= número de sujeitos / fa=frequência absoluta / fr=frequência relativa / *n=491 / †Teste Qui-quadrado de Pearson < 0,05.

Quanto à associação entre as quedas e as variáveis sociodemográficas das vítimas atendidas em Sergipe, verificou-se que houve associação estatisticamente significante entre essas vítimas e as variáveis: gênero, estado civil e presença de deficiência, sendo com maior proporção os homens casados ou viúvos e sem uma deficiência (Tabela 19).

Tabela 19: Associação entre acidentes por quedas e variáveis sociodemográficas das vítimas admitidas em uma unidade de urgência. Sergipe, 2010.

Variáveis / Categorias	Quedas				p
	Sim		Não		
	fa (n)	fr (%)	fa (n)	fr (%)	
Gênero					
Feminino	30	37,5	72	17,0	†0,000
Masculino	50	62,5	352	83,0	
Raça/etnia					
Pardo	42	52,5	216	50,9	0,447
Outras	38	47,5	208	49,1	
Estado civil					
Solteiro	23	28,8	232	54,7	†0,000
Outros	57	71,2	192	45,3	
Possui deficiência					
Sim	11	13,8	17	4,0	†0,002
Não	69	86,2	407	96,0	
Profissão					
Sim	41	51,2	246	58,0	0,159
Não	39	48,8	178	42,0	
Ocupação					
Sim	72	90,0	349	82,3	0,057
Não	8	10,0	75	17,7	
Renda*					
Até um salário	40	50,6	201	48,8	0,764
Mais de um salário	39	49,4	211	51,2	
Procedência					
Grande Aracaju	65	81,2	301	71,0	0,279
Outras Regiões	15	18,8	123	29,0	
Zona					
Urbana	69	86,2	364	85,8	0,544
Rural	11	13,8	60	14,2	

n= número de sujeitos / fa=frequência absoluta / fr=frequência relativa / *n=491/ †Teste Qui-quadrado de Pearson < 0,05.

Na associação entre os diversos acidentes e as variáveis sociodemográficas, das vítimas atendidas em Sergipe, verificou-se que não houve associação estatisticamente significativa entre estas e as variáveis sociodemográficas (Tabela 20).

Tabela 20: Associação entre os diversos acidentes e variáveis sociodemográficas das vítimas atendidas em uma unidade de urgência. Sergipe, 2010.

Variáveis / Categorias	Diversos acidentes				p
	Sim		Não		
	fa (n)	fr (%)	fa (n)	fr (%)	
Gênero					
Feminino	14	20,0	88	20,3	0,550
Masculino	56	80,0	346	79,7	
Raça/etnia					
Pardo	39	55,7	219	50,5	0,205
Outras	31	44,3	215	49,5	
Estado civil					
Solteiro	39	55,7	216	49,8	0,251
Outros	31	44,3	218	50,2	
Possui deficiência					
Sim	1	1,4	27	6,2	0,082
Não	69	98,6	407	93,8	
Profissão					
Sim	46	65,7	241	55,5	0,051
Não	24	34,3	193	44,5	
Ocupação					
Sim	63	90,0	358	82,5	0,084
Não	7	10,0	76	17,5	
Renda*					
Até um salário	34	49,3	207	49,1	0,973
Mais de um salário	35	50,7	215	50,9	
Município de residência					
Grande Aracaju	55	78,6	311	71,7	0,052
Outros Regiões	15	21,4	123	28,3	
Zona					
Urbana	55	78,6	378	87,1	0,053
Rural	15	21,4	56	12,9	
Total	70	100,0	434	100,0	

n= número de sujeitos / fa=frequência absoluta / fr=Frequência relativa / *n=491 †Teste Qui-quadrado de Pearson < 0,05

A associação entre os outros tipos de violência e acidentes com as variáveis do município em que ocorreu o evento traumático, zona, local do evento, atividade realizada na hora do evento e a relação com atividade laboral, nestes observou-se que o resultado foi estatisticamente significante em todas as variáveis, e as vítimas foram mais acometidas pelo trauma em vias públicas da área urbana da Grande Aracaju, durante atividades recreativas ou laborais (Tabela 21).

Tabela 21: Associação entre tipos de violência e acidentes e variáveis município e zona da ocorrência, local da ocorrência, atividade realizada no momento do evento traumático e a relação do evento com o trabalho. Sergipe, 2010.

Variáveis /Categorias	Tipo de acidente / Violência								p
	Acidentes de transporte		Agressão		Queda		Diversos Acidentes		
	fa(n)	fr(%)	fa(n)	fr(%)	fa(n)	fr(%)	fa(n)	fr(%)	
Município do evento traumático									
Grande Aracaju	170	66,1	77	79,4	65	81,2	54	77,1	†0,010
Outras regiões	87	33,9	20	20,6	15	18,8	16	22,9	
Zona									
Urbana	206	80,2	87	89,7	70	87,5	53	75,7	†0,044
Rural	51	19,8	10	10,3	10	12,5	17	24,3	
Local do evento traumático									
Via pública	236	91,8	36	37,1	16	20,0	8	11,4	†0,000
Residência	3	1,2	36	37,1	36	45,0	23	32,9	
Trabalho	9	3,5	1	1,0	11	13,8	29	41,4	
Bar/similar	-	-	17	17,6	1	1,2	1	1,4	
Outros	9	3,5	8	8,1	16	20,0	9	12,9	
Atividade realizada na hora do evento traumático									
Recreação/lazer	86	35,2	48	53,9	19	25,3	18	26,2	†0,000
Trabalho	26	10,7	4	4,5	13	17,3	35	51,5	
Trajetos de casa	47	19,3	5	5,6	6	8,0	1	1,5	
Atividades domésticas	2	0,8	15	16,9	20	26,7	10	14,7	
Trajetos do trabalho	42	17,2	2	2,2	1	1,3	-	-	
Praticando esporte	5	2,0	4	4,5	6	8,0	2	2,9	
Outros	36	14,8	11	12,4	10	13,3	2	2,9	
Relação com o trabalho									
Sim	67	26,2	7	7,2	15	19,0	33	47,8	†0,000
Não	189	73,8	90	92,8	64	81,0	36	52,2	
Total	257	100,0	97	100,0	80	100,0	70	100,0	

n= número de sujeitos / fa=frequência absoluta / fr=frequência relativa / †Teste Qui-quadrado de Pearson < 0,05.

Os resultados apontados na Tabela 22 mostraram que houve resultado estatisticamente significativo entre os tipos de violência e acidentes com as variáveis: turno da admissão e meio de transporte utilizado para chegar ao hospital. A maioria das vítimas dos acidentes de transporte utilizou o serviço de resgate do SAMU, para ter acesso ao hospital, e as demais utilizaram outros veículos para ter acesso ao hospital. Quanto ao turno da admissão, observou-se que a maior parte das vítimas dos acidentes de transporte, agressão e diversos acidentes foi admitida no turno da noite e aqueles resultantes de quedas foram admitidas no turno da tarde.

Tabela 22: Associação entre tipos de violência acidentes e variáveis: dia da semana, turno da admissão, meio de transporte utilizado para chegar ao hospital e a presença de acompanhante. Sergipe, 2010.

Variáveis/Categorias	Tipo de acidente / Violência								p
	Acidentes de transporte		Agressão		Queda		Diversos Acidentes		
	fa(n)	fr(%)	fa(n)	fr(%)	fa(n)	fr(%)	fa(n)	fr(%)	
Meio de transporte usado p/ chegar ao hospital									
SAMU	151	58,8	41	42,3	16	20,0	13	18,6	†0,000
Outros	106	41,2	56	57,7	64	80,0	57	81,4	
Presença de acompanhante									
Sim	191	74,3	78	80,4	62	77,5	56	80,0	0,568
Não	66	25,7	19	19,6	18	22,5	14	20,0	
Dia da semana									
Final de semana	133	51,8	45	46,4	45	56,2	34	48,6	0,572
Semana	124	48,2	52	53,6	35	43,8	36	51,4	
Turno da admissão									
Manha	61	23,7	17	17,5	27	33,8	16	22,8	†0,000
Tarde	59	23,0	13	13,4	28	35,0	24	34,3	
Noite	110	42,8	51	52,6	20	25,0	27	38,6	
Madrugada	27	10,5	16	16,5	5	6,3	3	4,3	
Total	257	100,0	97	100,0	80	100,0	70	100,0	

n= número de sujeitos / fa=frequência absoluta / fr=frequência relativa / †Teste Quiquadrado de Pearson < 0,05.

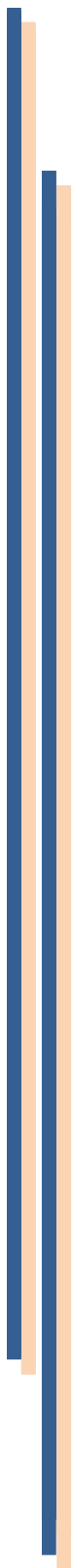
Pelos dados da Tabela 23, verificou-se a associação entre os tipos de violência e acidentes e os fatores de risco.

Tabela 23: Associação entre fatores de risco das vítimas de violência e acidentes com presença de algum tipo de deficiência, utilização de equipamentos de proteção individual, ingestão de drogas e bebida alcoólica. Sergipe, 2010.

Variáveis/Categorias	Tipo de acidente / Violência								p
	Acid. de transp.		Agressão		Queda		Acid. diversos		
	fa(n)	fr(%)	fa(n)	fr(%)	fa(n)	fr(%)	fa(n)	fr(%)	
Deficiência									
Sim	12	4,7	4	4,0	11	13,8	1	1,5	†0,000
Não	246	95,3	95	96,0	69	86,3	65	98,5	
Uso de álcool									
Sim	86	33,3	47	47,5	9	11,2	5	7,5	†0,000
Não	172	66,7	52	52,5	71	88,8	62	92,5	
Uso de drogas									
Sim	16	6,2	13	13,1	1	1,2	1	1,5	†0,003
Não	242	93,8	86	86,9	79	98,8	66	98,5	
Equipamento de proteção individual									
Capacete s/VPM	76	35,0	-	-	-	-	1	25,0	†0,000
Capacete c/VPM	17	7,8	-	-	1	25,0	1	25,0	
Cinto de segurança	9	3,7	-	-	-	-	-	-	
Não utilizava	115	52,5	-	-	3	75,0	1	25,0	
Total	257	100,0	97	100,0	80	100,0	70	100,0	

n= número de sujeitos / fa=frequência absoluta / fr=frequência relativa / VPM = Visor e proteção de mento / †Teste Quiquadrado de Pearson

Observou-se que houve associação estatisticamente significativa entre os tipos de violência e acidentes com os fatores de risco, e os portadores de deficiência foram mais acometidos por quedas, consumo de álcool e drogas foram maiores entre as vítimas de agressão e as de acidentes de transporte, em sua maioria, não utilizavam EPI.



Discussão

6 DISCUSSÃO

No presente estudo, as vítimas de violências e acidentes, em sua maioria, foram homens jovens em idade produtiva, acometidos quatro vezes mais do que as mulheres. Dados do Ministério da Saúde revelaram achados semelhantes em Sergipe, nos anos de 2006 e 2007, o trauma atingiu três vezes mais os homens jovens que as mulheres (BRASIL, 2009).

Essa maior incidência também é vista em outros estudos nacionais e internacionais, nos quais se observou a maioria do gênero masculino (KOIZUMI; ARAÚJO, 2005; HONARMAND; SAFAVI, 2006; SOUSA, 2006; MELLO JORGE; KOIZUMI, 2007; SOBERG et al., 2007; MELLO JORGE; KOIZUMI; TUONO, 2008; MOTAMEDI; KHATAMI; TARIGUI, 2009; PROBST et al., 2009; MEISLER et al., 2011; REBHOLZ et al., 2011), que nos permitem sugerir que existe uma maior probabilidade dos homens serem vítimas de trauma.

O predomínio de pessoas jovens pode ser atribuído à imaturidade, superestimação de sua capacidade e dos limites, pouca experiência e habilidade de dirigir em pessoas jovens, ingestão de álcool, consumo de drogas e utilização de equipamentos de proteção individual (OLIVEIRA; SOUSA, 2003; BRASIL, 2009; SILVA et al., 2009; MALVESTIO; SOUSA, 2010; SKANDSEN et al., 2010; TOIEN et al., 2010).

As características das vítimas em relação ao estado civil indicaram que eram solteiras, com ensino fundamental incompleto, com ocupação com atividade remunerada. Tais evidências assemelham-se a outros estudos (BRASIL, 2009; GAWRYSZEWSKI et al., 2009; PEREIRA; FISCHER, 2009; MARISCAL; SILVA, 2010). A baixa escolaridade pode estar relacionada à vulnerabilidade social da população, que utiliza um serviço que atende com exclusividade usuários do SUS, apenas a baixa escolaridade não predispõe agravos clínicos ou traumáticos (ROSA et al., 2011).

A maioria dos traumas procedeu da Grande Aracaju, e Sergipe é o segundo Estado da Região Nordeste que mais cresceu nos últimos 10 anos com a segunda maior frota de veículos/mil habitantes da região Nordeste (MELLO JORGE; KOIZUMI, 2007), com destaque para Aracaju que, em novembro de 2010, apresentou a frota de 204.270 veículos (DENATRAN, 2011).

Dados mais recentes do IBGE apontam que, em 2010, Sergipe era o menor Estado brasileiro, com população estimada em 2.068.031 habitantes; na Grande Aracaju, encontra-se uma grande parte dessa população, representada por 896.530 habitantes (IBGE,

2010). Apesar da existência de hospitais regionais localizados em municípios do interior do Estado, é em Aracaju que se encontra o centro de referência ao tratamento de vítimas de trauma.

A distribuição das vítimas pelo local de ocorrência mostra que a via pública foi predominante entre as vítimas de acidentes e violências (KOIZUMI; ARAÚJO, 2005; MATEWSKI; SZYMKOWIAK; BILINSKI, 2008; MOTAMEDI; KHATAMI; TARIGUI, 2009; MARISCAL; SILVA et al., 2009). Pode-se sugerir que a via pública ocupou o primeiro lugar, em virtude de um elevado número de acidentes de transporte entre as vítimas do estudo.

As características dos traumas em relação ao dia da semana de sua ocorrência indicam que a maioria das vítimas foi acometida por causa externa entre sexta-feira e domingo, durante atividades recreativas e laborais. O Município de Aracaju, nos finais de semana, possui várias opções de lazer para os jovens, com um número significativo de bares, que atraem muitas pessoas do interior para a capital. Em função destas atividades, medidas preventivas poderiam ser realizadas em parceria com estes estabelecimentos, na busca do uso consciente de bebidas alcoólicas e condução de veículos.

O aumento dessas ocorrências nos finais de semana pode ainda ser justificado pelo crescimento significativo de veículos automotores em trânsito nos finais de semana prolongados. Nestas ocasiões, os veículos circulam pelas ruas, avenidas e rodovias com velocidade superior a habitual (CHAVAGLIA et al., 2008; MARISCAL; SILVA, 2010), associados à possível ingestão de bebidas alcoólicas, mais frequentes nesses períodos (BASTOS; ANDRADE; SOARES, 2005; CHAVAGLIA et al., 2008; MARISCAL; SILVA, 2010; PONCE et al., 2011; REBHOLZ et al., 2011). Isoladamente, o dia da semana mais acometido foi a quarta-feira, que pode ser justificado, pelo mês de novembro, apresentar dois feriados com final de semana prolongado, os quais podem sugerir o aumento nesse período.

Entre essas vítimas, houve um número expressivo de pessoas que relatou a relação do evento traumático com o trabalho que deve ser destacado, pois a maioria dessas vítimas foi acometida por acidentes no trajeto entre a residência e o trabalho. O acidente de trabalho compreende todo e qualquer evento súbito ocorrido durante as atividades laborais, assim como aqueles que ocorrem no trajeto da residência para o trabalho ou vice-versa (BRASIL, 2006; ZEPF et al., 2010).

Os dados foram semelhantes a outros estudos, o primeiro identificou entre as vítimas de trauma que 10,09% eram acidentes de trabalho de trajeto, dos quais 9,06% eram motoristas profissionais (SILVEIRA et al., 2005); e o segundo estudo realizado com

motociclistas identificou que, em 41,93% das vítimas, houve relação do evento com as atividades laborais (PEREIRA; FISCHER, 2009). O acidente de trajeto pode causar incapacidades, maior tempo na reabilitação da vítima que utilizava motocicleta e nos trabalhadores idosos (ZEPF et al., 2010).

Quanto ao período de admissão, foi observado que, grande parte das vítimas (41,3%), foi admitida na instituição hospitalar no período noturno, resultado semelhante foi verificado em outros estudos com vítimas de trauma (BASTOS; ANDRADE; SOARES, 2005; PEREIRA; LIMA, 2006; ITAMI et al., 2009; MARISCAL; SILVA, 2010). Esse achado pode orientar o planejamento de serviços responsáveis para o atendimento dessas vítimas, bem como intensificar as ações de fiscalização quanto à ingestão de bebidas alcoólicas, a fim de reduzir o número de ocorrências.

Com relação ao meio de transporte utilizado pelas vítimas, observou-se que a maior parte fez uso do SAMU (43,9%), seguido de ambulâncias (23,2%). Os achados não corroboram a pesquisa realizada em Sergipe, em 2007, na qual as vítimas utilizaram como meio de transporte o carro particular (41,1%), seguido pelo resgate (24,5%), ambulâncias (18,8%) e SAMU (17,5%) (BRASIL, 2009). Nesta pesquisa, o elevado número de vítimas atendidas pelo SAMU pode ser justificado pela implantação do SAMU Sergipe, em dezembro de 2006, e pelo atual o aumento do número de unidades de APH móveis e a maior cobertura das equipes no Estado de Sergipe nos últimos anos.

Com a implantação desse serviço, surge o importante conceito do chamado “Período de ouro”, conforme descreve o PHTLS (2007), no qual é fundamental o tempo decorrido entre ocorrência do trauma e tratamento definitivo, ou seja, a transferência para o hospital. No APH, busca-se a redução e prevenção de lesões secundárias decorrentes das lesões traumáticas (FREIRE, 2001), quanto maior for o tempo gasto na cena e no transporte maior será o tempo necessário, para que a vítima receba o atendimento definitivo, com possibilidade de pior prognóstico (PEREIRA; LIMA, 2006).

Neste estudo, observou-se um tempo médio entre o evento traumático e o atendimento hospitalar de 103,64 minutos nas vítimas atendidas pelo SAMU. Apesar dos achados permanecerem acima dos valores esperados no APH, pode ser justificado pela distância de alguns municípios do Estado até o hospital do atendimento. Portanto, para que fique mais próximo do “período de ouro”, bem como as vítimas possam receber o atendimento dentro dos padrões recomendados pela literatura, é necessária a descentralização da assistência, de forma que os atendimentos anteriormente encaminhados à capital sejam atendidos nos municípios de origem ou em hospitais regionais.

As características das causas externas, segundo o mecanismo do trauma, indicaram uma predominância dos acidentes de transportes e agressões. Estes achados corroboram estudos nacionais e internacionais, nos quais os acidentes de transporte são a principal causa de trauma (HORA; SOUSA; ALVAREZ, 2005; KOIZUMI; ARAÚJO, 2005; HONARMAND; SAFAVI, 2006; SOBERG et al., 2007; MATEWSKI; SZMKOWIAK; BILINSKI, 2008; CHAVAGLIA et al., 2008; MOTAMEDI; KHATAMI; TARIGUI, 2009; REBHOLZ et al, 2011).

Quanto a esse tipo de acidente, observou-se que a grande maioria das vítimas era condutor (78,2%), que utilizava motocicletas (70,4%), com baixa adesão de uso dos EPI. Os acidentes motociclistas contribuíram com a maior parte do número de vítimas por acidentes de trânsito (CHAVAGLIA et al., 2008; PONCE et al., 2011).

As quedas acidentais destacaram-se entre os atendimentos de emergência (47,8%), sem contar os acidentes de transporte, e, entre os idosos, representaram 72,4% dos acidentes, incluindo os de transporte. Estas ocorreram do mesmo nível (71,2%) ou de outras alturas (15,7%). Nos diversos acidentes, sobressaíram-se aqueles envolvendo o uso de instrumentos perfurocortantes (MARCHESE; SCATENA; IGNOTTI, 2008).

No Brasil, as pesquisas destacam os acidentes e violência como responsáveis por milhares de vítimas com deficiências e incapacidades em razão do trauma mecânico (PEREIRA; BARRETO; MOREIRA, 2005; SOUSA, 2006; ALVES et al., 2009). Neste estudo, observou-se um total de 593 lesões anatômicas com predominância dos membros superiores e inferiores (48,5%), seguidas pela cabeça, pescoço e face (32,5%), entre estas concentram lesões de maior gravidade como o TCE. Os achados foram semelhantes ao estudo realizado, em 2006 e 2007, pelo Ministério da Saúde em Sergipe (BRASIL, 2009), além de outros estudos (COCCO; LOPES, 2010; MALVESTIO; SOUSA, 2010).

Entre todas as lesões traumáticas, o TCE é o principal determinante de mortalidade e sequelas pós-traumáticas nos acidentes de transporte (MELO; SILVA; MOREIRA JR., 2004), e para os idosos, as quedas constituem o determinante dessas lesões (MEISLER et al., 2011). O prognóstico dessas vítimas está associado às lesões localizadas na cabeça que causam uma vulnerabilidade do sistema nervoso às agressões e limitam sua capacidade de recuperação, que podem apresentar sequelas e incapacidades temporárias ou permanentes acarretando prejuízos na qualidade de vida do doente e sua família (PETCHPRAPAI; WINKELMAN, 2007; SILVA et al., 2009a; SENDROY-TERRILL; WHITENECK; BROOKS, 2010; SKANDSEN et al., 2010).

Quanto à avaliação das vítimas, verificou-se que a quase totalidade apresentou

traumas leves, com avaliação pupilar sem alteração (97,8%), ECGI com escore total de 13 a 15 pontos (95,2%) e RTS inalterado (94,5%). Múltiplos fatores de risco podem predizer a mortalidade em um traumatismo grave, como: a idade, ECGI, RTS, alterações pupilares, hipotensão e lesão isquêmica (BOTO et al., 2006). A ECGI é considerada uma ferramenta importante para avaliação clínica das vítimas de trauma, por sua ampla aceitação, facilidade de aplicação e boa correlação com a gravidade do trauma (UDEKWU, et al. 2004; MOORE et al., 2006; KERBY et al., 2007; BROWN et al, 2008).

Os escores da ECGI são utilizados como parte integral para outros sistemas de classificação de trauma como o RTS, que consiste em um escore de origem fisiológica preditor na probabilidade de sobrevivência (GABBE; CAMERON; FINCH, 2003). Estudo internacional demonstrou que 95% dos internamentos hospitalares eram TCE leve, que foram classificados por meio da ECGI (BROWN et al., 2008), e em outro nacional verificaram que 90,3% das vítimas de trauma mantiveram o RTS igual a 12 (MALVESTIO; SOUSA, 2002).

Quanto aos valores dos sinais vitais iniciais, observou-se que a maior parte das vítimas foi classificada sem alteração na PAS e PAD. A avaliação isolada desta variável não pode afirmar que a vítima é normotensa, hipertensa ou apresenta hipotensão, pois o valor da pressão arterial deve ser associado a outros sinais clínicos para confirmação do diagnóstico (DBH VI, 2010).

Aproximadamente, 25% das vítimas apresentaram os valores dos níveis pressóricos elevados ou limítrofes, que podem estar associados ao estresse do evento traumático, TCE, intensidade da dor, uso de drogas e álcool. Valores inferiores a 120 mmHg na PAS e 80 mmHg na PAD são considerados ótimos pela VI Diretriz Brasileira de Hipertensão (2010), entretanto, quando associados à palidez cutânea, sudorese, taquicardia e taquipneia podem ser um sinal do choque hipovolêmico nas vítimas de trauma (PHTLS, 2007). Destaca-se que níveis inferiores a 75 mmHg na PAS podem estar associados ao maior risco de óbito (MALVESTIO; SOUSA, 2010).

Quanto aos demais dados vitais, apesar da maioria das vítimas apresentar a FC e FR inalteradas, um número significativo mostrou a FR acima de 20 mrpm, sendo necessária monitoração e reavaliação dessas vítimas, pois sua elevação é um sinal precoce de choque hipovolêmico (PHTLS, 2007).

Com relação à mensuração da dor, esta deve ser incorporada como o quinto sinal vital, bem como ser uma ferramenta que auxilia aos enfermeiros e médicos na avaliação das vítimas. A avaliação da intensidade da dor permite que a equipe de saúde reavalie os pacientes quanto à eficácia do tratamento realizado (CALIL; PIMENTA; BIROLINI, 2007).

A dor é relatada com frequência pelas vítimas de trauma e entre os pacientes que participaram do estudo, 70,6% receberam algum tipo de medicação para sua redução. Estudo semelhante identificou a prescrição de medicação antiálgica em 89,5% das vítimas de acidentes de transporte atendidas em uma unidade de urgência (CALIL; PIMENTA, 2009).

Com relação à intensidade da dor, observou-se que 75,6% das vítimas de trauma relataram dor leve ou moderada. Os achados não corroboram outras pesquisas, nestes a dor relatada pelas vítimas foi moderada ou intensa (PIMENTA; CARVALHO; FOGAÇA, 2003; CALIL; PIMENTA; BIROLINI, 2007; CALIL; PIMENTA, 2010), as quais são descritas com frequência no setor de urgência e pode estar associada a situações críticas, como: fraturas, contusões, amputação traumática, entre outras (KELLY, 2001; CHAO, 2006).

Com relação à admissão da vítima, foram observados dados referentes aos procedimentos realizados no APH, entre estas ações, destacam-se as imobilizações (50,2%), o AVP (37,9%) e curativos (17,9%). Estudo semelhante demonstrou que os procedimentos mais frequentes foram o AVP e as imobilizações (MALVESTIO; SOUSA, 2010).

Ainda foram observados dados referentes aos procedimentos realizados na admissão hospitalar, entre estas ações destacaram-se a administração de medicamentos (70,6%), curativos (51,6%) e AVP (39,3%). Em estudo semelhante, os achados não corroboram, pois os procedimentos mais realizados na sala de emergência foram a verificação de sinais vitais, seguida pelo AVP e a instalação de oxigênio (ROSA et al., 2011).

As diferenças entre os estudos pode ser justificada pela variável sinais vitais (FR, FC, PAS e PAD), não terem sido mensuradas como um procedimento realizado pela equipe, pois foi verificada pelos pesquisadores em quase a totalidade das vítimas no momento da entrevista, bem como não foi avaliada por Rosa e colaboradores (2011) a administração de medicamentos e a realização de suturas.

No segmento hospitalar, observou-se que a grande maioria das vítimas realizou exame diagnóstico de raios X. Os achados foram semelhantes aos de pesquisa realizada em um Pronto Socorro universitário, a solicitação de um ou mais exames pode auxiliar na confirmação do diagnóstico (ROSA et al., 2011).

Quanto ao desfecho do atendimento, verificou-se que a maioria das vítimas recebeu alta hospitalar, após o atendimento no setor de urgência, possivelmente pelo caráter leve das lesões que poderiam ter sido atendidas em serviços especializados de menor complexidade, reduzindo a superlotação em uma unidade referência no atendimento ao politrauma. Oliveira e Mello Jorge (2008) destacam que, a quase a totalidade das vítimas liberadas na unidade urgência e emergência, após o primeiro atendimento, que há necessidade

de reorganização dos serviços, com vistas a maior resolatividade em todos os níveis de atenção à saúde.

Na associação entre os fatores de risco e os acidentes e violência, observou-se um resultado estatisticamente significativo para a presença de deficiência, relato de ingestão de bebida alcoólica, consumo de drogas e utilização do EPI. Embora a presença de deficiência mental e física (osteoarticular, visual ou auditiva) tenha sido relatada por apenas 6,6% das vítimas, esse achado deve ser destacado, pois pode aumentar a possibilidade de uma pessoa ser vítima de trauma. Dados do Ministério da Saúde revelam que a presença de algum tipo de deficiência variou de 1,1% a 4,9% entre os diversos tipos de acidentes e violências (BRASIL, 2009).

Quanto à ingestão de bebida alcoólica, esta foi relatada por 29,2% das vítimas de trauma, e 6,2% fizeram uso de drogas ilícitas. Houve uma forte associação entre os tipos de acidentes e violências com a ingestão de bebida alcoólica e consumo de drogas.

Os achados são semelhantes a estudos nacionais e internacionais, nos quais se observou que indivíduos que consumiram álcool ou drogas ilícitas, podem ser mais acometidos por acidentes e violências (IAMTRAKUL; HOSSAIN, 2007; BRASIL, 2009; MARISCAL; SILVA, 2010; RODRIGUES et al., 2010; PONCE et al., 2011). O crescente aumento dos acidentes também pode ser decorrente do desrespeito às leis de trânsito e menor luminosidade das vias públicas (ITAMI et al., 2009).

O ato de dirigir é complexo e exige do condutor um elevado grau de concentração, desempenho psicomotor e, ainda, requer o uso, ao mesmo tempo, de uma série de mecanismos neuropsicológicos, que ficam alterados mesmo com baixos níveis de concentração alcoólica no sangue (ANDRADE et al., 2009; FELL et al., 2009). O álcool retarda os reflexos e afeta a visão, além de causar sensação de euforia (BRASIL, 2009; FELL et al., 2009; SILVA et al., 2009), este ainda pode provocar sonolência e desatenção (BELLÉ; SARTORI; ROSSI, 2007).

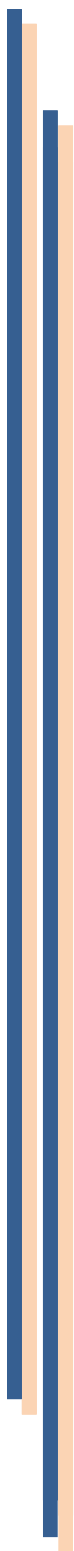
Na tentativa de inibir o consumo de bebidas alcoólicas e reduzir o número de acidentes, foi promulgada a Lei nº 11.705 de 19 de junho de 2008, conhecida como Lei Seca, que vetou a venda de bebidas em rodovias e o consumo do álcool, bem como penaliza o condutor que dirige um veículo sob o efeito do álcool ou drogas psicoativas (BRASIL, 2008).

Para divulgar a “Lei Seca” e reduzir o número de condutores alcoolizados, foi lançada, no final de dezembro 2010, a campanha “Álcool e velocidade”, a fim de promover a reflexão sobre o ato de não dirigir, após a ingestão de bebidas alcoólicas e respeitar os limites de velocidade, com o objetivo de prevenir novos acidentes (DENATRAN, 2010).

Quanto à utilização apropriada de dispositivos do EPI, estes diminuem a possibilidade de lesões ou sua gravidade, sendo um fator importante na análise do mecanismo do acidente (PHTLS, 2007; IAMTRAKUL; HOSSAIN, 2007).

Estudos que analisaram vítimas de acidentes de moto, revelaram que grande parte das vítimas não utilizava o equipamento, por motivos diversos, como a inconveniência e o desconforto de seu uso e por não esperar envolvimento em acidente. Vale ressaltar que, apesar do EPI diminuir os riscos em caso de acidente, seu uso não exclui a possibilidade de lesões graves ou mortais (IAMTRAKUL; HOSSAIN, 2007; MALVESTIO; SOUSA, 2008; SANTOS et al., 2008b; ANDRADE et al., 2009; SILVA et al., 2009b).

Os dados epidemiológicos de caracterização das vítimas de violência e acidentes atendidas em uma unidade de urgência demonstraram a relevância em se conhecer a magnitude do trauma, a importância da avaliação e do segmento do atendimento a essas vítimas, bem como a necessidade dos registros para evitar a subnotificação. Esses dados podem direcionar as Políticas de Saúde, com vistas à redução dos acidentes e violências e melhoria da qualidade de vida, tendo em vista a redução de sequelas.



Conclusão

7 CONCLUSÃO

O estudo sobre a caracterização das vítimas de violências e acidentes atendidas em Sergipe, realizado com 504 vítimas de trauma, permitiu evidenciar as seguintes conclusões:

- A maioria das vítimas era homens, jovens, solteiros, com escolaridade baixa escolaridade, procedentes da área urbana e Grande Aracaju, com atividade remunerada, vítimas de acidente de transporte, em vias públicas, durante a realização de atividade recreativas e laborais, relatos de ingestão de bebida alcoólica e consumo de drogas e que teve, como desfecho do atendimento, a alta hospitalar no setor de urgência;
- Nos procedimentos realizados no APH foram observados as imobilizações, o AVP e os curativos. Na admissão da vítima hospitalar, foram registrados administração de medicamentos, curativos, AVP e imobilizações;
- No setor de urgência, o ferimento corto-contuso nos membros foi observado na maior parte das vítimas e os exames diagnósticos de raios X e tomografia foram os mais frequentes;
- A maioria das vítimas apresentou no atendimento hospitalar escore da ECGI 13 a 15, RTS, frequência cardíaca e respiratória inalteradas, pressão arterial diastólica e sistólica normais, relato de dor leve ou moderada;
- Nos acidentes de transporte e violências, houve associação estatisticamente significativa com a idade, escolaridade, gênero, renda, ocupação e procedência, exceto no gênero que foi significativa somente nos primeiros;
- As quedas apresentaram associação estatisticamente significativa com maior idade, escolaridade, renda, gênero, estado civil e relato de deficiência;
- Não houve associação estatisticamente significativa entre as variáveis sociodemográficas e os demais acidentes;
- Quanto aos fatores de risco, evidenciou-se associação entre os tipos de violência e acidentes com relato de ingestão de bebida alcoólica, consumo de drogas, não adesão ao uso dos equipamentos de proteção individual e a deficiência física osteoarticular, auditiva, visual ou mental.

Two vertical lines, one dark blue and one light orange, are positioned on the left side of the slide. The dark blue line is slightly to the left of the light orange line.

Considerações Finais

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência do estudo de caracterização das vítimas de violência e acidentes atendidas em um hospital de urgência de Sergipe, referência no atendimento às vítimas de trauma, possibilitou uma compreensão do perfil dessas vítimas e indicou a necessidade de constantes investimentos em prevenção, reabilitação e assistência especializada, no sentido de buscar alternativas de melhoria da assistência.

O setor de urgência é um ambiente com um elevado fluxo de pacientes. Todos os dias, um grande número de pessoas passa por esse setor e, comumente, as vítimas graves passam despercebidas em meio a outras de menor gravidade. Não existe um atendimento sistematizado a essas vítimas, bem como há falta de experiência de alguns membros da equipe e a rotatividade de profissionais no setor. Destaca-se ainda que nos prontuários ocorre o registro incompleto dos dados do acidente ou violência, da admissão e evolução do atendimento à vítima.

Uma das maiores dificuldades e limitações da pesquisa foi o tempo necessário para a aprovação no hospital em que foi realizado o estudo, pois em virtude da troca dos gestores e da reformulação do sistema de administração, houve um atraso de 8 meses para o início da coleta dos dados.

Acredita-se que os enfermeiros, com seu importante papel de educadores no processo saúde-doença, possam contribuir para o desenvolvimento da prevenção de novos agravos e na realização de uma assistência de enfermagem sistematizada voltada à prevenção, tratamento e reabilitação das vítimas de trauma e suas famílias.

A divulgação dos resultados de caracterização das vítimas de violências e acidentes atendidas em Sergipe é de grande relevância, pelo aprofundamento do tema, além de suscitar pesquisas futuras, a fim de evidenciar os indicadores da qualidade da assistência às vítimas.

Sugere-se, com base nos resultados obtidos:

- Discussão sobre a prevenção do trauma, reabilitação e promoção à saúde em hospitais, escolas e comunidade hospitalar;
- Discussão sobre a sistematização da assistência de enfermagem no setor de urgência, com maior atenção aos sinais vitais das vítimas que passam despercebidas por toda a equipe de atendimento;

- Sugestão de estudos sobre a relação entre intensidade da dor nas vítimas de trauma e a gravidade das lesões, bem como a elaboração de um protocolo para analgesia dessas vítimas;
- Sugestão de um protocolo de enfermagem estruturado que possa auxiliar o enfermeiro no registro de dados referentes ao evento traumático, admissão da vítima no setor de urgência, sinais vitais, ECGI, avaliação da dor e seguimento do atendimento hospitalar;
- Discussão sobre a maior necessidade de cumprir a Lei, a fiscalização e as punições ao comportamento dos condutores no consumo de drogas e ingestão de bebidas alcoólicas, que podem ser importantes na redução da violência e dos acidentes. Estudos que avaliem a relação entre os acidentes e violência com substâncias psicoativas no Município de Aracaju são relevantes e poderão estabelecer a dimensão do impacto de seu consumo na morbidade e nas mortes violentas;
- Direcionamento de ações Públicas de Saúde à reabilitação, tratamento especializado e planejamento em prol da redução das sequelas e melhoria da qualidade de vida da sociedade.



Referências

REFERÊNCIAS

- ALVES, A. L. A. et al. Qualidade de vida de vítimas de trauma seis meses após a alta hospitalar. **Rev Saúde Pública**. v.43 (1):154-60. 2009.
- ANDRADE, A. F. et al. Mecanismos de lesão cerebral no traumatismo cranioencefálico. **Rev Assoc Med Bras**. v.55 (1):75-81. 2009.
- ANDRADE LM et al. Acidentes de Motocicleta: características das vítimas e dos acidentes em hospital de Fortaleza-CE, Brasil. **Rev Rene**. Fortaleza. v.10 (4):52-59. 2009.
- BARBETTA, P A. **Estatística aplicada às ciências sociais**. 7. ed. Florianópolis: UFSC, 2004.
- BASTOS, Y. G. L.; ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A. Características dos acidentes de trânsito e das vítimas atendidas em serviço pré-hospitalar em cidade do Sul do Brasil, 1997/2000. **Cad. Saúde Pública**. v. 21 (3):815-822. 2005.
- BELLÉ, M; SARTORI, AS; ROSSI,AG. Alcoolismo: efeitos no aparelho vestibulo-coclear. **Rev Bras Otorrinolaringol**. v.73(1):116-22. 2007.
- BIROLINI, D. et al. **Cirurgia do Trauma**. São Paulo: Editora Roca, 2007.
- BOTO, GR. et al. Modelos prognósticos em el traumatismo craneoencefálico grave. **Neurocirurgia**. v. 17: 215-25. 2006.
- BRASIL. Ministério da saúde, Conselho Nacional de Saúde. Resolução 1996 \96 – Normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da saúde, 1996.
- _____. Ministério da Saúde. Política nacional de redução da morbidade pó acidentes e violências: Portaria GM/MS nº737 de 16/05/2001, publicada no DOU nº 96 seção 1e de 18/05/2001. Legislação em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria n.2048 de 05 de novembro de 2002. Dispõe sobre o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. Diário Oficial da União, Brasília. 2002
- _____. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS**: acolhimento com avaliação da classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Ministério da saúde, Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- _____. Ministério da Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. 1 ed Brasília, 2005a.
- _____. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil**: Uma análise da situação da saúde do Brasil. Brasília, 2005b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção a saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. **Notificação de acidentes de trabalho fatais, graves e com crianças e adolescentes**. Série A. normas e manuais técnicos. Brasil, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Lei n.11.705 de 19 de junho de 2008. Altera a lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997, que institui o Código de Trânsito Brasileiro, e a Lei 9.294, de 15 de julho de 1996, que dispõe sobre as restrições ao uso e a propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do 4º do art. 220 da Constituição Federal, para inibir o consumo de bebida alcoólica por condutor de veículo automotor, e da outras providências. Diário Oficial da União, Brasília. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em saúde. Departamento de análise de situação de saúde. **VIVA: Vigilância de violências e acidentes 2006 e 2007**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da saúde. DATASUS. Informações de saúde. Estatística e Mortalidade. Óbito por ocorrência segundo causas externas de morbidade e mortalidade do Brasil [texto na internet]. Brasília, 2010a. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/extuf.def>.

_____. Ministério da Saúde. DATASUS. Informações de saúde. Informações sobre orçamento públicos em saúde (SIOPS). [texto na internet]. Brasília, 2010b. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=34796.

BROWN, AW et al.. Congenital and Acquired Brain Injury. 1. Epidemiology, Pathophysiology, Prognostication, Innovative Treatments, and Prevention. **Arch Phys Med Rehabil** . v. 89(1), March, 2008.

CALIL, AM; PIMENTA, CAM. Importância da avaliação e padronização analgésica em serviços de emergência. **Acta Paul enferm**. 23(1):53-9. 2010.

CALIL, AM; PIMENTA, CAM. Relação entre a gravidade do trauma e padrões de analgesia utilizados em acidentados de transporte. **Rev Esc. Enferm. USP**. 43(2):328-34, 2009.

CALIL, AM; PIMENTA, CAM; BIROLINI, D. The “Oligoanalgesia problem” Emergence Care. **Clinical Science**.v. 62 (5) :591-8. 2007

CAVALCANTI, A.L.; MONTEIRO, B.V.B., Mortalidade por causas externas em adultos no município de Campina Grande, Paraíba, Brasil, **Scientia Medica**, Porto Alegre: v. 18(4). 2008.

CHAVAGLIA, SRR et al. Vítimas de trauma por causas externas na cidade de Uberaba-MG. **O Mundo da Saúde** São Paulo. v.32(1): 100-106. 2008.

CHAO, A. The adequation of analgesia in the emergency setting. **J. Trauma**. v.60(3):579-81. 2006

COCCO, M; LOPES, MJM. Morbidade por causas externas em adolescentes de uma região do município de Porto Alegre. **Rev. Eler. Enf**. [internet]. 12(1):89-97, 2010.

DBH VI. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Rev. Bras. Hipertens.** Departamento de Hipertensão Arterial da Sociedade Brasileira. Sociedade brasileira de Cardiologia. v.17(1):01-60.

DENATRAN. Ministério das Cidades. **Álcool e excesso de velocidade são temas de campanha educativa** [texto na internet]. Brasília, 2010. Disponível em: <http://www.denatran.gov.br/frota.htm>.

DENATRAN. Ministério das Cidades. **Frotas de veículos** [texto na internet]. Brasília, 2011. Disponível em: <http://www.denatran.gov.br/frota.htm>.

DESLANDES, S. F.; MINAYO, M. C. S.; LIMA, M. L. C.. Atendimento de emergência às vítimas de acidentes e violências no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Puplica.** v.24(6) dez., 2008.

D'INNOCENZO, M.; ADAMI, N.P. Análise da qualidade dos registros de enfermagem nos prontuários de pacientes de hospitais de ensino universitários. **Acta Paul. Enf.**, São Paulo, v.17(4): 383-91. 2004.

ELKLIT, A; CHRISTIANSEN, DM. Predictive factors for somatization in a trauma sample. **Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health.** v. 5:1-8. 2009.

FELL, J.C. et al. The impact of underage drinking laws on alcohol-related fatal crashes of young drivers. **Alcohol Clin Exp Res.** v. 33 (7):1208-19. 2009.

FREIRE, E. **Trauma: a doença do século.** São Paulo: Atheneu, 2001.

GABBE, BJ; CAMERON, PA; FINCH, CF. Is the Revised Trauma Score still usefull? **ANZ J Surge.** v.73(11):944-48. 2003.

GAWRYSZEWSKI, V P. et al. Perfil dos atendimentos a acidentes de transporte terrestre por serviço de emergência em São Paulo. **Rev. Saúde Pública.** v.43 (2):275-82. 2009.

GENTI, RC; MALVESTIO, MA. Gerenciamento da assistência no trauma. In: SOUSA et al.. **Atuação no trauma: uma abordagem para a enfermagem.** São Paulo: Editora Atheneu, 2009.

HONARMAND, A; SAFAVI, M. The New Injury Severity Scores: A more accurate predictor of need ventilator and time ventilated in trauma patients than the Injury Severity Scores. **Indian Journal Critical Care Medicine.** v.10(4):219-224. 2006.

HORA, EC; SOUSA, RMC. Os efeitos das alterações comportamentais das vítimas de trauma cranioencefálico para o cuidador familiar. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** v. 13 (1):93-8. 2005.

HORA, EC; SOUSA, RMC; ALVAREZ, REC. Caracterização de cuidadores de vítimas de trauma crânio-encefálico em seguimento ambulatorial. **Rev Esc. Enferm USP.** v.39(8):343-349. 2005

IAMTRAKUL, P; HOSSAIN, M. Motorcycle accidents, alcohol intoxication and futile helmet legislation in Thailand: how long must. We tolerate? **Proceedings of the Eastern Asia Society for Transportation Studies.** v.6. 2007

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Resultados do censo 2010, em 29 de novembro de 2010. Período de apuração: 2010. Disponível em: http://www.censo2010.ibge.gov.br/primeiros_dados_divulgados/index.php?uf=8.

IRDESEL, J.; AYDINERM, S. B.; AKGOZ, S. Rehabilitation outcome after traumatic brain injury. **Neurocirurgia**. v.18 (1):5-15. 2007.

ITAMI, LT et al. Adultos com fraturas: das implicações funcionais e cirúrgicas à educação em saúde. **Rev Esc Enfermagem USP**. v.43(2):1238-43. 2009.

KELLY, AM. A process approach to improving pain management in the emergency department: Development and evaluation. **J. Accid. Med.** v.18(4):321-2. 2001.

KERBY, JD et al. Agreement between prehospital and Emergency department Glasgow Coma Scores. **The Journal of Trauma Injury, Infection, and Critical Care**. v. 63:1026-31. 2007.

KOIZUMI, MS; ARAÚJO, GL. Escala de Coma de Glasgow: subestimação em pacientes com respostas verbais impeditivas. **Acta Paul. Enferm.** v.18(2):136-42. 2005.

KOIZUMI, MS; DICCINI, S. **Enfermagem em neurociência**: Fundamentos para a prática clínica. São Paulo: Atheneu, 2006

LANGLOIS, JA; RUTLAND-BROWN, W; THOMAS, KE. **Traumatic brain injury in the United States: emergency department visits, hospitalizations and deaths**. /Atlanta: Center for disease control and prevention, national center for injury prevention and control; 2004.

LEE, YY et al. Association between the initial anatomical severity and opportunity of return to work in occupational hand injured patients. **The Journal of Trauma Injury**. v.69(6):88-93. 2010.

LIEBERMAN, JD et al. Use of admission Glasgow Coma Score, pupil size, and pupil reactivity to determine outcome for trauma patients. **The Journal of Trauma Injury, Infection, and Critical Care**. v.55 (3):437-43. 2003.

MALVESTIO, MA; SOUSA, RMC. Acidentes de trânsito: Caracterização das vítimas segundo o “Revised Trauma Score” medido no período pré hospitalar. **Rev. Esc Enf USP**. 36(4):394-401, 2002.

MALVESTIO, MA; SOUSA, RMC. Sobrevivência após acidentes de trânsito: Impacto das variáveis clínicas no pré-hospitalar. **Rev. Saúde Pública**. v.42(4):639-47. 2008.

MALVESTIO, MAA; SOUSA, RMC. Indicadores clínicos e pré-hospitalares de sobrevivência no trauma fechado: uma análise multivariada. **Rev Esc Enferm USP**. v.44(2):352-9. 2010.

MARCHESE, Vania Salete; SCATENA, João Henrique Gurtler and IGNOTTI, Eliane. Characterization of victims of accidents and violence: emergency Service of Alta Floresta - MT (Brazil). **Rev. bras. epidemiol.** [online], v.11(4):648-659. 2008.

MARISCAL, IMP; SILVA, EC. Accidentes de tránsito y el consumo de alcohol em uma unidade de urgência de La Paz, Bolivia. **Rev. Latino-am. Enfermagem**. 18(spec):613-9, 2010.

MATEWSKI, D; SZYMKOWIAK, E; BILINSKI, P. Analysis of management of patients with multiple injuries of the locomotor system. **International Orthopaedics (SICOT)**. v.32:753–58. 2008.

MEISLER, R et al. Age-related differences in mechanism, cause, and location of trauma deaths. **Minerva Anesthesiol.** v.77.Mar. 2011.

MELO, JRT; SILVA, RA; MOREIRA JR., ED. Características dos pacientes com trauma crânioencefálico na cidade do Salvador, Bahia, Brasil. **Arq Neuropsiquiatr.** v. 62(3-A):711-15. 2004.

MELLO JORGE, MHP; KOIZUMI, MS. **Acidentes de trânsito no Brasil: um atlas de sua distribuição.** São Paulo: ABRAMET. 2007.

MELLO JORGE, MHP; KOIZUMI, MS; TUONO, L. **Acidentes de trânsito no Brasil: a situação nas capitais.** São Paulo: ABRAMET, 2008.

MESQUITA FILHO, M;. MELLO JORGE, HPM. Características da morbidade por causas externas em serviço de urgência. **Revista Brasileira de Epidemiologia.** v.10(4). São Paulo: 2007.

MINAYO, MCS. Violência social sob perspectiva da saúde pública. **Cader. Saúde Pública,** v.10. Rio de Janeiro, 1994.

MINAYO, MCS. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. **Ciênc. Saúde coletiva.** v.11. Rio de Janeiro, 2006.

MOORE, L et al.. Statistical validation of the Revised Trauma Score. **J. Trauma.** v.60(2):305-11, 2006.

MOTAMEDI, MHK; KHATAMI, SM; TARIGHI, P. Assessment of severity, causes, and outcomes of hospitalized patients at a major trauma center. **The Journal of Trauma Injury, Infection, and Critical Care.** v.66:516-518. 2009.

NOVO, FC. Prevenção do Trauma. In: SOUSA, Regina Márcia Cardoso de, et al. Atuação no Trauma: uma abordagem para a enfermagem. São Paulo: Atheneu, 2009

OLIVEIRA, LR; MELLO JORGE, MHP. Análise epidemiológica das causas externas em unidades de urgência e emergência em Cuiabá/Mato Grosso. **Rev. Bras. Epidemiol.** v.11(3): 420-30. 2008.

OLIVEIRA, NLB; SOUSA, RMC. Diagnóstico de lesão e qualidade de vida de motociclistas, vítimas de acidentes de trânsito. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** v. 11 (6):749-756. 2003.

OLIVEIRA, BFM et al. **Trauma: atendimento Pré-hospitalar.** São Paulo: Editora Atheneu, 2004

OMS, Organização Mundial de Saúde. Centro Brasileiro de Classificação de doenças em português. Classificação estatística de doenças e problemas relacionados à saúde 10ª ver. São Paulo: EDUSP,1998.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra, 2002.

PEREIRA, CU; BARRETO, AS; MOREIRA, LCM. Traumatismos cranioencefálicos leves. **Arq Bras Neurocir**. v.24(2):58-66. 2005.

PEREIRA, WAP; LIMA, MAS. Atendimento pré-hospitalar: Caracterização das ocorrências de acidentes de trânsito. **Acta Paul Enferm**. 19(3):279-83, 2006.

PEREIRA, AA; FISCHER, GJ. Acidentes de trabalho com motocicleta em Joinville: Caracterização dos acidentes e das vítimas nos meses de setembro e outubro de 2008. **Revista saúde e ambiente/Health and environment journal**. v.10(2):71-81. 2009.

PETCHPRAPAI, N; WINKELMAN, C. Mild traumatic brain injury: determinants and subsequent quality of life. A review of the literature. **Journal of Neuroscience Nursing**. v. 39 (5):260-72. 2007.

PIMENTA, CAM; CARVALHO, MB; FOGAÇA, V. Dor e analgesia no atendimento pré-hospitalar às vítimas de acidente de causa externa. **Ambito hop**. 2003.

PHTLS: Prehospital Trauma Life Support. **Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado**. NAEMT (National Association of Emergency Medical Technicians). Tradução: Diego Alfaro e Hermínio de Mattos Filho. 6 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.

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

POLIT, DF; BECK, CT; HUNGLER, BP. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

PONCE, JC et al. Alcohol-related traffic accidents with fatal outcomes in the city of São Paulo. **Accident Analysis and Prevention** v.4: 782-787. 2011.)

PROBST, C et al. Late Death After Multiple Severe Trauma: When Does It Occur and What Are the Causes? **The Journal of Trauma Injury, Infection, and Critical Care**, v. 66: 1212-17. 2009.

REBHOLZ, CM et al. Mortality from suicide and other external cause injuries in China: a prospective cohort study. **BMC Public Health**. v.11:56. 2011.

RODRIGUEZ, NNO et al. Accidentes y lesiones por consumo de alcohol y drogas en pacientes atendidos en una sala de urgência. **Rev. Latino-Am**. v.18(Spec):521-8. 2010.

ROSA, TP et al. Perfil dos pacientes atendidos em uma sala de emergência do pronto socorro de um Hospital Universitário. **R. Enferm. UFSM**. v.1(1):51-60. 2011.

SANTOS, JLG et al. Acidentes e violências: caracterização dos atendimentos no pronto-socorro de um hospital universitário. **Saúde e Soc**. v. 17, n. 3, São Paulo, 2008a.

SANTOS, AM et al. Perfil das vítimas de trauma por acidente de moto atendidas em um serviço público de emergência. **Cad Saúde Pública** 24(8):1927-1938. 2008b.

SENDROY-TERRILL, M.; WHITENECK, GG; BROOKS, CA. Aging with traumatic brain injury: cross-sectional follow-up of people receiving inpatient rehabilitation over more than 3 decades. **Arch Phys Med Rehabil.** v.91(3):489-497. 2010.

SERGIPE. Base cartográfica. **Atlas digital sobre os recursos hídricos do Estado de Sergipe.** Gerência de informações geográficas e cartográficas GGEC/SUPES, SEPLAN, 2008.

SILVA, MJ et al. Patient outcome after traumatic brain injury in high-, middle- and low-income countries: analysis of data on 8927 patients in 46 countries. **International Journal of Epidemiology.** v.38(2):452-458. 2009a.

SILVA, CB et al. Avaliação da qualidade de vida de pacientes com trauma cranioencefálico. **Fisioter Pesq.** v.16 (4):311-5. 2009b

SILVEIRA, CA; ROBAZZI, MLCC; MARZIALE, MHP; DALRI, MCB. Acidentes de Transporte e trânsito entre motoristas atendidos em serviço de emergência. **Rev. Enferm. UERJ.** v.13:44-50. 2005.

SKANDSEN, T et al. Cognitive impairment 3 months after moderate and severe traumatic brain injury: a prospective follow-up study. **Arch Phys Med Rehabil.** v.91(12):1904-1913. 2010.

SOBERG, HL et al. Long-Term Multidimensional Functional Consequences of Severe Multiple Injuries Two Years After Trauma: A Prospective Longitudinal Cohort Study. **The Journal of Trauma Injury, Infection, and Critical Care.** v.62(2):461-70. 2007.

SOUSA, RMC. Perfil de morbimortalidade relacionado a acidentes e violências no Brasil. In: SOUSA et al.. **Atuação no trauma: uma abordagem para a enfermagem.** São Paulo: Editora Atheneu, 2009.

SOUSA, RMC. Comparação entre instrumento de mensuração das consequências do trauma crânioencefálico. **Rev Esc Enferm USP.** 40 (2):203-13. 2006.

SOUZA, ER; LIMA; CARVALHO, ML. Panorama da violência urbana no Brasil e suas capitais. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2006, vol.11, suppl., pp. 1211-1222. ISSN 1413-8123

SUCUPIRA, F. **Acidentes de Trânsito custam mais caro que doenças para o SUS.** Disponível em < <http://www.stdturiani.com.br/noticias/notic04.html> > Acesso em: 25 de julho de 2009.

TOIEN, K et al. Psychological distress after severe trauma: a prospective 1-year follow-up study of a trauma intensive care unit population. **The Journal of Trauma Injury.** 69(6):1552-1559. 2010.

UDEKWU, P et al. Glasgow Coma Scale Score, Mortality, and functional outcome in Head-Injury Patients. **The Journal of Trauma Injury, Infection, and Critical Care.** v. 56(5): 1084-89. 2004.

WAGLE, VG; PERKINS, C; VALLERA, A. IS helmet use beneficial to motorcyclists? **J. Trauma.** v.34(1):120-2. 1993.

WHO. World Health Organization. **Guns, knives, and pesticides: reducing access to lethal means.** Series of briefings on violence prevention: the evidence. Liverpool: JMU, Centre for public health. Geneva, 2009

ZEPF, KI et al. Commuting Accidents in the German Chemical Industry. **Industrial Health.** v.48:164-170. 2010.



Apêndices

APÊNDICES A – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
NÚCLEO DE PÓS GRADUAÇÃO EM MEDICINA
MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**TERMO DE CONFIDENCIALIDADE PARA O COMITE DE ETICA EM PESQUISA DO
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE**

I – Dados sobre a pesquisa científica

Título: Violências e acidentes: Caracterização das vítimas atendidas em Sergipe

Pesquisadora: Andréia Centenaro Vaez

Orientadora: Profª Drª Edilene Curvelo Hora

II – Termo de Consentimento: Estamos realizando uma pesquisa que tem como objetivo geral elaborar um protocolo de Enfermagem para admissão de vítimas de violências e acidentes. Tendo como objetivos específicos: Validar o protocolo de enfermagem de admissão da vítima de violências e acidentes pelo método de *face validity*; Aplicar o protocolo de enfermagem na admissão de vítimas de violências e acidentes e Avaliar a eficácia do protocolo de enfermagem

O estudo será realizado por meio de entrevista e caracterização dos enfermeiros da área vermelha, amarela e verde do HUSE, e também e pela análise de prontuários durante as etapas do estudo. A pesquisa oferece risco mínimo quanto a um erro amostral não calculado e não oferece desconforto e despesas financeiras para o pesquisado. Posteriormente, será construído, por meio de um grupo focal exploratório, um protocolo de enfermagem para a admissão das vítimas de violências e acidentes, sendo aplicados a uma amostra de 60 vítimas admitidas nas referidas áreas.

Os resultados do estudo serão importantes para sistematizar o atendimento de vítimas de Violências e acidentes, de forma que serão disponibilizados dados referentes ao atendimento que poderão auxiliar no desfecho das vítimas diminuindo as complicações decorrentes do déficit de registros, bem como melhorar a qualidade dos registros de enfermagem.

As informações obtidas serão confidenciais e utilizadas apenas com propósito científico, conforme recomenda a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Os resultados serão publicados com garantia de anonimato dos sujeitos da pesquisa. O coordenador do CEP do HUSE, poderá ter acesso a qualquer tempo aos dados da pesquisa, eliminando possíveis dúvidas.

III – Informações dos nomes, endereços e telefones dos responsáveis pelo acompanhamento da pesquisa.

1. Andréia Centenaro Vaez graduada pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE. Profª Esp. do curso de Enfermagem da UNIT. Av. Murilo Dantas, nº 300 – Bairro Farolândia – Aracaju/Se. CEP: 19030-270; Telefones: (79) 3218-2136. Mestranda do Núcleo de Pós Graduação em Medicina da Universidade Federal de Sergipe - Mestrado em Ciências da Saúde.

2. Edilene Curvelo Hora. Profa. Dra. do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe. Rua Cláudio Batista, SN – Bairro: Sanatório – Aracaju/Se. Telefones (79) 2105-1812 (comercial).

IV – Consentimento pós-esclarecido

Declaro que, após convenientemente esclarecido (a) pela pesquisadora, e, tendo entendido o que me foi explicado, consinto o acesso aos enfermeiros e prontuários para a referida pesquisa.

Aracaju/Se, _____ de _____ de 2010.

Assinatura do Coordenador do CEP do HUSE

Andréia Centenaro Vaez

APÊNDICE B – TCLE PARA VÍTIMAS DE VIOLÊNCIAS E ACIDENTES

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
NÚCLEO DE PÓS GRADUAÇÃO EM MEDICINA
MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
PARA AS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIAS E ACIDENTES**

I – Dados sobre a pesquisa científica

Título: Violências e acidentes: Caracterização das vítimas atendidas em Sergipe

Pesquisadora: Andréia C. Vaez

Orientadora: Prof^a Dr^a Edilene C. Hora

II – Termo de Consentimento

O estudo será realizado por meio da aplicação do protocolo denominado “**Formulário de admissão das vítimas de violências e acidentes – FAVVA**”, este protocolo será aplicado a todas as vítimas de violências e acidentes maiores de 12 anos, atendidas na área vermelha e verde trauma do Hospital de Urgência de Sergipe (HUSE). A pesquisa oferece risco mínimo, quanto a um erro amostral não calculado, não oferece desconforto e despesas financeiras para o pesquisado. Após a validação e aplicação do FAVVA, o instrumento será sugerido aos hospitais que atendem vítimas de violências e acidentes, visando nestas unidades o registro de uma maior quantidade e qualidade dos registros da equipe de saúde.

Os resultados do estudo serão importantes para sistematizar o atendimento de vítimas de violências e acidentes, de forma que serão disponibilizados dados referentes ao atendimento que poderão auxiliar no desfecho das vítimas diminuindo as complicações decorrentes de dados subnotificados.

As informações obtidas serão confidenciais e utilizadas apenas com propósito científico, conforme recomenda a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Os resultados serão publicados com garantia de anonimato dos sujeitos da pesquisa. O Sr(a) poderá ter acesso a qualquer tempo aos dados da pesquisa, eliminando possíveis dúvidas.

III – Informações dos nomes, endereços e telefones dos responsáveis pelo acompanhamento da pesquisa.

1. Andréia C. Vaez graduada pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE. Prof^a Esp. do curso de Enfermagem da UNIT. Avenida Murilo Dantas, nº 300 – Bairro Farolândia – Aracaju/Se. CEP: 19030-270; Telefones: (79) 3218-2136 (Comercial). Mestranda do Núcleo de Pós Graduação em Medicina da Universidade Federal de Sergipe - Mestrado em Ciências da Saúde.

2. Edilene C. Hora. Profa. Dra. do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe. Rua Cláudio Batista, SN – Bairro: Sanatório – Aracaju/Se. Telefones (79) 2105-1812 (comercial).

IV – Consentimento pós-esclarecido

Declaro que, após convenientemente esclarecido (a) pela pesquisadora, e, tendo entendido o que me foi explicado, aceito participar da pesquisa.

Aracaju/Se, _____ de _____ de 2010.

Assinatura da vítima de violência/acidente
Contato _____

Assinatura da pesquisadora
Enf^a Esp. Andréia Centenaro Vaez

APÊNDICE C – FAVVA (VERSÃO VALIDADA)



Anexo

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

