



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

**SHIRLEY VERÔNICA MELO ALMEIDA LIMA**

**INQUÉRITO DE VIOLÊNCIAS E ACIDENTES EM SERVIÇO**  
**DE REFERÊNCIA HOSPITALAR DE SERGIPE**

**ARACAJU-SE**

**2013**

**SHIRLEY VERÔNICA MELO ALMEIDA LIMA**

**INQUÉRITO DE VIOLÊNCIAS E ACIDENTES EM SERVIÇO  
DE REFERÊNCIA HOSPITALAR DE SERGIPE**

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

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Edilene Curvelo Hora

**ARACAJU-SE**

**2013**

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA DA SAÚDE  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE**

L732i Lima, Shirley Verônica Melo Almeida  
Inquérito de violências e acidentes em serviço de referência hospitalar de Sergipe / Shirley Verônica Melo Almeida Lima, orientadora Edilene Curvelo Hora. -- Aracaju, 2013.  
166 f. : il.

Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Núcleo de pós-Graduação em Medicina, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, Universidade Federal de Sergipe, 2013.

1. Vítimas de acidentes. 2. Violência - Levantamentos. 3. Hospitais - Serviços. 4. Epidemiologia. 5. Saúde pública 6. Enfermagem. I. Hora, Edilene Curvelo, orient. II. Título.

CDU 616-083.98  
614.3

**SHIRLEY VERÔNICA MELO ALMEIDA LIMA**

**INQUÉRITO DE VIOLÊNCIAS E ACIDENTES EM SERVIÇO  
DE REFERÊNCIA HOSPITALAR DE SERGIPE**

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

Aprovada em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

Profa. Dra. Edilene Curvelo Hora  
(Presidente)

---

Profa. Dra. Cristiane Costa da Cunha Oliveira  
(1º Examinador)

---

Prof. Dr. Marco Antônio Prado Nunes  
(2º Examinador)

**PARECER**

---

---

---

---

*“É fundamental diminuir a distância entre o que se diz e o que se faz, de tal forma que, num dado momento, a tua fala seja a tua prática”.*

*(Paulo Freire)*

## AGRADECIMENTOS

Descrever o sentimento desse momento singular é bastante desafiador para mim. Consegui colocar em palavras a grandiosidade deste dia seria um tanto utópico, pois bem...

Inicio minhas palavras agradecendo ao meu Deus por me acompanhar a cada segundo e pelas diversas conversas em que o senhor tanto me acalentava.

A minha família pelo entendimento da minha ausência por diversas vezes e pelo discernimento de saber compreender os meus desabafos e angústias. Agradeço em especial a minha grande mãe, Zilma, por todas as lições de vida e exemplo de evolução espiritual que me espelham na busca do crescimento pessoal e profissional. Ao meu irmão, Hugo, que por horas e horas destinava seu tempo a me escutar, e fazia questão de entender meus vários devaneios durante o ano de 2013.

Aos meus tios Zélia e Gilson por estarem sempre presentes em momentos decisivos na minha vida. Sou eternamente grata por todo amor que me é dispensado e por serem tão importantes na minha jornada.

A Professora Dra. Edilene Curvelo Hora pela feliz coragem de acreditar em uma pequena que tinha medo até de falar, e de me dar à oportunidade de vivenciar momentos como esse. Ao carinho, respeito, confiança e compreensão dispensada nunca serão esquecidos. Hoje, realizo um grande sonho porque você permitiu!

A querida amiga Ana Carla Ferreira, que em pouco tempo se fez tão forte em mim. Agradeço pela parceria e força que sempre me ensinou ter.

Aos amigos professores Mariangela Nunes e Antônio Barreto Alves que de coração aberto olharam para mim, acreditaram e confiaram no meu potencial. Agradeço demais pelos diversos momentos de crescimento juntos para que esse dia chegasse. E ele chegou!  
**OBRIGADA!**

A toda equipe do Hospital Regional de Lagarto, em especial a Daniela Silva, Vívian Viana, Allana Libório, Jardel Martins e Oldegar Alves Junior que no momento mais delicado me abriram as portas e fizeram-me sentir em casa. Sou extremamente grata pela receptividade e parceria que encontrei em vocês.

A Equipe de coleta, meus queridos alunos Maycon Santana, Genivaldo Silva, Lorranny Rodrigues, Thaynara Almeida, Mírzia Fontes e Nayara Santiago que firmaram o compromisso e foram até o fim. Agradeço pela competência e responsabilidade durante os nossos incansáveis 30 dias. Pelas noites em claro, pelos dias de domingo de sol e principalmente pelo DESAFIO que foi terminar essa coleta de dados, sem vocês o dia de hoje não teria chegado. Agradeço muito!

A Secretaria de Planejamento, Orçamento e Gestão pela parceria e responsabilidade dispensada, foi muito bom poder contar com vocês, Márcio Reis e Rodrigo Menezes.

Ao Ministério da Saúde, em especial a Alice Cristina Medeiros e a Marta Maria Alves da Silva, representantes do Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde, pela contribuição elementar com o fornecimento do aplicativo computacional do Inquérito VIVA/2011. O tratamento dos dados e o desenvolvimento da pesquisa sem dúvida nenhuma foi facilitado com a aquisição do aplicativo.

A todos os colegas de classe, amigos e professores do Núcleo de Pós-Graduação em Ciências da Saúde por acreditarem que este desejo e ousadia seriam possíveis. A convivência com todos vocês em 2013 me trouxe um aprendizado incomparável. Muito feliz por ter conhecido vocês!

Por fim, e não menos importante ofereço essa dissertação a toda comunidade como instrumento de análise e reflexão.

Muito Obrigada!

LIMA; S. V. M. A. Inquérito de Violências e Acidentes em serviço de referência hospitalar de Sergipe. Universidade Federal de Sergipe, Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde, 2013.

## RESUMO

As violências e acidentes exercem grande impacto nas condições de saúde da população, e os seus efeitos ultrapassam o sofrimento individual e coletivo, pois atingem um número muito maior de pessoas do que aquelas que se encontram diretamente envolvidas. A abordagem das violências e dos acidentes pela Saúde Pública é crucial para obter o maior número possível de conhecimentos e unir dados sobre sua extensão, característica e consequência. O estudo teve como objetivo descrever a ocorrência de violências e acidentes e conhecer a distribuição espacial dos casos por municípios de ocorrência. Trata-se de um estudo descritivo, transversal e com abordagem quantitativa, desenvolvido em um Hospital referência para a região centro sul de Sergipe. A população do estudo foi composta por todas as vítimas de violências e acidentes (N=1065) admitidas no Hospital Regional durante 30 dias consecutivos em todos os turnos com aplicação do Inquérito da Vigilância de Violências e Acidentes do Ministério da Saúde. Das 1065 vítimas entrevistadas encontrou-se tipificados ocorrências em acidentes de transporte com 363 vítimas (34,1%), queda com 313(29,4%), agressão/maus-tratos com 58(5,4%), queimaduras com 8 (0,8%), lesão autoprovocada com 04 (0,4%) e outros acidentes com 319 (30,0%). A idade média dessas vítimas foi de 30 anos (DP: 20,8), maioria do sexo masculino 705 (66,2%), cor da pele parda 538 (50,5%) e baixa escolaridade (58,1%). Quanto à localização e natureza da lesão foram mais frequentes os membros superiores (35,7%), inferiores (32,6%) seguidos da região da cabeça/face (16,5%) e naturezas como contusão/fratura (45,2%) e corte/laceração (36,7%). O desfecho revelou que a quase totalidade das vítimas 995 (93,4%), evoluiu para alta hospitalar. As associações entre o tipo de acidente, o sexo das vítimas e a localização das lesões foram estatisticamente significantes quando comparada com as faixas etárias. A distribuição espacial segundo municípios de ocorrência não se limitou a região centro sul do estado, ou seja, houve atendimento às vítimas de violências e acidentes oriundas de outras regiões. Concluiu-se que houve uma grande demanda de atendimento no serviço de referência por violências e acidentes que ultrapassou a região de saúde delimitada e sobrecarregou a instituição, embora a brevidade do tempo de permanência hospitalar sinalize lesões de menor gravidade. O estudo contribui para nortear políticas públicas que visem à prevenção e redução desses agravos que se configuram como um problema de saúde pública.

**Descritores:** Acidentes. Inquéritos Epidemiológicos. Violência.

LIMA; S. V. M. A. Investigation of Violence and Accidents in hospital referral service in Sergipe. [Dissertation]. Sergipe. Federal University of Sergipe, Center for Graduate Health Sciences, 2013.

## **ABSTRACT**

Violence and accidents have a major impact on the health conditions of the population and its effects go beyond individual and collective suffering, because they reach a much larger number of people than those who are directly involved. The approach of violence and accidents by Public Health is crucial in order to obtain the greatest possible knowledge and unite, data, on its extension, characteristic and consequence. The study aimed to describe the occurrence of violence and accidents and learn the spatial distribution of cases by the municipalities of occurrence. This is a descriptive, transversal study with a quantitative approach, developed in a reference Hospital for the central south region of Sergipe. The study population was composed of all the victims of violence and accidents (N=1065) admitted to the Regional Hospital for 30 consecutive days, on all shifts with application of the Surveillance Survey for Violence and Accidents by the Ministry of Health. Of the 1065 women interviewed typified occurrences were found in transport accidents with 363 victims (34.1%), fall with 313 (29.4%), assault / abuse with 58 (5.4%), burns 08 (0.8%) with self-harm 04 (0.4%) and other accidents 319 (30.0%). The average age of the victims was 30 years (SD: 20.8) the majority were male 705 (66.2%), color - brown skin 538 (50.5%) and low education level (58.1%). As to the location and nature of the injury, was more frequent the upper limbs (35.7%), lower limbs (32.6%) followed by the region of the head/face (16.5%) and natures such as contusion/fracture (45.2 %) and cut/laceration (36.7 % ). The outcome revealed that almost all of the victims 995 (93.4%) progressed to hospital discharge. The associations between the type of accident, the gender of the victims and the location injuries were statistically significant when compared to the age groups. The spatial distribution by municipalities of occurrence was not limited to the south central region of the state, being that there was caring for victims of violence and accidents from other regions. It was concluded that there was a great demand for treatment at specialist centers for violence and accidents that exceeded the defined and health care region and overloaded the institution, although the shortness of duration of hospitalization signal minor injuries. The study contributes to guide public policies aimed at preventing and reducing these injuries that are configured as a public health problem.

**Descriptors:** Accidents. Health Surveys. Violence.

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b>	Distribuição de idade das vítimas de violências e acidentes, segundo percentil. Lagarto/SE, 2013.	40
<b>Tabela 2</b>	Distribuição proporcional do perfil sócio demográfico das vítimas de violências e acidentes, segundo sexo, cor da pele, escolaridade, atividade remunerada, deficiência e ingestão de bebida alcoólica. Lagarto/SE, 2013.	41
<b>Tabela 3</b>	Associação proporcional do sexo das vítimas de violências e acidentes, segundo relação com faixa etária. Lagarto/SE, 2013.	42
<b>Tabela 4</b>	Distribuição do perfil das vítimas de violências e acidentes, segundo transporte utilizado para chegar ao hospital, atendimento prévio em outro serviço, zona de ocorrência, local de ocorrência e evento no trabalho/trajeto. Lagarto/SE, 2013.	44
<b>Tabela 5</b>	Caracterização dos atendimentos de violências e acidentes com distribuição proporcional, segundo tipo de ocorrência, localização da lesão, natureza da lesão e evolução do caso. Lagarto/SE, 2013.	46
<b>Tabela 6</b>	Distribuição proporcional dos atendimentos acidentais, segundo outros acidentes. Lagarto/SE, 2013.	47
<b>Tabela 7</b>	Associação proporcional do sexo das vítimas, segundo o tipo de ocorrência. Lagarto/SE, 2013.	47
<b>Tabela 8</b>	Associação proporcional dos tipos de ocorrência de violências e acidentes, segundo relação com faixa etária. Lagarto/SE, 2013.	49
<b>Tabela 9</b>	Associação proporcional da localização da lesão das vítimas, segundo relação com faixa etária. Lagarto/SE, 2013.	51
<b>Tabela 10</b>	Distribuição proporcional da natureza da lesão das vítimas, segundo faixa etária. Lagarto/SE, 2013.	53
<b>Tabela 11</b>	Associação proporcional da evolução do caso de violências e acidentes, segundo relação com faixa etária. Lagarto/SE, 2013.	54
<b>Tabela 12</b>	Distribuição proporcional dos acidentes de transporte, segundo tipo de transporte, tipo de vítima e outra parte envolvida. Lagarto/SE, 2013.	55

<b>Tabela 13</b>	Associação proporcional do sexo das vítimas, segundo relação com os meios de locomoção utilizado nos acidentes de transporte. Lagarto/SE, 2013.	56
<b>Tabela 14</b>	Associação proporcional do sexo das vítimas, segundo relação com o tipo de vítima no acidente de transporte. Lagarto/SE, 2013.	56
<b>Tabela 15</b>	Distribuição proporcional dos acidentes de transporte, segundo o uso de cinto de segurança e capacete. Lagarto/SE, 2013.	57
<b>Tabela 16</b>	Associação proporcional de tipos de transporte utilizado pela vítima, segundo relação com faixa etária. Lagarto/SE, 2013.	58
<b>Tabela 17</b>	Associação proporcional do tipo de vítima nos acidentes de transporte, segundo relação com faixa etária. Lagarto/SE, 2013.	59
<b>Tabela 18</b>	Distribuição proporcional dos casos de queda, segundo tipo de queda das vítimas. Lagarto/SE, 2013.	60
<b>Tabela 19</b>	Distribuição proporcional dos casos de queimaduras, segundo tipo de queimadura das vítimas. Lagarto/SE, 2013.	60
<b>Tabela 20</b>	Distribuição proporcional dos atos violentos, segundo tipo de violência, meio utilizado para agressão, tipo e sexo do agressor. Lagarto/SE, 2013.	61
<b>Tabela 21</b>	Distribuição proporcional dos atos violentos, segundo tipo de lesão autoprovocada. Lagarto/SE, 2013.	61

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b>	Mapa do estado de Sergipe, segundo microrregiões de saúde.	32
<b>Figura 2</b>	Algoritmo para coleta de dados das vítimas de violências e acidentes atendidas no Hospital Regional de Lagarto. Lagarto/SE, 2013.	35
<b>Figura 3</b>	Associação proporcional do sexo das vítimas de violências e acidentes, segundo relação com faixa etária. Lagarto/SE, 2013.	43
<b>Figura 4</b>	Distribuição em frequência absoluta de atendimentos por violências e acidentes, segundo dia de atendimento por dia da semana. Lagarto/SE, 2013.	43
<b>Figura 5</b>	Associação proporcional dos tipos de ocorrência de violências e acidentes, segundo relação com faixa etária. Lagarto/SE, 2013.	50
<b>Figura 6</b>	Associação proporcional da localização da lesão das vítimas, segundo relação com faixa etária. Lagarto/SE, 2013.	52
<b>Figura 7</b>	Mapa de distribuição espacial dos acidentes, segundo município de ocorrência. Lagarto/SE, 2013.	63
<b>Figura 8</b>	Mapa de distribuição espacial dos atos violentos, segundo município de ocorrência. Lagarto/SE, 2013.	64

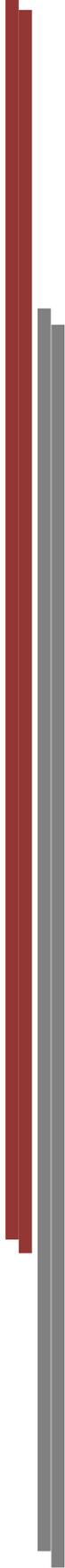
## LISTA DE ABREVIACÕES

CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CID	Manual de Classificação e Estatística Internacional de Doenças e problemas relacionados à Saúde - 10ª revisão
CGDANT	Coordenação Geral de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis.
CONEP	Conselho Nacional de Ética e Pesquisa
CTB	Código de Trânsito Brasileiro
FHS	Fundação Hospitalar de Saúde
HRL	Hospital Regional de Lagarto
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
N(n)	Número Amostral
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PIBIX	Programa Institucional de Bolsas de Iniciação à Extensão
PNRMAV	Política Nacional de Redução de Morbidade e Mortalidade por Acidentes e Violências
PNH	Política Nacional de Humanização
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIG	Sistema de Informação Geográfica
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SIM	Sistema de informação de Mortalidade
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
SPSS	Statistical Package for the Social Science
SUPES	Superintendência de Estudos e Pesquisas
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFS	Universidade Federal de Sergipe
VIVA	Vigilância de Violências e Acidentes

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>16</b>
<b>2 REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	<b>19</b>
<b>2.1 Considerações sobre as causas externas</b> .....	<b>20</b>
<b>2.2 Classificação das causas externas</b> .....	<b>22</b>
<b>2.2.1 Acidentes de Transporte</b> .....	<b>23</b>
<b>2.2.3 Queda</b> .....	<b>24</b>
<b>2.2.4 Queimadura</b> .....	<b>25</b>
<b>2.2.5 Lesão Autoprovocada</b> .....	<b>25</b>
<b>2.2.6 Agressão / Maus-tratos</b> .....	<b>25</b>
<b>2.3 Análise espacial dos acidentes e violências</b> .....	<b>26</b>
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	<b>29</b>
<b>3.1 Objetivo Geral</b> .....	<b>29</b>
<b>3.2 Objetivos Específicos</b> .....	<b>29</b>
<b>4 CASUÍSTICA E MÉTODOS</b> .....	<b>31</b>
<b>4.1 Tipo de Estudo</b> .....	<b>31</b>
<b>4.2 Local de Estudo</b> .....	<b>31</b>
<b>4.3 Casuística</b> .....	<b>33</b>
<b>4.4 Instrumento de Estudo</b> .....	<b>33</b>
<b>4.4.1 Formulário de coleta de dados – INQUÉRITO VIVA</b> .....	<b>33</b>
<b>4.5 Procedimento da Coleta de Dados</b> .....	<b>34</b>
<b>4.6 Aspectos Éticos</b> .....	<b>35</b>
<b>4.6.1 Termo de Confidencialidade</b> .....	<b>36</b>
<b>4.6.2 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b> .....	<b>36</b>
<b>4.6.3 Análise dos Riscos e benefícios</b> .....	<b>36</b>
<b>4.7 Tratamento e Análise dos Dados</b> .....	<b>36</b>
<b>5 RESULTADOS</b> .....	<b>40</b>
<b>6 DISCUSSÃO</b> .....	<b>66</b>
<b>7 CONCLUSÃO</b> .....	<b>78</b>
<b>8 ARTIGO CIENTÍFICO</b> .....	<b>81</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>100</b>
<b>APÊNDICE A – Termo de Confidencialidade</b> .....	<b>109</b>
<b>APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b> .....	<b>110</b>

<b>APÊNDICE C – Autorização de Dados.....</b>	<b>111</b>
<b>APÊNDICE D – Manual do Entrevistador .....</b>	<b>112</b>
<b>APÊNDICE E – “Coodebook” das Variáveis .....</b>	<b>153</b>
<b>ANEXO A – Inquérito VIVA/2011 .....</b>	<b>161</b>
<b>ANEXO B – Parecer Consubstanciado do CEP .....</b>	<b>163</b>
<b>ANEXO C – Reportagem.....</b>	<b>164</b>



# Introdução

## 1 INTRODUÇÃO

No Brasil e no mundo a morbimortalidade por causas externas representa uma das grandes inquietações entre os gestores da saúde e os chefes de governo. As causas externas constituem um conjunto de agravos à saúde que podem ser acidentais e intencionais definidos como acidentes e violências. Tal evento pode ser considerado endêmico em muitos países, entre os quais o Brasil, tornando-se um grave problema de saúde pública. A lesão traumática decorrente desses eventos é considerada uma doença (BRASIL, 2011; BRASIL, 2010; FREIRE, 2001).

O trauma pode ser considerado como conjunto de alterações anatômicas e funcionais, local ou sistêmica, provocadas no organismo por fatores externos como agentes físicos ou químicos, meios agressivos ou acidentais. Entre as causas externas destacam-se, os acidentes de transporte, as quedas, queimaduras, agressões e lesões autoprovocada. Grande parte desses acidentes e violências são causadores de sequelas graves na sociedade e podem ser vistos como doenças evitáveis, sendo a prevenção, a forma mais eficaz para combater essa doença (CHAVAGLIA; et al., 2008).

As violências e acidentes representam um problema de saúde pública de grande magnitude com forte impacto na saúde da população. Contribuem para o aumento dos custos sociais com cuidados em saúde, previdência, absenteísmo à escola e ao trabalho e, por conseguinte, perda de qualidade de vida entre os cidadãos (MASCARENHAS; et al., 2009).

No mundo, diariamente, mais de 15.000 mil pessoas são vítimas de violências e acidentes e, aproximadamente, 5,8 milhões morrem a cada ano. Esses dados representam 10% da mortalidade mundial e 32% a mais do que o número de mortes por doenças transmissíveis como a malária, tuberculose e HIV/AIDS, o que reflete como um dano irreparável nas vítimas, famílias e sociedade (WHO, 2010).

No Brasil, as vítimas por causas externas representam a terceira causa mais frequente de morte e a primeira causa na faixa etária de 1 a 39 anos (SILVA JUNIOR; MALTA, 2013). As internações apresentam um aumento progressivo de 7,7% em 2000 para 10,4% em 2010. Tal fato representou um crescimento de 19,1% na taxa de internação com 929.245 internações por causas externas no ano de 2010 e, conseqüentemente, aumento nos custos relacionados à saúde pública os quais representam, 11,8% dos gastos com todas as hospitalizações financiadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2010; BRASIL, 2011a; BRASIL, 2012b).

Na região nordeste em 2011 e 2012 registrou-se respectivamente, 44.220 e 46.540 óbitos por causas externas ocupando o segundo lugar da mortalidade geral, perdendo apenas para doenças do aparelho circulatório. Em Sergipe, os dados representam 1.764 óbitos em 2011 e 1.944 em 2012, o que reflete um crescente índice na mortalidade bem como nas internações hospitalares registrados no Sistema de Informação Hospitalar (SIH) de 4.654 em 2009 e 5.415 em 2010 (BRASIL, 2013; BRASIL, 2012a).

Devido à complexidade e magnitude da problemática, o Ministério da Saúde implantou em 2006 o Inquérito de Vigilância de Violências e Acidentes (Inquérito - VIVA) para conhecer as características das violências e acidentes bem como o perfil da morbimortalidade da população. Trata-se de uma monitorização epidemiológica complementar às informações disponibilizadas pelo Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações Hospitalares (SIH). A abordagem das violências e dos acidentes pela Saúde Pública é crucial por se obter o maior número possível de conhecimentos em todos os aspectos e unir, sistematicamente, dados sobre sua extensão, características e conseqüências em nível local, nacional e internacional (BRASIL, 2011; BRASIL, 2010; MASCARENHAS; et al., 2009; MALTA; LEAL; et al., 2008).

Uma melhor compreensão da dinâmica das violências e acidentes é o uso da análise espacial, por meio de programas computacionais que utilizam o espaço territorial para analisar a distribuição dos processos de saúde e doença na população e que podem ser utilizados como ferramenta importante para analisar a distribuição espacial e indicar áreas prioritárias de intervenção (SOUZA; CAVENAGHI; ALVES; MAGALHÃES, 2008).

Conhecer a ocorrência dos acidentes e violências no município permite o desenvolvimento de ações preventivas que visem diminuir o número desses agravos. Nesse contexto, é fundamental que sejam estudadas e divulgadas informações sobre as características e tendências da morbimortalidade por causas externas, a fim de compreender a extensão, gravidade e direção do problema (BRASIL, 2011; BRASIL, 2011a, WHO, 2010).

As especificidades quanto à morbimortalidade por acidentes e violências suscita o aprofundamento de estudos que considerem também características de cada estado e/ou município, a fim de que as ações de promoção e prevenção sejam planejadas conforme as reais necessidades.

Atualmente Sergipe está distribuído em 07 grandes regiões de saúde, ganhou esta disposição pela Reforma Gerencial e Sanitária do SUS em 2007 (Lei nº 6.345/2008), no qual a população do interior do estado obteve acesso ao serviço de saúde na média e alta complexidade. Com o objetivo de beneficiar a população diante do acesso aos serviços de

saúde, descentralizar as ações e, por conseguinte, tornar a assistência com mais rapidez e qualidade, a região centro sul comporta um Hospital Regional de alta complexidade, idealizado para receber toda a demanda da microrregião de saúde, além de possibilitar que os hospitais da capital tenham um menor fluxo oriundo do interior do estado (SERGIPE, 2011).

Outro fator importante da região centro-sul foi a instalação do Campus da Saúde pela Universidade Federal de Sergipe (UFS) no ano de 2011, no qual foram implantados diversos cursos da área da saúde, de maneira a possibilitar crescimento para a região, fato este que torna o estudo ainda mais relevante diante de tamanha especificidade regional.

Frente às considerações apresentadas, a pesquisa emergiu durante a vivência das práticas gestoras no serviço de vigilância epidemiológica e interesse em descrever a ocorrência das violências e acidentes em um Hospital Regional devido à endemicidade do fenômeno que se apresenta em toda a extensão brasileira e mundial.

O estudo justifica-se, portanto, para uma melhor compreensão das ocorrências de violências e acidentes atendidas em um serviço de referência hospitalar da região centro sul do estado de Sergipe, a fim de disponibilizar dados que possam servir de base para dimensionar a demanda por atendimentos de urgência e emergência, bem como, fomentar políticas públicas de saúde integradas que favoreçam medidas preventivas e, por conseguinte, melhor qualidade de vida à população.



# Revisão da Literatura

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 Considerações sobre as causas externas

As violências e acidentes estão relacionados ao grupo de causa, denominadas causas externas, caracterizando um conjunto de agravos à saúde que provocam algum tipo de lesão, seja física, mental ou psicológica, podendo ou não levar ao óbito (BRASIL, 2010).

As causas externas exercem grande impacto nas condições de saúde da população e seus efeitos ultrapassam o sofrimento individual e coletivo, pois atingem um número muito maior de pessoas do que aquelas que se encontram diretamente envolvidas, que incide na cultura e no modo de viver da vítima e de seus familiares (BRASIL, 2010; BRASIL 2001). Tal fato se configura um grave problema de saúde pública com uma grande dimensão e transcendência, além de impactar na morbidade e mortalidade da população, resultante de ações e/ou omissões humanas como também fatores sociais (GENEVA, 2012).

Historicamente as violências e acidentes fazem parte do grande arcabouço da humanidade, pois, desde os primórdios são encontrados relatos de conflitos entre seres humanos de forma a tornar cada vez mais as causas externas, como uma das principais causas de morte e incapacidade. As violências e acidentes não devem ser encarados como fatalidade, pois são previsíveis e preveníveis além de constituírem um sério problema social com intensas repercussões na saúde pessoal e coletiva (SOUZA, 2009; BRASIL, 2005).

Sob a visão da tríade epidemiológica as violências e acidentes também podem ser encarados como uma interação simultânea entre três elementos importantes: o agente causal (a energia física que é transferida ao corpo), o hospedeiro (o indivíduo), e o ambiente (fatores físicos, sociais e culturais). Dessa maneira, as diversas interseções destes elementos representam um desafio às políticas públicas de prevenção (NOVO, 2009; PHTLS, 2007). Embora haja uma crescente importância da problemática, poucos países apresentam estratégias, políticas e planos de ação para a prevenção das violências e acidentes (WHO, 2006).

Os dados apontam para o acometimento de adultos jovens com idade inferior a 45 anos, ou seja, em idade produtiva, e os gastos econômicos e sociais necessários ao tratamento dessas vítimas revelam o grave problema para a saúde pública da atualidade. Além disso, conduz dispensas de trabalho, baixa eficiência, distúrbios mentais e incapacidade para retornar às atividades laborais de modo temporário ou permanente, com limitações físicas e psicológicas importantes (DEBIEX, 2010; SOBERG, 2007).

No Brasil entre o período de 1990 a 2005, a mortalidade por causas externas no grupo dos 15 aos 29 anos passou de 69% para 77% no sexo masculino e de 32% para 35%, no sexo feminino, em relação aos óbitos por todas as causas. É importante salientar que a magnitude das mortes de jovens por causas externas se torna algo extremamente lamentável e preocupante. A mortalidade do sexo masculino por causas externas em adultos jovens é geralmente mais de oito vezes superior à do sexo feminino. Esse cenário epidemiológico se caracteriza não só pela sobre mortalidade de jovens, mas pela sobre mortalidade masculina (OPAS, 2009).

A problemática se inclui no conceito ampliado de saúde e contempla não só questões clínicas e fisiológicas, mas também aquelas relativas a estilos de vida e ao conjunto de condicionantes sociais, históricos e ambientais nos quais a sociedade brasileira vive (BRASIL, 2002).

A violência pressupõe o uso intencional da força física ou do poder real ou em ameaça contra si próprio, outra pessoa, ou um grupo/comunidade, que causem ou tenha grandes chances de causar lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação da saúde. Contudo, a violência não é exercida apenas contra indivíduos e sim contra grupos, sexos, etnias e até nações, de tal forma que a prática do ato violento não é apenas contemporânea, e sim arraigada na história da constituição da humanidade (MALTA, et al., 2007). O acidente é considerado um evento não intencional e evitável, causador de lesões físicas e emocionais, no âmbito doméstico ou social como trabalho, escola, esporte e lazer (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2002).

Em 2001 o Ministério da Saúde implantou a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV) por meio da Portaria nº 737, de 16 de maio de 2001, com o objetivo de dar maior sustentabilidade ao enfrentamento da problemática em razão da elevação dos custos sobre o Sistema Único de Saúde – SUS, e da necessidade de implantar intervenções de vigilância, prevenção e promoção da saúde (BRASIL, 2009; BRASIL, 2011a).

A Política Nacional de Promoção da Saúde, idealizada por meio da Portaria nº 687 de 30 de junho de 2006 pelo Ministério da Saúde (MS), teve por objetivo contribuir com a prevenção de violências e acidentes na perspectiva do desenvolvimento sustentável, da mobilidade urbana e acessibilidade humana, promoção de ambientes, comportamentos e hábitos seguros e saudáveis para a população (BRASIL, 2008a).

Neste contexto, o Ministério da Saúde implantou ações de prevenção de violências e acidentes e de promoção da saúde e cultura de paz com o Sistema de Vigilância de Violências

e Acidentes (VIVA), por meio das Portarias nº 1.356 de 23 de junho de 2006 e nº 1.384 de 12 de junho de 2007, as quais instituíram incentivos financeiros para auxiliar os estados e municípios no desenvolvimento de estruturas para a implantação da vigilância epidemiológica de violências e acidentes, com o objetivo de realizar o enfrentamento das causas externas (BRASIL, 2009).

Destaca-se que a vigilância epidemiológica de violências e acidentes possibilita a aquisição de dados comportamentais relacionados aos agravos de saúde e, portanto, pode subsidiar ações de enfrentamento dos determinantes e condicionantes das causas externas em perspectiva intersetorial. O direito à saúde e à vida da população, a construção de redes de acolhimento e o atendimento as pessoas vítimas de violências e acidentes, direcionam a atenção integral, promoção da saúde e cultura de paz (BRASIL, 2009a).

O VIVA utiliza-se de inquéritos populacionais como instrumentos para subsidiar a formulação e avaliação das políticas públicas, tornando-se crescente a sua utilização nos diversos países como ferramenta de apoio ao planejamento em saúde (RODRIGUES; CERQUEIRA; LOBÃO; et al., 2009). Reconhecer as violências e acidentes como uma questão de vigilância, prevenção e promoção constitui um grande avanço no setor saúde.

A população acometida por violências e acidentes pode ser assistida no serviço de saúde por maneiras distintas, tanto no nível de prevenção quanto no nível pré-hospitalar, hospitalar e pós-hospitalar. Estas traduzem a grande procura por atendimento aos serviços de saúde, de modo que são capazes de gerar significativo impacto nas populações mais vulneráveis que comumente circulam em ambientes de risco, as quais são pouco favorecidas por ações de prevenção e facilidade no acesso a serviços de saúde em todos os níveis de assistência.

## **2.2 Classificação das causas externas**

As definições da décima revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde (CID – 10), referentes ao capítulo XX – Causas externas de morbidade e mortalidade, classifica os eventos acidentais como: acidentes de transporte, quedas e queimaduras. Já os eventos violentos foram classificados em lesões autoprovocadas voluntariamente/tentativa de suicídio, agressões e maus-tratos (OMS, 1998).

### ***2.2.1 Acidentes de Transporte***

No conjunto das causas externas, os acidentes de transporte destacam-se em termos de magnitude por ferimentos e óbitos. Muitos dos que sobrevivem apresentam deficiências temporárias ou permanentes e estima-se que representam 16% de todas as deficiências no mundo (WHO, 2010; BRASIL, 2002).

Por muito tempo considerou-se que os acidentes de veículos a motor eram eventos aleatórios como uma consequência inevitável do transporte. A nomenclatura "acidente" remete a impressão intrínseca de inevitabilidade e imprevisibilidade, ou seja, evento impossível de controlar. Entretanto, os acidentes se mostram na atualidade decorrente de vários fatores, como por exemplo, o número de veículos que circulam em vias terrestres, a falta de organização no tráfego e a imprudência dos condutores, as quais contribuem para as ocorrências de violências no trânsito, em especial, a população de motociclistas (BASTOS; et al., 2005; LOIMER; GUARNIERI, 1996).

Há um aumento da mortalidade dos acidentes de transporte que vitimam pedestres e condutores de veículos a motor no Brasil, com destaque aqueles que envolvem motociclistas, sobretudo pelas condições precárias de trabalho que caracterizam a atividade de moto táxi (OPAS, 2009).

Ademais, as estatísticas mundiais de acidentes de trânsito, cujas estimativas no decurso dos anos aproximam-se a 1,2 milhões de pessoas que chegam a óbito e 50 milhões que sofrem algum tipo de lesão. É notório que, apesar de ser um grave problema de saúde pública, tais causalidades não são acidentes, sendo muitas vezes negligenciados e sua efetiva prevenção com necessidade de esforços concentrados (WHO, 2009; PEDEN; MCGEE; SHARMA, 2002).

Os dados do Ministério da Saúde em 2009 e 2010 apontaram que os acidentes de transporte no Brasil foram responsáveis por 36.487 e 41.720 óbitos respectivamente, o equivalente a 32,1% do total de óbitos por causas externas em 2010, muitos dos quais poderiam ser evitados (BRASIL, 2012b). Esse resultado apresenta como fator predisponente o crescente aumento da frota de veículos circulantes, subsidiado pelo aumento populacional e fragilidades nos transportes coletivos. A precariedade da infraestrutura urbana contribui para a perpetuação desse agravo, uma vez que os sistemas viários e de planejamento urbano pouco acompanharam o desenvolvimento populacional (CAMARGO; HEMIKO, 2012).

O estudo de Camargo (2012) revelou que a prevalência dos óbitos por vítimas de acidentes de trânsito representa um problema complexo, ratificando que o enfrentamento

desta problemática deve fortalecer abordagens articuladas com diferentes setores sociais e intervenções criativas.

A Assembléia Geral da Organização das Nações Unidas – ONU proclamou em 2010, oficialmente o período de 2011 a 2020 como a Década Mundial de Ações de Segurança no Trânsito. Esta decisão foi tomada para estimular esforços globais e nacionais para conter ou reverter à tendência crescente de fatalidades e ferimentos graves em acidentes no trânsito (WHO, 2013; WHO, 2011).

O Relatório da OMS, divulgado em junho de 2010, destaca que as perdas provocadas pelos acidentes representam uma das maiores preocupações da entidade que caracteriza o trânsito como um problema de saúde pública. Na avaliação da OMS será necessário reforçar as ações de prevenção de acidentes em 178 países onde a segurança no trânsito ainda deixa a desejar. Foram propostos pela ONU cinco pilares básicos: fortalecimento da gestão da segurança no trânsito; infraestrutura viária adequada; segurança veicular; comportamento e segurança dos usuários; atendimento ao trauma, assistência pré-hospitalar, hospitalar e reabilitação (WHO, 2010; WHO, 2009).

### **2.2.3 Queda**

Os acidentes provenientes de queda exercem repercussão significativa na saúde do ser humano e lesões de graus variados como a incapacidade, afastamento do trabalho e, frequentemente, óbito (MALTA; et al., 2012). Traduzem eventos multifatoriais e heterogêneos com destaque para causas biológicas, ambientais e sociais, em especial, nos idosos (GAWRYSZEWSKI; et al., 2009).

Esses acidentes correspondem a 3,6% da mortalidade em geral e 42,8% dos internados por causas externas. As quedas acidentais representam, aproximadamente, 283 mil pessoas por ano, com grande frequência na população idosa (BRASIL, 2012b; RODRIGUES; CERQUEIRA; LOBÃO; et al., 2009).

No âmbito atual da saúde pública há uma atenção crescente por parte dos governantes no que concerne ao impacto das quedas, em decorrência do aumento dos custos com os cuidados à saúde, bem como na busca pela melhoria da qualidade de vida nos idosos (NICOLUSSI; et al., 2012). As quedas são eventos evitáveis e a implementação de programas educacionais, tanto em escolas quanto em instituições de estadia prolongada e locais de trabalho, é a melhor forma de prevenção (CARTAXO et al., 2012).

#### **2.2.4 Queimadura**

A intensa dor física é uma das principais características das queimaduras, que envolve a vítima e seus familiares (GAWRYSZEWSKI; et al., 2012). As estratégias preventivas ainda não foram capazes de alterar significativamente o dramático quadro epidemiológico das queimaduras (VALE, 2005). Estima-se que anualmente, mais de 300.000 pessoas morrem por acidentes causados por queimaduras e os sobreviventes apresentam sequelas físicas e psicossociais com necessidade de atendimento multidisciplinar (MOCK; PEDEN; KRUG, 2008; VENDRUSCULO; et al., 2010).

Os dados apontam para adultos jovens, na faixa etária de 20 a 29 anos, são acometidos, em sua maioria, nos ambientes de trabalho em especial nos comércios, serviços, indústrias e construções. Identifica-se também a crescente importância de outros agentes como substância química, choque e fogo (GAWRYSZEWSKI; et al., 2012).

#### **2.2.5 Lesão Autoprovocada**

A morbimortalidade das causas acidentais manifesta-se com diferentes distribuições na população como é o caso, por exemplo, dos afogamentos e submersões que causam 450 mil mortes anuais, em especial, crianças de até 14 anos de idade (BRASIL, 2011)

O suicídio caracteriza-se como um ato de causar a cessação da própria vida humana e se configura como uma das principais causas de morte em todo o mundo e chega a ocupar a terceira posição entre os óbitos ocorridos na faixa etária de 15 a 35 anos (BRASIL, 2008).

No Brasil, o risco de morte por lesões autoprovocadas intencionalmente, como o suicídio, é representado, em especial, por homens, com idade de 40 anos ou mais, com taxa de mortalidade por suicídio de 7,4 óbitos por 100 mil habitantes (BRASIL, 2011a).

O suicídio apresenta causas multifatoriais com destaque para a baixa escolaridade e pobreza, além de distúrbios psíquicos provenientes de estruturas sociais desfavorecidas. Resulta ainda de complexa interação de fatores biológicos, genéticos, psicológicos, sociais, culturais e ambientais (BRASIL, 2008a).

#### **2.2.6 Agressão / Maus-tratos**

As agressões e maus-tratos podem gerar problemas sociais, emocionais, psicológicos e cognitivos durante toda a vida. Em geral, se manifesta por meio do abuso de substâncias

psicoativas, do álcool e outras drogas e da iniciação precoce à atividade sexual, tornando-os mais vulneráveis à gravidez precoce, à exploração sexual e à prostituição (BRASIL, 2008). A violência é caracterizada como um fenômeno social e histórico bastante complexo que apresenta eventos de natureza diversa relacionados às estruturas sociais, econômicas, políticas, culturais e comportamentais (MALTA; LEMOS; SILVA; et al, 2007).

Com efeito, sobretudo, nos casos de violência intencional como as agressões, a alta letalidade faz com que a proporção dos casos seja mais importante sobre a mortalidade do que sobre o número de internações hospitalares. As armas de fogo também apresentam grande importância no conjunto dos meios usados para perpetrar mortes violentas, sendo responsáveis por 92% dos homicídios de jovens no país (RODRIGUES; CERQUEIRA; LOBÃO, 2009; BRASIL, 2009).

As principais manifestações são representadas pelos homicídios e suicídios, cuja taxa de mortalidade por homicídio entre os homens são três vezes mais altas do que entre as mulheres. Em 2009, os homicídios foram responsáveis por 36,8% das mortes, sendo essa a primeira causa nos grupos de idade entre 15 e 39 anos. No Brasil, a região nordeste foi a que mais apresentou óbitos por agressões em 2012, com um quantitativo de 20.054 (BRASIL, 2011; BRASIL, 2012a).

A violência, em suas mais diversas faces, tem contribuído para a perda da qualidade de vida entre os indivíduos, aumento dos custos sociais em saúde, previdência, além do absenteísmo à escola e ao trabalho. Além do impacto na morbimortalidade, a violência é considerada uma das mais significantes causas de desestruturação familiar e pessoal (BRASIL, 2011).

### **2.3 Análise espacial dos acidentes e violências**

Os Sistemas de Informações Geográficas (SIG) podem ser entendidos como uma das mais completas técnicas de geoprocessamento. São sistemas informatizados capazes de armazenar uma grande quantidade de dados de expressão espacial, sejam elas posição, topologia e atributos que podem ser estruturados para tratamento das informações geográficas, análises e aplicações gráficas (BOUSEMA; et al., 2010; BARCELLOS; et al., 2005).

O desenvolvimento de Sistema de Informação Geográfica apresenta-se como uma ferramenta importante, pois possibilita elaboração de hipóteses que possam justificar os

padrões relacionados nas áreas estudadas, por meio das análises complexas ao integrar dados de diversas fontes e ao criar bancos de dados georreferenciados (BOUSEMA; et al., 2010).

No tocante ao monitoramento dos agravos de violências e acidentes, os SIG's podem desempenhar um papel fundamental na determinação de onde e quando poderão apresentar maior risco para a ocorrência destas ações e, por conseguinte, possibilita a qualidade da gestão dos órgãos de vigilância no controle, compreensão da dinâmica e na elaboração de medidas de prevenção (KHORMI; KUMAR, 2012).

O georreferenciamento e as técnicas de análise espacial têm sido cada vez mais utilizados e a sua maior utilidade é estabelecer estratégias dependentes das várias realidades que compõem os locais de estudo. Assim, o uso dessas ferramentas proporciona a identificação de áreas de risco que mereçam a intensificação e/ou priorização de medidas de controle mais emergenciais e efetivas (SOUZA-SANTOS; CARVALHO, 2000; SILVA; et al., 2011).

Diante dos fatores expostos, o conhecimento sobre a magnitude das violências e acidentes por meio do inquérito VIVA aplicado, poderá contribuir com subsídios importantes para analisar a geoespacialidade na regional estudada, uma vez que a caracterização territorial ser torna essencial para conhecer a complexidade das violências e acidentes e o impacto social que as mesmas podem causar dentro de uma área territorial significativa que é a região centro-sul no estado de Sergipe.

Nesse contexto, a reflexão e compreensão do espaço geográfico se configuram como ferramentas elementares para estabelecer e reconhecer as dinâmicas que envolvem as relações entre o homem e o meio ambiente, tanto no âmbito estadual, quanto local.



# Objetivos

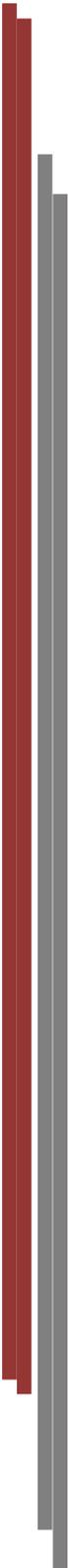
### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

- Descrever a ocorrência de violências e acidentes em serviço de referência hospitalar de Sergipe.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

- Caracterizar o perfil epidemiológico das vítimas de violências e acidentes atendidas no Hospital Regional de Lagarto/SE.
- Avaliar a associação entre o tipo de ocorrência, evolução do caso, natureza e localização da lesão com faixa etária e sexo das vítimas.
- Analisar a distribuição espacial das violências e acidentes, segundo municípios de ocorrência.



# Casuística e Métodos

## **4 CASUÍSTICA E MÉTODOS**

### **4.1 Tipo de Estudo**

Trata-se de um estudo descritivo de corte transversal com abordagem quantitativa.

### **4.2 Local de Estudo**

A pesquisa foi desenvolvida no serviço de urgência do Hospital Regional da cidade de Lagarto/SE, localizado a 75 km da capital, Aracaju. Trata-se de um hospital de alta complexidade, referência na região centro sul do estado de Sergipe, além de contar com a única Unidade de Terapia Intensiva (UTI) no interior do estado.

O Hospital Regional foi idealizado para receber, em uma determinada área geográfica, uma população com diversidades, particularidades históricas, socioeconômicas e culturais de cada região (SERGIPE, 2011).

Com a Reforma Sanitária e Gerencial do SUS em Sergipe, o estado foi dividido administrativamente em 07 microrregiões de saúde, que compreendem os municípios polos e seus respectivos municípios circunvizinhos: Aracaju (8 municípios), Nossa Senhora de Socorro (12 municípios), Lagarto (6 municípios), Itabaiana (14 municípios), Estância (10 municípios), Nossa Senhora da Glória (9 municípios) e Propriá (16 municípios), como mostra a figura a seguir:

**Figura 1:** Mapa do estado de Sergipe, segundo microrregiões de saúde.



Fonte: [www.saude.se.gov.br/userfiles/mapasaude-sergipe.jpg](http://www.saude.se.gov.br/userfiles/mapasaude-sergipe.jpg).

A área territorial da região centro-sul do estado de Sergipe, onde se localiza o Hospital Regional de Lagarto, consta de 3.774.995 km<sup>2</sup>, cuja população representa, de acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) atualmente, 242.337 habitantes (IBGE, 2010). Tal microrregião é composta por 06 municípios: Lagarto, Salgado, Riachão do Dantas, Tobias Barreto, Poço Verde e Simão Dias. Representa a terceira região de saúde com maior população do estado de Sergipe e tem como município sede a cidade de Lagarto/SE.

As vítimas de violências e acidentes comumente recebem o atendimento pré-hospitalar por meio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU, estadual, e são encaminhadas ao Hospital Regional do município de Lagarto, que garante a cobertura assistencial de aproximadamente 250 mil habitantes. Entretanto, algumas vítimas podem adentrar ao serviço hospitalar por meio de veículo próprio e veículos de apoio municipal.

O serviço de urgência do Hospital Regional de Lagarto é organizado em sistema de Acolhimento com Classificação de Risco, um dispositivo da Política Nacional de Humanização (PHN) do Ministério da Saúde. Esta classificação foi implantada nas unidades de rede hospitalar de urgência e emergência com a reforma sanitária e gerencial do SUS, executada pelo governo de Sergipe (SERGIPE, 2011).

A classificação de risco desse serviço compreende basicamente quatro níveis: a área azul, área verde, área amarela e área vermelha. Na área azul, o atendimento é realizado a vítimas com prioridade baixa, que necessitam de medicação ou procedimentos especializados, sutura para pequenos ferimentos e observação rápida. A área verde destina-se à observação de pacientes com prioridade média e atendimento não crítico, mas com necessidade de observação. Quando a vítima necessita de cuidados semi-intensivos, é encaminhada à área amarela e na área vermelha são encaminhados os pacientes considerados com risco iminente de morte, necessidade de atendimento imediato, além da possibilidade de realização de procedimentos complexos.

Após a classificação, as vítimas são encaminhadas a diversas unidades (Centro Cirúrgico, Unidade de Terapia Intensiva, Unidade de Internamento, entre outros), de acordo com o tratamento que necessitem, juntamente com os seus prontuários.

### **4.3 Casuística**

A população do estudo foi composta por todas as vítimas de violências e acidentes (N=1088, destas, 23 vítimas se recusaram a participar, por conseguinte, obteve como população final 1065 entrevistas) descritas no Manual de Classificação e Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10); (OMS, 1998), que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ser admitida no Hospital Regional de Lagarto, vítima de violências e acidentes entre os dias 15 de agosto/2013 e 13 de setembro/2013, em todos os turnos e que aceitaram participar da pesquisa com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para as vítimas inconscientes e crianças menores de 12 anos foi considerado o aceite do responsável. Foram critérios de exclusão: vítima de violência e acidente que procurou atendimento pela segunda vez ou mais no Hospital Regional de Lagarto oriundos da mesma causa.

### **4.4 Instrumento de Estudo**

#### ***4.4.1 Formulário de coleta de dados – INQUÉRITO VIVA***

Trata-se de um instrumento do Ministério da Saúde utilizado para dimensionar e caracterizar as violências e acidentes ocorridos em uma determinada região. O formulário

aplicado foi padronizado e elaborado pela equipe técnica da Coordenação Geral de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (CGDANT).

O inquérito contém as seguintes variáveis, a saber: dados gerais da notificação como município de notificação, unidade de saúde, data, dia da semana e hora do atendimento; dados da pessoa atendida: nome, idade, sexo, raça/cor da pele, escolaridade, meio de locomoção utilizado para chegar ao hospital, presença de deficiências; dados de residência; dados da ocorrência: intencionalidade, tipo de ocorrência, data, dia da semana, hora e local de ocorrência, suspeita e declaração de uso de bebida alcoólica, evento relacionado ao trabalho; tipo de acidentes: acidentes de transporte, queda, queimaduras, outros; tipo de violências: lesão autoprovocada, agressões/maus-tratos, intervenção por agente legal público; natureza da lesão corporal; parte do corpo atingida; evolução dos casos nas primeiras 24 horas: alta, encaminhamento ambulatorial, encaminhamento para outro serviço, internação hospitalar, evasão ou óbito (Anexo A).

#### **4.5 Procedimento da Coleta de Dados**

Após autorização da Direção da Fundação Hospitalar de Saúde/ Hospital Regional de Lagarto e do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) de Seres Humanos da Universidade Federal de Sergipe, a coleta de dados foi iniciada no dia 15 de agosto/2013 e teve seu término no dia 13 de setembro/2013.

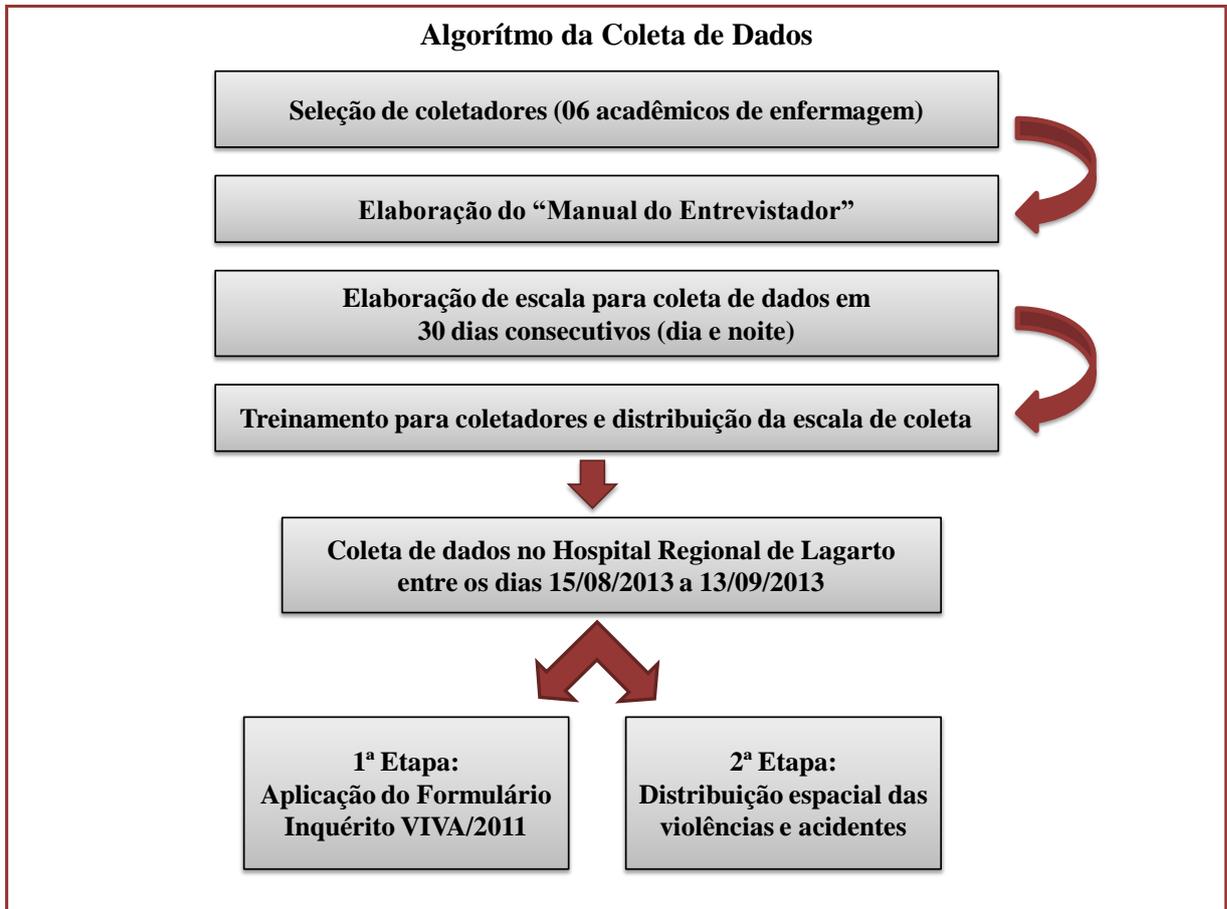
Inicialmente foi realizado o treinamento de coletadores/entrevistadores para orientação do instrumento e uniformização da coleta de dados. Os conteúdos abordados foram: acolhimento da vítima e/ou familiar, humanização, aspectos éticos e legais, e orientação sobre as variáveis abordadas. Foi disponibilizado ainda para cada entrevistador o “Manual do Entrevistador”, adaptado a realidade local o qual fornece informações sobre a pesquisa; atribuições do entrevistador; orientações gerais para iniciar a entrevista e instruções para o preenchimento do formulário.

A coleta ocorreu em duas etapas durante 30 dias consecutivos nas áreas do serviço de urgência, em turnos de 06 horas (dia) e 12 horas (noite), divididos em três períodos, totalizando 90 turnos, sendo 60 diurnos (30 das 07: 00 h. às 12: 59 h. / 30 das 13: 00 h. às 18: 59 h.) e 30 noturnos (19: 00 h. às 6: 59 h.) dentro do serviço de referência pesquisado.

Na primeira etapa foi aplicado o Inquérito VIVA/2011 (Anexo A) àqueles que atendiam aos critérios de inclusão e exclusão predeterminados e, na segunda, foram analisadas a distribuição espacial dos casos de violência e acidentes com base na variável

“município de ocorrência”, que consta no formulário de dados do Inquérito VIVA. A figura 2 apresenta o algoritmo da coleta de dados:

**Figura 2:** Algoritmo da coleta de dados das vítimas de violências e acidentes atendidas no Hospital Regional de Lagarto. Lagarto/SE, 2013.



#### 4.6 Aspectos Éticos

Foi enviado à Direção da Fundação Hospitalar de Saúde o Termo de Confidencialidade para autorização do uso de dados registrados nos prontuários (Apêndice A). A identidade e os direitos dos participantes desse estudo foram preservados, em atendimento à Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério de Saúde - Brasília – DF. O comitê de ética e pesquisa autorizou a realização do estudo por meio de parecer consubstanciado de nº 215.751 no dia 01/03/2013 com CAAE: 10163012.0.0000.0058 (Anexo B). Os participantes assinaram o Termo de Consentimento

Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B), com garantia de recusa a qualquer momento, sem sofrer qualquer dano.

Os dados coletados foram arquivados em local seguro sob a guarda das pesquisadoras, durante cinco (05) anos.

#### ***4.6.1 Termo de Confidencialidade***

É um instrumento pré-coleta que foi enviado à Direção da Fundação Hospitalar de Saúde (FHS) com o objetivo de obter autorização para o acesso ao local da pesquisa, aos prontuários das vítimas de violências e acidentes que atendiam aos critérios de inclusão e exclusão pré-determinados (Apêndice A).

#### ***4.6.2 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido***

Trata-se de um instrumento pré-coleta de dados, construído em duas vias, uma para ser entregue a cada vítima ou responsável e a outra mantida em poder das pesquisadoras. Contém os dados da pesquisa e da pesquisadora e assegura o direito a esclarecimento e anonimato dos pesquisados, garante o sigilo, conforme a Resolução nº466 de 2012 do CONEP (Apêndice B).

#### ***4.6.3 Análise dos Riscos e benefícios***

A pesquisa é considerada sem riscos para os envolvidos no estudo, entretanto, estará resguardado o direito de recusa em qualquer etapa. Os resultados contribuem para o entendimento da morbimortalidade das causas externas na região centro sul do estado de Sergipe e subsidia o planejamento de ações na prevenção e promoção das violências e acidentes.

### **4.7 Tratamento e Análise dos Dados**

Foram Consideradas as definições constantes da décima revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde (CID – 10), referentes ao capítulo XX – Causas externas de morbidade e mortalidade. Entre os eventos de causas acidentais foram incluídos: acidentes de transporte (V01-V99), quedas (W00-W19), queimaduras (W85-W99, X00-X19) e demais eventos acidentais, como cortes com objetos de

perfuro cortantes, queda de objetos sobre pessoa, envenenamento acidental, sufocação, afogamento entre outros. Os eventos violentos foram classificados em lesões autoprovocadas voluntariamente/tentativa de suicídio (X60-X84), agressões (X85-Y09), maus-tratos (Y05-Y07) e intervenção legal (Y35) (OMS, 1998).

Os dados foram digitados no programa Epi Info versão 3.5.1 em um aplicativo próprio do Inquérito VIVA/2011 (VIVA/2011/SVS/MS – versão 4.0/2011) fornecido pelo Ministério da Saúde, conforme pedido pela pesquisadora via e-mail. O banco de dados em Epi Info são arquivos do Access da Microsoft. O Epi Info usa Microsoft Jet Engine (Versão 3.5.3) para administrar os bancos de dados, ler e escrever em uma variedade de outros formatos de arquivo como dBASE, Paradox, ODBC, arquivos de texto, e mesmo tabelas em HTML.

O aplicativo do Inquérito VIVA/2011 foi cedido à pesquisadora pelo Ministério da Saúde via correios, conforme prévia solicitação e detalhamento de toda a pesquisa.

Após digitação, o banco de dados foi exportado para o programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS versão 19.0). Os dados foram armazenados em um banco de dados computadorizado e apresentados sob a forma estatística de tabelas e figuras. O nível de confiança foi 0,05 para erro  $\alpha$  e poder de 0,80 para os testes assumidos como bicaudais.

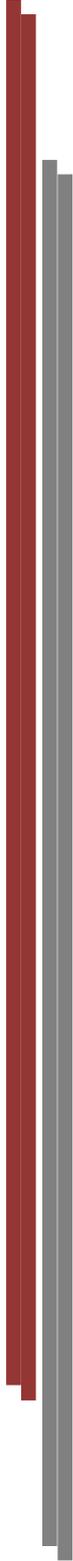
As variáveis numéricas foram descritas como média e desvio padrão. Quanto às variáveis categóricas utilizou-se para sumarizá-las frequências simples, porcentagens e intervalos de confiança para 95% quando pertinente. Para a avaliação de associação entre as variáveis categóricas foi utilizado o teste de Qui-quadrado de Pearson.

A estimativa do IC 95% nas variáveis como transporte utilizado para chegar ao hospital, atendimento prévio em outro serviço, zona de ocorrência, local de ocorrência, ocorrência no trabalho, tipo de ocorrência, outros acidentes, localização da lesão, natureza da lesão, evolução, acidente de transporte, tipo de transporte, tipo de vítima, outra parte envolvida, uso de capacete e cinto de segurança, tipo de queda, tipo de queimadura, agressão, tipo de violência, meio utilizado para a violência, tipo do agressor e sexo do agressor foi realizada mediante a técnica de “*bootstrap*” conforme preconizado por Chernick (2008), considerando-se 1000 reamostragens com reposição de tamanho de 1065.

A distribuição espacial foi desenvolvida em parceria com a Secretaria de Estado do Planejamento, Orçamento e Gestão com auxílio da equipe de Geografia e Cartografia e Superintendência de Estudos e Pesquisas (SUPES) do governo de Sergipe.

O programa computacional utilizado foi o ArcGIS 10.1, da empresa ESRI, é um *software* para Sistemas de Informações Geográficas (SIG). O Sistema ArcGIS é constituído por ferramentas de criação, análise, gestão e visualização da informação geográfica e análise

espacial. A geração dos mapas que balizaram as análises da dinâmica de ocorrência violências e acidentes por municípios teve por base os dados do Atlas Digital Sobre Recursos Hídricos do Estado de Sergipe (SEMARH/SE, 2011), em escala de 1.000.000 que resultaram em dois mapas temáticos.



# Resultados

## 5 RESULTADOS

O inquérito registrou 1065 vítimas de violências e acidentes atendidas no Hospital Regional de Lagarto entre os dias de 15 de agosto a 13 de setembro de 2013.

Os dados referentes à variável idade (anos) corresponderam à média (31), mediana (27), desvio padrão (20,8), mínimo (1) e máximo (95). Quanto à distribuição da idade, segundo percentil, evidenciou-se que 50% da população atendida que foram vítimas de violências e acidentes apresentaram idade até 27 anos, 25% dos indivíduos até 15 anos e que 25% da população estudada possuíam idade superior a 43 anos, conforme Tabela 1.

**Tabela 1** - Distribuição de idade das vítimas de violências e acidentes, segundo percentil. Lagarto/SE, 2013.

	Percentil						
	5	10	25	50	75	90	95
<b>Idade</b>	3,0	6,0	15,0	27,0	43,5	42,4	73,0

Na Tabela 2, a maioria das vítimas de violências e acidentes da região centro sul foi do sexo masculino (66,2%), com proporção de aproximadamente 2:1 (homens/mulheres). A cor da pele declarada pela vítima ou responsável mostrou que 50,5% declararam-se de cor parda, seguido da cor branca (27,7%) e preta (20,3%). Quanto à escolaridade observou-se o predomínio das vítimas com faixa da escolaridade de 1ª a 4ª série incompleta do ensino fundamental menor (25,5%), 5ª a 8ª série incompleta do ensino fundamental maior (19,8%) e ausência de estudo (13,1%).

As vítimas foram questionadas quanto à atividade remunerada e presença de algum tipo de deficiência. Dos registros, 49,6% das vítimas exerciam atividade remunerada e 6,1% apresentaram algum tipo de deficiência. Quanto ao uso do álcool foi declarado que 13,3% fizeram uso de bebida alcoólica (Tabela 2).

**Tabela 2** - Distribuição proporcional do perfil sócio demográfico das vítimas de violências e acidentes, segundo sexo, cor da pele, escolaridade, atividade remunerada, deficiência e ingestão de bebida alcoólica. Lagarto/SE, 2013.

<b>Variáveis sócio demográficas</b>		<b>(N)</b>	<b>(%)</b>
Sexo	Masculino	705	66,2
	Feminino	360	33,8
Cor da pele referida <sup>1</sup>	Parda	538	50,5
	Branca	265	27,7
	Preta	216	20,3
	Amarela	14	1,3
	Indígena	2	0,2
Escolaridade <sup>2</sup>	1ª a 4ª série incompleta do EF	268	25,2
	5ª a 8ª série incompleta do EF	211	19,8
	Sem escolaridade	139	13,1
	Ensino médio completo	113	10,6
	4ª série completa do EF	102	9,6
	Ensino médio incompleto	82	7,7
	Não se aplica	66	6,3
	Ensino fundamental completo	34	3,2
	Ensino superior incompleto	30	2,8
	Ensino superior completo	19	1,8
Atividade remunerada	Sim	495	46,4
	Não	504	47,3
	Não se aplica	66	6,3
Deficiência <sup>3</sup>	Sim	65	6,1
	Não	1000	93,9
Uso do álcool	Sim	142	13,3
	Não	923	80,4
	Não se aplica	66	6,3
<b>Total</b>		<b>1065</b>	<b>100</b>

<sup>1</sup> Padrão estabelecido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) 2010. <sup>2</sup> Classificação dos níveis de ensino adotados no Brasil. <sup>3</sup> Deficiência do tipo visual, física, auditiva e mental.

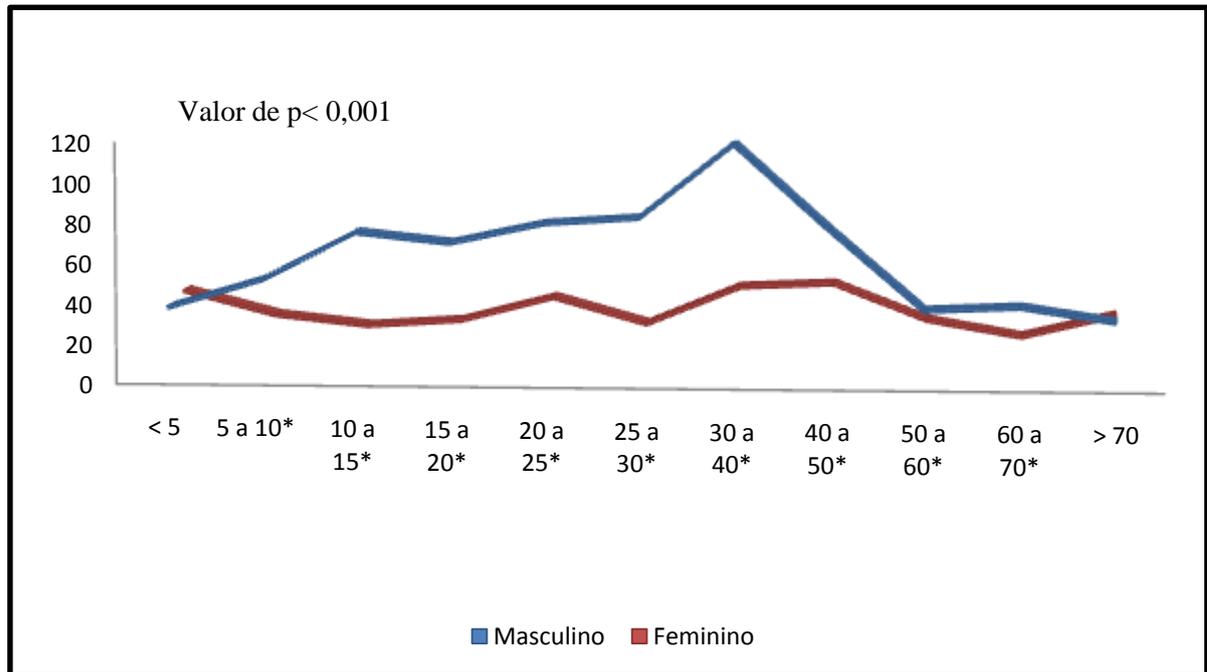
A associação da faixa etária segundo o sexo, identifica o sexo masculino frequente em todas as faixas etárias com predomínio entre 20 a 40 anos, quanto às mulheres as faixas etárias que obtiveram maior frequência estavam em menores de 5 anos e entre 30 e 50 anos (Tabela 3 e Figura 3).

**Tabela 3** - Associação proporcional do sexo das vítimas de violências e acidentes, segundo relação com faixa etária. Lagarto/SE, 2013.

<b>Faixa Etária</b>												
<b>Sexo</b>	<b>Menos de 5 anos</b>	<b>De 5 até 10</b>	<b>De 10 a 15</b>	<b>De 15 até 20</b>	<b>De 20 até 25</b>	<b>De 25 até 30</b>	<b>De 30 até 40</b>	<b>De 40 até 50</b>	<b>De 50 até 60</b>	<b>De 60 até 70</b>	<b>Acima de 70 anos</b>	<b>Total</b>
	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
<b>Masculino</b>	<b>37</b> <b>(47,4)</b>	<b>51</b> <b>(63,8)</b>	<b>75</b> <b>(75,8)</b>	<b>70</b> <b>(72,2)</b>	<b>80</b> <b>(67,2)</b>	<b>83</b> <b>(76,1)</b>	<b>120</b> <b>(72,7)</b>	<b>78</b> <b>(62,4)</b>	<b>38</b> <b>(56,7)</b>	<b>40</b> <b>(65,6)</b>	<b>33</b> <b>(50,8)</b>	<b>705</b> <b>(66,2)</b>
<b>Feminino</b>	41 (52,6)	29 (36,3)	24 (24,2)	27 (27,8)	39 (32,8)	26 (23,9)	45 (27,3)	47 (37,6)	29 (43,3)	21 (34,4)	32 (49,2)	360 (33,8)
<b>Total</b>	78 (100)	80 (100)	99 (100)	97 (100)	119 (100)	109 (100)	165 (100)	125 (100)	67 (100)	61 (100)	65 (100)	1065 (100)

|----- = intervalo inclui o primeiro valor e exclui o segundo / Teste de Qui-quadrado de Pearson .  $p < 0,001$ .

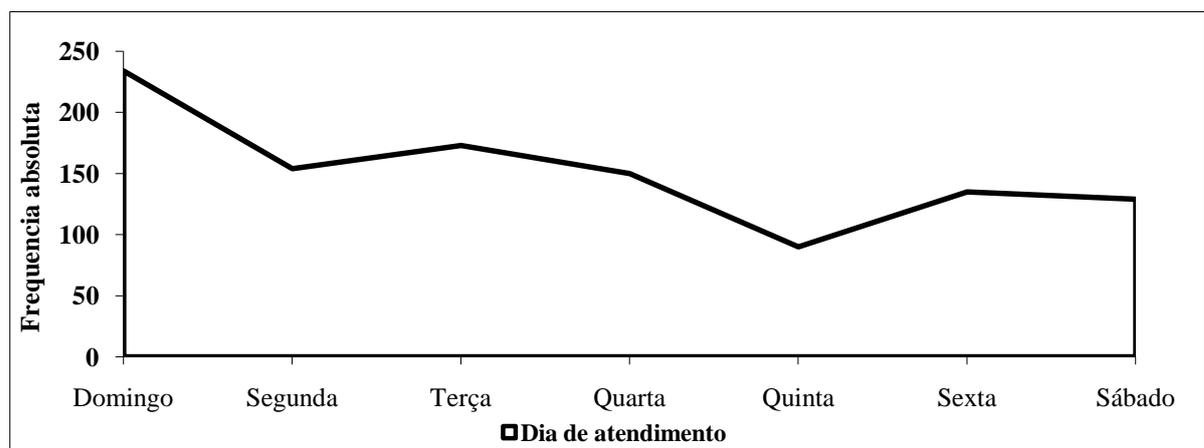
**Figura 3** - Associação proporcional do sexo das vítimas de violências e acidentes, segundo relação com faixa etária. Lagarto/SE, 2013.



\*anos incompletos / Teste de Qui-quadrado de Pearson .  $p < 0,001$ .

Conforme a Figura 4 percebeu-se que o predomínio dos atendimentos ocorreu aos finais de semana (46,8%) com destaque para o domingo (22%).

**Figura 4** - Distribuição em frequência absoluta de atendimentos por violências e acidentes no Hospital Regional de Lagarto, segundo dia atendimento por dia da semana. Lagarto/SE, 2013.



Frente às características das ocorrências observou-se que a maioria das vítimas utilizou o veículo particular (60,4%) como transporte para chegar até o hospital, seguido de ambulância (20,4%) e SAMU (8,7%). Quanto ao atendimento prévio em outro serviço, 65,7% das vítimas não procuraram nenhum outro serviço de saúde até chegarem ao hospital e 34,1% compareceram a outro serviço, porém não foram atendidas (Tabela 4).

Na Tabela 4, a zona de ocorrência dos acidentes e violências mostra que quase metade das ocorrências foi em região urbana (49,5%). Quanto ao local de ocorrência houve predomínio da via pública (42,9%) e residência (33,2%). As vítimas que declararam relação das ocorrências com o trabalho/trajeto representaram 16,9%.

**Tabela 4** - Distribuição do perfil das vítimas de violências e acidentes, segundo transporte utilizado para chegar ao hospital, atendimento prévio em outro serviço, zona de ocorrência, local de ocorrência e evento no trabalho/trajeto. Lagarto/SE, 2013.

Características		(N)	(%)	(IC 95%)
Transporte utilizado para chegar ao hospital	Veículo particular	643	60,4	57,5 –63,5
	Ambulância	217	20,4	17,8 –22,9
	SAMU	93	8,7	7,0 – 10,3
	Ônibus/micro-ônibus	35	3,3	2,3 – 4,4
	Outros	34	3,2	2,2 – 4,2
	A pé	27	2,5	1,6 – 3,5
Atendimento prévio em outro serviço	Viatura policial	16	1,5	0,8 – 2,3
	Sim	363	34,1	31,3 –37,1
	Não	700	65,7	62,9 –68,7
	Zona de Ocorrência			
	Urbana	527	49,5	46,7 –52,4
	Rural	491	46,1	43,2 –49,0
	Periurbana	47	4,4	3,2 – 5,7
Local de Ocorrência	Via pública	457	42,9	40,2 –45,7
	Residência	354	33,2	30,6 –36,0
	Área de recreação	81	7,6	6,1 – 9,2
	Comércio/serviços	58	5,4	4,1 – 6,9
	Escola	56	5,3	3,9 – 6,7
	Indústria/comércio	15	1,4	0,8 – 2,2
	Bar ou similar	7	0,7	0,2 – 1,2
	Habitação coletiva	7	0,7	0,2 – 1,1
	Outros	30	2,8	1,9 – 3,8
Ocorrência no trabalho/trajeto	Sim	180	16,9	14,8 – 19,1
	Não	885	83,1	80,9 – 85,2
<b>Total</b>		<b>1065</b>	<b>100</b>	

IC= intervalo de confiança. IC 95% estimado mediante a técnica de “bootstrap” baseada em 1000 reamostragens.

Os tipos de acidentes e violências que se destacaram na região centro sul do estado de Sergipe foram os acidentes de transporte (34,1%) e as quedas (29,4%), seguidos de agressão/maus-tratos (5,4%) (Ver tabela 5).

Com relação à localização das lesões observou-se predomínio em partes do corpo como membros superiores (35,7%), membros inferiores (32,6%) e cabeça/face (16,5%). Foram mais frequentes os atendimentos em que a vítima apresentava natureza das lesões do tipo corte/laceração (36,7%), contusão (24,6%) e fratura (20,6%) (Tabela 5).

Frente aos dados da Tabela 5 verifica-se que a quase totalidade das vítimas de violências e acidentes atendidas no Hospital Regional de Lagarto recebeu alta (93,4%) após o atendimento de emergência inicial durante as primeiras 24 horas.

**Tabela 5** – Caracterização dos atendimentos de violências e acidentes com distribuição proporcional, segundo tipo de ocorrência, localização da lesão, natureza da lesão e evolução do caso. Lagarto/SE, 2013.

<b>Variáveis de desfecho</b>		<b>(N)</b>	<b>(%)</b>	<b>(IC 95%)</b>
Tipo de Ocorrência	Acidente de Transporte	363	34,1	31,2 – 36,7
	Queda	313	29,4	26,9 – 32,2
	Outros Acidentes	319	30,0	27,2 – 32,8
	Agressão/maus-tratos	58	5,4	4,2 – 6,9
	Queimaduras	8	0,8	0,3 – 1,3
	Lesão autoprovocada	4	0,4	0,1 – 0,8
Localização da Lesão	Membros superiores	380	35,7	32,7 – 38,6
	Membros inferiores	347	32,6	29,8 – 35,4
	Cabeça/face	176	16,5	14,3 – 18,7
	Tórax/dorso	53	5,0	3,8 – 6,4
	Múltiplos órgãos/regiões	35	3,3	2,3 – 4,3
	Abdome/quadril	21	2,0	1,2 – 2,9
	Boca/dentes	20	1,9	1,0 – 2,7
	Coluna/medula	11	1,0	0,5 – 1,7
	Pescoço	9	0,8	0,4 – 1,4
Genitais/ânus	1	0,1	0,0 – 0,3	
Natureza da Lesão	Corte/laceração	391	36,7	33,7 – 39,6
	Contusão	262	24,6	22,2 – 27,2
	Fratura	219	20,6	18,2 – 22,9
	Entorse/luxação	127	11,9	10,1 – 13,9
	Intoxicação	16	1,5	0,8 – 2,3
	Queimadura	8	0,8	0,3 – 1,3
	Sem lesão física	8	0,8	0,3 – 1,3
	Traumatismo cranioencefálico	5	0,5	0,1 – 0,9
	Politraumatismo	4	0,4	0,1 – 0,8
	Traumatismo dentário	2	0,2	0,0 – 0,5
	Amputação	1	0,1	0,0 – 0,3
Evolução do caso	Alta	995	93,4	91,9 – 94,8
	Internação Hospitalar	34	3,2	2,2 – 4,3
	Encaminhamento para outro serviço	23	2,2	1,3 – 3,1
	Evasão/fuga	10	0,9	0,5 – 1,5
	Encaminhamento ambulatorial	3	0,3	0,0 – 0,7
<b>TOTAL</b>		<b>1065</b>	<b>100</b>	

IC= intervalo de confiança. IC 95% estimado mediante a técnica de “bootstrap” baseada em 1000 reamostragens.

Os atendimentos registrados como “outros acidentes” (n=319) mostram (Tabela 6) um quantitativo importante frente à população registrada no inquérito, pois sinalizam especificidades de ocorrência perante os acidentes em geral. Houve maior proporção dos acidentes com ferimentos por objetos perfurocortante (25,4%), choque contra objetos/pessoa (19,4%) e acidentes com animais (17,9%).

**Tabela 6** - Distribuição proporcional dos atendimentos acidentais, segundo outros acidentes. Lagarto/SE, 2013.

<b>Outros Acidentes</b>	<b>(N)</b>	<b>(%)</b>	<b>(IC 95%)</b>
Ferimento por objeto perfurocortante	81	25,4	21,0 – 30,1
Choque contra objetos/pessoa	62	19,4	15,4 – 23,5
Acidentes com animais	57	17,9	13,8 – 21,9
Queda de objetos sobre pessoa	45	14,1	10,7 – 18,2
Entorse/torção	37	11,6	8,2 – 14,7
Compressão dentro/entre objetos	19	6,0	3,8 – 8,8
Envenenamento/intoxicação	11	3,4	1,6 – 5,3
Corpo estranho	5	1,6	0,3 – 3,1
Sufocação/engasgamento	1	0,3	0,0 – 0,9
<b>Total</b>	<b>319</b>	<b>100</b>	

IC= intervalo de confiança. IC 95% estimado mediante a técnica de “bootstrap” baseada em 1000 reamostragens.

Quanto à associação dos tipos de acidentes e violências, segundo o sexo dos indivíduos, observou-se que em todos os tipos de ocorrências houve predominância de indivíduos do sexo masculino (Tabela 7).

**Tabela 7** - Associação proporcional do sexo das vítimas, segundo o tipo de ocorrência. Lagarto/SE, 2013.

	<b>Tipo de Ocorrência</b>						<b>Total</b>
	<b>Acidente transporte</b>	<b>Queda</b>	<b>Queimadura</b>	<b>Outros acidentes</b>	<b>Lesão autoprov.<sup>1</sup></b>	<b>Agressão/maus tratos</b>	
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
<b>Masculino</b>	272 (74,9)	166 (53,0)	5 (62,5)	219 (68,7)	2 (50)	41 (70,7)	705 (66,2)
<b>Feminino</b>	91 (25,1)	147 (47,0)	3 (37,5)	100 (31,3)	2 (50)	17 (29,3)	360 (33,8)
<b>Total</b>	363 (100)	313 (100)	8 (100)	319 (100)	4 (100)	58 (100)	1065 (100)

<sup>1</sup> Lesão autoprovocada / Teste de Qui-quadrado de Pearson.  $p < 0,0001$ .

A variação dos tipos de ocorrência ao longo da faixa etária mostrou que os acidentes de transporte acometeram mais indivíduos na faixa etária entre 20 a 50 anos incompletos. As quedas apresentaram maior frequência entre extremos de idade, representadas por indivíduos menores de 10 anos e acima de 60 anos. As outras causas acidentais apresentaram distribuição homogênea ao longo de toda a faixa etária. Quanto às agressões prevaleceram as vítimas com faixa etária entre 20 a 40 anos incompletos (Tabela 8 e Figura 5).

A associação da localização da lesão com a faixa etária mostrou que os membros superiores estavam presentes ao longo de toda faixa etária, enquanto que em membros

inferiores mostrou predomínio na faixa etária entre 20 e 40 anos. Em relação às lesões ocorridas em cabeça/face, observa-se que houve predomínio das faixas etárias menores de 5 anos e entre 30 a 40 anos (Tabela 9 e Figura 6).

Quanto à distribuição da natureza da lesão segundo a faixa etária mostrou o corte/laceração mais frequente nas faixas etárias entre 15 a 50 anos. A contusão apresentou predomínio entre as faixas etárias de 20 a 50 anos e as fraturas foram mais comuns na faixa etária entre 5 e 20 anos como também entre 30 e 50 anos (Tabela 10).

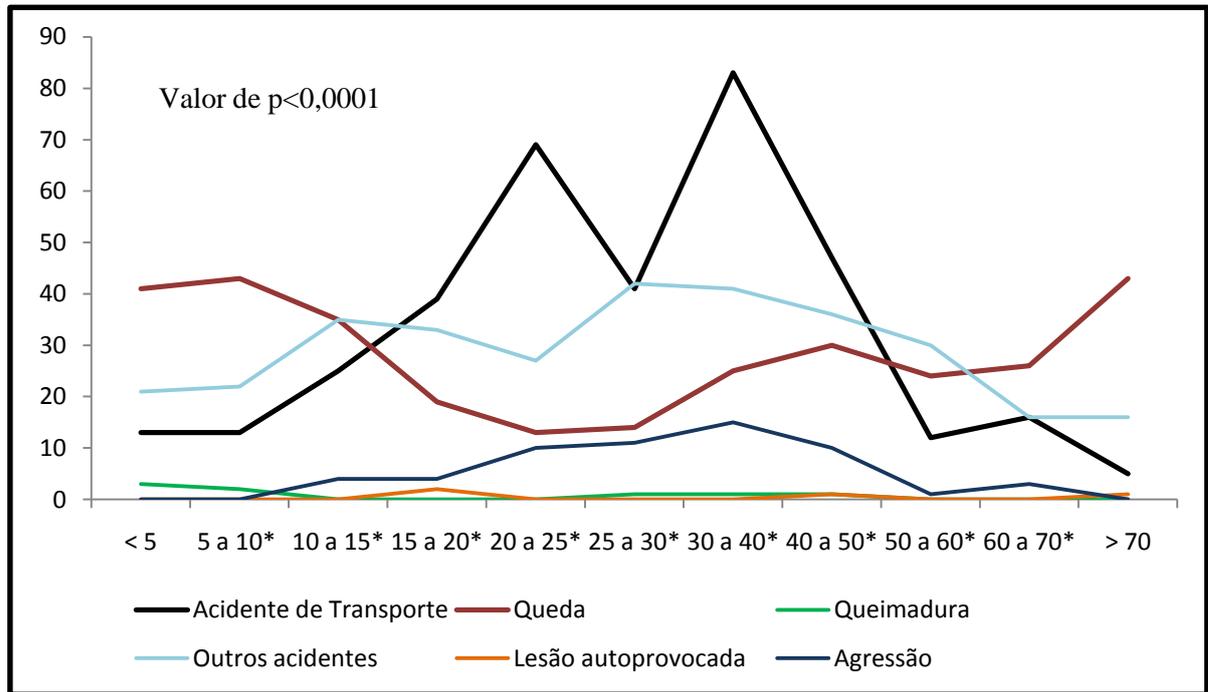
Conforme a Tabela 11, a associação da evolução do caso segundo a faixa etária, a alta hospitalar predominou em todas as faixas etárias. A distribuição não apresentou significância estatística.

**Tabela 8** - Associação proporcional dos tipos de ocorrência de violências e acidentes, segundo relação com faixa etária. Lagarto/SE, 2013.

Tipo de Ocorrência	Faixa Etária											Total
	Menos de 5 anos	De 5 até 10  -----	De 10 a 15  -----	De 15 até 20  -----	De 20 até 25  -----	De 25 até 30  -----	De 30 até 40  -----	De 40 até 50  -----	De 50 até 60  -----	De 60 até 70  -----	Acima de 70 anos	
	N (%)											
<b>Acidente de transporte</b>	<b>13 (16,7)</b>	<b>13 (16,3)</b>	<b>25 (25,3)</b>	<b>39 (40,2)</b>	<b>69 (58,0)</b>	<b>41 (37,6)</b>	<b>83 (50,3)</b>	<b>47 (37,6)</b>	<b>12 (17,9)</b>	<b>16 (26,2)</b>	<b>5 (7,7)</b>	<b>363 (34,1)</b>
<b>Queda</b>	<b>41 (52,6)</b>	<b>43 (53,8)</b>	<b>35 (35,4)</b>	<b>19 (19,6)</b>	<b>13 (10,9)</b>	<b>14 (12,8)</b>	<b>25 (15,2)</b>	<b>30 (24,0)</b>	<b>24 (35,8)</b>	<b>26 (42,6)</b>	<b>43 (66,2)</b>	<b>313 (29,4)</b>
<b>Queimadura</b>	<b>3 (3,8)</b>	<b>2 (2,5)</b>	<b>0 (0,0)</b>	<b>0 (0,0)</b>	<b>0 (0,0)</b>	<b>1 (0,9)</b>	<b>1 (0,6)</b>	<b>1 (0,8)</b>	<b>0 (0,0)</b>	<b>0 (0,0)</b>	<b>0 (0,0)</b>	<b>8 (0,8)</b>
<b>Outros acidentes</b>	<b>21 (26,9)</b>	<b>22 (27,5)</b>	<b>35 (35,4)</b>	<b>33 (34,0)</b>	<b>27 (22,7)</b>	<b>42 (38,5)</b>	<b>41 (24,8)</b>	<b>36 (28,8)</b>	<b>30 (44,8)</b>	<b>16 (26,2)</b>	<b>16 (24,6)</b>	<b>319 (30)</b>
<b>Lesão autoprov.<sup>1</sup></b>	<b>0 (0,0)</b>	<b>0 (0,0)</b>	<b>0 (0,0)</b>	<b>2 (2,1)</b>	<b>0 (0,0)</b>	<b>0 (0,0)</b>	<b>0 (0,0)</b>	<b>1 (0,8)</b>	<b>0 (0,0)</b>	<b>0 (0,0)</b>	<b>1 (1,5)</b>	<b>4 (0,4)</b>
<b>Agressão</b>	<b>0 (0,0)</b>	<b>0 (0,0)</b>	<b>4 (4,0)</b>	<b>4 (4,1)</b>	<b>10 (8,4)</b>	<b>11 (10,1)</b>	<b>15 (9,1)</b>	<b>10 (8,0)</b>	<b>1 (1,5)</b>	<b>3 (4,9)</b>	<b>0 (0,0)</b>	<b>58 (5,4)</b>
<b>Total</b>	<b>78 (100)</b>	<b>80 (100)</b>	<b>99 (100)</b>	<b>97 (100)</b>	<b>119 (100)</b>	<b>109 (100)</b>	<b>165 (100)</b>	<b>125 (100)</b>	<b>67 (100)</b>	<b>61 (100)</b>	<b>65 (100)</b>	<b>1065 (100)</b>

<sup>1</sup> Lesão autoprovocada. |----- = intervalo inclui o primeiro valor e exclui o segundo / Teste de Qui-quadrado de Pearson.  $p < 0,0001$ .

**Figura 5** - Associação proporcional dos tipos de ocorrência de violências e acidentes, segundo relação com faixa etária. Lagarto/SE, 2013.



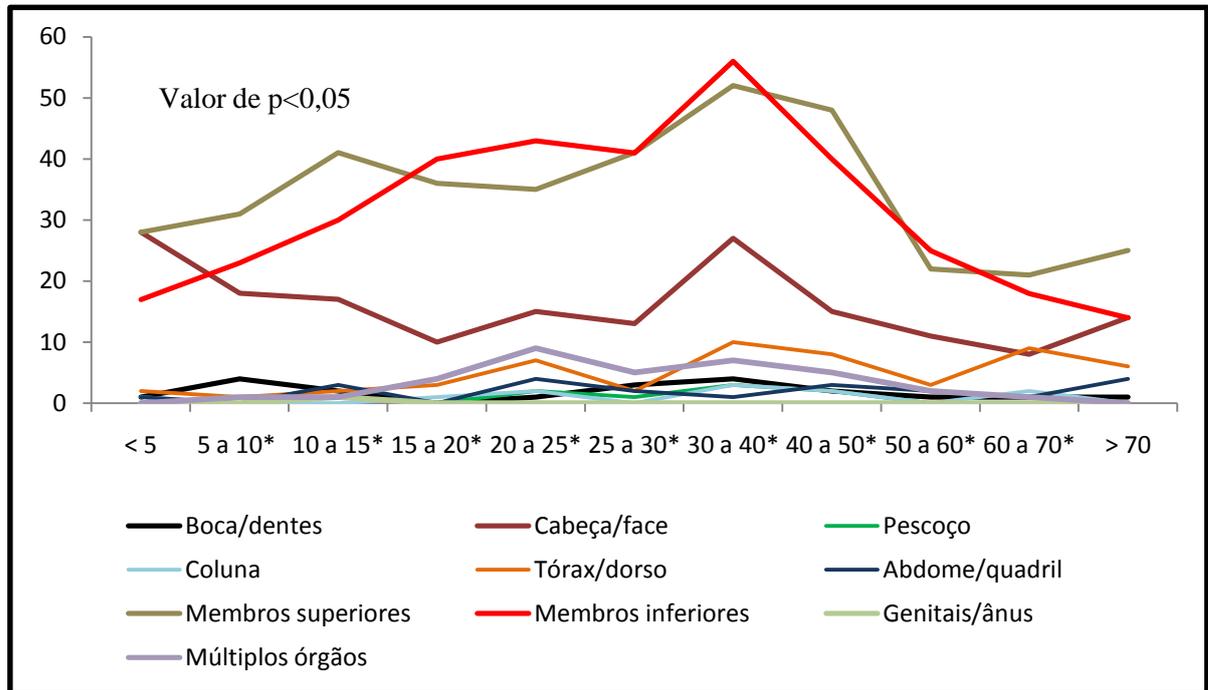
\* anos incompletos / Teste de Qui-quadrado de Pearson.  $p < 0,0001$ .

**Tabela 9** - Associação proporcional da localização da lesão das vítimas, segundo relação com faixa etária. Lagarto/SE, 2013.

Localização da lesão	Faixa Etária											Total
	Menos de 5 anos	De 5 até 10	De 10 a 15	De 15 até 20	De 20 até 25	De 25 até 30	De 30 até 40	De 40 até 50	De 50 até 60	De 60 até 70	Acima de 70 anos	
	N (%)											
Boca/dentes	1 (1,3)	4 (5,1)	2 (2,0)	0 (0,0)	1 (0,8)	3 (2,8)	4 (2,5)	2 (1,6)	1 (1,5)	1 (1,6)	1 (1,6)	20 (1,9)
Cabeça/face	<b>28</b> <b>(35,9)</b>	<b>18</b> <b>(23,1)</b>	<b>17</b> <b>(17,3)</b>	<b>10</b> <b>(10,6)</b>	<b>15</b> <b>(12,7)</b>	<b>13</b> <b>(12,0)</b>	<b>27</b> <b>(16,6)</b>	<b>15</b> <b>(12,0)</b>	<b>11</b> <b>(16,7)</b>	<b>8</b> <b>(13,1)</b>	<b>14</b> <b>(21,9)</b>	<b>176</b> <b>(16,7)</b>
Pescoço	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,0)	0 (0,0)	2 (1,7)	1 (0,9)	3 (1,8)	2 (1,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	9 (0,9)
Coluna	1 (1,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,1)	2 (1,7)	0 (0,0)	3 (1,8)	2 (1,6)	0 (0,0)	2 (3,3)	0 (0,0)	11 (1,0)
Tórax/dorso	2 (2,6)	1 (1,3)	2 (2,0)	3 (3,2)	7 (5,9)	2 (1,9)	10 (6,1)	8 (6,4)	3 (4,5)	9 (14,8)	6 (9,4)	53 (5,0)
Abdome/quadril	1 (1,3)	0 (0,0)	3 (3,1)	0 (0,0)	4 (3,4)	2 (1,9)	1 (0,6)	3 (2,4)	2 (3,0)	1 (1,6)	4 (6,3)	21 (2,0)
Membros superiores	<b>28</b> <b>(35,9)</b>	<b>31</b> <b>(39,7)</b>	<b>41</b> <b>(41,8)</b>	<b>36</b> <b>(38,3)</b>	<b>35</b> <b>(29,7)</b>	<b>41</b> <b>(38,0)</b>	<b>52</b> <b>(31,9)</b>	<b>48</b> <b>(38,4)</b>	<b>22</b> <b>(33,3)</b>	<b>21</b> <b>(34,4)</b>	<b>25</b> <b>(39,1)</b>	<b>380</b> <b>(36,1)</b>
Membros inferiores	<b>17</b> <b>(21,8)</b>	<b>23</b> <b>(29,5)</b>	<b>30</b> <b>(30,6)</b>	<b>40</b> <b>(42,6)</b>	<b>43</b> <b>(36,4)</b>	<b>41</b> <b>(38,0)</b>	<b>56</b> <b>(34,4)</b>	<b>40</b> <b>(32,0)</b>	<b>25</b> <b>(37,9)</b>	<b>18</b> <b>(29,5)</b>	<b>14</b> <b>(21,9)</b>	<b>347</b> <b>(33,0)</b>
Genitais/ânus	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,0)	0 (0,0)	1 (0,1)							
Múltiplos órgãos/região	0 (0,0)	1 (1,3)	1 (1,0)	4 (4,3)	9 (7,6)	5 (4,6)	7 (4,3)	5 (4,0)	2 (3,0)	1 (1,6)	0 (0,0)	35 (3,3)
<b>Total</b>	<b>78</b> <b>(100)</b>	<b>78</b> <b>(100)</b>	<b>98</b> <b>(100)</b>	<b>94</b> <b>(100)</b>	<b>118</b> <b>(100)</b>	<b>108</b> <b>(100)</b>	<b>163</b> <b>(100)</b>	<b>125</b> <b>(100)</b>	<b>66</b> <b>(100)</b>	<b>61</b> <b>(100)</b>	<b>64</b> <b>(100)</b>	<b>1053</b> <b>(100)</b>

|---- = intervalo inclui o primeiro valor e exclui o segundo / Teste de Qui-quadrado de Pearson.  $p < 0,05$ .

**Figura 6** - Associação proporcional da localização da lesão das vítimas, segundo relação com faixa etária. Lagarto/SE, 2013.



\* anos incompletos / Teste de Qui-quadrado de Pearson.  $p < 0,05$ .

**Tabela 10** - Distribuição proporcional da natureza da lesão das vítimas, segundo faixa etária. Lagarto/SE, 2013.

Natureza da Lesão	Faixa Etária											Total
	Menos de 5 anos	De 5 até 10	De 10 a 15	De 15 até 20	De 20 até 25	De 25 até 30	De 30 até 40	De 40 até 50	De 50 até 60	De 60 até 70	Acima de 70 anos	
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
Sem lesão física	0 (0,0)	2 (2,5)	1 (1,0)	2 (2,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,6)	0 (0,0)	1 (1,5)	0 (0,0)	1 (1,5)	8 (0,8)
Contusão	24 (30,8)	13 (16,3)	23 (23,2)	18 (18,6)	32 (27,1)	25 (22,9)	44 (26,7)	29 (23,2)	18 (26,9)	16 (26,2)	20 (30,8)	262 (24,6)
Corte	29 (37,2)	27 (33,8)	29 (29,3)	37 (38,1)	47 (39,8)	37 (33,9)	65 (39,4)	50 (40,0)	28 (41,8)	23 (37,7)	19 (29,2)	391 (36,7)
Entorse	9 (11,5)	6 (7,5)	13 (13,1)	14 (14,4)	19 (16,1)	22 (20,2)	19 (11,5)	10 (8,0)	8 (11,9)	4 (6,6)	3 (4,6)	127 (11,9)
Fratura	11 (14,1)	25 (31,3)	26 (26,3)	22 (22,7)	16 (13,6)	18 (16,5)	26 (15,8)	29 (23,2)	10 (14,9)	17 (27,9)	19 (29,2)	219 (20,6)
Amputação	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,0)	0 (0,0)	1 (0,1)							
Traumatismo dentário	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,6)	1 (0,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (0,2)
Traumatismo crânioencefálico	0 (0,0)	1 (1,3)	2 (2,0)	1 (1,0)	1 (0,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (0,5)
Politraumatismo	0 (0,0)	1 (1,3)	0 (0,0)	1 (1,0)	1 (0,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (0,4)
Intoxicação	1 (1,3)	2 (2,5)	2 (2,0)	1 (1,0)	0 (0,0)	3 (2,8)	2 (1,2)	3 (2,4)	1 (1,5)	0 (0,0)	2 (1,5)	17 (1,5)
Queimadura	3 (3,8)	2 (2,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,9)	1 (0,6)	1 (0,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	8 (0,8)
Outros	1 (1,3)	1 (1,3)	2 (2,0)	1 (1,0)	2 (1,7)	3 (2,8)	6 (3,6)	2 (1,6)	0 (0,0)	1 (1,6)	2 (3,1)	21 (2,0)
<b>Total</b>	78 (100)	80 (100)	99 (100)	97 (100)	118 (100)	109 (100)	165 (100)	125 (100)	67 (100)	61 (100)	65 (100)	1065 (100)

|----- = intervalo inclui o primeiro valor e exclui o segundo. / Teste de Qui-quadrado de Pearson.  $p > 0,05$ .

**Tabela 11** - Associação proporcional da evolução do caso de violências e acidentes, segundo relação com faixa etária. Lagarto/SE, 2013.

Evolução	Faixa Etária											Total
	Menos de 5 anos	De 5 até 10  -----	De 10 a 15  -----	De 15 até 20  -----	De 20 até 25  -----	De 25 até 30  -----	De 30 até 40  -----	De 40 até 50  -----	De 50 até 60  -----	De 60 até 70  -----	Acima de 70 anos	
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
<b>Alta</b>	<b>75 (96,2)</b>	<b>74 (92,5)</b>	<b>91 (91,9)</b>	<b>90 (92,8)</b>	<b>111 (93,3)</b>	<b>100 (91,7)</b>	<b>155 (93,9)</b>	<b>121 (96,8)</b>	<b>60 (89,6)</b>	<b>59 (96,7)</b>	<b>59 (90,8)</b>	<b>995 (93,4)</b>
<b>Enc. ambulatorial</b>	0 (0,0)	1 (1,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,6)	0 (0,0)	1 (1,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (0,3)
<b>Internação hospitalar</b>	1 (1,3)	1 (1,3)	3 (3,0)	4 (4,1)	3 (2,5)	6 (5,5)	5 (3,0)	2 (1,6)	4 (6,0)	1 (1,6)	4 (6,2)	34 (3,2)
<b>Enc. para outro serviço</b>	1 (1,3)	3 (3,8)	5 (5,1)	2 (2,1)	2 (1,7)	2 (1,8)	1 (0,6)	2 (1,6)	2 (3,0)	1 (1,6)	2 (3,1)	23 (2,2)
<b>Evasão ou fuga</b>	1 (1,3)	1 (1,3)	0 (0,0)	1 (1,0)	3 (2,5)	1 (0,9)	3 (1,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	10 (0,9)
<b>Total</b>	78 (100)	80 (100)	99 (100)	97 (100)	119 (100)	109 (100)	165 (100)	125 (100)	67 (100)	61 (100)	65 (100)	1065 (100)

|----- = intervalo inclui o primeiro valor e exclui o segundo / Teste de Qui-quadrado de Pearson.  $p < 0,70$ .

Quanto aos acidentes de transporte registrados (n=363) os tipos mais frequentes foram a motocicleta (72,2%) como o principal meio de locomoção utilizado pela maioria das vítimas de acidente de transporte e, em menor frequência a bicicleta (7,2%) e os pedestres (7,2%). Entre os atendimentos registrados segundo o tipo de vítima os condutores (73,3%) se mostraram como os mais acidentados, seguido dos passageiros (19,6%) (Tabela 12).

A outra parte envolvida contra a qual as vítimas de acidente de transporte se envolveram durante o acidente foram motocicleta (18,5%), automóvel (14,3%), animal (7,7%), objeto fixo (7,4%) e bicicleta (1,9%). Destaca-se que quase metade (49,3%) das vítimas se acidentou sem o envolvimento de outras partes (Tabela 12).

**Tabela 12** - Distribuição proporcional dos acidentes de transporte, segundo tipo de transporte, tipo de vítima e outra parte envolvida. Lagarto/SE, 2013.

<b>Acidente de Transporte</b>		<b>(N)</b>	<b>(%)</b>	<b>(IC 95%)</b>
Tipo de Transporte	Motocicleta	262	72,2	67,2 – 77,1
	Bicicleta	26	7,2	4,7 – 9,9
	A pé	26	7,2	4,7 – 9,9
	Automóvel	20	5,5	3,6 – 8,0
	Ônibus/micro-ônibus	1	0,3	0,0 – 0,8
Tipo de Vítima	Condutor	266	73,3	68,9 – 77,7
	Passageiro	71	19,6	15,4 – 23,7
	Pedestre	26	7,2	4,7 – 9,9
Outra parte envolvida	Nenhuma	179	49,3	44,1 – 54,5
	Motocicleta	67	18,5	14,3 – 22,6
	Automóvel	52	14,3	11,0 – 17,9
	Animal	28	7,7	5,0 – 10,7
	Objeto fixo	27	7,4	5,0 – 10,2
	Bicicleta	7	1,9	0,6 – 3,6
	Ônibus/micro-ônibus	1	0,3	0,0 – 1,1
<b>Total</b>		<b>363</b>	<b>100</b>	

IC= intervalo de confiança. IC 95% estimado mediante a técnica de “bootstrap” baseada em 1000 reamostragens.

Quanto à relação existente entre sexo e os acidentes de transporte observou-se que 74,9% das vítimas foram do sexo masculino e 25,1% do sexo feminino, com uma proporção aproximada de 3:1 (homens/mulheres). Houve associação significativa entre os tipos de transporte segundo o sexo do indivíduo. O acidente de motocicleta evidenciou que 74% das vítimas eram homens (Tabela 13).

**Tabela 13** - Associação proporcional do sexo das vítimas, segundo relação com os meios de locomoção utilizado nos acidentes de transporte. Lagarto/SE, 2013.

Sexo	Tipo de Transporte						Total
	A pé	Automóvel	Motocicleta	Bicicleta	Ônibus	Outro	
	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)
<b>Masculino</b>	18(69,2)	12(60,0)	194(74,0)	22(84,6)	0(0)	26(92,9)	272(74,9)
<b>Feminino</b>	8(30,8)	8(40,0)	68(26,0)	4(15,4)	1(100)	2(7,1)	91(25,1)
<b>Total</b>	26(100)	20(100)	262(100)	26(100)	1(100)	28(100)	363(100)

Teste de Qui-quadrado de Pearson.  $p < 0,035$ .

A associação entre o tipo de vítima dos acidentes de transporte e o sexo mostra que houve relação significativa e que 84,6% dos condutores acidentados eram do sexo masculino, com uma proporção aproximada de 5:1 (homens/mulheres) (Tabela 14).

**Tabela 14** - Associação proporcional do sexo das vítimas, segundo relação com o tipo de vítima no acidente de transporte. Lagarto/SE, 2013.

Sexo	Tipo de Vítima			Total
	Pedestre	Condutor	Passageiro	
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
<b>Masculino</b>	18(69,2)	225(84,6)	29(40,8)	272(74,9)
<b>Feminino</b>	8(30,8)	41(15,4)	42(59,2)	91(25,1)
<b>Total</b>	26(100)	266(100)	71(100)	363(100)

Teste de Qui-quadrado de Pearson.  $p < 0,001$ .

Entre as vítimas ocupantes de automóvel, 85,4% referiram não usar cinto de segurança no momento do acidente. O não uso de capacete entre os motociclistas envolvidos em acidentes foi relatado em 53,3% dos atendimentos (Tabela 15).

**Tabela 15** - Distribuição proporcional dos acidentes de transporte, segundo o uso de cinto de segurança e capacete. Lagarto/SE, 2013.

<b>Equipamento de segurança</b>	<b>(N)</b>	<b>(%)</b>	<b>(IC 95%)</b>
<b>Cinto de Segurança (ATT)</b>			
Não	41	85,4	75,0 – 93,8
Sim	7	14,6	6,3 – 25,0
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100</b>	
<b>Capacete (ATT)</b>			
Não	168	53,3	47,9 – 58,7
Sim	147	46,7	41,3 – 52,1
<b>Total</b>	<b>315</b>	<b>100</b>	

IC= intervalo de confiança. IC 95% estimado mediante a técnica de “bootstrap” baseada em 1000 reamostragens.

A associação do tipo de transporte, segundo faixa etária, revela que o atropelamento em pedestres predominou na faixa etária entre menores de 10 anos e maiores de 70 anos. Em contra partida a motocicleta, sendo o veículo mais utilizado pelas vítimas de acidentes e violências na região centro sul apresentou ao longo das faixas etárias uma predominância de indivíduos acidentados entre 15 a 40 anos incompletos. O acidente com bicicletas mostrou maior frequência em menores de 15 anos (Tabela 16).

Os dados da Tabela 17 referem-se à relação dos tipos de vítimas do acidente de transporte, segundo as faixas etárias, mostram que 73,3% dos indivíduos que se acidentaram eram condutores com predomínio na faixa etária entre 15 a 50 anos incompletos.

**Tabela 16** - Associação proporcional de tipos de transporte utilizado pela vítima, segundo relação com faixa etária. Lagarto/SE, 2013.

Tipo de Transporte	Faixa Etária											Total
	Menos de 5 anos	De 5 até 10	De 10 a 15	De 15 até 20	De 20 até 25	De 25 até 30	De 30 até 40	De 40 até 50	De 50 até 60	De 60 até 70	Acima de 70 anos	
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
<b>A pé</b>	4 (30,8)	3 (23,1)	4 (16,0)	0 (0,0)	3 (4,3)	1 (2,4)	0 (0,0)	5 (10,6)	2 (16,7)	2 (12,5)	2 (40,0)	26 (7,2)
<b>Automóvel</b>	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (12,0)	0 (0,0)	2 (2,9)	3 (7,3)	6 (7,2)	4 (8,5)	0 (0,0)	1 (6,3)	1 (20,0)	20 (5,5)
<b>Motocicleta</b>	<b>2</b> <b>(15,4)</b>	<b>4</b> <b>(30,8)</b>	<b>9</b> <b>(36,0)</b>	<b>37</b> <b>(94,9)</b>	<b>61</b> <b>(88,4)</b>	<b>34</b> <b>(82,9)</b>	<b>67</b> <b>(80,7)</b>	<b>31</b> <b>(66,0)</b>	<b>6</b> <b>(50,0)</b>	<b>11</b> <b>(68,8)</b>	<b>0</b> <b>(0,0)</b>	<b>262</b> <b>(72,2)</b>
<b>Bicicleta</b>	5 (38,5)	5 (38,5)	6 (24,0)	0 (0,0)	2 (2,9)	0 (0,0)	1 (1,2)	3 (6,4)	1 (8,3)	2 (12,5)	1 (20,0)	26 (7,2)
<b>Ônibus/micro-ônibus</b>	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,3)
<b>Outros</b>	2 (15,4)	1 (7,7)	3 (12,0)	2 (5,1)	1 (1,4)	3 (7,3)	8 (9,6)	4 (8,5)	3 (25,0)	0 (0,0)	1 (20,0)	28 (7,7)
<b>Total</b>	13 (100)	13 (100)	25 (100)	39 (100)	69 (100)	41 (100)	83 (100)	47 (100)	12 (100)	16 (100)	5 (100)	363 (100)

|----- = intervalo inclui o primeiro valor e exclui o segundo / Teste de Qui-quadrado de Pearson.  $p < 0,001$ .

**Tabela 17** - Associação proporcional do tipo de vítima nos acidentes de transporte, segundo relação com faixa etária. Lagarto/SE, 2013.

Tipo de Vítima	Faixa Etária											Total
	Menos de 5 anos	De 5 até 10  -----	De 10 a 15  -----	De 15 até 20  -----	De 20 até 25  -----	De 25 até 30  -----	De 30 até 40  -----	De 40 até 50  -----	De 50 até 60  -----	De 60 até 70  -----	Acima de 70 anos	
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
<b>Pedestre</b>	4 (30,8)	3 (23,1)	4 (16,0)	0 (0,0)	3 (4,3)	1 (2,4)	0 (0,0)	5 (10,6)	2 (16,7)	2 (12,5)	2 (40,0)	26 (7,2)
<b>Condutor</b>	<b>3</b> <b>(23,1)</b>	<b>7</b> <b>(53,8)</b>	<b>14</b> <b>(56,0)</b>	<b>30</b> <b>(76,9)</b>	<b>54</b> <b>(78,3)</b>	<b>33</b> <b>(80,5)</b>	<b>72</b> <b>(86,7)</b>	<b>32</b> <b>(68,1)</b>	<b>8</b> <b>(66,7)</b>	<b>12</b> <b>(75,0)</b>	<b>1</b> <b>(20,0)</b>	<b>266</b> <b>(73,3)</b>
<b>Passageiro</b>	6 (46,2)	3 (23,1)	7 (28,0)	9 (23,1)	12 (17,4)	7 (17,1)	11 (13,3)	10 (21,3)	2 (16,7)	2 (12,5)	2 (40,0)	71 (19,6)
<b>Total</b>	13 (100)	13 (100)	25 (100)	39 (100)	69 (100)	41 (100)	83 (100)	47 (100)	12 (100)	16 (100)	5 (100)	363 (100)

|----- = intervalo inclui o primeiro valor e exclui o segundo / Teste de Qui-quadrado de Pearson.  $p < 0,0001$ .

As quedas frente à população estudada apresentaram um quantitativo de 313 vítimas. Observou-se que as quedas do mesmo nível (70,3%) predominaram diante dos outros tipos de quedas (Tabela 18).

**Tabela 18** - Distribuição proporcional dos casos de queda, segundo tipo de queda das vítimas. Lagarto/SE, 2013.

<b>Tipo de queda</b>	<b>(N)</b>	<b>(%)</b>	<b>(IC 95%)</b>
Mesmo nível	220	70,3	64,8 – 75,2
Outra mobília	29	9,3	6,4 – 12,4
Escada/degrau	24	7,7	4,9 – 10,7
Outros níveis	14	4,5	2,4 – 7,0
Leito	11	3,5	1,6 – 5,7
Telhado/laje	5	1,6	0,3 – 3,1
Árvore	4	1,3	0,3 – 2,7
Andaime	4	1,3	0,3 – 2,7
Buraco	2	0,6	0,0 – 1,7
<b>Total</b>	<b>313</b>	<b>100</b>	

IC= intervalo de confiança. IC 95% estimado mediante a técnica de “bootstrap” baseada em 1000 reamostragens.

A tabela 19 apresenta dados referentes a acidentes provocados por queimaduras (N=8). Dentre elas 62,5% foram acometidas por substância quente.

**Tabela 19** - Distribuição proporcional dos casos de queimaduras, segundo tipo de queimadura das vítimas. Lagarto/SE, 2013.

<b>Tipo de queimadura</b>	<b>(N)</b>	<b>(%)</b>
Substância quente	5	62,5
Objeto quente	1	12,5
Fogo chama	1	12,5
Choque elétrico	1	12,5
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100</b>

IC= intervalo de confiança. IC 95% estimado mediante a técnica de “bootstrap” baseada em 1000 reamostragens.

Quanto aos tipos de violências, a quase totalidade de atendimentos foi decorrente de agressão física (96,6%) seguido de violência sexual (3,4%). O meio de agressão mais utilizado foi a força corporal (44,8%). Além da agressão por força física, uso de objetos perfurocortantes (29,3%), contundentes (19,0%) e arma de fogo (6,9%) também se apresentaram entre os meios utilizados pelo agressor. Quanto ao sexo do agressor, observou-se que a maioria foi do sexo masculino (86,2%) (Tabela 20).

**Tabela 20** - Distribuição proporcional dos atos violentos, segundo tipo de violência, meio utilizado para agressão, tipo e sexo do agressor. Lagarto/SE, 2013.

<b>Agressão</b>		<b>(N)</b>	<b>(%)</b>	<b>(IC 95%)</b>
Tipo de Violência	Física	56	96,6	91,4 – 100,0
	Sexual	2	3,4	0,0 – 8,6
Meio utilizado	Força corporal	26	44,8	32,8 – 56,9
	Objeto perfurocortante	23	29,3	17,2 – 41,4
	Objeto contundente	11	19,0	10,3 – 29,3
	Arma de fogo	4	6,9	10,3 – 29,3
Tipo do Agressor	Amigo/conhecido	19	32,8	20,7 – 44,8
	Desconhecido	17	29,3	17,2 – 41,4
	Outro familiar	11	19,0	10,3 – 29,3
	Companheiro/ Ex	8	13,8	5,2 – 22,4
	Agente legal público	2	3,4	0,0 – 8,6
	Pai ou mãe	1	1,7	0,0 – 5,2
Sexo do Agressor	Masculino	50	86,2	75,9 – 94,8
	Feminino	7	12,1	5,2 – 20,7
	Ambos os sexos	1	1,7	0,0 – 5,2
<b>Total</b>		<b>58</b>	<b>100</b>	

IC= intervalo de confiança. IC 95% estimado mediante a técnica de “bootstrap” baseada em 1000 reamostragens.

A lesão autoprovocada (N=4) foi registrada em 0,4% de todos os atendimentos, o envenenamento (75,0%) e o enforcamento (25,0%) foram os tipos de lesões autoprovocada encontradas no estudo (Tabela 21).

**Tabela 21** - Distribuição proporcional dos atos violentos, segundo tipo de lesão autoprovocada. Lagarto/SE, 2013.

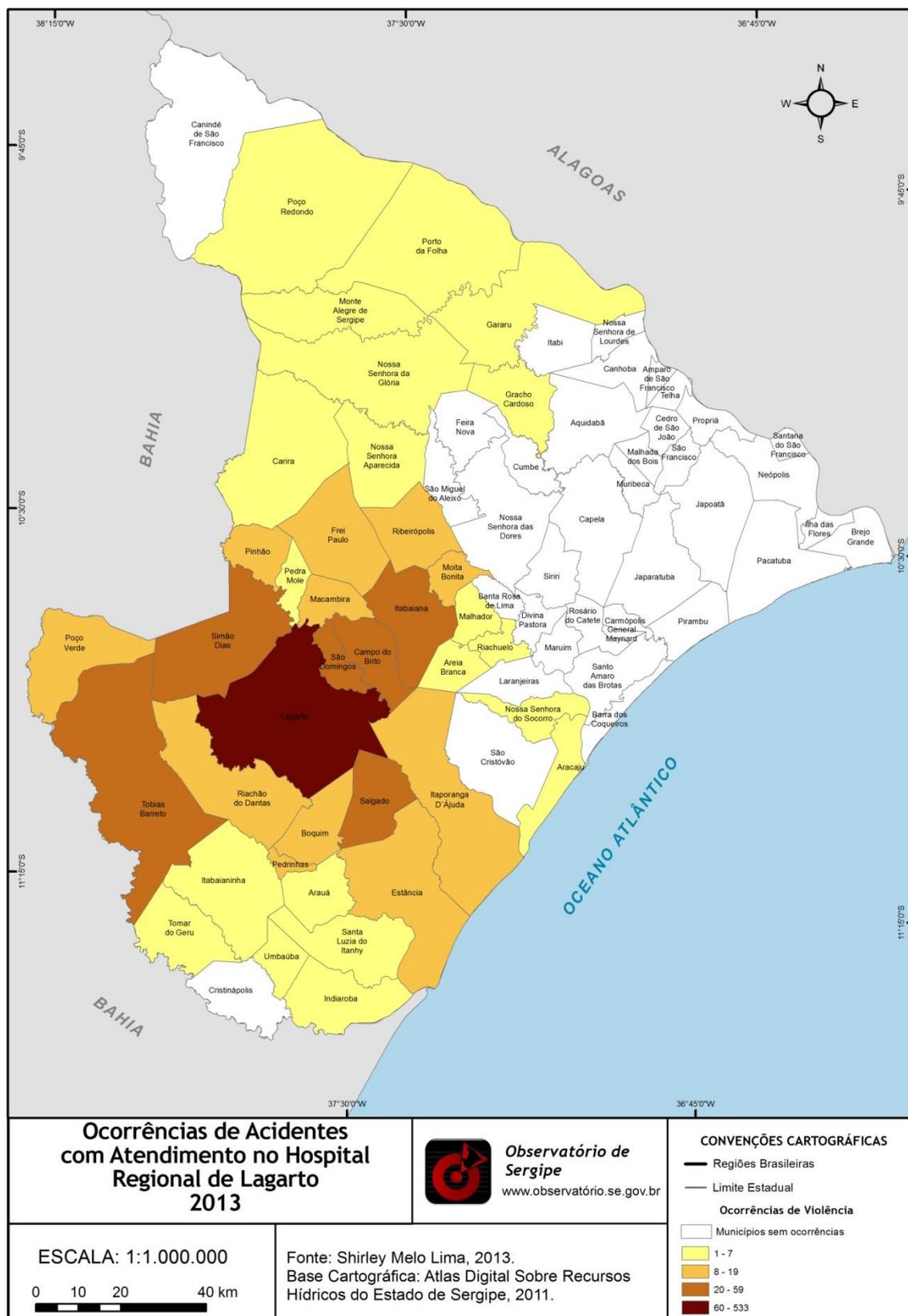
<b>Tipo de lesão autoprovocada</b>	<b>(N)</b>	<b>(%)</b>
Envenenamento	3	75
Enforcamento	1	25
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>100</b>

Com base nos resultados, segundo o município de ocorrência, foram identificados que 51,7% dos acidentes e violências ocorreram no município de Lagarto e as vítimas obtiveram atendimento emergencial no próprio município. No que tange a região centro sul foi identificado que dos atendimentos ocorridos no Hospital Regional de Lagarto, 67,5% das ocorrências aconteceram na região estudada e as vítimas foram atendidas no hospital de referência designado. Em 32,5% da demanda de atendimento do Hospital Regional de Lagarto as vítimas que sofreram causas externas eram oriundas de outras microrregiões de saúde do estado.

O mapa da figura 4 ilustra a distribuição espacial dos acidentes. Observou-se que houve predominância de ocorrências acidentais no município de Lagarto, pólo da região centro sul. Mostra-se que 29 municípios fora da região centro sul obtiveram vítimas de acidentes e que as mesmas se deslocaram à referida instituição de estudo para obter atendimento. No entanto, percebe-se que à medida que aumenta a distância territorial dos municípios com vistas ao pólo regional Lagarto, o quantitativo de acidentes atendidos no Hospital de referência tende a diminuir.

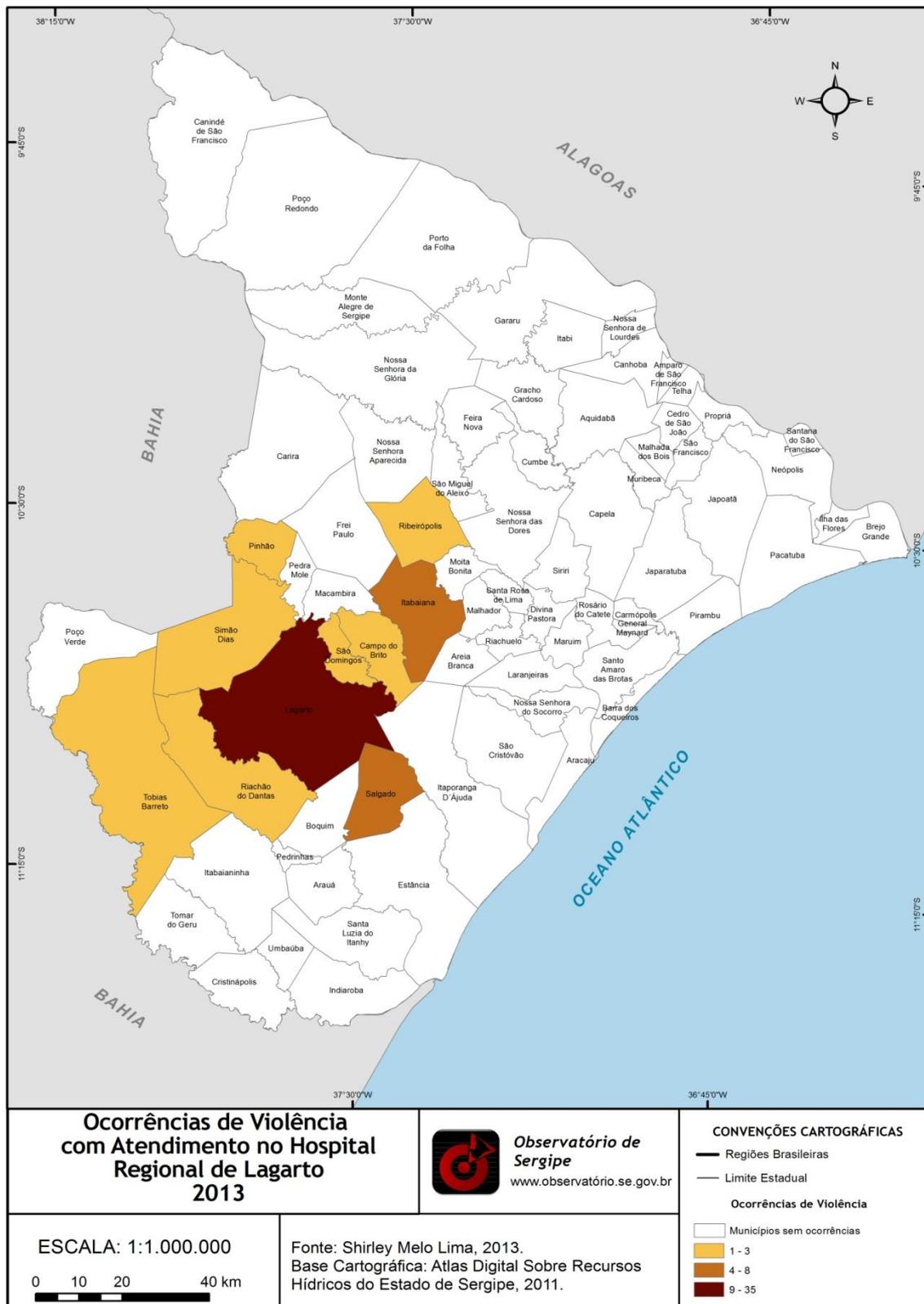
A figura 5 representa a distribuição espacial dos atos violentos atendidos no Hospital Regional de Lagarto. Observou-se que as ocorrências foram mais frequentes no município de Lagarto embora 05 municípios não compusessem a região centro sul e, mesmo assim, as vítimas foram à procura de atendimento na instituição hospitalar de estudo.

**Figura 7** – Mapa de distribuição espacial dos acidentes, segundo município de ocorrência. Lagarto/SE, 2013.

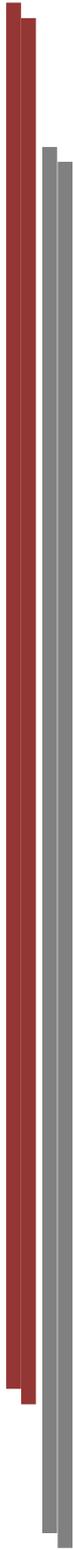


Fonte: Shirley Lima, 2013 / Elaboração: Secretaria de Estado do Planejamento, Orçamento e Gestão.

**Figura 8** – Mapa de distribuição espacial dos atos violentos, segundo município de ocorrência. Lagarto/SE, 2013.



Fonte: Shirley Lima, 2013 / Elaboração: Secretaria de Estado do Planejamento, Orçamento e Gestão.



# Discussão

## 6 DISCUSSÃO

As violências e os acidentes configuram um problema de saúde pública no Brasil, por ser fonte de uma grande parcela de morbidade (8,6% das internações hospitalares no SUS) e mortalidade (representa a terceira posição entre as mortes da população total) (BRASIL, 2012a; REICHENHEIM; et al., 2011). São agravos considerados prioritários pelo Ministério da Saúde, que promove políticas e ações voltadas para prevenção e promoção da saúde e cultura de paz, a fim de prevenir e reduzir o número de mortes, bem como a gravidade das lesões provocadas nas vítimas (SILVA JUNIOR; MALTA, 2013).

As causas externas destacam-se mundialmente pelo seu número ascendente e por diversas consequências provocadas na sociedade. Nos dias atuais emerge a necessidade de estudos que possam gerar conhecimentos e esclarecimentos acerca da temática, em especial sobre as principais características epidemiológicas dessas vítimas, a fim de contribuir com a construção de políticas públicas e poder reduzir as violências e acidentes em todo o mundo.

No presente estudo, as vítimas de violências e acidentes, em sua maioria, foram homens (66,2%) jovens, acometidos duas vezes mais do que as mulheres (33,8%). Dados semelhantes em pesquisas nacionais e internacionais revelaram que o trauma oriundo de causas externas também atingiu mais os homens jovens que mulheres (BRASIL, 2013a; 2012; VIEIRA; HORA; et al., 2011; BRASIL, 2010; MASCARENHAS; et al., 2009; OPAS, 2009; SANTOS; et al., 2008; GAWRYSZEWSKI; et al., 2009; SOBERG; et al., 2007; HONARMAND; SAFAVI, 2006; LIEBERMAN; ET AL., 2003). Na Europa 75% das pessoas que morrem por trauma são homens, e mais de metade está em idade produtiva, (54 %) (WHO, 2013a). Tal ratificação nos permite sugerir que há uma maior probabilidade de homens serem vítimas de acidentes e violências.

O Inquérito VIVA 2011, estudo brasileiro realizado em 74 serviços sentinelas de urgência e emergência de 23 capitais e Distrito Federal, registrou 47.455 atendimentos que envolveram em sua maioria, pessoas de cor da pele parda e com baixa escolaridade (BRASIL, 2013a). No presente estudo, o perfil da vítima atendida no Hospital Regional de Lagarto/SE corrobora com a pesquisa supracitada e revela também predominância de indivíduos de cor da pele parda com baixa escolaridade de forma a caracterizá-los como grupos vulneráveis a serem acometidos por causas externas.

No que concerne ao uso do álcool, a pesquisa revelou registros referidos pela vítima, da ingestão de bebida alcoólica (13,3%) nas primeiras 6 horas antes do acidente ou violência.

A Organização Mundial de Saúde considera o álcool como um dos principais fatores de risco associados a acidentes, sobretudo quando se retrata os acidentes de transporte, pois o álcool associado à direção aumenta o risco de envolvimento em acidentes tanto para condutores como para pedestres, assim como a gravidade dos ferimentos resultantes (WHO, 2013; GENEBRA, 2007). Aracaju, capital do estado de Sergipe, apresentou-se como a quarta capital que mais teve relação de ingestão de álcool nas primeiras 6 horas, anteriores ao acidente ou violência (BRASIL, 2013a).

Tais dados sinalizam o risco que as vítimas se expõem ao ingerir bebida alcoólica. Nesse sentido, suscita a necessidade de estudos que aprofundem a relação das violências e acidentes com condutas errôneas e fatores associados ao álcool, seriam importantes para estabelecer a magnitude e dimensão na morbidade e mortalidade das vítimas.

A predominância dos atendimentos foi oriunda do final de semana. Estudo realizado em Sergipe mostrou que 71,5% dos atendimentos de trauma no Hospital de Urgência de Sergipe aconteceram entre a sexta e a segunda feira (NUNES, HORA, FAKHOURI, et al., 2011), o que se assemelha ao resultado do presente estudo. Com o exposto, salienta-se para a intensificação de maiores fiscalizações no trânsito nos finais de semana bem como para a educação e consciência global a fim de minimizar as violências e acidentes.

As vítimas utilizaram como principal meio de locomoção o veículo particular (60,4%) para se deslocarem até o hospital, assim como revela os inquéritos VIVA realizados em 2006 e 2009 que, a maioria das vítimas de acidentes e violências, fez uso de veículo particular em 38,0% e 48,8% respectivamente como principal meio de locomoção para chegar ao hospital (BRASIL, 2009; 2010). Diante do exposto, sugere-se que no presente estudo as vítimas de violência e acidentes possam ter apresentado lesões de pequena gravidade uma vez que conseguiram se deslocar à instituição hospitalar em veículo particular.

Ainda no que se refere aos meios de locomoção foi observado uma pequena proporção de vítimas que utilizaram o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) para se deslocar ao hospital (8,7%), assim como os dados revelados pelo Ministério da Saúde em 2006 e 2009 (13,9% e 19,3%) respectivamente (BRASIL, 2009; 2010). Diante das especificidades regionais, em contato com o SAMU Sergipe, foi relatado que durante os finais de semana em especial aos domingos, conforme ratifica estudo (CABRAL; SOUZA; LIMA, 2011), as ocorrências estão em maior frequência e, por vezes, sobrepõem à frota existente o que pode desencadear a demora no atendimento e por consequência a ida da vítima ao hospital por outros meios.

Os eventos acidentais e violentos atendidos no Hospital Regional de Lagarto ocorreram em zona urbana (49,5%) e zona rural (46,1%). Observou-se que a zona urbana e a zona rural apresentaram valores semelhantes, por conseguinte a zona rural merece atenção por mostrar índices similares quando comparados aos da zona urbana, haja vista que a zona rural não se encontra livre de violências e acidentes. Dados do IBGE (2010a) mostram que todos os municípios da região centro sul de Sergipe, exceto Tobias Barreto, apresentam mais de 44% da população vivendo em área rural, nesse sentido, os resultados encontrados sinalizam que ações de prevenção e redução de acidentes devem ser implementadas nesta área a fim de prevenir as violências e acidentes.

A ocorrência em via pública aconteceu em 42,9% dos casos que originou o acidente ou violência. Estudos (MELLO JORGE; KOIZUMI, 2007; CUNHA; SANTOS; JULIEN, 2011) demonstram que as ocorrências em via pública são predominantes no atendimento de vítimas de violências e acidentes e que existe uma complexidade na assistência ao atendimento oriundo dessa localidade. Já a residência (33,2%) foi a segunda localidade mais registrada no estudo, conforme revela pesquisa similar desenvolvida no Mato Grosso que apresenta 44,1% dos acidentes e violências ocorreram em residência (OLIVEIRA; MELLO JORGE, 2008). Portanto, se tornam indispensáveis novas e mais profundas discussões sobre a prevenção e promoção das causas externas oriundas de localidades como via pública e residência.

As vítimas entrevistadas referiram à existência ou não da associação do agravo com o trabalho ou trajeto. Dos atendimentos registrados 16,9% tiveram relação com o trabalho ou trajeto. Estudo realizado em Mato Grosso (GALVÃO; OLIVEIRA; NEVES; SCATENA, 2011), observou que do total de acidentes, 21,2% foram relacionados ao trabalho. Outra pesquisa realizada na Bahia revelou que dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho registrados no Instituto de Seguridade Social, 82,8% dos acidentes foram consequências das causas externas (RIOS; NERY; ALVES; JESUS, 2012).

Em Palmas, Tocantins, o risco de morte mensurado pelo Coeficiente de Mortalidade por Acidente de Trabalho para a população geral foi de 11,8/100 mil habitantes (NOMELLINI; ALVES; SANTOS, 2013). Tais achados sinalizam a importância para as ocorrências relacionadas ao trabalho. Adicionalmente, no presente estudo visualizam-se algumas lacunas de conhecimento específico, como por exemplo, a necessidade de explorar melhor as circunstâncias do trabalho em que esses acidentes ocorreram, o que deve ser objeto de estudos posteriores.

A Localização e natureza das lesões contribuem para a caracterização das vítimas de violências e acidentes. Os dados obtidos quanto à localização da lesão foram que 35,7% e 32,6% ocorreram em membros superiores e inferiores respectivamente, seguidos da região da cabeça/face (16,5%). Estudo realizado no hospital terciário de Karachi, Paquistão, mostrou que muitos pacientes, vítimas de trauma, tiveram múltiplas lesões localizadas em mais de uma região anatômica, porém as lesões mais comuns incluíram membros superiores e cabeça (MEHMOOD; RAZZAK; KABIR; et al., 2013). Em uma revisão sistemática com 248 artigos revela o mapeamento das lesões em vítimas de acidentes de trânsito e destaca membros inferiores e superiores, seguidos pela região da cabeça como a região corpórea mais frequentemente atingida (CALIL; SALLUM; DOMINGUES; NOGUEIRA, 2009).

Outra pesquisa realizada na Bahia com vítimas de violências e acidentes confirma a distribuição de lesões, quando encontrou que 58,4% das lesões acometeram os membros inferiores e 41,6% os membros superiores, cuja principal natureza das lesões foram as fraturas com 71,1% (CASTRO; RIBEIRO; ANDRADE; JAQUES, 2013).

Por conseguinte, as lesões de membros superiores e inferiores sugerem atendimentos eminentemente ortopédicos, tal fato se mostrou predominante no estudo, sobretudo quando retratou a natureza das lesões com 45,2% de contusões/fraturas e 36,7% de corte/laceração.

Estudo realizado em Sergipe mostrou que o trauma de maior gravidade foi na região da cabeça/pescoço e acometeu 61,5% da população de adolescentes e adultos (NUNES; HORA; FAKHOURI; et al., 2013). Nos países europeus, ferimentos na região da cabeça contribuem com 75% das mortes entre usuários de motocicletas, além de em alguns países de baixa e média renda são estimadas para até 88% dessas mortes (WHO, 2013a). Adicionalmente, sugere-se cautela ao atendimento das vítimas que tiveram comprometimento na região da cabeça, pois podem sinalizar lesões graves com sequelas irreparáveis.

Ressalta-se ainda que, embora as lesões registradas no estudo possam sugerir baixa gravidade há necessidade de procedimentos cirúrgicos reparadores, o que podem ocorrer nesses casos é que os mesmos permeiam uma linha tênue perante sua influência na qualidade de vida das vítimas e familiares.

Quanto aos atendimentos de baixa gravidade no que concerne à evolução das vítimas nas primeiras 24 horas, destacam-se com 93,4% de alta hospitalar, o que ratifica o atendimento predominantemente de baixa complexidade no serviço de urgência e emergência pesquisado. O fato da quase totalidade das vítimas receberem alta após o atendimento propõe um caráter leve às lesões. Contudo, muitos desses atendimentos poderiam ter sido realizados em Unidades Básicas de Saúde, tal fato sinaliza a necessidade de novas discussões perante a

organização dos serviços de saúde na região com vistas à maior resolubilidade em todos os níveis.

No estudo não foi registrado nenhum óbito dentre as 1065 vítimas estudadas, o que difere de outros resultados (VILLELA; REZENDE; DRUMOND; et al., 2012; SETTERVALL; DOMINGUES; SOUZA; NOGUEIRA, 2012; MORAIS NETO; MONTENEGRO; MONTEIRO; et al., 2012). É sabido que diversas ações de prevenção e controle da mortalidade por acidentes e violências são executadas, e que consideram milhares de vidas perdidas por causas externas, o que sinaliza a necessidade de criação e intensificação de políticas públicas que reflitam sobre as vítimas não fatais a fim de definir novas prioridades com foco no quadro epidemiológico apresentado.

Os tipos de ocorrência registrados durante a pesquisa mostraram os acidentes de transporte (34,1%) como tipo de atendimento mais predominante ocorridos no Hospital Regional de Lagarto, seguido das quedas (29,4%), situação coerente com estudo realizado no Canadá (CHEN; MO; YI; JIANG; MAO, 2013), o qual corrobora com o achado. Entretanto, os três Inquéritos realizado pelo Ministério da Saúde em 2006, 2009 e 2011 mostraram que a maioria dos acidentes brasileiros foi proveniente das quedas (40,2%, 37,0% e 30,9%), seguido dos acidentes de transporte (26,6%, 26,0% e 26,2%) respectivamente (BRASIL, 2009; 2010; 2013a).

A inversão na proporcionalidade das ocorrências acidentais salienta o quão importante é a problemática dos acidentes de transporte na região estudada, de forma a evidenciar especificidade regional além de despertar a implantação e implementação de possíveis políticas públicas a fim de prevenir esse agravo. Certamente os resultados podem ter sido influenciados por características distintas da segurança viária, mobilidade urbana, estrutura da população, e mesmo dos serviços de saúde.

A problemática tem repercussão no mundo inteiro, como preconiza o Relatório Mundial sobre a segurança viária em 2013 que apresenta informações de 182 países, com indicativo que 1,24 milhões de pessoas foram mortas nas estradas do mundo em 2010, um número que continua inaceitavelmente alto. Ressalta que apenas 28 países apresentam leis abrangentes de segurança viária (WHO, 2013). Isto sugere insipiência na construção de políticas públicas no mundo inteiro.

Em conformidade com o relatório supracitado, 88 países reduziram o número de mortes em suas estradas entre 2007 e 2010, e mostram que melhorias são possíveis, e que vidas podem ser salvas se os países intensificarem ações neste sentido. No atual cenário a

Organização Mundial de Saúde afirma o quão é preocupante em alguns países o aumento das vítimas acidentais no trânsito durante o mesmo período (WHO, 2013).

Estudo avaliativo de tendências da taxa de mortalidade por acidentes de transporte terrestre publicado em 2011 por Reichenheim e colaboradores mostrou que a taxa de mortalidade no Brasil por acidentes de transporte, no período de 1991 a 2007, houve crescente aumento até 1996 seguido de declínio até o ano 2000, com estabilidade até o ano de 2007. Outra pesquisa também avaliou tendência da taxa de mortalidade por acidente de transporte, e identificou aumento de 18 para 22,5 por 100 mil habitantes, entre os anos 2000 e 2010, os óbitos elevaram-se de 28.995 para 42.844, um aumento de 32,3% na década (MORAIS NETO; SILVA; LIMA; MALTA; SILVA JUNIOR, 2013).

O Brasil merece destaque pelo crescimento dos acidentes de transporte que vitimam condutores de veículos a motor e pedestres (OPAS, 2009). Segundo Moraes Neto e colaboradores (2012) os pedestres apresentam no perfil de variação dos riscos entre 2000 e 2010 uma elevação acima de 10% nos estados de Sergipe, Pará, Mato Grosso do Sul, Maranhão, Piauí, Bahia e Rondônia. No presente estudo os condutores representaram 73,3%, e os pedestres, 7,2%. Quanto aos motociclistas, observou-se aumento das taxas de morte entre 2000 e 2010 em todas as Unidades Federadas. Com o estudo observou-se que 72,2% dos acidentes de transporte foram oriundos de motocicleta nos quais os homens se destacam com 74,0%.

Os Motociclistas atualmente compreendem um terço de todas as mortes no trânsito do Sudeste Asiático e Pacífico Ocidental, e é ainda mais representativa entre as mortes da África e das Américas. Estudo realizado no México aponta que entre 1999 a 2009 houve um aumento de 332% na taxa de mortalidade de motociclistas do sexo masculino (HÍJAR; CHANDRAN; et al., 2012). A pesquisa revela que 73,3% dos acidentes de transporte vitimaram condutores do sexo masculino (84,6%) e feminino (15,4%) numa proporção de 5:1 (homens/mulheres).

Em Pernambuco, observou tendência crescente da mortalidade por acidentes de motocicleta (LIMA; CESSE; ABATH; OLIVEIRA JUNIOR, 2013). De acordo com a Organização Mundial da Saúde o trauma na região da cabeça/pescoço é a principal causa de lesão grave, incapacidade e morte entre usuários de motocicletas (WHO, 2013). Pela primeira vez as mortes por condutores de motocicleta ultrapassaram os óbitos por condutores de automóveis e pedestres no Brasil (MALTA; SILVA; SILVA JUNIOR, 2012b).

Os achados deveriam impactar a sociedade brasileira ao ponto de motivar sua saída do incercismo e entrada para a modificação da consciência global perante as vítimas fatais e não

fatais no trânsito. Sugere-se que número de vítimas de acidentes de transporte possa ser maior do que o registrado no referido estudo, haja vista que mortes podem ter ocorrido no local do evento, não sendo, portanto, encaminhadas à unidade de urgência e emergência. Por conseguinte, observou-se que 2,2% das vítimas foram transferidas para outro serviço, logo, o desfecho do trauma desses pacientes ficaram desconhecidos por não haver seguimento da pesquisa em outros serviços.

Quanto aos dispositivos de segurança, os resultados mostram que dos acidentes automobilísticos 85,4% das vítimas não utilizavam cinto de segurança e 53,3% das vítimas por acidentes motociclísticos não utilizavam o capacete. A Organização Mundial da Saúde ratifica os cinco principais fatores de risco para o acidente de transporte, são eles: álcool, excesso de velocidade, e não uso de capacetes, cintos de segurança e sistemas de retenção para crianças (WHO, 2013), o que corrobora com o achado da pesquisa, pois a maioria das vítimas de acidente de transporte atendidas no Hospital Regional de Lagarto não utilizava nenhum dispositivo de segurança.

Neste cenário, emerge novas discussões sobre a necessidade de cumprir rigorosamente regras estabelecidas pela legislação bem como as devidas punições, sobretudo quanto ao comportamento de risco dos condutores de veículos, em especial a motocicleta, pois representa uma parcela significativa em meio aos acidentes de transporte.

Os acidentes de transporte representam uma das principais causas de morbimortalidade no Brasil, com elevado número de vítimas e vidas perdidas. Tal realidade resulta no aumento da demanda para os serviços de saúde de urgência, internação e reabilitação (BASSICHETTO; LIRA, 2011), o que sugere reflexões e implementação de políticas de saúde integralizadas como também cumprimento eficaz de legislações e fiscalizações mais eficientes.

Dentre as causas externas registradas, os acidentes de transporte foram responsáveis pelo maior número de vítimas, portanto, podem acarretar em altos custos hospitalares, perdas materiais e sofrimento para as vítimas e seus familiares, além de um possível peso econômico e social que não se restringe unicamente ao setor saúde.

O segundo tipo de acidente mais predominante nessa pesquisa foi a queda (29,4%). Os dados mostram que as ocorrências de quedas (N=313) ocorreram principalmente em extremos de idade, ou seja, na faixa etária de crianças e idosos como grupo de risco para quedas acidentais. Os registros de internação hospitalar disponíveis no SIH/SUS para o ano de 2011 reforçam a importância das quedas quando as mesmas representaram 44,1% do total de

internações do grupo das causas externas, sobretudo na faixa etária de crianças menores de 10 anos (9,9%) e idosos acima de 60 anos (22,8%) (BRASIL, 2012).

Anualmente nos Estados Unidos cerca de um terço dos idosos são vítimas de quedas que ocasionam lesões e necessitam de tratamento (WHO, 2007; HIRANO; FRAGA; MONTOVANI, 2007). Estudo realizado na Turquia revelou que 31,9% dos idosos caíram pelo menos uma vez no último ano (EVCI; ERGIN; BESER, 2006), e estudo semelhante realizado no Brasil ressaltou um número aproximado de 29% dos idosos que caem ao menos uma vez ao ano e 13% que caem de forma recorrente (GONCALVES; et al., 2007).

No que tange às crianças vítimas de quedas, estudo revelou que 26,8% acometeram menores de 10 anos de idade. Uma pesquisa no Paraná, realizada com 8.854 menores de 15 anos, constatou que as quedas continuam como as principais responsáveis pelas internações não fatais (32,4%). Os autores acreditam que conhecer o perfil da demanda pode colaborar na melhora do atendimento nos serviços de saúde, não só hospitalares como em atenção primária para melhor assistir às vítimas (MARTINS; ANDRADE, 2005).

Pesquisa realizada nas capitais brasileiras salienta que as quedas destacam-se na faixa etária pediátrica pelas características do desenvolvimento da criança, curiosidade, imaturidade e falta de coordenação motora, o que as coloca em situações de perigo. Quanto às crianças de 6 a 9 anos outros fatores podem interferir como atividades de lazer e esportes, próprios desta faixa etária. Os achados evidenciam que 6.897 (96,8%) das crianças estudadas foram vítimas de acidentes, tendo as capitais de Belém (PA) e Fortaleza (CE) com maior frequência de atendimentos por quedas (MALTA; MASCARENHAS; BERNAL; et al., 2012a). Tais achados corroboram com os dados encontrados no presente estudo, o que sinaliza a execução e necessidade de planejamento para programas de prevenção de quedas principalmente em crianças e idosos, a partir da avaliação de risco pertinente a cada faixa etária.

Os resultados relacionados aos “outros acidentes” (30,0%), nomenclatura utilizada pelo Ministério da Saúde, sobretudo quando se trata do Inquérito VIVA, foram registrados diversas causas acidentais, as quais predominaram a de ferimento por objeto perfuro cortante (25,4%) e choque contra objeto/pessoa (19,4%). Em outras edições do Inquérito VIVA (BRASIL, 2009; 2010; 2013a) também obtiveram resultados semelhantes que ratifica o achado na instituição de referência hospitalar da região centro sul do estado de Sergipe.

Em contrapartida, os acidentes com animais (17,9%) que se inserem dentro da categoria de “outros acidentes” diferem dos achados pelo Ministério da Saúde (Inquérito VIVA 2011 – 9,7%) (BRASIL, 2013a) o que pode sinalizar possíveis precauções da população para com os animais além de salientar riscos relacionados aos agravos. Os “outros

acidentes” se manifestam de maneira intensa dentre as outras causas acidentais e, portanto, merecem estudos mais aprofundados na temática.

Dentre os acidentes registrados no atendimento às vítimas do Hospital Regional de Lagarto, a menor proporção encontrada foram as queimaduras, as quais apresentaram 0,8% do total estudado, porém 40,0% das queimaduras registradas acometeram crianças menores de 10 anos de idade. Estudo realizado em João Pessoa, Nordeste brasileiro, mostra que 85,5% das vítimas admitidos na Unidade de Terapia de Queimados eram crianças menores de 10 anos (FERNANDES; TORQUATO; DANTAS; et al., 2012), fato que destaca as crianças como grupo de risco para esses acidentes.

A grande proporção de queimaduras encontrada em crianças é preocupante não somente pelo sofrimento e dor que representam, mas também pela evolução rápida das lesões e possíveis danos permanente na criança (GAWRYSZEWSKI; et al., 2012). Neste sentido, acredita-se que o desenvolvimento neuropsicomotor das crianças possa ser caracterizado por intensas curiosidades e entusiasmo, que motivada pelo conhecimento do novo se exponham a riscos, sobretudo aos fatores causais da queimadura.

Segundo os atos violentos, Toledo e Sabroza (2013) salientam que a violência tornou-se um problema de saúde pública no Brasil e no mundo, responsáveis por um grande número de mortes, adoecimentos e sequelas na população. Acreditam que cada vez mais as situações de violências no cotidiano e a real magnitude e gravidade da problemática ainda são pouco conhecidas o que torna um grande desafio para o setor saúde.

A prevenção das mortes e atenção às pessoas em situação de violência exigem prioritariamente iniciativas de cunho intersetorial, sobretudo da necessidade de formular propostas e promover ações relativas às políticas de segurança pública e de desenvolvimento socioeconômico (BRASIL, 2009). Adicionalmente a OMS ressalta que para cada pessoa que morre oriundo de um ato violento, diversas outras são feridas e sofrem uma série de problemas físicos, sexuais, mentais e reprodutivos (WHO, 2010a).

Nesse contexto, os resultados do estudo mostram que as agressões (5,4%) e as lesões autoprovocada (0,4%) foram relatadas em 62 vítimas, de forma a constatar que o sexo masculino (86,2%) e a agressão física (96,6%) predominaram cuja forma mais utilizada de agressão foi a força corporal (44,8%) seguido de objetos perfurocortante (29,3%), tais resultados se assemelham a outros estudos (OLIVEIRA; MELLO JORGE, 2008; GAWRYSZEWSKI; SILVA; MALTA; et al., 2009). De forma, complementar pode-se sugerir que os baixos registros de atendimentos por agressão na instituição hospitalar estudada

podem estar relacionados à subnotificação, seja por parte das vítimas ou mesmo pelos profissionais de saúde, haja vista as limitações culturais envolvida nos casos.

Quanto à distribuição espacial observou-se que o mapeamento dos registros de causas externas, segundo município de ocorrência, foi que 51,7% dos acidentes e violências ocorreram no município de Lagarto e as vítimas obtiveram atendimento emergencial no próprio município. No que tange a região centro sul foi identificado que dos atendimentos ocorridos no Hospital Regional de Lagarto, 67,5% das ocorrências aconteceram na própria região e as vítimas obtiveram atendimento no referido hospital.

Em contrapartida, 32,5% das vítimas atendidas sofreram o agravo fora da região centro sul, local em que o Hospital Regional de Lagarto está inserido. Entretanto, os pacientes tiveram que se deslocar até a referida instituição para receber atendimento, pois não conseguiram obter atendimento próximo ao local da ocorrência.

Com a ferramenta da distribuição espacial, por meio do Sistema de Informação Geográfica, visualizou-se que 29 municípios estão fora da delimitação territorial da região centro sul. Das 7 microrregiões de saúde divididas administrativamente pela Reforma Sanitária e Gerencial do SUS em Sergipe, 5 regiões (alto sertão, agreste central, leste Sergipano, grande Aracaju e sul Sergipano) tiveram vítimas acometidas por causas externas e necessitaram de atendimento no Hospital Regional de Lagarto, embora a distância territorial tenha se mostrado presente. Adicionalmente esse fluxo de atendimento exposto pode ser consequência de modificações ocorridas ao longo dos 5 anos desde que ocorreu a reforma sanitária em 2007.

Na atualidade o Hospital Regional de Lagarto encontra-se como uma das referências em atendimento ortopédico no estado. Nesta conjuntura, muitos pacientes se deslocaram do alto sertão, agreste central e sul Sergipano para terem acesso a esse serviço.

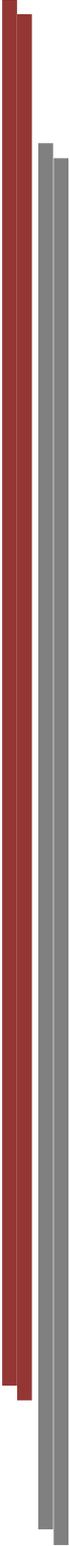
Dessa forma, suscita a necessidade de organização e redefinição de fluxo entre os Hospitais Regionais do estado de Sergipe para que não haja dificuldades de acesso às vítimas por causas externas e sobrecarga do atendimento hospitalar na regional, uma vez que é importante otimizar o atendimento rápido e não onerar o sistema de saúde. Nesse contexto, a reflexão e compreensão do espaço geográfico se configuram como ferramenta elementar para se estabelecer e reconhecer dinâmicas que envolvem as relações entre o homem e o meio ambiente, tanto no âmbito estadual, quanto local.

O panorama das violências e acidentes desse estudo mostrou uma grande demanda de atendimentos no serviço de urgência, embora a maioria das vítimas tenha evoluído para a alta

hospitalar nas primeiras 24 horas. Esse alto número traduz a epidemia silenciosa do trauma que coloca em risco não só a vida do indivíduo como também da comunidade.

Esses achados sinalizam informações possíveis de serem compartilhadas pelos serviços públicos de saúde, em especial à Vigilância em Saúde. Nesse sentido, sugere-se interligação de saberes e experiências, sobretudo no fortalecimento de redes intersetoriais com ações integradas entre profissionais de múltiplas áreas para a assistência e proteção das vítimas de violências e acidentes. Um novo direcionamento das políticas públicas pode redefinir objetivos de forma coletiva e articulada, a fim de minimizar riscos e reduzir a morbimortalidade pelo trauma.

A pesquisa possibilitou uma melhor compreensão do perfil dessas vítimas e sinalizou a necessidade de constantes investimentos em promoção e prevenção. Foi possível traçar a especificidade regional perante as violências e acidentes, visto que nenhum estudo foi encontrado na região.



# Conclusão

## 7 CONCLUSÃO

O estudo sobre a ocorrência de violências e acidentes, realizado com 1065 vítimas no serviço de referência hospitalar da região centro sul de Sergipe, permitiu as seguintes conclusões:

### **Quanto ao perfil epidemiológico das vítimas:**

- A maioria das vítimas era homens, em idade produtiva, com baixa escolaridade, precedentes da área urbana, com atividade remunerada, sem deficiência, de cor da pele parda, vítimas de acidentes de transporte e quedas em vias públicas e residência, respectivamente. Como desfecho do atendimento, a alta hospitalar nas primeiras 24 horas da ocorrência prevaleceu em quase sua totalidade, com ausência de óbitos durante o período estudado.
- As lesões que acometeram as vítimas tiveram localização principal entre membros superiores, inferiores e cabeça/face, tendo como natureza da lesão principalmente os cortes/laceração, contusões e fraturas distribuídas de forma homogênea ao longo das faixas etárias.
- A predominância de ocorrências foi durante o final de semana, com relatos de ingestão de bebida alcoólica pela vítima e em sua maioria não apresentou relação com o trabalho/trajeto, grande parte das vítimas não procurou atendimento prévio em outro serviço e utilizou veículo particular para se deslocar até o hospital.
- Os acidentes de transporte em sua maioria tiveram a motocicleta com veículo principal das ocorrências, tendo como principal vítima os condutores e apresentando em sua maioria acidentes de transporte sem nenhuma parte envolvida. As vítimas de automóvel em sua maioria não utilizavam cinto de segurança durante a ocorrência assim como as vítimas de motocicletas foi predominante o não uso de capacetes.
- As quedas do mesmo nível obtiveram quase totalidade frente aos outros tipos de quedas identificadas. A distribuição das quedas ao longo das faixas etárias mostrou que grande parte do evento predominou entre os extremos de idade como crianças e idosos. Houve também quedas de outra mobília, escada/degrau, leito, telhado e árvore em menores proporções.

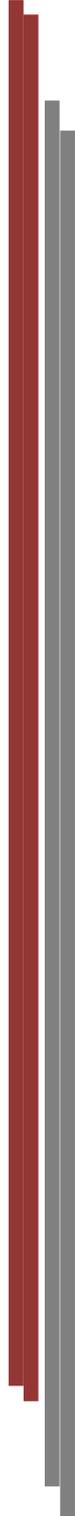
- A variável composta com “outros acidentes” mostrou que os acidentes com perfuro cortantes, choques contra objetos/pessoa e acidente com animais predominou. Casos como entorse/torção, queda de objetos sobre pessoa, compressão dentro/entre objetos e corpo estranho também foram relatados nesta categoria, porém em uma menor proporção.
- As violências mostraram a agressão física por meio de força corporal como o principal tipo de violência, tendo como agressor primordial os amigos/conhecidos do sexo masculino.

**Quanto à associação entre os tipos de ocorrências, localização da lesão e evolução com sexo e faixa etária:**

- O sexo, os tipos de ocorrências e a localização das lesões quando associados ao longo das faixas etárias sinalizou diferença significativa com predomínio dos homens em idade produtiva.
- Nos acidentes de transporte houve significância estatística quanto à associação entre o sexo das vítimas e tipo do transporte e vítima.

**Quanto à distribuição espacial segundo municípios de ocorrência:**

- Mostrou que 29 municípios das regiões do Alto Sertão, Agreste Central, Grande Aracaju, Leste e Sul Sergipano, exceto a região do Baixo São Francisco, tiveram vítimas por causas externas e procuraram atendimento no Hospital Regional de Lagarto, embora não compunha a região centro sul.



# Artigo Científico

## **8 ARTIGO CIENTÍFICO**

**VIOLÊNCIAS E ACIDENTES: CARACTERÍSTICAS DE 1065 CASOS  
ATENDIDOS EM URGÊNCIA HOSPITALAR**

**VIOLENCE AND ACCIDENTS: FEATURES OF 1065 CASES TREATED  
IN HOSPITAL EMERGENCY**

**VIOLENCIA Y ACCIDENTES: CARACTERÍSTICAS 1.065 CASOS  
TRATADOS EN EMERGENCIA DEL HOSPITAL**

Shirley Verônica Melo Almeida Lima<sup>1</sup>

Edilene Curvelo Hora<sup>2</sup>

José Antonio Barreto Alves<sup>3</sup>

Mariangela da Silva Nunes<sup>4</sup>

Ana Carla Ferreira Silva dos Santos<sup>5</sup>

Elielma Alves de Sá<sup>6</sup>

---

<sup>1</sup> Universidade Federal de Sergipe, Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde. Rua Claudio Batista sn, bairro Sanatório, Aracaju-Sergipe, Brasil CEP 49060-100, (79) 21051787, shirleymelo.lima@gmail.com

<sup>2</sup> Universidade Federal de Sergipe, Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde. Rua Claudio Batista sn, bairro Sanatório, Aracaju-Sergipe, Brasil CEP 49060-100, (79) 21051787, edilene@ufs.br

<sup>3</sup> Universidade Federal de Sergipe, Departamento de Educação em Saúde. Rua Padre Alvares Pitangueira,258 Lagarto-Sergipe, Brasil CEP 49400-00, (79) 21056550, antoniobalves@gmail.com

<sup>4</sup> Universidade Federal de Sergipe, Núcleo de Enfermagem. Rua Padre Alvares Pitangueira,258 Lagarto-Sergipe, Brasil CEP 49400-00, (79) 21056550, enf.lagarto@gmail.com

<sup>5</sup> Universidade Federal de Sergipe, Núcleo de Enfermagem. Rua Padre Alvares Pitangueira,258 Lagarto-Sergipe, Brasil CEP 49400-00, (79) 21056550, carlafss@yahoo.com.br

<sup>6</sup> Universidade Federal de Sergipe, Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde. Rua Claudio Batista sn, bairro Sanatório, Aracaju-Sergipe, Brasil CEP 49060-100, (79) 21051787, elielmasa@yahoo.com.br

## RESUMO

O estudo objetivou caracterizar casos de violências e acidentes atendidos em serviço de urgência hospitalar. Pesquisa transversal, quantitativa, desenvolvida em Hospital referência da região centro sul de Sergipe. A população constituiu-se por todas as vítimas de violências e acidentes admitidas durante 30 dias consecutivos, com aplicação do Inquérito da Vigilância de Violências e Acidentes do Ministério da Saúde. Das 1065 vítimas entrevistadas encontrou-se predomínio de ocorrência em acidentes de transporte 34,1%, queda 29,4% e agressão/maus-tratos 5,4%. A idade média foi de 30 anos DP: 20,8, sexo masculino 66,2%, cor da pele parda 50,5% e baixa escolaridade 58,1%. Os membros superiores 35,7%, inferiores 32,6% e cabeça/face 16,5% foram mais atingidos com contusão/fratura 45,2% e corte/laceração 36,7%. 93,4% evoluíram para alta hospitalar. Concluiu-se que houve uma grande demanda de atendimento, sobretudo ortopédico. O estudo contribui para nortear políticas públicas que visem à prevenção e redução desses agravos que se configuram como um problema de saúde pública.

## ABSTRACT

The study aimed to characterize cases of violence and accidents treated in the emergency room. Cross-sectional quantitative study was carried Hospital regional reference center south of Sergipe. The population consisted of all victims of violence and accidents admitted for 30 consecutive days, with application of the Survey of Violence and Accidents Surveillance, Ministry of Health. Of the 1065 patients interviewed there was a predominance of occurrence in motor vehicle accidents 34,1%, falls 29,4% and assault / abuse 5,4%. The average age was 30 years SD: 20.8, male 66,2%, mixed skin 50,5%, and low education 58,1%. The upper 35,7% and lower 32,6% limbs and head / face 16,5% were hardest hit with contusion / fractures 45,2% and cut / laceration 36,7%. 93,4% were discharged from hospital. It was concluded that there was a great demand for care, particularly orthopedic. The study contributes to orient public policies aimed at preventing and reducing these injuries that are configured as a public health problem.

## RESUMEN

El objetivo del estudio fue caracterizar los casos de violencia y accidentes atendidos en la sala de emergencias. Estudio cuantitativo transversal se llevó a centro de referencia regional hospital al sur de Sergipe. La población estuvo conformada por todas las víctimas de la violencia y los accidentes ingresados durante 30 días consecutivos, con la aplicación de la

Encuesta de la Violencia y de Vigilancia de Accidentes del Ministerio de Salud. De las 1.065 pacientes entrevistados había un predominio de la ocurrencia de los accidentes de vehículos de motor 34,1% , caen 29,4% y asalto / abuso 5,4%. El promedio de edad fue de 30 años SD: 20,8, masculino 66,2%, piel mixta 50,5% y bajo nivel de educación 58,1%. Los miembros superiores 35,7%, inferiores 32,6% y de la cabeza / de la cara 16,5% fueron los más afectados con contusión / fracturas 45,2% y cortadas / laceración 36,7%. 93,4% fueron dados de alta del hospital. Se concluyó que había una gran demanda de atención, especialmente en ortopedia. El estudio contribuye a orientar las políticas públicas dirigidas a prevenir y reducir este tipo de lesiones que se configuran como un problema de salud pública.

Descritores: Accidentes. Inquéritos Epidemiológicos. Violência.

## INTRODUÇÃO

As violências e acidentes estão relacionados ao grupo das causas externas que caracteriza um conjunto de agravos à saúde que provoca algum tipo de lesão, seja física, mental ou psicológica <sup>1</sup>.

A violência pressupõe o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, outra pessoa ou um grupo, que causem ou tenha grandes chances de causar lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação da saúde <sup>2</sup>. Em contrapartida, o acidente é considerado um evento não intencional e evitável, causador de lesões físicas e emocionais, no âmbito doméstico ou social como trabalho, escola, esporte e lazer <sup>3-4</sup>.

Em 2001 o Ministério da Saúde do Brasil implantou a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV) por meio da Portaria nº 737, de 16 de maio de 2001, com o objetivo de dar maior sustentabilidade ao enfrentamento da problemática em razão da elevação dos custos sobre o Sistema Único de Saúde – SUS e da necessidade de implantar intervenções de vigilância, prevenção e promoção da saúde <sup>3-5</sup>.

O Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) implantado pelo Ministério da Saúde em 2006 utiliza-se de inquéritos populacionais como instrumentos para subsidiar a formulação e avaliação das políticas públicas, tornando-se crescente a sua utilização nos diversos países como ferramenta de apoio para o planejamento em saúde <sup>6</sup>. Reconhecer as violências e acidentes como uma questão de vigilância, prevenção e promoção constitui um grande avanço no setor saúde.

No mundo, diariamente, mais de 15.000 mil pessoas são vítimas de violências e acidentes e, aproximadamente, 5,8 milhões morrem a cada ano. Tais dados representam 10% da mortalidade mundial e 32% a mais do que o número de mortes por doenças transmissíveis, o que causa dano irreparável às vítimas, famílias e sociedade <sup>7</sup>.

A região nordeste em 2011 e 2012 registrou respectivamente 44.220 e 46.540 óbitos por causas externas e ocupou o segundo lugar da mortalidade geral. Em Sergipe, os dados representaram 1.764 óbitos em 2011 e 1.944 em 2012, o que reflete um crescente índice na mortalidade bem como nas internações hospitalares registrados no Sistema de Informação Hospitalar (SIH) de 4.654 em 2009 e 5.415 em 2010 <sup>8-9</sup>.

Diante do exposto o estudo objetivou descrever a ocorrência de violências e acidentes em um serviço de referência hospitalar de Sergipe/Brasil. A descrição das características dessa população justifica-se para uma melhor compreensão das ocorrências atendidas, a fim de disponibilizar dados que possam dimensionar a demanda por atendimentos de urgência e emergência, bem como, fomentar políticas públicas de saúde que favoreçam medidas preventivas e melhor qualidade de vida à população.

## **CASUÍSTICA E MÉTODO**

Trata-se de um estudo Descritivo de corte transversal desenvolvido no serviço de urgência do Hospital Regional da cidade de Lagarto/SE, hospital de alta complexidade, referência na região centro sul do estado de Sergipe. Esse serviço é organizado em sistema de Acolhimento com Classificação de Risco que compreende quatro níveis de assistência de menor a maior complexidade respectivamente: áreas azul, verde, amarela e vermelha.

A população do estudo foi composta por todas as vítimas de violência e acidentes (N=1065), descritas no Manual de Classificação e Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) <sup>10</sup>, que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ser admitida no referido Hospital, vítima de violências e acidentes e que aceitasse participar da pesquisa com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para as vítimas inconscientes e crianças menores de 12 anos foi considerado o aceite do responsável. Foram critérios de exclusão: vítima de violência e acidente que procurou atendimento pela segunda vez ou mais no Hospital Regional de Lagarto oriundos da mesma causa.

A identidade e os direitos dos participantes foram preservados, em atendimento a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério

de Saúde e a pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética em pesquisa com seres humanos sob a CAAE nº: 10163012.0.0000.0058

Foi utilizado o formulário do inquérito VIVA/2011 para dimensionar e caracterizar as violências e acidentes ocorridos na determinada região. O formulário aplicado foi padronizado e elaborado pela equipe técnica da Coordenação Geral de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (CGDANT).

A coleta de dados foi iniciada no dia 15 de agosto/2013 e teve seu término no dia 13 de setembro/2013. Inicialmente foi realizado o treinamento de coletadores para orientação do instrumento e uniformização da coleta de dados com disponibilização de um Manual do Entrevistador.

Ocorreu durante 30 dias consecutivos nas áreas do serviço de urgência, em turnos de 06 horas (dia) e 12 horas (noite), divididos em três períodos, totalizando 90 turnos, sendo 60 diurnos (30 das 7h00min às 12h59min / 30 das 13h00min às 18h59min) e 30 noturnos (19h00min às 6h59min).

Os dados foram digitados no programa Epi Info versão 3.5.1 em um aplicativo próprio do Inquérito VIVA/2011 (VIVA/2011/SVS/MS – versão 4.0/2011) fornecido pelo Ministério da Saúde.

As variáveis numéricas foram descritas como média e desvio padrão. Quanto às variáveis categóricas utilizou-se para sumarizá-las freqüências simples, porcentagens e intervalos de confiança para 95% quando pertinente. Para a avaliação de associação entre as variáveis categóricas foi utilizado o teste de Qui-quadrado de Pearson.

A estimativa do IC 95% nas variáveis como transporte utilizado para chegar ao hospital, atendimento prévio em outro serviço, zona de ocorrência, local de ocorrência, ocorrência no trabalho, tipo de ocorrência, outros acidentes, localização da lesão, natureza da lesão, evolução, foi realizada mediante a técnica de “bootstrap”, considerando-se 1000 reamostragens com reposição de tamanho de 1065.

## **RESULTADOS**

Os dados referentes à variável idade (anos) corresponderam à média (31), mediana (27), desvio padrão (20,8), mínimo (1) e máximo (95). Quanto à distribuição da idade segundo percentil, evidenciou-se que 50% da população atendida que foram vítimas de violências e acidentes apresentaram idade até 27 anos, 25% dos indivíduos até 15 anos e que 25% da população estudada possuíam idade superior a 43 anos.

Na Tabela 1, a maioria das vítimas de violências e acidentes foi do sexo masculino (66,2%), com proporção de aproximadamente, 2:1 (homens/mulheres). A cor da pele declarada pela vítima ou responsável mostrou que 50,5% declararam-se de cor parda. Quanto à escolaridade observou-se o predomínio das vítimas com baixa escolaridade (58,4%).

As vítimas foram questionadas quanto à atividade remunerada e presença de algum tipo de deficiência. Dos registros, 49,6% das vítimas exerciam atividade remunerada e 6,1% apresentaram algum tipo de deficiência. Quanto ao uso do álcool foi declarado que 13,3% fizeram uso de bebida alcoólica (Tabela 1).

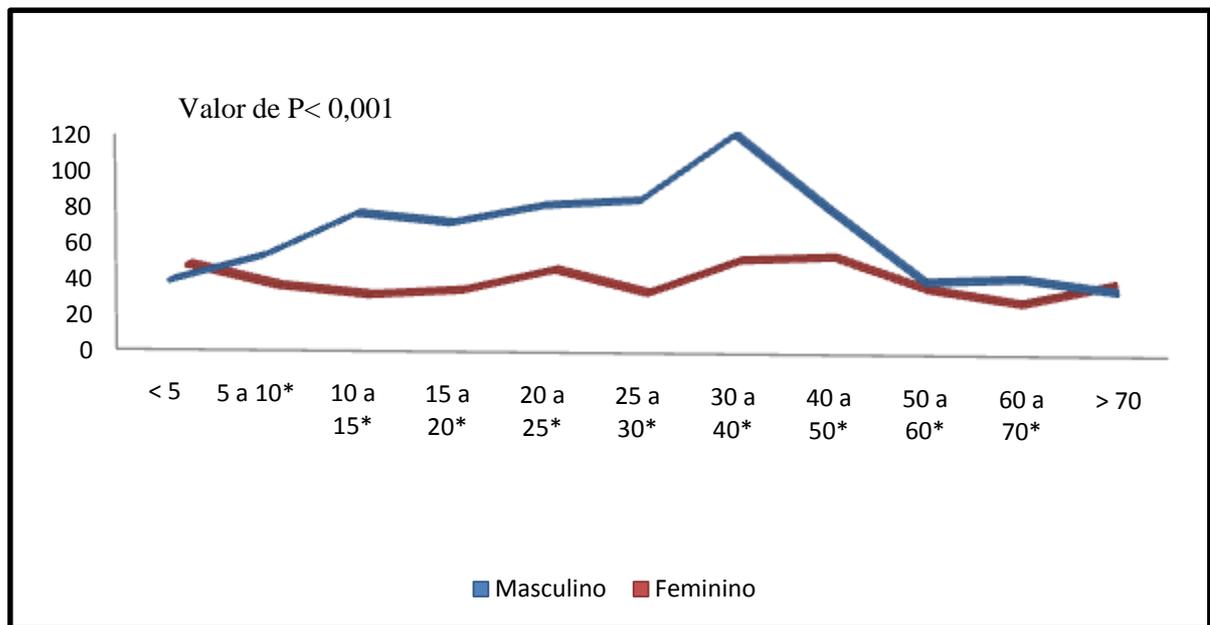
**Tabela 1** - Distribuição proporcional do perfil sócio demográfico das vítimas de violências e acidentes, segundo sexo, cor da pele, escolaridade, atividade remunerada, deficiência e ingestão de bebida alcoólica. Sergipe/Brasil, 2013.

Variáveis sócio demográficas		(N)	(%)
Sexo	Masculino	705	66,2
	Feminino	360	33,8
Cor da pele referida <sup>1</sup>	Parda	538	50,5
	Branca	265	27,7
	Preta	216	20,3
	Amarela	14	1,3
	Indígena	2	0,2
Escolaridade <sup>2</sup>	1ª a 4ª série incompleta do EF	268	25,2
	5ª a 8ª série incompleta do EF	211	19,8
	Sem escolaridade	139	13,1
	Ensino médio completo	113	10,6
	4ª série completa do EF	102	9,6
	Ensino médio incompleto	82	7,7
	Não se aplica	66	6,3
	Ensino fundamental completo	34	3,2
	Ensino superior incompleto	30	2,8
	Ensino superior completo	19	1,8
Atividade remunerada	Sim	495	46,4
	Não	504	47,3
	Não se aplica	66	6,3
Deficiência <sup>3</sup>	Sim	65	6,1
	Não	1000	93,9
Uso do álcool	Sim	142	13,3
	Não	923	80,4
	Não se aplica	66	6,3
<b>Total</b>		<b>1065</b>	<b>100</b>

<sup>1</sup> Padrão estabelecido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) 2010. <sup>2</sup> Classificação dos níveis de ensino adotados no Brasil. <sup>3</sup> Deficiência do tipo visual, física, auditiva e mental.

A associação entre a faixa etária e sexo, identifica o sexo masculino frequente em todas as faixas etárias com predomínio entre 20 a 40 anos (Figura 1).

**Figura 1** - Associação proporcional do sexo das vítimas de violências e acidentes, segundo relação com faixa etária. Sergipe/Brasil, 2013.



\*anos incompletos / Teste de Qui-quadrado de Pearson .  $P < 0,001$ .

Frente às características das ocorrências, observou-se que a maioria das vítimas utilizou o veículo particular (60,4%) como transporte para chegar até o hospital seguido de ambulância (20,4%) e SAMU (8,7%). Quanto ao atendimento prévio em outro serviço, 65,7% das vítimas não procuraram nenhum outro serviço de saúde até chegar ao hospital e 34,1% compareceram a outro serviço, porém não foram atendidas (Tabela 2).

A zona de ocorrência dos acidentes e violências mostra que quase metade das ocorrências foi em região urbana (49,5%). Quanto ao local de ocorrência houve predomínio da via pública (42,9%) e residência (33,2%). As vítimas que declararam relação das ocorrências com o trabalho/trajeto representaram 16,9% (Tabela 2).

**Tabela 2** - Distribuição do perfil das vítimas de violências e acidentes, segundo transporte utilizado para chegar ao hospital, atendimento prévio em outro serviço, zona de ocorrência, local de ocorrência e evento no trabalho/trajeto. Sergipe/Brasil, 2013.

Características		(N)	(%)	(IC 95%)
Transporte utilizado para chegar ao hospital	Veículo particular	643	60,4	57,5 – 63,5
	Ambulância	217	20,4	17,8 – 22,9
	SAMU	93	8,7	7,0 – 10,3
	Ônibus/micro-ônibus	35	3,3	2,3 – 4,4
	Outros	34	3,2	2,2 – 4,2
	A pé	27	2,5	1,6 – 3,5
Atendimento prévio em outro serviço	Viatura policial	16	1,5	0,8 – 2,3
	Sim	363	34,1	31,3 – 37,1
	Não	700	65,7	62,9 – 68,7
	Zona de Ocorrência	Urbana	527	49,5
	Rural	491	46,1	43,2 – 49,0
	Periurbana	47	4,4	3,2 – 5,7
Local de Ocorrência	Via pública	457	42,9	40,2 – 45,7
	Residência	354	33,2	30,6 – 36,0
	Área de recreação	81	7,6	6,1 – 9,2
	Comércio/serviços	58	5,4	4,1 – 6,9
	Escola	56	5,3	3,9 – 6,7
	Indústria/comércio	15	1,4	0,8 – 2,2
	Bar ou similar	7	0,7	0,2 – 1,2
	Habitação coletiva	7	0,7	0,2 – 1,1
	Outros	30	2,8	1,9 – 3,8
Ocorrência no trabalho/trajeto	Sim	180	16,9	14,8 – 19,1
	Não	885	83,1	80,9 – 85,2
<b>Total</b>		<b>1065</b>	<b>100</b>	

IC= intervalo de confiança. IC 95% estimado mediante a técnica de “bootstrap” baseada em 1000 reamostragens.

Os tipos de acidentes e violências que se destacaram na região centro sul do estado de Sergipe foram os acidentes de transporte (34,1%), e as quedas (29,4%), seguido de agressão/maus-tratos (5,4%) (Tabela 3).

Em relação à localização das lesões, observou-se predomínio em partes do corpo como membros superiores (35,7%), membros inferiores (32,6%) e cabeça/face (16,5%). Foram mais frequentes os atendimentos em que a vítima apresentava natureza das lesões do tipo corte/laceração (36,7%), contusão (24,6%) e fratura (20,6%). Verifica-se ainda que a quase totalidade das vítimas recebeu alta (93,4%) após o atendimento de emergência inicial durante as primeiras 24 horas (Tabela 3).

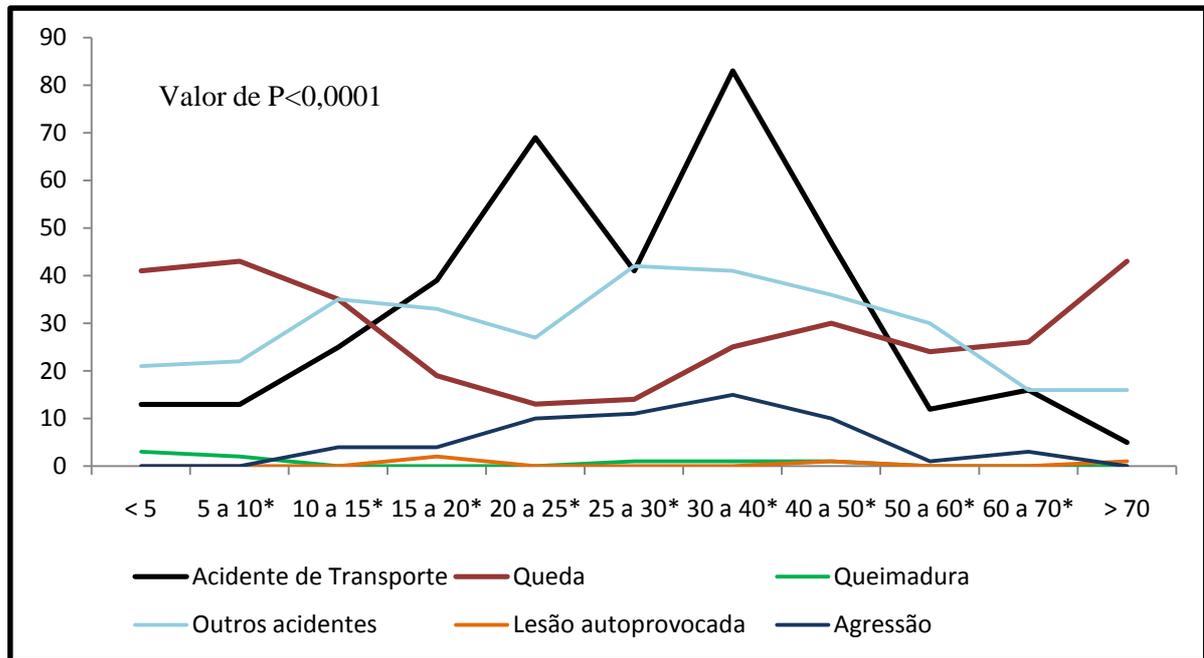
**Tabela 3** – Caracterização dos atendimentos de violências e acidentes com distribuição proporcional, segundo tipo de ocorrência, localização da lesão, natureza da lesão e evolução do caso. Sergipe/Brasil, 2013.

<b>Variáveis de desfecho</b>		<b>(N)</b>	<b>(%)</b>	<b>(IC 95%)</b>
Tipo de Ocorrência	Acidente de Transporte	363	34,1	31,2 – 36,7
	Queda	313	29,4	26,9 – 32,2
	Outros Acidentes	319	30,0	27,2 – 32,8
	Agressão/maus-tratos	58	5,4	4,2 – 6,9
	Queimaduras	8	0,8	0,3 – 1,3
	Lesão autoprovocada	4	0,4	0,1 – 0,8
Localização da Lesão	Membros superiores	380	35,7	32,7 – 38,6
	Membros inferiores	347	32,6	29,8 – 35,4
	Cabeça/face	176	16,5	14,3 – 18,7
	Tórax/dorso	53	5,0	3,8 – 6,4
	Múltiplos órgãos/regiões	35	3,3	2,3 – 4,3
	Abdome/quadril	21	2,0	1,2 – 2,9
	Boca/dentes	20	1,9	1,0 – 2,7
	Coluna/medula	11	1,0	0,5 – 1,7
	Pescoço	9	0,8	0,4 – 1,4
	Genitais/ânus	1	0,1	0,0 – 0,3
Natureza da Lesão	Corte/laceração	391	36,7	33,7 – 39,6
	Contusão	262	24,6	22,2 – 27,2
	Fratura	219	20,6	18,2 – 22,9
	Entorse/luxação	127	11,9	10,1 – 13,9
	Intoxicação	16	1,5	0,8 – 2,3
	Queimadura	8	0,8	0,3 – 1,3
	Sem lesão física	8	0,8	0,3 – 1,3
	Traumatismo cranioencefálico	5	0,5	0,1 – 0,9
	Politraumatismo	4	0,4	0,1 – 0,8
	Traumatismo dentário	2	0,2	0,0 – 0,5
	Amputação	1	0,1	0,0 – 0,3
	Evolução do caso	Alta	995	93,4
Internação Hospitalar		34	3,2	2,2 – 4,3
Encaminhamento para outro serviço		23	2,2	1,3 – 3,1
Evasão/fuga		10	0,9	0,5 – 1,5
Encaminhamento ambulatorial		3	0,3	0,0 – 0,7
<b>TOTAL</b>		<b>1065</b>	<b>100</b>	

IC= intervalo de confiança. IC 95% estimado mediante a técnica de “bootstrap” baseada em 1000 reamostragens.

A variação dos tipos de ocorrência ao longo da faixa etária mostrou que os acidentes de transporte acometeram mais indivíduos na faixa etária entre 20 a 50 anos incompletos. As quedas apresentaram maior frequência entre extremos de idade, representadas por indivíduos menores de 10 anos e acima de 60 anos. As outras causas acidentais apresentaram distribuição homogênea ao longo de toda a faixa etária. Quanto às agressões prevaleceram às vítimas com faixa etária entre 20 a 40 anos incompletos (Figura 2).

**Figura 2** - Associação proporcional dos tipos de ocorrência de violências e acidentes, segundo relação com faixa etária. Sergipe/Brasil, 2013.



\* anos incompletos / Teste de Qui-quadrado de Pearson.  $P < 0,0001$ .

## DISCUSSÃO

No presente estudo, as vítimas de violências e acidentes, em sua maioria, foram homens (66,2%) jovens, acometidos duas vezes mais do que as mulheres (33,8%). Dados semelhantes em pesquisas nacionais e internacionais revelaram que o trauma oriundo de causas externas também atingiu mais os homens jovens que mulheres<sup>1,11-20</sup>. Na Europa 75% das pessoas que morrem por trauma são homens, e mais de metade estão em idade produtiva, (54 %) <sup>21</sup>. Tal ratificação nos permite sugerir que há uma maior probabilidade de homens serem vítimas de acidentes e violências.

O Inquérito VIVA 2011, estudo brasileiro, realizado em 74 serviços sentinelas de urgência e emergência de 23 capitais e Distrito Federal, registrou 47.455 atendimentos que envolveram em sua maioria, pessoas de cor da pele parda e com baixa escolaridade<sup>11</sup>. No presente estudo o perfil da vítima atendida no Hospital Regional de Lagarto/SE corrobora com a pesquisa realizada em todo Brasil e revela também predominância de indivíduos de cor da pele parda com baixa escolaridade de forma a caracterizá-los como grupos vulneráveis a serem acometidos por causas externas.

No que concerne ao uso do álcool à pesquisa revelou registros, referidos pela vítima, da ingestão de bebida alcoólica (13,3%) nas primeiras 6 horas antes do acidente ou violência. A Organização Mundial de Saúde considera o álcool como um dos principais fatores de risco associados a acidentes, sobretudo quando se retrata os acidentes de transporte, pois o álcool associado à direção aumenta o risco de envolvimento em acidentes tanto para condutores como para pedestres, assim como a gravidade dos ferimentos resultantes<sup>22-23</sup>. Aracaju, capital do estado de Sergipe, apresentou-se como a quarta capital que mais teve relação da ingestão do álcool nas primeiras 6 horas anteriores ao acidente ou violência<sup>11</sup>.

Tais dados sinalizam o risco que as vítimas se expõem ao ingerir bebida alcoólica. Nesse sentido suscita a necessidade de estudos que aprofundem a relação das violências e acidentes com condutas errôneas e fatores associados ao álcool seriam importantes para estabelecer a magnitude e dimensão na morbidade e mortalidade das vítimas.

As vítimas utilizaram como principal meio de locomoção o veículo particular (60,4%) para se deslocar até o hospital, assim como revela os inquéritos VIVA realizados em 2006 e 2009 que a maioria das vítimas de acidentes e violências utilizou o veículo particular em 38,0% e 48,8% respectivamente como principal meio de locomoção para chegar ao hospital<sup>1-5</sup>. Diante do exposto sugere-se que no presente estudo as vítimas de violência e acidentes possam ter apresentado lesões de pequena gravidade uma vez que conseguiram se deslocar a instituição hospitalar em veículo particular.

Ainda no que se refere aos meios de locomoção foi observado uma pequena proporção de vítimas que utilizaram o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) para se deslocar ao hospital (8,7%), assim como os dados revelados pelo Ministério da Saúde em 2006 e 2009 (13,9% e 19,3%) respectivamente<sup>1-5</sup>.

Os eventos acidentais e violentos atendidos no Hospital Regional de Lagarto ocorreram em zona urbana (49,5%) e zona rural (46,1%). Observou-se que a zona urbana e a zona rural apresentaram valores semelhantes, por conseguinte a zona rural merece atenção por mostrar índices similares quando comparados aos da zona urbana haja vista que a zona rural não se encontra livre de violências e acidentes. Dados<sup>24</sup> mostram que todos os municípios da região centro sul de Sergipe, exceto Tobias Barreto, apresentam mais de 44% da população vivendo em área rural, nesse sentido os resultados encontrados sinalizam que ações de prevenção e redução de acidentes devem ser implementadas nesta área a fim de prevenir as violências e acidentes.

A ocorrência em via pública aconteceu em 42,9% dos casos que originou o acidente ou violência. Estudos<sup>25-26</sup> demonstram que as ocorrências em via pública são predominantes

no atendimento de vítimas de violências e acidentes e que existe uma complexidade na assistência ao atendimento oriundo dessa localidade. Já a residência (33,2%) foi a segunda localidade mais registrada no estudo conforme revela pesquisa similar desenvolvida no Mato Grosso que apresenta 44,1% dos acidentes e violências ocorreram em residência <sup>27</sup>. Portanto se tornam indispensáveis novas e mais profundas discussões sobre a prevenção e promoção das causas externas oriundas de localidades como via pública e residência.

As vítimas entrevistadas referiram à existência ou não da associação do agravo com o trabalho ou trajeto. Dos atendimentos registrados 16,9% tiveram relação com o trabalho ou trajeto. Estudo realizado em Mato Grosso <sup>28</sup> observou que do total de acidentes, 21,2% foram relacionados ao trabalho. Outra pesquisa, realizada na Bahia, revelou que dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho registrados no Instituto de Seguridade Social, 82,8% dos acidentes foram consequências das causas externas <sup>29</sup>.

Em Palmas, Tocantins, o risco de morte mensurado pelo Coeficiente de Mortalidade por Acidente de Trabalho para a população geral foi de 11,8/100 mil habitantes <sup>30</sup>. Tais achados sinalizam a importância para as ocorrências relacionada ao trabalho. Adicionalmente, no presente estudo visualizam-se algumas lacunas de conhecimento específico, como por exemplo, a necessidade de explorar melhor as circunstâncias do trabalho em que esses acidentes ocorreram, o que deve ser objeto de estudos posteriores.

A Localização e natureza das lesões contribuem para a caracterização das vítimas de violências e acidentes. Os dados obtidos quanto à localização da lesão foram que 35,7% e 32,6% ocorreram em membros superiores e inferiores respectivamente, seguidos da região da cabeça/face (16,5%). Estudo realizado no hospital terciário de Karachi, Paquistão mostrou que muitos pacientes vítima de trauma tiveram múltiplas lesões, localizadas em mais de uma região anatômica, porém as lesões mais comuns incluíram membros superiores e cabeça <sup>31</sup>. Em uma revisão sistemática com 248 artigos revela o mapeamento das lesões em vítimas de acidentes de trânsito e destaca membros inferiores e superiores, seguidos pela região da cabeça como a região corpórea mais frequentemente atingida <sup>32</sup>.

Pesquisa realizada na Bahia, com vítimas de violências e acidentes, corrobora com os estudos citados quando encontrou que 58,4% das lesões acometeram os membros inferiores e 41,6% os membros superiores cuja principal natureza das lesões foram as fraturas com 71,1% <sup>33</sup>.

Por conseguinte as lesões de membros superiores e inferiores sugerem atendimentos eminentemente ortopédicos, tal fato se mostrou predominante no estudo, sobretudo quando retrata a natureza das lesões com 45,2% de contusões/fraturas e 36,7% de corte/laceração.

Estudo realizado em Sergipe, mostra que o trauma de maior gravidade foi na região da cabeça/pescoço e acometeu 61,5% da população de adolescentes e adultos <sup>34</sup>. Nos países europeus, ferimentos na região da cabeça contribuem com 75% das mortes entre usuários de motocicletas além de em alguns países de baixa e média renda, são estimadas para até 88% dessas mortes <sup>21</sup>. Adicionalmente, sugere-se cautela ao atendimento das vítimas que tiveram comprometimento na região da cabeça, pois podem sinalizar lesões graves com sequelas irreparáveis.

Ressalta-se ainda que embora as lesões registradas no estudo possam sugerir baixa gravidade à necessidade de procedimentos cirúrgicos reparadores podem ocorrer nesses casos e que os mesmos permeiam uma linha tênue perante sua influência na qualidade de vida das vítimas e familiares.

Quanto aos atendimentos de baixa gravidade no que concerne a evolução das vítimas nas primeiras 24 horas, destacam-se com 93,4% de alta hospitalar, o que ratifica o atendimento predominantemente de baixa complexidade no serviço de urgência e emergência pesquisado. O fato da quase totalidade das vítimas receberem alta após o atendimento propõe um caráter leve às lesões. Contudo, muitos desses atendimentos poderiam ter sido realizados em Unidades Básicas de Saúde, tal fato sinaliza a necessidade de novas discussões perante a organização dos serviços de saúde na região com vistas à maior resolubilidade em todos os níveis.

Os tipos de ocorrência registrados durante a pesquisa mostrou os acidentes de transporte (34,1%) como tipo de atendimento mais predominante ocorridos no Hospital Regional de Lagarto seguido das quedas (29,4%), situação coerente com estudo realizado no Canadá <sup>35</sup>, o qual corrobora com o achado. Entretanto, os três Inquéritos realizado pelo Ministério da Saúde em 2006, 2009 e 2011 mostraram que a maioria dos acidentes brasileiros foi provenientes das quedas (40,2%, 37,0% e 30,9%) seguido dos acidentes de transporte (26,6%, 26,0% e 26,2%) respectivamente <sup>1,5,11</sup>.

A inversão na proporcionalidade das ocorrências acidentais salienta o quão importante é a problemática dos acidentes de transporte na região estudada, de forma a evidenciar especificidade regional além de despertar a implantação e implementação de possíveis políticas públicas a fim de prevenir esse agravo. Certamente os resultados podem ter sido influenciados por características distintas da segurança viária, mobilidade urbana, estrutura da população, e mesmo dos serviços de saúde.

Anualmente nos Estados Unidos cerca de um terço dos idosos são vítimas de quedas que ocasionam lesões e necessitam de tratamento <sup>36-37</sup>. Estudo realizado na Turquia revelou

que 31,9% dos idosos caíram pelo menos uma vez no último ano <sup>38</sup>, e estudo semelhante realizado no Brasil ressaltou um número aproximado de 29% dos idosos que caem ao menos uma vez ao ano e 13% que caem de forma recorrente <sup>39</sup>.

No que tange as crianças vítimas de quedas, estudo revelou que 26,8% acometeram menores de 10 anos de idade. Uma pesquisa no Paraná, realizada com 8.854 menores de 15 anos constatou que as quedas continuam como as principais responsáveis pelas internações não-fatais (32,4%). Os autores acreditam que conhecer o perfil da demanda pode colaborar na melhora do atendimento nos serviços de saúde, não só hospitalares como em atenção primária para melhor assistir às vítimas <sup>40</sup>.

O estudo possibilitou, portanto uma melhor compreensão do perfil dessas vítimas e sinalizou a necessidade de constantes investimentos em promoção e prevenção do trauma.

## **CONCLUSÃO**

O estudo sobre a ocorrência de violências e acidentes realizado com 1065 vítimas no serviço de referência hospitalar permitiu as seguintes conclusões:

A maioria das vítimas era homens, em idade produtiva, com baixa escolaridade, precedentes da área urbana, com atividade remunerada, sem deficiência, de cor da pele parda, vítimas de acidentes de transporte e quedas em vias públicas e residência respectivamente. Como desfecho do atendimento, a alta hospitalar nas primeiras 24 horas da ocorrência prevaleceu em quase sua totalidade, com ausência de óbitos durante o período estudado.

As lesões que acometeram as vítimas tiveram localização principal entre membros superiores, inferiores e cabeça/face, tendo como natureza da lesão principalmente os cortes/laceração, contusões e fraturas distribuídas de forma homogênea ao longo das faixas etárias.

A distribuição das quedas ao longo das faixas etárias mostrou que grande parte do evento predominou entre os extremos de idade como crianças e idosos.

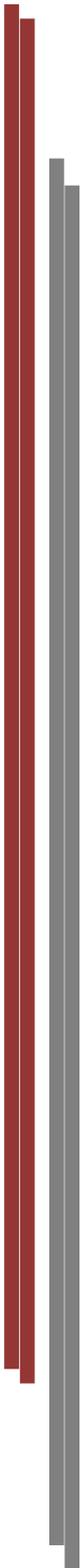
A associação entre os tipos de ocorrência e a faixa etária mostrou diferença significativa com predomínio dos homens em idade produtiva.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. VIVA: Vigilância de Violências e Acidentes, 2008 e 2009. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
2. Malta DC, Lemos MAS, Silva MMA, Rodrigues SEM, Cazal-Carvalho C, Neto OLM. Relatório: Iniciativas de Vigilância e prevenção de acidentes e violências no contexto do Sistema Único de Saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2007;16(1): 45-55.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas. Coordenação do Projeto de Promoção da Saúde. Projeto de Redução da Morbimortalidade por acidente de trânsito: mobilizando a sociedade e promovendo a saúde. 2ª edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
5. Brasil. 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.
6. Rodrigues RI, Cerqueira DRC, Lobão WJA, Carvalho AXY. Os custos da violência para o sistema público de saúde no Brasil: informações disponíveis e possibilidades de estimação. *Cad Saúde Pública* 2009; 25 (1): 29-36.
7. World Health Organization (WHO). Injuries and violence: the facts. Library Cataloguing-in-Publication, 2010.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de informática do sistema único de saúde (DATASUS). Painel de Monitoramento da mortalidade CID 10. 2013. [acesso em 01 de novembro de 2013]. Disponível em: <http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/cid10.show.mtw>
9. Brasil. Ministério da Saúde. Sala de Apoio a Gestão Estratégica e Participativa. Situação de saúde. Indicadores de Mortalidade e Internações hospitalar do SUS segundo causas externas do Brasil / Sergipe; 2012a. [acesso em 01 de novembro de 2013]; Disponível em <http://www.saude.gov.br>.
10. Organização Mundial de Saúde OMS . Centro Brasileiro de Classificação de Doenças em Português. Classificação Estatística de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. CID 10. 10ª rev. São Paulo: EDUSP, 1998.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. Vigilância de violências e acidentes em serviços sentinelas de urgência e emergência. Viva Inquérito – Capitais e Distrito Federal, Brasil, 2011. Ministério da Saúde, Brasil. 2013a; 44(8).
12. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Morbidade Hospitalar do SUS por local de residência – Brasil; 2012. [acesso em 01 de novembro de 2013]; Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/miuf.def>
13. Vieira RCA, Hora EC, Oliveira DV, Vaez AC. Levantamento Epidemiológico dos acidentes motociclísticos atendidos em um Centro de Referência ao Trauma de Sergipe. *Revista da Escola de Enfermagem USP*. 2011;45(6): 1359-63.
14. Mascarenhas MDM et al. Perfil Epidemiológico dos atendimentos de emergência por violência no Sistema de Serviços Sentinelas de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva) – Brasil, 2006. *Epidemiol. Serv. Saúde*. Brasília 2009; 18(1): 17-28.

15. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Rede Interagencial de Informações para Saúde (RIPSA). Informe de Situação e Tendência: demografia e saúde / Rede Interagencial de Informações para Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2009.
16. Santos JLG, Garlet ER, Figueira RB, Lima SBS, Prochnow AG. Acidentes e Violências: caracterização dos atendimentos no pronto-socorro de um hospital universitário. *Saúde Sociedade*. São Paulo, 2008;17(3): 211–218.
17. Gawryszewski VP, Silva MMA, Malta DC, Kegler SR, Mercy JA, Mascarenhas MD, et al. Violence related Injury In Emergency Departments In Brazil. *Rev Panam Salud Publica*. 2009;24(6):400–8.
18. Soberg, HL, Bautz-Holter E, Roise O, Finset A. 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*. 2007; 62 (2):461-70.
19. 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*. 2006;10(4):219-224.
20. 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*. 2003;55(3):437-43.
21. World Health Organization (WHO). European facts and Global status report on road safety 2013. MITIS, F.; SETHI, D. The Regional Office for Europe of World Health Organization; 2013a.
22. World Health Organization (WHO). Global status report on road safety 2013: supporting a decade of action time for action. Geneva: World Health Organization; 2013.
23. Genebra. Programa sediado pela Federação Internacional das Sociedades da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho. Beber e Dirigir: manual de segurança viária para profissionais de trânsito e saúde. Genebra, Global Road Safety Partnership, 2007.
24. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Populacional, 2010a. Resultados do Universo- Indicadores Sociais municipais. [acesso em 01 de novembro de 2013]. Disponível em: <http://cod.ibge.gov.br/41N1>
25. Mello Jorge MHP, Koizumi MS. Acidentes de trânsito no Brasil: um atlas de sua distribuição. São Paulo: ABRAMET; 2007.
26. Cunha FV, Santos JCS, Julien TMS. Characterization of traffic accidents in the city of Guaratingueta involving motorcycles. *Rev Enferm UFPE [on line]* 2011; 5(5):1112-20. Disponível em: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem>.
27. Oliveira LR, Mello Jorge, MHP. Análise epidemiológica das causas externas em unidades de urgência e emergência em Cuiabá/Mato Grosso. *Rev bras Epidemiol*. 2008;11(3): 420-30.
28. Galvão ND, Oliveira LR, Neves MAB, Scatena JHG. Emergency appointments in the network “surveillance of violence And accidents”, Mato Grosso, Brazil, 2008. *Rev Espaço para a Saúde*, Londrina, 2011;12(2): 45-55.
29. Rios MA, Nery AA, Alves MS, Jesus CS. Acidentes e doenças relacionadas ao trabalho em Jequié, Bahia, registrados no Instituto Nacional de Seguridade Social, 2008-2009. *Epidemiologia Serviços de Saúde*, Brasília, 2012; 21(2):315-324.
30. Nomellini PF, Alves MMM, Santos GC. A. Óbitos por acidentes e violências relacionados ao trabalho no município de Palmas, Estado do Tocantins, Brasil, 2010 e 2011: série de casos e investigação por meio de autópsia verbal\*. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, 2013;22(3):413-422.

31. Mehmood A, Razzak JA, Kabir S, Mackenzie EJ, Hyder AA. Development and pilot implementation of a locally developed Trauma Registry: lessons learnt in a low-income country. *BMC Emergency Medicine*. 2013;13(4):2-7. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com>
32. Calil AM, Sallum EA, Domingues CA, Nogueira LS. Mapeamento das lesões em vítimas de acidentes de trânsito: revisão sistemática da literatura. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2009;17(1): 120-125.
33. Castro RRM, Ribeiro NF, Andrade AM, Jaques BD. Perfil dos pacientes da enfermaria de ortopedia de um hospital público de Salvador-Bahia. *Acta ortop. bras.* [online]. 2013;21(4): 191-194.
34. Nunes MS, Hora EC, Fakhouri R, Alves JAB, Ribeiro COM, Santos ACFS. Trauma in adolescents and adults: severity assessment by anatomical score. *Rev enferm UFPE on line*. Recife, 2013;7(1): 15-55.
35. Chen Y, MO F, YI L, Jiang Y, Mao Y. Unintentional injury mortality and external causes in Canada from 2001 to 2007. *Chronic Diseases and Injuries in Canada*. 2013;33(2): 95-102.
36. World Health Organization (WHO). *Global Report on Falls Prevention in Older Age. Ageing and Life Course, Family and Community Health*. Geneva, World Health Organization 2007.
37. Hirano ES, Fraga GP, Mantovani M, Trauma no idoso. *Medicina*. 2007; 40(3):352-7.
38. Evci ED, Ergin F, Beser E. Home Accidents in the Elderly in Turkey. *Tohoku J Exp Med*. 2006; 209(4): 291-301
39. Gonçalves AMT, Rosa LN, D'Angelo CT, Sarvodelli CL, Bonin GL, Squarcino IM, et al. Aspectos Epidemiológicos da Lesão Medular Traumática na área de Referência do Hospital Estadual Mário Covas. *Arq Med ABC*. 2007; 32(2): 64-6.
40. Martins CBG, Andrade SM. Causas externas entre menores de 15 anos em cidade do sul do Brasil: atendimentos em pronto-socorro, internações e óbitos. *Rev bras Epidemiol*. 2005;8(2): 194-204.



# Referências

## REFERÊNCIAS

- BARCELLOS, C. PUSTA, A. K.; WEBER, M. A.; BRITO, M. R. V. Identificação de locais com potencial de transmissão de dengue em Porto Alegre através de técnicas de geoprocessamento. *Rev Soc Bras Med Trop*. 38(3):246-50. 2005.
- BASSICHETTO, K. C.; LIRA, M. M. T. A. Coordenação de Epidemiologia e Informação - CEInfo da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. **Acidentes de Trânsito e motocicletas na cidade de São Paulo**. Ano 2. Boletim 1. 2011.
- BASTOS, Y.; GERBER, 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*. 21(3): 815-22. 2005.
- BOUSEMA, T.; DRAKELEY, C.; GESASE, S.; HASHIM, R.; MAGESA, S.; MOSHA, F. Identification of hot spots of malaria transmission for targeted malaria control. *J Infect Dis*. 20(1):1764–74. 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de informática do sistema único de saúde (DATASUS). **Painel de Monitoramento da mortalidade CID 10; 2013**. [acesso em 01 de novembro de 2013]. Disponível em: <http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/cid10.show.mtw>
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). **Morbidade Hospitalar do SUS por local de residência – Brasil; 2012**. [acesso em 01 de novembro de 2013]; Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sih/cnv/miuf.def>
- BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. **Portaria Publicada no Diário Oficial da União no nº 96 SEÇÃO 1; nº 737 de 16 de maio de 2001**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Sala de Apoio a Gestão Estratégica e Participativa. Situação de saúde. **Indicadores de Mortalidade e Internações hospitalar do SUS segundo causas externas do Brasil / Sergipe; 2012<sup>a</sup>**. [acesso em 01 de novembro de 2013]; Disponível em <http://www.saude.gov.br>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Impacto da Violência na saúde das Crianças e Adolescentes. Prevenção de Violências e Promoção de Cultura e Paz**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS. **Temático: Prevenção de Violência e Cultura de Paz III. Painel de Indicadores do SUS, nº 5**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas. Coordenação do Projeto de Promoção da Saúde. **Projeto de Redução da Morbimortalidade por acidente de trânsito: mobilizando a sociedade e promovendo a saúde**. 2<sup>a</sup> edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**. Vigilância de violências e acidentes em serviços sentinelas de urgência e emergência. Viva Inquérito – Capitais e Distrito Federal, Brasil, 2011. Ministério da Saúde, Brasil. 44(8). 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **VIVA: Instrutivo de Notificação de Violência Doméstica, Sexual e outras Violências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **VIVA: Vigilância de Violências e Acidentes, 2008 e 2009**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em saúde. Departamento de análise e situação de saúde. **Impacto das violências na saúde dos brasileiros**. 1ª edição. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. 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.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Inquérito sobre Atendimentos por Violências e Acidentes em Serviços Sentinela de Urgência e Emergência do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA). MANUAL DO ENTREVISTADOR**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

CABRAL, A. P. S.; SOUZA, W. V.; LIMA, M. L. C. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: Um observatório dos acidentes de transportes terrestre em nível local. **Rev Bras Epidemiol**. 14(1): 3-14. 2011.

CALIL, A. M.; SALLUM, E. A.; DOMINGUES, C. A.; NOGUEIRA, L. S. Mapeamento das lesões em vítimas de acidentes de trânsito: revisão sistemática da literatura. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online]. 17(1): 120-125. 2009.

CAMARGO, F. C.; HEMIKO, H. Vítimas Fatais e Anos de Vida Perdidos por Acidentes de Trânsito em Minas Gerais, Brasil. **Esc. Anna Nery**. 16 (1): 141-146. 2012.

CARTAXO, C. K. A.; NUNES, M. S.; RAPOSO O. F. F.; FAKHOURI, R.; HORA, E. C. Fall – Related traumas in urgent care centers. **Clinical Science**. 67 (10): 1-6. 2012.

CASTRO, R. R. M.; RIBEIRO, N. F.; ANDRADE, A. M.; JAQUES, B. D. Perfil dos pacientes da enfermagem de ortopedia de um hospital público de Salvador-Bahia. **Acta ortop. bras.** [online]. 21(4): 191-194. 2013.

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

CHEN; Y.; MO F.; YI; L. JIANG; Y.; MAO; Y. Unintentional injury mortality and external causes in Canada from 2001 to 2007. **Chronic Diseases and Injuries in Canada**. 33(2): 95-102. March, 2013.

CHERNICK, Michael R. **Bootstrap Methods: A Guide for Practitioners and Researchers**. Wiley Series in probability and statistics. 2ª edição. Wiley, 2008.

CUNHA; F. V.; SANTOS J. C. S.; JULIEN T. M. S. Characterization of traffic accidents in the city of Guaratingueta involving motorcycles. **Rev Enferm UFPE** [on line] 5(5):1112-20. 2011. Disponível em: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem>.

DEBIEX, P. et al. Musculoskeletal injuries in motorcycle accidents. **Acta ortop. bras.** [online].18(6): 353-356. 2010.

EVCI, E. D.; ERGIN, F.; BESER, E. Home Accidents in the Elderly in Turkey. **Tohoku J Exp Med**. 209(4): 291-301. 2006.

FERNANDES, F. M. F. A.; TORQUATO, I. M. B.; DANTAS, M. S. A.; PONTES JUNIOR, F. A. C.; FERREIRA, J. A.; COLLET, N. Queimaduras em crianças e adolescentes: caracterização clínica e epidemiológica. **Rev Gaúcha Enferm**. 33(4):133-141. 2012.

FREIRE E. **Trauma a doença dos séculos**. São Paulo: Atheneu, 2001.

GALVÃO, N. D.; OLIVEIRA; L. R.; NEVES; M. A. B.; SCATENA; J. H. G. Emergency appointments in the network “surveillance of violence And accidents”, Mato Grosso, Brazil, 2008. **Rev Espaço para a Saúde**, Londrina, 12(2): 45-55. 2011.

GAWRYSZEWSKI V. P.; SILVA M. M. A.; MALTA D. C.; KEGLER S. R.; MERCY J. A.; MASCARENHAS M. D.; et al. Violence related Injury In Emergency Departments In Brazil. **Rev Panam Salud Publica**. 24(6):400–8. 2009.

GAWRYSZEWSKI, V. P. et al. Atendimentos decorrentes de queimaduras em serviços públicos de emergência no Brasil, 2009. **Cad. Saúde Pública** [online]. 28(4): 629-640. 2012.

GENEBRA. Programa sediado pela Federação Internacional das Sociedades da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho. **Beber e Dirigir: manual de segurança viária para profissionais de trânsito e saúde**. Genebra, Global Road Safety Partnership, 2007.

GENEVA. Violence Prevention Alliance. **Global Campaign for Violence Prevention: Plan of Action. For 2012 – 2020**. Switzerland, 2012.

GONÇALVES, A. M. T.; ROSA, L. N.; D´ANGELO, C. T.; SARVODELLI, C. L.; BONIN, G. L.; SQUARCINO, I. M.; et al. Aspectos Epidemiológicos da Lesão Medular Traumática na área de Referência do Hospital Estadual Mário Covas. **Arq Med ABC**. 32(2): 64-6. 2007.

HÍJAR, M.; CHANDRAN, A.; PÉREZ-NÚÑEZ, R.; LUNNEN, J. C.; MARTÍN RODRÍGUEZ-HERNÁNDEZ, J.; HYDER, A. A. Quantifying the Underestimated Burden of Road Traffic Mortality in Mexico: A Comparison of Three Approaches. **Traffic Injury Prevention**. 13(1): 5-10. 2012.

HIRANO, E. S.; FRAGA, G. P.; MANTOVANI, M. Trauma no idoso. **Medicina**. 40(3):352-7. 2007.

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**. 10(4):219-224. 2006.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Populacional, 2010. **Características da população e dos domicílios**. [acesso em 01 novembro de 2013] Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas\\_da\\_populacao/resultados\\_do\\_universo.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_da_populacao/resultados_do_universo.pdf)

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Populacional, 2010a. Resultados do Universo- **Indicadores Sociais municipais**. [acesso em 01 de novembro de 2013]. Disponível em: <http://cod.ibge.gov.br/41N1>

KHORMI, H. M.; KUMAR, L. The importance of appropriate temporal and spatial scales for dengue fever control and management. **Scien of the Total Env**. 430:144–149. 2012.

LIEBERMAN, J. D. 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**. 55(3):437-43. 2003.

LIMA, M. L. C.; CESSE, E. A. P.; ABATH, M. B.; OLIVEIRA JUNIOR, F. J. M. Tendência de mortalidade por acidentes de motocicleta no Estado de Pernambuco, no período de 1998 a 2009\*. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 22(3):395-402. 2013.

LOIMER, H.; GUARNIERI, M. Accidents and acts of God: a history of terms. **American Journal of Public Health**. 86(1):101–107.1996.

MALTA, D. C.; et al. Características e fatores associados às quedas atendidas em serviços de emergência. **Rev Saúde Pública**. 46 (1): 128-137. 2012.

MALTA, D. C.; LEAL, M. C.; COSTA, M. F. L.; MORAIS NETO, O. L. Inquéritos Nacionais de Saúde: experiência acumulada e proposta para o inquérito de saúde brasileiro. **Rev bras epidemiol** 11: 159-167. 2008.

MALTA, D. C.; LEMOS, M. S. A.; SILVA, M. M. A.; RODRIGUES, E. M. S.; CAZAL-CARVALHO, C.; NETO, O. L. M. Relatório: Iniciativas de Vigilância e prevenção de acidentes e violências no contexto do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. 16(1): 45-55. 2007.

MALTA, D. C.; MASCARENHAS, M. D. M.; BERNAL, R. T. I.; VIEGAS, A. N. B.; SÁ, N. N. B.; JUNIOR, J. B. S. Acidentes e violência na infância: evidências do inquérito sobre atendimentos de emergência por causas externas – Brasil, 2009. **Ciênc. saúde coletiva**. 17(9): 2291-2304, 2012a.

MALTA, D. C.; SILVA, M. M. A.; BARBOSA, J. Violências e acidentes, um desafio ao Sistema Único de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 17(9): 2220-2220. 2012b.

MARTINS, C. B. G. Acidentes na infância e adolescência: uma revisão bibliográfica. **Rev bras de enf.** 59(3):344-348. 2006.

MARTINS; C. B. G.; ANDRADE, S. M. Causas externas entre menores de 15 anos em cidade do sul do Brasil: atendimentos em pronto-socorro, internações e óbitos. **Rev bras Epidemiol.** 8(2): 194-204. 2005.

MASCARENHAS, M. D. M.; et al. Perfil Epidemiológico dos atendimentos de emergência por violência no Sistema de Serviços Sentinela de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva) – Brasil, 2006. **Epidemiol. Serv. Saúde.** Brasília; 18(1): 17-28. 2009.

MEHMOOD; A.; RAZZAK; J. A.; KABIR; S.; MACKENZIE; E. J.; HYDER; A. A. Development and pilot implementation of a locally developed Trauma Registry: lessons learnt in a low-income country. **BMC Emergency Medicine.** 13(4): 2-7. 2013. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com>

MELLO JORGE, M. H. P.; KOIZUMI M. S. **Acidentes de trânsito no Brasil: um atlas de sua distribuição.** São Paulo: ABRAMET; 2007.

MOCK, C. P. M.; PEDEN, M.; KRUG, E. **A WHO plan for burn prevention and care.** Geneva, World Health Organization, 2008.

MORAIS NETO; O. L. M.; SILVA; M. M. A.; LIMA, C. M.; MALTA; D. C.; SILVA JUNIOR; J. B. Projeto Vida no Trânsito: avaliação das ações em cinco capitais brasileiras, 2011-2012. **Epidemiol. Serv. Saúde,** Brasília, 22(3):373-382. 2013.

MORAIS NETO; O. L.; MONTENEGRO; M. M. S.; MONTEIRO; R. A.; JUNIOR; J. B. S.; SILVA; M. M. A.; LIMA; C. M.; MIRANDA; L. O. M.; MALTA, D. C.; SILVA JUNIOR; J. B. Mortalidade por acidentes de transporte terrestre no Brasil na última década: tendência e aglomerados de risco. **Ciênc saúde coletiva,** 17(9): 2223-2236. 2012.

NICOLUSSI, A. C.; et al. Qualidade de vida em idosos que sofreram quedas: revisão integrativa da literatura. **Ciênc saúde coletiva.** 17 (3): 723-730. 2012.

NOMELLINI, P. F.; ALVES, M. M. M.; SANTOS, G. C. A. Óbitos por acidentes e violências relacionados ao trabalho no município de Palmas, Estado do Tocantins, Brasil, 2010 e 2011: série de casos e investigação por meio de autópsia verbal\*. **Epidemiol. Serv. Saúde,** Brasília, 22(3):413-422. 2013.

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

NUNES, M. S.; HORA, E. C., FAKHOURI, R.; ALVES, J. A. B.; RIBEIRO, M. C. O.; SANTOS, A. C. F. S. Characterization of victims of trauma treated in an emergency hospital. **Rev enferm UFPE on line.** Recife, 5(9): 2136-42. 2011.

NUNES, M. S.; HORA, E. C., FAKHOURI, R.; ALVES, J. A. B.; RIBEIRO, M. C. O.; SANTOS, A. C. F. S. Trauma in adolescents and adults: severity assessment by anatomical score. **Rev enferm UFPE on line.** Recife, 7(1): 15-55. 2013.

OLIVEIRA, L. R.; MELLO JORGE, M. H. P. Análise epidemiológica das causas externas em unidades de urgência e emergência em Cuiabá/Mato Grosso. **Rev bras Epidemiol.** 11(3): 420-30. 2008.

OMS. Organização Mundial de Saúde. Centro Brasileiro de Classificação de Doenças em Português. **Classificação Estatística de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde.** CID 10. 10ª rev. São Paulo: EDUSP, 1998.

OPAS. Rede Interagencial de Informações para Saúde (RIPSA). **Informe de Situação e Tendência: demografia e saúde** / Rede Interagencial de Informações para Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2009.

PEDEN, M.; MCGEE, K.; SHARMA, G. **The injury chart book: a graphical overview of the global burden of injuries.** Geneva, World Health Organization, 2002.

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

REICHENHEIM, M. E.; SOUZA, E. R.; MORAES, C. L.; MELLO JORGE, M. H. P.; SILVA, C. M. F. P.; MINAYO, M. C. Violências e lesões no Brasil: efeitos, avanços alcançados e desafios futuros. Saúde no Brasil 5. **The Lancet.** [online]. 75-89. 2011.

RIOS; M. A.; NERY; A. A.; ALVES; M. S.; JESUS; C. S. Acidentes e doenças relacionadas ao trabalho em Jequié, Bahia, registrados no Instituto Nacional de Seguridade Social, 2008-2009. **Epidemiologia Serviços de Saúde,** Brasília, 21(2):315-324. 2012.

RODRIGUES, R. I.; CERQUEIRA, D. R. C.; LOBÃO, W. J. A.; CARVALHO, A. X. Y. Os custos da violência para o sistema público de saúde no Brasil: informações disponíveis e possibilidades de estimação. **Cad Saúde Pública.** 25 (1): 29-36. 2009.

SANTOS, J. L. G.; GARLET, E. R.; FIGUEIRA, R. B.; LIMA, S. B. S.; PROCHNOW, A. G. Acidentes e Violências: caracterização dos atendimentos no pronto-socorro de um hospital universitário. **Saúde Sociedade.** 17(3): 211–218. São Paulo, 2008.

SEMARH – Secretaria Estadual de Meio Ambiente e Recursos Hídricos de Sergipe. **Atlas Digital Sobre Recursos Hídricos do Estado de Sergipe,** 2011.

SERGIPE. Fundação Estadual de Saúde – Funesa. **A reforma sanitária e gerencial do SUS no Estado de Sergipe.** Livro do Aprendiz 1 / Fundação Estadual de Saúde – Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe. Aracaju: FUNESA, 2011.

SETTERVALL, C. H. C.; DOMINGUES, C. A.; SOUZA, R. M. C. NOGUEIRA, L. S. Mortes evitáveis em vítimas com traumatismos. **Rev Saúde Pública.** 46(2):367-75. 2012.

SILVA JUNIOR, J. B.; MALTA, D. C. Avaliação de políticas e ações voltadas a prevenção de acidentes de trânsito e violências no Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde.** 22(3): 371-372. 2013.

SILVA, P. H. N. V.; LIMA, M. L. C.; MOREIRA, R. S.; SOUZA, W. V.; CABRAL, A. P. S. Estudo espacial da mortalidade por acidentes de motocicleta em Pernambuco. **Rev Saúde Pública.** 45 (2): 409-15. 2011.

SOBERG, H. L.; BAUTZ HOLTER, E.; ROISE, O.; FINSET, A. 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**. 62 (2): 461-70. 2007.

SOUZA, R. M. C. Perfil de morbimortalidade relacionado a acidentes e violências no Brasil. In: Souza et al. **Atuação do trauma: uma abordagem para enfermagem**. São Paulo: Editora Atheneu, 2009.

SOUZA, V. R.; CAVENAGHI, S.; ALVES, J. E. D.; MAGALHÃES, M. A. F. M. Análise espacial dos acidentes de trânsito com vítimas fatais: comparação entre o local de residência e de ocorrência do acidente no Rio de Janeiro. **R. Bras. Est. Pop.** 25(2): 353-364, São Paulo, 2008.

SOUZA-SANTOS, R.; CARVALHO, M. S. Análise da distribuição espacial de larvas de *Aedes aegypti* na Ilha do Governador, Rio de Janeiro, Brasil. **Cad Saude Publica**. 16:31-42. 2000.

TOLEDO, L. M.; SABROZA, P. C. **Violência: orientações para profissionais da atenção básica de saúde**. Rio de Janeiro, ENSP/FIOCRUZ, 2013.

VALE, E. C. S. Primeiro Atendimento em Queimaduras: a abordagem do dermatologista. Educação Médica Continuada. **An Bras Dermatol**. 80(1): 9-19. 2005.

VENDRUSCULO, T. M. et al. Queimaduras los Ambiente Doméstico : Características e circunstâncias do Acidente . **Rev Latino-Am Enfermagem**. 18(3): 444-51. 2010.

VIEIRA, R. C. A.; HORA, E. C.; OLIVEIRA, D. V.; VAEZ, A. C. Levantamento Epidemiológico dos acidentes motociclísticos atendidos em um Centro de Referência ao Trauma de Sergipe. **Revista da Escola de Enfermagem USP**. 45(6): 1359-63. 2011.

VILLELA, L. C. M.; REZENDE, E. M.; DRUMOND, E. F.; ISHITANI, L. H.; CARVALHO, G. M. L. Utilização da imprensa escrita na qualificação das causas externas de morte. **Rev Saúde Pública**. 46(4): 730-36. 2012.

WHO. **Decade of action for Road safety 2011 – 2020: Global Launch**. Geneva: Word Health Organization; 2011.

WHO. **European facts and Global status report on road safety 2013**. MITIS, F.; SETHI, D. The Regional Office for Europe of Word Health Organization; 2013a.

WHO. **Global Report on Falls Prevention in Older Age**. Ageing and Life Course, Family and Community Health. Geneva, World Health Organization 2007.

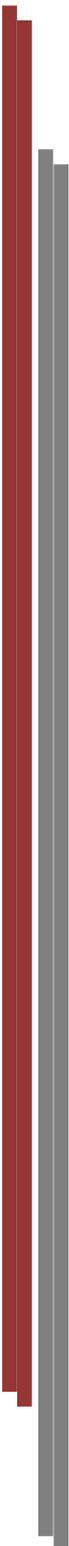
WHO. **Global status report on road safety 2013: supporting a decade of action time for action**. Geneva: Word Health Organization; 2013.

WHO. **Global status report on road safety: time for action**. Geneva: Word Health Organization; 2009.

WHO. **Violence prevention: the evidence.** (Series of briefings on violence prevention: the evidence). Library Cataloguing-in-Publication. Geneva, World Health Organization; 2010a.

WHO. World Health Organization. **Injuries and violence: the facts.** Library Cataloguing-in-Publication, 2010.

WHO. World Health Organization. Schopper D, Lormand JD, Waxweiler R. **Developing policies to prevent injuries and violence: guidelines for policy-makers and planners.** Geneva, World Health Organization, 2006.



# Apêndices

## APÊNDICE 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 a Direção da Fundação Hospitalar de Saúde

### I – Dados sobre a pesquisa científica

Título: Inquérito de Violências e Acidentes em uma Região de Saúde de Sergipe.  
Pesquisadora: Shirley Verônica Melo Almeida Lima  
Orientadora: Prof.ª Dra. Edilene Curvelo Hora

### II – Termo de Confidencialidade

Estamos realizando uma pesquisa que tem como objetivo realizar um inquérito de violências e acidentes em vítimas atendidas em uma regional de saúde do estado de Sergipe. O estudo não oferece qualquer risco, desconforto e despesas financeiras a vossa senhoria. Os resultados do estudo serão importantes para conhecer a magnitude das vítimas de violências e acidentes atendidas neste serviço de referência regional bem como analisar espacialmente a localização desses eventos, ao passo que servirá de subsídios para planejamento de políticas de saúde. As informações obtidas serão confidenciais e utilizadas apenas com o propósito científico, conforme recomendada a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Os resultados serão publicados com garantia de anonimato dos sujeitos da pesquisa. O Sr. 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. Shirley Verônica Melo Almeida Lima. Enfermeira e Mestranda em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Sergipe. Núcleo de Pós Graduação em Medicina- NPGME. Rua Cláudio Batista, SN - Bairro: Sanatório. Aracaju/Se. Telefones (79)2105-1783(comercial) / (79)99687151.
2. Edilene Curvelo Hora. Prof.ª Dr.ª do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe. Rua Cláudio Batista, SN - Bairro: Sanatório. Aracaju/Se. Telefones (79)2105-1813 (comercial).

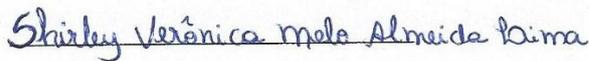
### IV – Consentimento

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

Lagarto / SE, 15 de fevereiro de 2013.

  
Enfi. Jaydel Mendes de Vasconcelos  
Coordenação de UTI/UTS/INTERNAÇÃO  
COREN/SE 261995

Assinatura da Direção da FHS



Assinatura da Pesquisadora

## **APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

**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**

#### **I – Dados sobre a pesquisa científica**

Título: Inquérito de Violências e Acidentes em serviço de referência hospitalar de Sergipe.

Pesquisadora: Shirley Verônica Melo Almeida Lima

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Edilene Curvelo Hora

#### **II – Termo de Consentimento**

Estamos realizando uma pesquisa que tem como objetivo realizar inquérito em saúde caracterizando as violências e acidentes em vítimas atendidas no Hospital Regional de Lagarto, estado de Sergipe.

O estudo será realizado por meio de entrevista e análise de prontuário, o qual não oferece qualquer risco, desconforto e despesas financeiras a você ou sua família.

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 que você não será identificado. Você poderá ter acesso, a qualquer tempo, aos dados e informações da pesquisa, a fim de eliminar possíveis dúvidas. Além de que o senhor (a) tem a liberdade de desistir a qualquer momento, deixando de participar da pesquisa, sem qualquer prejuízo.

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

1. Shirley Verônica Melo Almeida Lima. Enfermeira e Mestranda em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Sergipe. Núcleo de Pós Graduação em Medicina- NPGME. Rua Cláudio Batista, SN - Bairro: Sanatório. Aracaju/Se. Telefones (79)2105-1783(comercial) / (79)99687151.

2. Edilene Curvelo Hora. Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup>. do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe. Rua Cláudio Batista, SN - Bairro: Sanatório. Aracaju/Se. Telefones (79)2105-1813 (comercial).

#### **IV – Consentimento pós-esclarecido**

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

Lagarto / SE, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2013.

---

Assinatura do responsável ou vítima

---

Assinatura da Pesquisadora

## APÊNDICE C – Autorização de Dados



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

### AUTORIZAÇÃO

#### I – Dados sobre a pesquisa científica

Título: Inquérito de Violências e Acidentes Regional de Sergipe.  
Pesquisadora: Shirley Verônica Melo Almeida Lima  
Orientadora: Profª. Dra. Edilene Curvelo Hora

#### II – Solicitação/Confidencialidade

Venho em nome deste, solicitar acesso a informações epidemiológicas referente aos pacientes atendidos no Hospital Regional de Lagarto (HRL) durante os anos de 2010, 2011, 2012 e 2013 sobre a ocorrência de violências e acidentes, de forma a garantir que os dados não trarão risco à população estudada nem prejuízos a gestão dos sistemas de informação da referida instituição.

#### III - Consentimento

Declaro que após, convenientemente esclarecido (a) pela pesquisadora, e, tendo em vista que as informações obtidas serão confidenciais e utilizadas apenas com o propósito científico, conforme recomendada a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), consinto o acesso às informações epidemiológicas para a referida pesquisa.

Lagarto / SE, 30 de julho de 2013.

  
P/ Assinatura da Direção do HRL

  
Assinatura da Pesquisadora

**APÊNDICE D – Manual do Entrevistador**



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

## **Inquérito de Violências e Acidentes em Regional de Sergipe**

### **Manual do Entrevistador**

**Comissão de Atualização, Adaptação e Planejamento:**

Prof<sup>ª</sup>. Esp. Shirley Verônica Melo Almeida Lima  
Prof<sup>º</sup>. Dr. José Antônio Barreto Alves  
Prof.<sup>a</sup> Me. Mariangela da Silva Nunes  
Prof<sup>ª</sup>. Dra. Edilene Curvelo Hora

**Coordenador/ Supervisor:**  
Shirley Verônica Melo Almeida Lima  
Telefone: 99687151  
E-mail: shirleymelo.lima@gmail.com

**Lagarto/SE  
2013**

**Caro(a) Entrevistador(a),**

Esta pesquisa integra as ações do campo científico do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde na área de Prevenção de Violências e Acidentes. Propõe-se caracterizar as vítimas de violências e acidentes atendidas em um serviço de urgência e emergência da região centro sul do estado de Sergipe como pólo regional no município de Lagarto. No Brasil, as bases de dados oficiais permitem o monitoramento da mortalidade e internações no Sistema Único de Saúde (SUS), decorrentes das violências e acidentes. No entanto, é preciso conhecer a magnitude e o perfil dessas causas que demandam os serviços de emergência, bem como identificar alguns problemas ocultos tais como: a violência doméstica e sexual. Os resultados deste trabalho serão úteis para manter o monitoramento do perfil das pessoas vítimas desses agravos, do perfil dos(as) prováveis autores(as) de agressão e análise de tendências, subsidiando a elaboração de medidas de intervenção que visem à redução das violências e acidentes e que promovam saúde e cultura de paz. O trabalho do(a) entrevistador(a) é fundamental para que esta pesquisa se realize. Por isso, o presente manual contém informações básicas sobre a pesquisa, seus objetivos, bem como responsabilidades do entrevistador e instruções para aplicação e preenchimento do questionário.

Bom trabalho!

## I. INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA E SEUS OBJETIVOS

Trata-se de um estudo do tipo ecológico de corte transversal e com abordagem quantitativa cujo objetivo principal é caracterizar as vítimas de violências e acidentes atendidas em serviço de urgência e emergência no período de trinta dias consecutivos, que deverá ocorrer entre os dias 15 de agosto ao dia 13 de setembro de 2013. Os objetivos específicos são: Descrever o perfil epidemiológico das vítimas de violências e acidentes atendidas no Hospital Regional de Lagarto; Tipificar as violências e acidentes no atendimento às vítimas; Analisar a distribuição espacial das vítimas de violências e acidentes na Regional de Lagarto/SE.

O estudo será realizado no Hospital Regional da cidade de Lagarto, localizado a 75 km da capital, Aracaju. Trata-se de hospital de alta complexidade, referência na região centro sul do estado de Sergipe, e conta com 10 leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Os entrevistadores farão a coleta dos dados por meio de um questionário estruturado e codificado (**FICHA DE VIGILÂNCIA DE VIOLÊNCIAS E ACIDENTES EM SERVIÇOS SENTINELAS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA – VIVA Inquérito 2011**). Serão coletados dados sobre: identificação da unidade sentinela, pessoa atendida, tipo de ocorrência (acidente de transporte, queda, queimadura, lesão auto-provocada, maus-tratos, agressão, violência sexual, dentre outros), provável autor (a) da agressão, natureza da lesão e evolução do atendimento. Não serão utilizadas para análise e divulgação as informações que permitam identificar os participantes do estudo. Assim, serão asseguradas a confidencialidade e a proteção da imagem dos entrevistados(as).

Por tratar-se de uma pesquisa científica a obtenção de dados referentes à população atendida no serviço hospitalar assim como a análise do prontuário será exigido termo de consentimento livre esclarecido por escrito, obtido do próprio paciente, familiar, acompanhante. O comitê de ética e pesquisa autorizou a realização do estudo por meio do parecer consubstanciado de nº 215.751 no dia 01/03/2013 e CAAE: 10163012.0.0000.0058.

## II. ATRIBUIÇÕES DO(A) ENTREVISTADOR(A)

1. Conhecer em detalhe o projeto de pesquisa: objetivos, metodologia e instrumentos, para poder informar bem e com segurança os entrevistados (vítima, familiar, acompanhante ou corpo clínico), sempre que necessário;
2. Participar de reuniões e treinamentos, sempre que necessário;
3. Cumprir a escala de plantões, responsabilizando-se por possível troca de plantão na impossibilidade de comparecimento;
4. Assegurar-se de que está de posse de todo o material necessário para as entrevistas: vestimenta padronizada (camisa da pesquisa, calça jeans e tênis), questionários, manual do entrevistador, caneta, lápis, borracha, prancheta, e relógio;
5. Manter na prancheta: manual do entrevistador + questionário;
6. Manter postura cordial com os funcionários do Hospital Regional de Lagarto.
7. Realizar a entrevista com ética, discrição, humanização e privacidade, sempre que possível;
8. Ao final de cada entrevista, conferir se todas as questões foram preenchidas;
9. Guardar os questionários em local seguro, evitando perdas ou exposição das informações;
10. Repor o questionário na prancheta após cada entrevista;
11. Comprometer-se com a qualidade do trabalho, comunicando-se sempre com o supervisor local em caso de dúvidas, problemas ou situações desconfortáveis.
12. Preencher na ficha de coleta de dados o “**Item 58 – Evolução na emergência (primeiras 24 horas)**”, quando essa variável não for possível de preenchimento pelo entrevistador (a)

anterior ao término do turno de coleta. Isso pode ocorrer por vários motivos, como: paciente ficou em observação por mais de 12 horas; paciente chegou ao final do turno de coleta, etc. A evolução na emergência deve ser encerrada nas primeiras 24 horas após o atendimento.

13. Ao final de cada plantão, verificar o **total de pacientes atendidos pelo serviço** (incluem **todas as causas de atendimentos**, tanto clínicas, cirúrgicas, traumáticas, gineco obstétricas, pediátricas, psiquiátricas, por violências ou acidentes e outras causas); esse total de atendimentos deverá ser incluído no Diário de Campo. Também é de responsabilidade do entrevistador, o preenchimento no Diário de Campo do total de **questionários preenchidos na pesquisa** e a **listagem de atendimentos por causas externas** emitida pelo serviço para o plantão correspondente;

14. Ao final de cada plantão, verificar possíveis vítimas de violências ou acidentes **que não foram abordadas pela equipe de coleta (perdas)**, de acordo com a comparação do Diário de Campo e dos questionários preenchidos com a listagem de atendimentos por causas externas emitida pelo serviço para o plantão correspondente;

15. Preencher no Diário de Campo o **total de recusas**.

#### **Observações:**

- ✓ **Recusas:** o paciente, o familiar ou seu acompanhante recusam-se a participar da pesquisa.
- ✓ **Perdas:** o paciente foi atendido no serviço, mas não foi percebido pela equipe de coleta de dados, que, portanto, não o abordou.
- ✓ **Evasões:** o paciente desaparece do serviço antes ou durante o seu atendimento, sem responder ao questionário desta pesquisa. Essas também são **consideradas como “perdas”**.

#### **DÚVIDAS/RECUSAS:**

#### **CHAMAR A SUPERVISORA**

### III. ORIENTAÇÕES GERAIS PARA INICIAR A ENTREVISTA

- ❖ Certificar-se de que está no momento adequado para realizar a entrevista, evitando interferir no atendimento prestado pelos profissionais dos serviços de urgência e emergência.
- ❖ Cumprimentar e apresentar-se à vítima, familiar, acompanhante ou corpo clínico, informando: nome, instituição responsável pelo trabalho, sua função no projeto (entrevistador), conforme o seguinte Termo de Apresentação da Pesquisa:

#### Termo de Apresentação da Pesquisa

*“Bom dia (tarde, noite)! Estamos realizando uma pesquisa do Núcleo Pós-Graduação em Medicina referente ao mestrado em ciências da saúde da pesquisadora Shirley Verônica Melo Almeida Lima, orientada pela Professora Dra. Edilene Curvelo Hora para ter mais conhecimento sobre violências e acidentes atendidos neste serviço de urgência e emergência. Eu farei algumas perguntas, anotando suas respostas neste formulário. Suas respostas serão mantidas em sigilo. Todas as informações que o (a) senhor (a) fornecer serão de uso exclusivo da equipe de pesquisadores. Sua participação contribuirá para um maior conhecimento sobre violências e acidentes no estado de Sergipe. O (a) senhor (a) concorda em participar da pesquisa?” (Mostrar o termo de consentimento livre e esclarecido e solicitar a assinatura).*

- ❖ O paciente, familiar, acompanhante ou corpo clínico poderá solicitar mais informações sobre a pesquisa. Neste caso, o entrevistador poderá informar:

*“A sua participação é muito importante para que os pesquisadores possam conhecer melhor as características dessas ocorrências. Se precisar ou desejar, a qualquer momento o (a) senhor (a) poderá interromper a entrevista. Podemos começar?”*

Fornecer os dados para contato do Coordenador.

#### **Para a obtenção do consentimento, considerar:**

**Paciente consciente:** obter consentimento do próprio paciente. Se a vítima for menor de 12 anos obter consentimento do familiar ou acompanhante. Nos casos de violências e acidentes envolvendo crianças, embora para o setor saúde “criança” seja classificada na faixa etária de 0 a 9 anos, por questões legais e éticas, no que diz respeito ao respondente dessa pesquisa, se

considerará aptos a responderem ao questionários aqueles com idade maior ou igual a 12 anos em conformidade com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

**Paciente inconsciente ou em estado de confusão mental:** obter consentimento do acompanhante, familiar.

**Para a aplicação do questionário, considerar:**

1. Paciente consciente: o questionário deverá ser respondido pelo paciente, salvo algumas exceções que o impeçam de responder (ex: pacientes com deficiências graves, em confusão mental ou menores de 12 anos). Nessas situações de impedimento da vítima em responder ao questionário, o mesmo poderá ser respondido pelo paciente, familiar, acompanhante.

2. Paciente inconsciente: o questionário deverá ser respondido pelo familiar, acompanhante.

3. Se as informações forem respondidas por terceiros, confirmá-las, sempre que possível, com o paciente. Se houver acompanhante, pedir, se possível, para o mesmo se afastar, para não comprometer a veracidade das respostas. Se houver divergências entre as informações prestadas, levar em consideração as respostas do paciente.

- ✓ Lembrar que resgate e polícia não permanecem por muito tempo no hospital, sendo necessária agilidade na coleta das informações para posterior confirmação com o paciente, familiar, ou acompanhante sempre que possível.
- ✓ Ao abordar o paciente ou o seu acompanhante: deixar claro o caráter confidencial da pesquisa (se necessário, explicar de outras maneiras esse aspecto) e lembrar-lhe, no caso de procedimentos já realizados pelo serviço, que não será necessário nenhum outro procedimento, apenas a aplicação do questionário.
- ✓ Mostrar segurança na abordagem do paciente ou de seu acompanhante para adquirir sua confiança.
- ✓ Quanto mais claras e completas as informações sobre a pesquisa, menores as chances de recusa.
- ✓ Em caso de recusa, chamar outro entrevistador para abordar o paciente de outra maneira, aguardando quinze a trinta minutos após a primeira abordagem, se possível;

- ✓ Caso o(a) entrevistado(a) não queira responder alguma pergunta, tentar incentivá-lo, esclarecendo a importância de suas respostas completas para a pesquisa. Se o entrevistado não compreender a pergunta, repetir a questão com mais calma. Eventualmente, o entrevistado deixará de responder algumas questões.
- ✓ Manter discrição, falando baixo. Paciente pode estar intimidado com a presença de acompanhantes, da polícia, do resgate, ou mesmo dos enfermeiros e médicos. Não há sentido em dizer que a pesquisa é sigilosa e fazer as perguntas em voz alta. As pessoas por perto passam a prestar atenção na expectativa da resposta e o paciente pode ficar no mínimo, inibido e, no máximo, não querer mais colaborar com a pesquisa. Procurar abordar as questões mais particulares em lugar mais reservado, sempre que possível. Exemplo: confirmação de não uso de cinto de segurança e consumo de álcool por um condutor de veículo podem ter implicações legais para o mesmo, se um policial ouve.
- ✓ Ter paciência; não demonstrar preconceito, mantendo sempre o mesmo tom para as diferentes questões, e evitando manifestação de opiniões próprias através de risos, comentários, olhares de censura, etc.
- ✓ Preencher todo o questionário durante a realização da entrevista. Não alterar ou omitir questões, respondendo todas, caso contrário pode parecer que as mesmas não foram aplicadas.
- ✓ No decorrer da coleta de dados, anotar no verso do questionário as dúvidas sobre o preenchimento das questões ou situações não previstas neste manual.
- ✓ Esclarecer dúvidas na hora em que as mesmas surgem, consultando o Manual do Entrevistador, o que permitirá mais segurança para continuar a coleta. Caso o manual não tenha esclarecido a dúvida, comunicar-se com a supervisora.
- ✓ No momento da entrevista, evitar mostrar o questionário ao entrevistado. Para a maioria das questões, as alternativas de resposta não são lidas. **Seguir a instrução de “LER” as alternativas quando indicado**, ou seja, as respostas somente serão lidas se no questionário tiver a expressão “LER”; nas demais questões não ler as respostas para não induzir na resposta.
- ✓ Preencher o questionário inicialmente a lápis. Após o término das entrevistas, durante a revisão dos questionários, cobrir as respostas com caneta esferográfica preta ou azul.
- ✓ Nas questões abertas, como por exemplo, nome do hospital, nome da vítima, logradouro, anotar as informações com **letra legível** e com muita atenção. Ter cuidado especial na anotação das datas. **Não abreviar as informações, escrevendo-as por extenso.**

- ✓ Ao final da entrevista, antes de liberar o entrevistado, revisar rapidamente o questionário. Isto dura alguns segundos e melhora muito a qualidade da informação; dado não colhido no momento da entrevista é potencialmente irrecuperável.
- ✓ Após a conferência do questionário, agradecer ao entrevistado pela sua participação e colocar-se à disposição para esclarecer qualquer dúvida.
- ✓ Duas horas antes do término do plantão checar questionários.

#### IV. INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO

O correto preenchimento do questionário é fundamental para que os objetivos da pesquisa sejam atingidos. Recomenda-se que sejam respeitadas as instruções deste manual, mantendo-se assim a uniformidade do método mesmo com os diferentes entrevistadores e minimizando-se as inconsistências do banco de dados final.

##### VI.1 Definição de caso

**Vítima de violência ou acidente atendida pela primeira vez neste serviço em decorrência desta violência ou acidente, com ou sem lesão física.  
Os retornos referentes à mesma causa não são considerados.**

\_ **Critério de inclusão:** vítima de violência ou acidente que procura atendimento por esta ocorrência no serviço onde é realizada a pesquisa.

\_ **Critério de exclusão:** vítima de violência ou acidente que procura atendimento por esta ocorrência pela segunda ou por mais vezes em decorrência do mesmo único evento – por exemplo, devido a sequelas ou complicações de assistência médica ou cirúrgica pela mesma ocorrência já registrada anteriormente no Hospital Regional de Lagarto.

**Atenção:** o mesmo paciente pode ser vítima de **mais de uma ocorrência** (violência ou acidente), procurando pelo primeiro atendimento em momentos diferentes no serviço de urgência e emergência onde é realizada a pesquisa. Neste caso, o paciente é incluído mais de uma vez na pesquisa, pois o que está em foco é o registro da ocorrência independente de se tratar da mesma vítima.

## V. DADOS GERAIS

1. **Número da Ficha - N.º** - Anotar o **número da FAE** atribuído no prontuário do paciente do Hospital Regional de Lagarto. Atribuir um número de até sete caracteres, único para cada registro, sendo que os dois primeiros dígitos são referentes ao código da Unidade da Federação (UF) à qual pertence o município. (SERGIPE – 28)

Campo de preenchimento **OBRIGATÓRIO**.

2. **Número do Turno Sorteado:** DESCONSIDERAR ESTE ITEM.

3. Preencher com a sigla da UF onde está localizada a Unidade de Urgência e Emergência na qual a ocorrência (violência/acidente) for notificada. Ex.: SE (Sergipe). Campo de preenchimento **OBRIGATÓRIO**.

4. Anotar o nome do **município** onde está localizada a Unidade de Urgência e Emergência na qual a ocorrência (violência/acidente) for notificada. Campo de preenchimento **OBRIGATÓRIO**.

5. Anotar o **nome completo** e preencher com o respectivo código do CNES do Hospital Regional de Lagarto no qual a ocorrência (violência/acidente) será notificada. Campo de preenchimento **OBRIGATÓRIO**. (Hospital Regional de Lagarto – 6568343).

6. Informar se a vítima, familiar, ou acompanhante concorda em participar da pesquisa, de acordo com os seguintes códigos: 1 – Sim (vítima), 2 – Sim (familiar), 3- Sim(acompanhante), 4- Sim (corpo clínico - DESCONSIDERAR), 5 – Não (vítima), 6- Não (familiar), 7- Não(acompanhante), 8- Não (corpo clínico - DESCONSIDERAR). Se a resposta for sim, o entrevistador deverá ler o seguinte termo: “Termo de Apresentação da Pesquisa”/ “Termo de consentimento livre e esclarecido” (que consta no item V “ORIENTAÇÕES GERAIS PARA INICIAR A ENTREVISTA”). Se não houver consentimento para participação da pesquisa, o(a) entrevistador(a) deverá preencher este campo e pular para os campos 59 e 60, preenchendo-os. No caso de não consentimento em participar da pesquisa, o(a) entrevistador(a) deverá, posteriormente, registrar essa “recusa” no Diário de Campo.

**Ex.1:** Uma vítima de queimadura procurou o serviço de urgência e emergência e ao ser abordada pelo(a) entrevistador(a) após o atendimento ela concordou em participar da pesquisa. Neste caso o entrevistador deverá marcar a opção 1 – Sim (vítima) e continuar a entrevista.

**Ex.2:** Uma vítima de queimadura procurou o serviço de urgência e emergência e ao ser abordada pelo(a) entrevistador(a) após o atendimento ela não concordou em participar da pesquisa. Neste caso o entrevistador deverá marcar a opção 5– Não (vítima) e pular para os campos 59e 60.

7. Preencher com a **data do atendimento** (dia/mês/ano) da vítima de violência/acidente no Hospital Regional de Lagarto, onde a pesquisa é realizada.

8. Informar o **dia da semana referente ao atendimento** da vítima de violência/acidente no Hospital Regional de Lagarto onde a pesquisa é realizada, de acordo com o seguinte código: 1- Domingo, 2-Segunda, 3-Terça, 4-Quarta, 5-Quinta, 6-Sexta, 7-Sábado.

9. Preencher com a **hora do atendimento** (hh:mm) da vítima de violência/acidente no Hospital Regional de Lagarto onde a pesquisa é realizada, abrangendo o período de 00:00 (zero hora) até 23:59 (vinte e três horas e cinquenta e nove minutos).

## VI. DADOS DA PESSOA ATENDIDA

10. Anotar o **nome completo (por extenso)** da pessoa atendida/vítima. *Qual o seu nome completo?*

11. Preencher com a **data de nascimento** (dia/mês/ano) da pessoa atendida/vítima. Ex.: 01/01/2000. Caso esta não seja informada, deixar o campo em branco. *Qual a data de seu nascimento?*

12. Preencher com a **idade** da pessoa atendida, registrando no quadrículo a informação sobre a unidade de medida de tempo, de acordo com os seguintes códigos: 1-Dia, 2-Mês, 3-Ano. Ex.: 20 dias = 20 /1 ; 3 meses = 3 /2; 26 anos = 26 /3. Quando a idade da pessoa atendida for ignorada, **colocar idade aproximada/aparente definida pelo corpo clínico** sempre que possível, ou deixar o campo em branco e preencher o quadrículo com o número 9 (Ignorado). *Qual a sua idade?*

13. Preencher com o código correspondente ao **sexo informado** pela pessoa atendida/vítima: 1-Masculino, 2-Feminino, 9-Ignorado. Quando a informação não for preenchida no momento da entrevista, e o nome da pessoa atendida for dúbio (nome usado pelos dois sexos – ex.: Rosimar, Neomar, Juraci), o entrevistador deve relacionar o nome da pessoa com o sexo informado. Caso não seja possível fazer a relação, assinalar 9-Ignorado.

14. Preencher com o código correspondente à **cor da pele declarada** pela pessoa atendida/vítima ou pelos seus pais: 1-Branca, 2-Preta, 3-Amarela (inclui-se nesta categoria a pessoa que se declarar oriental), 4-Parda (inclui-se nesta categoria a pessoa que se declarar morena, mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça), 5-Indígena (inclui-se nesta categoria a pessoa que se declarar indígena ou índia), 9-Ignorado. Esta classificação segue o padrão Adaptado de BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação Geral de Doenças e Agravos não Transmissíveis. Vigilância de Violências e Acidentes, Inquérito – VIVA/2011.

estabelecido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Quando a pessoa estiver inconsciente, o quesito raça/cor será 9-ignorado. Quando se tratar de criança, vale a informação da família. *Qual a sua raça ou cor de pele?* [O entrevistador poderá listar as alternativas].

15. Preencher com o código correspondente à **escolaridade declarada** pela pessoa atendida. A classificação é obtida em função da série e do grau que a pessoa está freqüentando ou freqüentou, considerando a última série concluída com aprovação. A correspondência é feita de forma que cada série concluída com aprovação corresponde a um ano de estudo. (Ex.: Paciente cursou quatro anos, porém não concluiu o último ano: o paciente deverá ser incluído na categoria 1ª à 4ª série incompleta do ensino fundamental (EF), que equivale a 1 até 3 anos de estudos concluídos. *Qual a série e curso que o(a) senhor(a) freqüenta ou freqüentou?* Preencher com as seguintes categorias:

- \_ 01 - **Sem escolaridade**: pessoa com idade igual ou superior a seis anos que não freqüentou a escola ou que sabe apenas escrever ou ler o próprio nome.
- \_ 02 - **1ª à 4ª série incompleta do ensino fundamental (EF)**: pessoa que freqüentou ou está freqüentando a escola sem, no entanto, ter concluído a 4ª série do EF. Equivale a até 3 anos de estudos concluídos.
- \_ 03 - **4ª série completa do EF**: pessoa que freqüentou a escola até concluir, com aprovação, a 4ª série do EF. Equivale a 4 anos de estudos concluídos.
- \_ 04 - **5ª à 8ª série incompleta do EF**: pessoa que freqüentou ou está freqüentando a escola sem, no entanto, ter concluído a 8ª série do EF. Equivale a 5 até 7 anos de estudos concluídos.
- \_ 05 - **Ensino Fundamental completo**: pessoa que freqüentou a escola até concluir, com aprovação, a última série do EF. Equivale a 8 anos de estudos concluídos.
- \_ 06 - **Ensino Médio incompleto**: pessoa que freqüentou ou está freqüentando a escola sem, no entanto, ter concluído a última série do ensino médio. Equivale a 8 até 11 anos de estudos concluídos.
- \_ 07 - **Ensino Médio completo**: pessoa que freqüentou a escola até concluir, com aprovação, a última série do ensino médio. Equivale a 12 anos de estudos concluídos.
- \_ 08 - **Ensino Superior incompleto**: pessoa que freqüentou ou está freqüentando a universidade/faculdade sem, no entanto, ter concluído o curso de nível superior.
- \_ 09 - **Ensino Superior completo**: pessoa que freqüentou a universidade/faculdade até concluir, com aprovação, o curso de nível superior.
- \_ 88 - **Não se aplica**: pessoa com idade inferior a seis anos ou portadora de deficiência mental grave. Ex.: paralisia cerebral grave.
- \_ 99 - **Ignorado**. A pessoa atendida não sabe ou não pode declarar por algum motivo. Ex.: pessoa atendida encontra-se em coma sem acompanhante ou o acompanhante não sabe informar.

**Atenção:** Considerando as modificações na nomenclatura dos níveis de ensino adotados no Brasil, sugere-se consultar o seguinte quadro.

Nomenclatura Atual	Nomenclaturas Anteriores				
1º ao 9º ano incompleto do Ensino fundamental I e II	→	Primário incompleto	→	1ª a 4ª série incompleta do primeiro grau	→ 1ª a 4ª série incompleta do Ensino Fundamental
	→	Primário completo	→	4ª série completa do primeiro grau	→ 4ª série completa do Ensino Fundamental
	→	Ginásio incompleto	→	5ª a 8ª série incompleta do primeiro grau	→ 5ª a 8ª série incompleta do Ensino Fundamental
	→	Ginásio completo	→	Primeiro grau incompleto	→ Ensino Fundamental Completo
1º ao 9º ano completo do Ensino fundamental I e II	→	Ginásio completo	→	Primeiro grau completo	→ Ensino Fundamental Completo
Ensino Médio incompleto	→	Científico normal, ou curso profissionalizante incompleto	→	2º grau incompleto	
Ensino Médio Completo	→	Científico normal, ou curso profissionalizante completo	→	2º grau completo	
Educação Superior incompleta (Ensino Superior incompleto)	→	Curso Universitário incompleto	→	3º grau incompleto	
Educação Superior completa (Ensino superior completo)	→	Curso universitário completo	→	3º grau completo	

16. Informar se a pessoa atendida/vítima **realiza alguma atividade remunerada**, utilizando o seguinte código: 1-Sim, 2-Não, 9-Ignorado. **Você realiza alguma atividade remunerada?**

17. Caso a pessoa atendida/vítima referir que realiza alguma atividade remunerada, anotar a **ocupação/emprego/atividade** exercida atualmente ou o mais recentemente possível pela pessoa atendida/vítima na maior parte do dia, seja no setor formal, informal, autônomo. Especificar ao máximo.

Ex.: O informante declara-se bancário: perguntar qual atividade realizada: caixa, gerente; o informante declara-se funcionário público: perguntar qual atividade realizada: professor de ensino fundamental, auxiliar administrativo, médico, procurador. Importante registrar algumas atividades, como as de “moto taxistas” e moto fretistas, que apesar de não serem regulamentadas no país, são regulamentadas em alguns municípios e têm crescido muito no país.

**Se sim, qual atividade realiza?** [Observação para o responsável pela digitação dos dados: No aplicativo (Epi Info), a ocupação deverá correlacionar-se com a Classificação Brasileira de Ocupação (CBO). **Obs.:** Por se tratar de atividade remunerada não inclui: aposentado, estudante, “do lar”.

18. Informar se a pessoa atendida/vítima possui ou não algum **tipo de deficiência permanente**, de acordo com os seguintes códigos: 1-Sim, 2-Não, 9-Ignorado. Segundo a Organização Mundial da Saúde, *deficiências são desvios ou perdas significativos nas funções ou estruturas do corpo*. Quando a alternativa do campo 18 for “2-Não”, os quadriculos do campo 19 serão preenchidos com a alternativa “8-Não se aplica”. Quando a alternativa do campo 18 for “9-Ignorado”, os quadriculos do campo 19 serão preenchidos com a alternativa “9-Ignorado”. **Você possui algum tipo de deficiência permanente?**

19. Caso seja informado que a pessoa atendida/vítima possui algum tipo de deficiência, especificá-lo de acordo com o seguinte código: 1-Sim, 2-Não, 8- Não se aplica, 9-Ignorado. Em um mesmo caso pode haver mais de um tipo de deficiência. Observar as seguintes definições:

\_ **Deficiência física:** alteração completa ou parcial de um ou mais partes do corpo humano, acarretando o comprometimento de função física, apresentando-se sob uma das seguintes formas: paraplegia (perda grave ou completa da função motora - da força muscular, da função sensorial - nas extremidades inferiores e porções inferiores do tronco); paraparesia (perda parcial leve a moderada da função motora das extremidades inferiores); monoplegia (perda grave ou completa da função motora de um só membro seja inferior ou superior); monoparesia (comprometimento da função motora de um só membro inferior ou superior); tetraplegia (perda grave ou completa da função motora dos quatro membros); tetraparesia (comprometimento leve a moderado dos quatro membros); triplegia (paralisia de três membros), triparesia (comprometimento leve a moderado de três membros); hemiplegia (paralisia de um dos lados do corpo); hemiparesia (comprometimento leve a moderado de um lado do corpo); ostomia (abertura feita cirurgicamente no abdômen, para eliminação de fezes

Adaptado de BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação Geral de Doenças e Agravos não Transmissíveis. Vigilância de Violências e Acidentes, Inquérito – VIVA/2011.

e urina); nanismo (deficiência acentuada no crescimento); amputação (remoção de uma extremidade do corpo por meio de cirurgia ou acidente); paralisia cerebral ou encefalopatia crônica não progressiva (lesão em uma ou mais partes do cérebro); membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformações estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções;

\_ **Deficiência mental:** funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos dezoito anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como: comunicação, cuidado pessoal, habilidades sociais, utilização da comunidade, saúde e segurança, habilidades acadêmicas, lazer e trabalho.

\_ **Deficiência visual:** caracteriza-se por perda de visão incorrigível. Isto significa que, mesmo usando óculos ou lente de contato, o indivíduo não tem sua visão corrigida e é incapaz de, por exemplo, reconhecer alguém que passe por ele na rua ou ler um jornal. Compreende a cegueira e a baixa visão.

- Pessoa Cega: é aquela que possui perda total ou resíduo mínimo de visão nos dois olhos (não existe nenhuma espécie de visão ou possui unicamente percepção de luz sem projeção de imagem), necessitando do método Braille como meio de leitura e escrita, ou outros métodos, recursos didáticos e equipamentos especiais para o processo ensino aprendizagem.

- Pessoa com baixa visão: é aquela que possui resíduos visuais, em ambos os olhos, em grau que permita ler textos impressos à tinta, desde que se empreguem recursos didáticos e equipamentos especiais, excluindo as deficiências facilmente corrigidas pelo uso adequado de lentes. Existe algum grau de visão que possibilita a percepção luminosa e a percepção de objetos. A pessoa com baixa visão usa ou é potencialmente capaz de usar a visão para o planejamento ou execução de uma tarefa (BRASIL. Ministério da Educação e do Desporto, 1993).

\_ **Deficiência auditiva:** compreende a perda de audição ou diminuição na capacidade de escutar os sons, mesmo com o aumento da intensidade da fonte sonora. Como reconhecer a deficiência auditiva: observar as reações auditivas (reação a sons como os de vozes ou batidas de portas, piscando, assustando-se ou cessando seus movimentos, procurando a fonte sonora, girando a cabeça ou virando seu corpo); pessoas que assistem à televisão muito próximas do aparelho e que pedem sempre para que o volume seja aumentado; pessoa que só responde quando outra pessoa fala de frente para ela; não reage a sons que não pode ver; pede que repitam várias vezes o que lhe foi dito, perguntando "o quê?", "como?", ou tem problemas de concentração.

\_ **Outras Deficiências/Síndromes:** qualquer outro tipo de deficiência que não as contempladas nas categorias acima: **É OBRIGATÓRIO ESPECIFICÁ-LAS** (Ex.: Síndrome de Wilson, Síndrome de West, Osteogênese Imperfeita).

**Atenção!** Para registrar esse dado é preciso que haja informação sobre diagnóstico clínico emitido por profissional de saúde habilitado (sem exigência de prova documental). Não registrar suposições ou hipóteses pessoais ou dos familiares.

20. Preencher com o código correspondente ao **meio de locomoção** utilizado pela pessoa atendida para chegar ao Hospital Regional de Lagarto. *Qual o meio de locomoção que o(a) senhor(a) utilizou para chegar até aqui?* Preencher de acordo com as seguintes categorias:

\_ 1 - **A pé.**

\_ 2 - **Veículo particular:** veículo a pedal (bicicleta, triciclo, velocípede) ou motorizado (motocicleta ou automóvel), projetado para transporte de pessoas. Incluem-se nesta categoria: veículo a pedal, automóvel ou motocicleta da pessoa atendida, de terceiros (familiares, amigos, vizinhos, etc.) ou contratado. Ex.: bicicleta da irmã, carro próprio, carro do pai, carro do vizinho, motocicleta do primo, carro do chefe, carro da empresa, carro da prefeitura (desde que não seja ambulância), mototáxi, táxi.

\_ 3 - **Viatura policial:** veículo motorizado (motocicleta ou automóvel), projetado para o transporte de pessoas em situações especiais próprias da polícia que não o transporte de doentes ou feridos, mas que, por necessidade de prestar socorro, estavam servindo para este fim. Ex.: carro da polícia, camburão, patrulha.

\_ 4 - **SAMU:** veículo motorizado, projetado para o transporte de pessoas doentes ou feridas, identificado como integrante do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Ex.: ambulância do SAMU, nas modalidades básica e avançada.

\_ 5 - **Ambulância:** veículo motorizado, projetado para o transporte de pessoas doentes ou feridas, que não integram o SAMU. Incluem-se nesta categoria ambulâncias em geral, desde que não pertençam ao SAMU, ou às classificadas como Resgate.

\_ 6 - **Resgate:** veículo motorizado, projetado para o transporte de pessoas doentes ou feridas, que não integram o SAMU nem se classificam como ambulâncias em geral (comuns em grande parte dos municípios brasileiros). Incluem-se nesta categoria: as unidades de resgate da Polícia Rodoviária Federal, Corpo de Bombeiros, Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergência (SIATE), unidades de resgate (helicóptero, avião, UTI móvel) de prestadoras de planos de saúde privados.

\_ 7 - **Ônibus/ Micro-ônibus:** veículo projetado ou adaptado para transportar mais de dez pessoas. Incluem-se nesta categoria: ônibus, micro-ônibus, van, perua, “alternativo”.

\_ 8 - **Outro:** qualquer outro tipo de veículo não contemplado nas categorias acima. É necessário especificá-lo. Ex.: bonde, veículo de tração animal (carroça, charrete), animal

montado (cavalo, jumento, boi), veículo de transporte pesado (carreta, caminhão, escavadora, máquina de terraplanagem, trator).

\_ 9 - **Ignorado**. Neste caso, não se conhece como a pessoa atendida chegou à unidade de urgência/emergência e a mesma não sabe ou não pode declarar por algum motivo.

Ex.: pessoa atendida encontra-se em coma. (Obs.: O entrevistador pode relatar como viu a vítima chegar).

21. Informar se houve **atendimento anterior por esta mesma ocorrência** (violência/acidente) em outro serviço, de acordo com o seguinte código: 1-Sim, 2-Não, 9-Ignorado. *Antes de chegar aqui, o (a) senhor (a) foi atendido (a) por esta mesma ocorrência em outro serviço?*

## VII. DADOS DA RESIDÊNCIA

22. Preencher com a sigla da **Unidade Federada** (UF) de residência da pessoa atendida/vítima. Ex.: SE (Sergipe).

23. Anotar, por extenso, o nome do **município de residência** da pessoa atendida/vítima. Não usar siglas ou abreviaturas.

24. Anotar, por extenso, o nome do **bairro de residência** da pessoa atendida/vítima.

Anotar o tipo (avenida, rua, travessa etc.) e nome completo, por extenso, do **logradouro de residência** da pessoa atendida/vítima.

Ex.: Av. Duque de Caxias. Se a vítima for indígena/índia, anotar o nome da aldeia em que reside; se quilombola, anotar o nome do quilombo; se for pessoa em situação de rua, anotar “morador de rua”.

Anotar o **número da residência** da pessoa atendida/vítima. Ex.: n.º575.

Anotar o **complemento do logradouro de residência** da pessoa atendida/vítima. Ex.: BlocoB, Ap. 402, lote 25, casa 14, etc.).

Preencher com o **Código de Endereçamento Postal (CEP)** do logradouro de residência da pessoa atendida/vítima. Ex.: 70036-030.



**Preencher todos esses dados no verso da ficha.**

25. Preencher com o número do **telefone** da pessoa atendida/vítima, inclusive o número do prefixo (DDD). Essa informação é importante, pois possibilita outros contatos com o paciente, se houver necessidade.

26. Preencher com o código correspondente à **zona de residência** da pessoa atendida/vítima:

1- Urbana: área com características de cidade propriamente dita, incluindo-se a periferia e “cidades satélites”, com concentração populacional/habitacional, existência de estruturas administrativas, serviços públicos, comércio, indústria, transporte e lazer;

2-Rural: área com características próprias do campo, com população dispersa, relativamente distante dos centros administrativos, acesso limitado a serviços públicos, agroprodução (Ex. fazenda, “roça”, chácara, sítio, assentamentos do INCRA, aldeias, etc.);

3-Periurbana: área relativamente próxima à urbana, com aglomeração populacional geralmente menos concentrada, onde as estruturas urbanas são precárias e os usos se assemelham com os rurais;

9- Ignorado: a pessoa atendida/vítima não sabe ou não pode informar (Ex.: pessoa/vítima inconsciente, viajante ou migrante recém-chegado).

Observação: Quanto aos quilombos, apesar da grande maioria localizar-se em área rural, os mesmos também podem localizar-se em zona urbana. Portanto, no caso de quilombos, preencher de acordo com a localização do mesmo.

27. Anotar o nome do **país** de residência da pessoa atendida/vítima, caso esta resida em outro país.

28. Informar se a pessoa atendida/vítima pertence a algum **grupo em situação de vulnerabilidade**, de acordo com o seguinte código: 1-Cigano; 2-Quilombola; 3-Aldeado; 4-Pessoa em situação de rua; 5-Outro; 6-Nenhum. Esses grupos referem-se a pessoas pertencentes a uma minoria que por motivação diversa, tem acesso, participação e/ou oportunidade igualitária dificultada ou vetada, a bens e serviços universais disponíveis para a população. São grupos que sofrem tanto materialmente como social e psicologicamente os efeitos da exclusão, seja por motivos religiosos ou econômicos, de saúde, opção sexual, etnia, cor de pele, por incapacidade física ou mental, gênero, dentre outras. Caso a pessoa atendida/vítima responder “5-Outro”, é necessário especificar. **Você é...**

**Atenção**: O entrevistador deverá **LER** as opções de resposta.

## VIII. DADOS ESPECÍFICOS DA OCORRÊNCIA

29. Preencher com a **data de ocorrência** (dia/mês/ano), declarada ou provável, da ocorrência (violência/acidente). Em caso de violência crônica ou de repetição, preencher com a data aproximada da última ocorrência (data mais recente). *Qual a data da ocorrência?*

30. Informar o **dia da semana referente à ocorrência** (violência/acidente), de acordo com o seguinte código: 1-Domingo, 2-Segunda, 3-Terça, 4-Quarta, 5-Quinta, 6-Sexta, 7-Sábado.

***Qual foi o dia da semana referente à ocorrência?*** Informar o dia em que a violência ou acidente ocorreu.

31. Preencher com a **hora da ocorrência** (hh:mm), declarada ou provável, abrangendo o período de 00:00 (zero hora) até 23:59 (vinte e três horas e cinquenta e nove minutos). Caso a hora da ocorrência não seja conhecida ou informada, deixar o campo em branco. ***Qual a hora da ocorrência?***

32. Preencher com o código correspondente ao **local de ocorrência** (violência/acidente). ***Onde o(a) senhor (a) se encontrava durante a ocorrência?*** Preencher de acordo com as seguintes categorias:

\_ 01 - **Residência:** própria ou de terceiros (amigos, parentes, vizinhos, cônjuge, namorado(a), provável autor (a) da agressão (a) etc.). Incluem-se nesta categoria: apartamento, casa, casa de cômodos, casa de fazenda, dependências residenciais (garagem, jardim, pátio, piscina), pensão familiar, barraco, barracão, trailer (quando utilizado como moradia pela pessoa atendida/vítima).

\_ 02 - **Habitação coletiva:** acampamento militar, barracão (acampamento de trabalhadores), instituição de longa permanência para idosos (asilo), cadeia, casa de repouso, casa de estudantes, caserna, hospital psiquiátrico (quando utilizado como moradia pela pessoa atendida/vítima), lar de criança, lar de inválidos, orfanato, penitenciária, ex - hospitais colônias, pensionato, prisão, reformatório, unidade de acolhimento (“abrigo”).

\_ 03 - **Escola:** associação de jovens, biblioteca, campus universitário, colégio, creche, escolas públicas e privadas em geral, instituição de ensino médio ou superior, instituição de educação infantil (jardim da infância).

\_ 04 – **Área de recreação:** campo de atletismo, futebol, golfe, quadras de basquete, voleibol, basquetebol, pista de patinação, escola de equitação, estádio, ginásio, piscina pública, clube, academia.

\_ 05 - **Bar ou similar:** bar, botequim, lanchonete, restaurante, danceteria, discoteca, casa de shows, outros.

\_ 06 - **Via pública:** praça, rua, estrada, calçada, passeio, rodovia, ponte.

\_ 07 - **Comércio/serviços:** aeroporto, armazém, banco, butique, shopping, edifício de escritórios, estação ferroviária/rodoviária, estação de rádio ou televisão, garagem comercial, hotel, loja, mercado, posto de serviços para veículos a motor, supermercado, serviços de saúde(hospital).

\_ 08 - **Indústria/construção**: central elétrica, dependências industriais, dique seco, edifício em construção/industrial, estaleiro, jazida, mina, plataforma petrolífera e outras instalações marítimas, túnel em construção, usina de gás.

\_ 09 - **Outro**: qualquer outro local não contemplado nas categorias acima. É necessário especificá-lo.

Ex.: açude, lagoa, área de acampamento, área de estacionamento, beira-mar, bosque, campo de treinamento militar, canal, colina, casa abandonada, córrego, curso de água, deserto, sítios, fazendas, pesque-pagues, chácaras, matagal, praia, parque de diversões inclusive os públicos e outros locais.

\_ 99 - **Ignorado**. Quando o local não foi informado pela pessoa atendida/vítima ou seu acompanhante.

33. Preencher com a sigla da **Unidade Federada (UF) de ocorrência** (violência/acidente).  
Ex.: SE (Sergipe).

34. Anotar, por extenso, o nome do **município de ocorrência** (violência/acidente). Não usar siglas ou abreviaturas.

35. Anotar, por extenso, o nome do **bairro de ocorrência** (violência/acidente).

Anotar o tipo (avenida, rua, travessa, etc.) e nome completo do **logradouro de ocorrência** (violência/acidente). Ex.: Av. Duque de Caxias. Se a vítima for indígena/índia, anotar o nome da aldeia em que reside; se quilombola, anotar o nome do quilombo; se for pessoa em situação de rua, anotar “morador de rua”.

Anotar o **número do local** ou número mais próximo do local de ocorrência (violência/acidente). Ex.: n.º 575.



**Preencher todos esses dados no verso da ficha.**

36. Preencher com o código correspondente à **zona de ocorrência** da pessoa atendida/vítima: 1-Urbana: refere-se à cidade propriamente dita, incluindo a periferia da mesma; 2-Rural: área com característica estritamente rural – Ex.: aldeia, fazenda, “roça”, chácara, assentamentos do INCRA; 3-Periurbana: área rural com aglomeração populacional, localizada no entorno da cidade, e que se assemelha a uma área urbana – Ex.: pequeno povoado; 9-Ignorado.

Observação: Quanto aos quilombos, apesar da grande maioria localizar-se em área rural, os mesmos também podem localizar-se em zona urbana. Portanto, no caso de quilombos, preencher de acordo com a localização do mesmo.

Adaptado de BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação Geral de Doenças e Agravos não Transmissíveis. Vigilância de Violências e Acidentes, Inquérito – VIVA/2011.

**ATENÇÃO!** Antes de preencher os próximos campos, o entrevistador deverá abordar a pessoa atendida/vítima com as seguintes perguntas: O que aconteceu? Como foi? O entrevistador deverá ouvir o relato da pessoa atendida/vítima e começar a preencher as variáveis seguintes. Ao final de entrevista, se necessário, o entrevistador deverá escrever um texto sucinto no verso do formulário. As informações obtidas neste texto poderão ser úteis para auxiliar a identificar o tipo de ocorrência (violência/acidente) ou sanar dúvidas de preenchimento das variáveis.

37. Preencher com o código correspondente ao **tipo de ocorrência (violência/acidente)**, considerando a circunstância que originou a lesão. Campo de preenchimento **OBRIGATÓRIO**. *O que aconteceu com o (a) senhor (a)?* Neste campo poderá ser assinalado:

\_ 1 - **Acidente de transporte** (V01-V99): *“todo acidente que envolve um veículo destinado, ou usado no momento do acidente, principalmente para o transporte de pessoas ou de mercadorias de um lugar para outro”* (OMS/CID-10, 1997). Os acidentes de transporte podem ser terrestres, marítimos ou aéreos.

**Atenção:** Esta categoria inclui queda de veículos a pedal ou motorizados, quando utilizados para transportar pessoas ou mercadorias. Ex: criança caiu da bicicleta enquanto brincava na calçada em frente à sua casa; bebê caiu do carrinho enquanto era empurrado pela mãe em via pública.

\_ 2 - **Queda** (W00-W19). Esta pode ser da própria altura (mesmo nível), de buraco, leito, andaime, telhados, árvores, etc.

\_ 3 - **Queimadura** (W85-W99, X10-X19). Exposição a correntes elétricas, a radiação, a temperaturas e pressões extremas do ambiente ou contato com uma fonte de calor ou substâncias quentes. Por exemplo: alimentos, gordura, óleo de cozinha, água, outros líquidos evapores, panelas, caçarolas, frigideiras quentes, chapa quente, escapamento de motocicleta, máquinas e ferramentas quentes, aquecedores, radiadores, outros.

\_ 4 - **Outros acidentes**. (W00 – X59).

\_ 5 - **Lesão autoprovocada** (X60-X84). Casos em que a pessoa atendida/vítima provocou agressão contra si mesma, como as autoflagelações, tentou suicídio, ou suicidou-se. Considera-se suicídio como o ato humano de causar a cessação da própria vida e tentativa de suicídio como o ato de tentar cessar a própria vida, porém, sem consumação. Inclui as lesões ou envenenamentos-infligidos intencionalmente, independente da idade da pessoa atendida/vítima.

\_ 6 - **Agressão** (X85-Y09). Inclui homicídio ou tentativa de homicídio e lesões infligidas por outra pessoa, através de qualquer meio, com a intenção de lesar (ferir) ou matar. **Maus tratos** (Y05,Y06, Y07) também estão incluídos nesta categoria.

\_ 7 - **Intervenção por agente legal público** (Y35-Y36): Trata-se da intervenção por agente legal público, isto é representante do Estado, polícia ou de outro agente da lei, como os agentes penitenciários, no uso da sua função. Segundo a CID-10, pode ocorrer com o uso de armas de fogo, explosivos, uso de gás, objetos contundentes, empurrão, golpe, murro, podendo resultar em ferimento, agressão, constrangimento e morte. A Lei nº. 4.898/65 define o crime de abuso de autoridade e estabelece as punições para esta prática. A CID-10 adota o termo “intervenção legal e operações de guerra”. Alerta-se para não se fazer uma interpretação equivocada: no exercício da função policial de prevenção e repressão de crimes – respeitando tanto os direitos fundamentais da pessoa, como a sua integridade física – o agente da lei ou policial, se estritamente necessário, poderá fazer uso de força. No entanto, ao extrapolar essa função, sua ação ultrapassa o marco da legalidade, tornando-se um ato violento e ilegal.

\_ 9 - **Ignorado**. Quando não for possível obter esta informação. Ex.: Pessoa atendida/vítima chegou inconsciente e desacompanhada.

**Atenção:** Nos campos 38 a 50, a categoria *8-Não se aplica* ou *88-Não se aplica* deverá ser assinalada sempre que não se tratar de um dos tipos de ocorrência (violência/acidente) especificados no campo 37. Quando a informação coletada não estiver contemplada nas categorias apresentadas, assinalar a categoria “**Outro (s)**” e especificá-la.

38. Em caso de **Acidente de transporte**, preencher com o código correspondente ao **tipo de vítima**. *No momento do acidente, qual posição/condição o (a) senhor (a) estava ocupando?* Preencher de acordo com as seguintes categorias (OMS/CID-10, 1997):

\_ 1 - **Pedestre**: toda pessoa envolvida em um acidente de transporte, mas que no momento em que o mesmo ocorreu, **não** estava viajando no interior ou sobre um meio de transporte, ou seja, estava a pé. Inclui usuários de meio de locomoção como: cadeira de rodas, carrinho de bebê, carrinho de mão, carroça empurrada a mão, esqui, patins.

\_ 2 - **Condutor**: ocupante de um veículo de transporte que o manobra (guia) ou tem a intenção de manobrá-lo.

\_ 3 - **Passageiro**: ocupante de um veículo que não o condutor, e que esteja sentado no banco dianteiro ou traseiro, ou em pé. Inclui o carona ou garupa de bicicleta ou de motocicleta.

**Atenção:** Se a pessoa atendida/vítima sofreu queda dentro de um veículo, ou ao subir ou descer do mesmo (bicicleta, automóvel, ônibus, van, etc.), trata-se de um acidente de transporte terrestre, e não de uma queda.

Inclui pessoa viajando no exterior de um veículo: carroceria, caçamba, estribo, pára-choque, pára-lama, teto, bagageiro, pendurado no exterior do veículo.

\_ 4 - **Outro:** qualquer outro tipo de vítima não contemplado nas categorias acima. É necessário especificá-lo. Inclui pessoa viajando no exterior de um veículo: carroceria, caçamba, estribo, pára choque, pára-lama, pendurado no exterior do veículo, teto, bagageiro.

\_ 8 - **Não se aplica:** quando não se trata de acidente de transporte.

\_ 9 - **Ignorado.** Quando não se sabe a posição/condição da vítima no momento do acidente de transporte.

**Obs.:** Quando se tratar da categoria 1-Pedestre, não esquecer de preencher no campo 41 a outra parte envolvida.

39. Em caso de **acidente de transporte**, preencher com o código correspondente ao **meio de locomoção utilizado pela vítima. No momento do acidente, o (a) senhor (a) utilizava ou se encontrava em que meio de locomoção?** Preencher de acordo com as seguintes categorias (OMS/CID-10, 1997):

\_ 1 - **A pé:** preencher obrigatoriamente quando a alternativa do campo 40 (tipo de vítima) for 1-Pedestre.

\_ 2 - **Automóvel:** veículo de quatro rodas projetado essencialmente para transportar até dez pessoas. Ex: Kombi, carros de passeio, etc.

\_ 3 - **Motocicleta:** veículo a motor de duas rodas com um ou dois assentos para os passageiros e algumas vezes uma terceira roda para manter um “side-car”. Inclui: bicicleta motorizada, motoneta, patinete motorizado.

\_ 4 - **Bicicleta:** veículo de transporte terrestre movido apenas por meio de pedais. Inclui: triciclo, velocípede.

\_ 5 - **Ônibus:** veículo automotor de transporte coletivo com capacidade para mais de vinte passageiros, ainda que, em virtude de adaptações com vista à maior comodidade destes, transporte número menor de passageiros. **Micro-ônibus:** veículo automotor de transporte coletivo com capacidade para até vinte passageiros. Incluem: ônibus, van, perua, Kombi (quando utilizada para o transporte coletivo de pessoas).

\_ 6 - **Outro:** qualquer outro tipo de veículo não contemplado nas categorias acima. É necessário especificá-lo. Incluem: veículo de tração animal, animal montado, veículos

pesados (caminhão, carreta, trator), meio de transporte aéreo (avião, helicóptero), meio de transporte marítimo (canoa, balsa, barco, *jetski*, lancha, *voadeira*).

\_ 8 - **Não se aplica:** quando não se trata de acidente de transporte.

\_ 9 - **Ignorado.** Quando não se sabe o meio de locomoção da vítima no momento do acidente de transporte.

40. Em caso de **acidente de transporte**, informar se a vítima utilizava algum **item de segurança** no momento da ocorrência, de acordo com o seguinte código: 1-Sim, 2-Não, 8-Não se aplica, 9-Ignorado. Em um mesmo caso pode haver mais de um item de segurança utilizado. *No momento do acidente, o (a) senhor (a) utilizava algum item de segurança?* O entrevistador poderá listar as seguintes alternativas:

\_ **Cinto de segurança:** dispositivo de defesa dos ocupantes de um meio de transporte, sejam condutores ou passageiros. O mesmo serve para, em caso de colisão, não permitir a projeção do passageiro para fora do veículo nem a colisão de sua cabeça contra o pára-brisa ou outras partes rígidas do veículo. No Brasil o cinto de segurança é de uso obrigatório (Resolução CONTRAN Nº48, de 21 de maio de 1998).

\_ **Dispositivo de retenção para transporte de crianças:** o dispositivo de retenção utilizado para crianças trata-se de um conjunto de elementos que contém uma combinação de tiras com fecho de travamento, dispositivo de ajuste, partes de fixação e, em certos casos, dispositivos como: berço portátil, porta bebê, cadeirinha auxiliar ou proteção anti-choque que devem ser fixadas ao veículo, mediante a utilização dos cintos de segurança ou outro equipamento apropriado instalado pelo fabricante do veículo com tal finalidade (Resolução CONTRAN Nº 277, de 28 de maio de 2008).

\_ **Capacete:** é o equipamento que serve para proteger a cabeça contra impactos externos, sendo de uso obrigatório pelo condutor e passageiro da motocicleta (Resolução CONTRAN Nº 203, de 29 de setembro de 2006).

\_ **Outro:** Qualquer outro item de segurança não contemplado nas categorias acima. É necessário especificá-lo. Ex: cotoveleira, joelheira, haste para cortar linha (cerol), *airbag*.

41. Em caso de **acidente de transporte**, preencher com o código correspondente ao **outro meio de transporte ou objeto envolvido no acidente**. *No momento do acidente, qual outro meio de transporte ou objeto foi envolvido?* Preencher de acordo com as seguintes categorias:

1 - **Automóvel.**

2 - **Motocicleta.**

3 – **Ônibus/ Micro-ônibus.**

4 - **Bicicleta.**

5 - **Objeto fixo:** construção, poste, coluna, árvore, parede, container de lixo, etc.

6 - **Animal:** boi, vaca, gato, cachorro, porco, animais silvestres, etc.

7 - **Outro:** qualquer outro tipo de veículo, contêiner móvel, objeto ou fator não contemplado nas categorias acima. É necessário especificá-lo. Inclui veículo de tração animal, animal montado, ambulância, veículos pesados (caminhão, carreta, trator), meio de transporte aéreo (avião, helicóptero), meio de transporte marítimo (canoa, balsa, barco, *jetski*, lancha, *voadeira*). Inclui também outra pessoa na condição de pedestre (vítima de atropelamento). Incluem-se casos de capotagem, derrapagem, queda do veículo em buraco (precipício) ou em um rio, pista escorregadia, areia, óleo ou gelo na pista, aquaplanagem, queda do veículo na ribanceira, quebra de salto ou fivela do sapato da pessoa que conduzia o veículo (motorizado ou não), pneu furado, bola, pedra no meio da via etc.

8 - **Não se aplica:** quando não se trata de acidente de transporte.

9 - **Ignorado.**

42. Em caso de **queda**, preencher com o código correspondente ao **tipo de queda**. *De onde o (a)senhor(a) caiu?* Preencher de acordo com as seguintes categorias:

\_ 01 - **Mesmo nível:** escorregão, tropeção, passo em falso, queda por colisão acidental contra outra pessoa, queda de vaso/bacia sanitária. Inclui: queda após colisão entre duas pessoas ou queda após colisão de uma pessoa com um objeto (ex: poste).

\_ 02 - **Buraco:** cavidade, cisterna, cova, depressão, fossa, poço.

\_ 03 - **Leito:** cama, berço, leito hospitalar, maca, rede, sofá-cama, sofá (quando utilizado como leito).

\_ 04 - **Outra mobília:** cadeira, mesa, balcão, caixa, bancada, banquetta, banco.

\_ 05 - **Andaime:** estrado provisório de tábuas, fixo ou móvel, sustentado por armação de madeira ou metálica, sobre o qual os operários trabalham em construções.

\_ 06 - **Escada/degrau:** escada de mão, degraus, escada rolante.

\_ 07 - **Árvore.**

\_ 08 - **Telhado/laje.**

\_ 09 - **Outros níveis:** qualquer outro tipo de queda não contemplado nas categorias anteriores. É necessário especificar de onde a pessoa caiu, e não a medida da altura da queda.

\_ 88 - **Não se aplica:** quando não se trata de queda.

\_ 99 - **Ignorado.**

**Atenção:** Se a pessoa atendida/vítima sofreu queda dentro de um veículo, ou ao subir ou descer do mesmo (bicicleta, automóvel, ônibus, van, etc.), trata-se de um acidente de transporte terrestre, e não de uma queda.

43. Em caso de **queimadura**, preencher com o código correspondente ao **agente causador da queimadura**. *Que material ou substância causou a queimadura?* Preencher de acordo com as seguintes categorias:

\_ 1 - **Fogo/chama.** Inclui: queimadura por cigarro.

\_ 2 - **Substância quente:** líquidos, bebidas, alimentos, gordura, óleo, água.

\_ 3 - **Objeto quente:** chapas, panelas, ferro de passar roupa, escapamento de moto.

\_ 4 - **Choque elétrico:** transmissão de corrente elétrica por meio de fiação ou periférico de instalação elétrica.

\_ 5 - **Substância química:** ácidos, bases (soda cáustica), fluido de bateria, solda (substância derretida), alguns pesticidas.

\_ 6 - **Outros:** qualquer outro tipo de queimadura não contemplado nas categorias acima. É necessário especificá-lo. Como por exemplo, exposição excessiva a luz solar e ao frio natural.

\_ 8 - **Não se aplica:** quando não se trata de queimadura.

\_ 9 - **Ignorado.**

44. Em caso de **outros acidentes** (OMS/CID-10, 1997), preencher com o código correspondente que melhor especifique o tipo de ocorrência:

\_ 01 - **Sufocação/engasgamento:** sufocação com plástico, aspiração com vômito, alimentos ou qualquer outro objeto que impossibilite ou dificulte a passagem de ar pelas vias aéreas.

\_ 02 - **Corpo estranho:** presença de corpo estranho em cavidades corpóreas ou pele, desde que não impossibilite ou dificulte a passagem de ar pelas vias aéreas. O corpo estranho pode estar nas cavidades corpóreas: orofaringe (ex.: espinha de peixe), vagina, ânus (ex.: garrafa), ouvido, olho (ex.: cisco, limalha de ferro), vias aéreas (ex.: prego, moeda, caroço de feijão, pedra, osso). Em pele temos como exemplo de um corpo estranho: espinho ou lasca de madeira.

\_ 03 - **Afogamento.**

\_ 04 - **Envenenamento/Intoxicação:** ingestão ou contato acidental de substâncias farmacológicas, agrotóxicos/pesticidas, medicamentos em geral, solventes, gases, plantas venenosas.

\_ 05 - **Ferimento por objeto perfurocortante:** agulha, lasca, espinho, instrumentos cirúrgicos, faca, facão, espada, peixeira, punhal, navalha, vidro, garrafa quebrada, lata, utensílios domésticos, tesoura.

\_ 06 - **Ferimento por arma de fogo:** disparo acidental de revólver, espingarda, cartucheira, carabina, metralhadora. Ex.: Pessoa que é ferida ou fere alguém ao limpar arma de fogo, ou durante prática de “tiro ao alvo”. Exclui: “bala perdida”, pois esta ocorrência é classificada como agressão por arma de fogo (“bala perdida” é uma violência e não um acidente).

\_ 07 - **Acidentes com animais:** cachorros, gatos, cobras, escorpiões, lagartos, taturana, boi, cavalo, etc. As lesões podem ocorrer por: mordedura, pisada, coice, chifrada, picada, golpe, colisão, venenos e substâncias químicas liberadas por animais, insetos e etc.

\_ 08 - **Queda de objeto sobre a pessoa atendida/vítima.** Exemplos: queda de galho de árvore, rocha, pedra; desabamento de edifício ou parte dele, muro, tijolo, andaime; lançamento de bastão, bola, disco.

\_ 09 - **Choque contra objetos ou outra pessoa:** impacto acidental ativo contra objetos ou pessoas, ou seja, quando uma pessoa bate ou colide com um objeto ou outra pessoa e não vai ao chão. Ex.: trombada entre duas pessoas; colisão de uma pessoa contra um poste. Exclui: queda causada por colisão entre pessoas (duas pessoas se trombam e caem) ou uma queda causada por colisão entre uma pessoa e um objeto (uma pessoa tromba com um poste e cai); nessa situação se classificada como queda do mesmo nível.

\_ 10 - **Entorse (torção).** Ex.: Torção de tornozelo causada por desequilíbrio, porém não acompanhada de queda.

\_ 11 - **Compressão dentro/entre objetos:** compressão ocorrida dentro de objetos, entre objetos, por objetos em movimento ou um objeto estacionário e outro em movimento, como moedor, espremedor, máquina de lavar, objeto dobradiço, porta de correr, batente de porta. Exclui: impacto causado por objeto lançado, projetado, ou em queda.

\_ 12 - **Outros:** qualquer outro tipo de acidente não contemplado nas categorias acima. É necessário especificá-lo. Ex: exposição às forças da natureza (vítima de raios, terremotos, inundações e desabamento de terra).

\_ 88 - **Não se aplica:** quando não se trata de outros tipos de acidentes.

\_ 99 - **Ignorado.**

45. Em caso de **Lesão autoprovocada** (X60-X84), preencher com o código correspondente ao **meio utilizado** intencionalmente para efetuar a mutilação, o suicídio ou tentativa de suicídio. Considerar apenas pessoas atendidas/vítimas com 10 anos de idade ou mais.

\_ 1-**Envenenamento/Intoxicação**: substâncias farmacológicas lícitas ou ilícitas, agrotóxicos, pesticidas, medicamentos em geral, solventes, gases.

\_ 2 - **Enforcamento**: corda, cinto, roupa, fio ou outro meio.

\_ 3 - **Arma de fogo**: revólver, espingarda, cartucheira, carabina, metralhadora.

\_ 4 - **Objeto perfurocortante**: chave de fenda, faca, facão, espada, peixeira, punhal, navalha, vidro, garrafa quebrada, lata, lâminas de barbear ou depilar, tesoura.

\_ 5 - **Precipitação de lugar elevado**: queda intencional de um nível a outro (ex.: de ponte, de prédio, outros).

\_ 6 - **Outro**: qualquer outro meio não contemplado nas categorias acima. É necessário especificá-lo. Ex: atirar-se na frente de um carro, atear fogo no próprio corpo.

\_ 8 - **Não se aplica**: quando não se trata de lesão autoprovocada.

\_ 9 - **Ignorado.**

46. Em caso de **Lesão autoprovocada**, informar se a ocorrência se tratava de tentativa de suicídio ou suicídio, ou seja, se a lesão autoprovocada tinha como objetivo o auto extermínio. Preencher de acordo com o seguinte código: 1-Sim; 2-Não; 8-Não se aplica; 9-Ignorado. Se o item 45 for “Não se aplica”, o item 46 também será “Não se aplica”.

47. Em caso de **agressão, maus tratos ou intervenção por agente legal público**, informar a **natureza da agressão**, de acordo com os seguintes códigos: 1-Física, 2-Sexual, 3-Psicológica, 4- Negligência/abandono, 5- Outro, 8- Não se aplica. Em um mesmo caso pode haver mais de um tipo de agressão. Não se aplica deve ser preenchido quando não se tratar de agressão, maus tratos ou intervenção por agente legal público. Observar os conceitos e exemplos a seguir:

**Física** (também denominada *sevícia física, maus-tratos físicos ou abuso físico*): são atos violentos com uso da força física de forma intencional, não-acidental, com o objetivo de ferir, lesar, provocar dor e sofrimento ou destruir a pessoa, deixando, ou não, marcas evidentes no seu corpo. Ela pode se manifestar de várias formas, como tapas, beliscões, chutes, torções, empurrões, arremesso de objetos, estrangulamentos, queimaduras, perfurações, mutilações, dentre outras. A violência física também ocorre no caso de ferimentos por arma de fogo (incluindo as situações de bala perdida), por arma branca e outras. (BRASIL/Ministério da Saúde, 2002;BRASIL/Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2005).

**Atenção**: Embora tenha violência física nos casos de violência por “bala perdida”, para efeitos de monitoramento, classificar essa informação na categoria “outro”.

**Sexual:** é qualquer ação na qual uma pessoa, valendo-se de sua posição de poder e fazendo uso de força física, coerção, intimidação ou influência psicológica, com uso ou não de armas ou drogas, obriga outra pessoa, de qualquer sexo, a ter, presenciar, ou participar de alguma maneira de interações sexuais ou a utilizar, de qualquer modo a sua sexualidade, com fins de lucro, vingança ou outra intenção. Incluem-se como violência sexual situações de estupro, abuso incestuoso, assédio sexual, sexo forçado no casamento, jogos sexuais e práticas eróticas não consentidas e impostas, pornografia infantil, pedofilia, voyeurismo; manuseio, penetração oral, anal ou genital, com pênis ou objetos, de forma forçada. Inclui também exposição coercitiva ou constrangedora a atos libidinosos, exibicionismo, masturbação, linguagem erótica, interações sexuais de qualquer tipo e material pornográfico. Igualmente caracterizam a violência sexual os atos que, mediante coerção, chantagem, suborno ou aliciamento impeçam o uso de qualquer método contraceptivo ou forcem a matrimônio, à gravidez, ao aborto, à prostituição; ou que limitem ou anulem em qualquer pessoa a autonomia e o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos. A violência sexual é considerada crime, mesmo se exercida por um familiar, seja ele, pai, mãe, padrasto, madrastra, companheiro(a), esposo(a).

**Psicológica:** é toda forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobrança exagerada, punições humilhantes e utilização da pessoa para atender às necessidades psíquicas de outrem. É toda ação que coloque em risco ou cause dano à auto estima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa. Esse tipo de violência também pode ser chamado de violência moral, a exemplo do assédio moral. No assédio moral, a violência ocorre no ambiente de trabalho a partir de relações de poder entre patrão e empregado, empregado e empregado. Define-se como conduta abusiva, exercida por meio de gestos, atitudes ou outras manifestações, repetidas, sistemáticas, que atentem, contra a dignidade ou a integridade psíquica ou física de uma pessoa, que ameace seu emprego ou degrade o clima de trabalho. A violência moral é toda ação destinada a caluniar, difamar ou injuriar a honra ou a reputação da pessoa. O *bulling* é outro exemplo de violência psicológica, que se manifesta em ambientes escolares ou outros meios, como o *cyberbulling*.

**Negligência/abandono:** é a omissão; deixar de prover as necessidades e cuidados básicos para o desenvolvimento físico, emocional e social da pessoa. Ex.: privação de medicamentos; falta de cuidados necessários com a saúde; descuido com a higiene; ausência de proteção contra as inclemências do meio, como o frio e o calor; ausência de estímulo e de condições para a frequência à escola. O abandono é considerado uma forma de negligência extrema.

**Outro:** qualquer outro tipo de natureza de agressão não contemplado nas categorias acima. É necessário especificá-lo. Exemplo: **envenenamento intencional** por pesticidas ou medicamentos, **tortura, tráfico de pessoas, violência financeira ou patrimonial, trabalho infantil**, etc.

**Não se aplica:** quando não se trata de agressão, maus tratos ou intervenção por agente legal público.

48. Em caso de **Agressão, maus tratos ou intervenção por agente legal público**, informar o **meio de agressão** utilizado, de acordo com os códigos descritos abaixo. Em um mesmo caso pode haver mais de um tipo de meio de agressão:

- \_ 1. **Força corporal/espancamento:** golpe, pancada, pontapé, murro, gravata e outros.
- \_ 2. **Arma de fogo:** revólver, espingarda, cartucheira, carabina, metralhadora. Inclui: “bala perdida”. A situação de “bala perdida” é um indicador de violência urbana generalizada. Apesar da pessoa atendida/vítima não ser o alvo específico da agressão, houve intencionalidade pelo provável autor(a) da agressão em relação a alguém; nessa situação o meio de agressão é a arma de fogo.
- \_ 3. **Envenenamento (X85–X90):** incluem envenenamento intencional por meio de drogas, medicamentos e substâncias biológicas, pesticidas, gases e vapores (ex. gás carbônico), medicamentos, produtos químicos, substâncias nocivas e substâncias corrosivas.
- \_ 4. **Objeto perfurocortante:** chave de fenda, faca, facão, espada, peixeira, punhal, navalha, vidro, garrafa quebrada, lata, lâminas de barbear ou depilar, tesoura.
- \_ 5. **Objeto contundente:** cassetete, cacete, porrete, bastão, pau, pedra, barra de ferro, etc.
- \_ 6. **Ameaça:** palavra, ato, gesto, pelos quais se exprime a vontade que se tem de fazer mal a alguém. Coação, constrangimento, intimidação, imposta a alguém para que faça, deixe de fazer, ou permita que se faça alguma coisa contra a sua vontade.  
**Obs:** Ameaça pode estar associada a outras formas de violência.
- \_ 7. **Substância/objeto quente:** líquidos, bebidas, alimentos, gordura, óleo, água, chapas, panelas, fogo, cigarro, ferro de passar roupa, escapamento de moto, chama.
- \_ 8. **Outro:** qualquer outro meio de agressão não contemplado nas categorias acima. É necessário especificá-lo. Ex.: projeção de um lugar elevado; impacto de um veículo a motor.
- \_ 88. **Não de Aplica:** quando não se trata de agressão, maus tratos ou intervenção por agente legal público.
- \_ 99. **Ignorado.**

49. Em caso de **agressão, maus tratos, ou intervenção por agente legal público** preencher com o código correspondente ao **tipo de relação entre o provável autor(a) da agressão e a pessoa atendida/vítima**. Quando existir mais de um provável autor(a) da agressão, selecionar o principal:

1. **Pai ou mãe:** pai, mãe, padrasto, madrasta.
2. **Companheiro (a)/Ex-:** (ex-)marido, (ex-)esposo(a), (ex-)namorado(a), (ex-)companheiro(a).
3. **Outro familiar:** pessoa com relação de parentesco que não se enquadra nas categorias 1 ou 2, isto é, filhos, irmãos, netos, sobrinhos, primos, tios, tias, avôs, avós.

4. **Amigo(a)/conhecido(a):** amigos, vizinhos, colegas de classe, colegas de trabalho, cuidador(a), patrão, professor, pessoa do convívio da vítima, porém que não se enquadra nas categorias 1 a 3.

5. **Agente legal público:** autoridades judiciárias, policiais, carcerários ou outros agentes da lei.

6. **Desconhecido (a).**

7. **Outro.**

8. **Não se aplica:** quando não se trata de agressão/maus-tratos/intervenção por agente legal público.

9. **Ignorado.**

50. Em caso de **agressão, maus tratos, ou intervenção por agente legal público**, preencher com o código correspondente ao **sexo do provável autor (a) da agressão:** 1 Masculino, 2-Feminino, 3-Ambos os sexos (quando houver mais de um(a) provável autor(a) da agressão, tanto do sexo masculino como do sexo feminino), 8-Não se aplica (quando não se trata de agressão/maus-tratos/intervenção por agente legal público), 9-Ignorado.

51. Informar se a ocorrência (violência/acidente) se deu durante o trabalho ou no trajeto para o trabalho da pessoa atendida/vítima, de acordo com os seguintes códigos: 1-Sim; 2-Não; 9-Ignorado (se paciente inconsciente e desacompanhado). Considerar apenas pessoas atendidas/vítimas com 14 anos de idade ou mais. **A ocorrência se deu quando você estava no trabalho ou no trajeto para o trabalho?** O acidente de trabalho (AT) pode ser “típico” ou de “trajeto”. O AT típico é aquele que ocorre no local de trabalho. O AT de trajeto ocorre no caminho de ida ou de volta do trabalho, desde que seja o mesmo caminho, aquele percorrido rotineiramente, e que não haja **paradas** ou **desvios** durante o trajeto casa-trabalho ou trabalho-casa. Um acidente ou violência sofrida por um motorista de taxi é considerado um acidente de trabalho típico; este mesmo acidente poderá ser considerado de trajeto no caso de uma pessoa estar indo para o trabalho de taxi. **Atenção:** Inclui ocorrências que se deram durante o horário de almoço.

52. Informar se a ocorrência foi considerada acidental **pelo (a) entrevistado (a)**, de acordo com o seguinte código: 1-Intencional (violência), 2-Não Intencional (acidente), 3- Não sabe. **Você considera essa ocorrência como...** [O entrevistador deverá LER as opções de resposta]. Esta pergunta serve para identificar se a ocorrência foi percebida como “acidental” ou “intencional” pela pessoa atendida/vítima.

53. Informar a percepção do **entrevistador(a)** diante da ocorrência, de acordo com o seguintes códigos: 1-Intencional (violência), 2-Não Intencional (acidente). Independente da resposta da pessoa atendida/vítima, o entrevistador deverá registrar sua percepção sobre a ocorrência.

54. Informar se a pessoa atendida/vítima fez uso de bebida alcoólica nas 6 horas anteriores à ocorrência, de acordo com o seguinte código: 1-Sim, 2-Não, 9-Ignorado. **A pessoa atendida**  
Adaptado de BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação Geral de Doenças e Agravos não Transmissíveis. Vigilância de Violências e Acidentes, Inquérito – VIVA/2011.

*(você, ela ou ele) ingeriu (fez uso de) bebida alcoólica nas seis horas anteriores à ocorrência?*

55. Informar se o **entrevistador(a) identificou** indícios de **uso de bebida alcoólica** pela pessoa atendida/vítima, de acordo com os seguintes códigos: 1-Sim, 2-Não, 9-Ignorado. Atentar para sinais como fácies etílica, hálito característico de álcool, dificuldade na articulação de palavras, alteração da marcha, perda de equilíbrio, raciocínio desconexo. **Atenção:** Campo a ser respondido baseado na percepção do entrevistador ou do corpo clínico, independente da resposta da pessoa atendida/vítima.

**Obs.:** Em caso de dúvida colocar 9 – ignorado.

## IX. LESÃO/EVOLUÇÃO

56. Preencher com o código correspondente à **natureza da lesão** (CID-10 – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, Décima Revisão, Capítulo XIX), considerando **somente o diagnóstico principal**, independentemente do tipo de ocorrência (acidente ou violência). Ex.: Pessoa **agredida** com chama de maçarico – natureza da lesão: queimadura; pessoa sofreu um **acidente** com chama de fogão desregulado – natureza da lesão: queimadura.

\_ 01 - **Sem lesão física.**

\_ 02 - **Contusão.**

\_ 03 - **Corte/laceração/perfuração.**

\_ 04 - **Entorse/luxação.**

\_ 05 - **Fratura.**

\_ 06 - **Amputação.**

\_ 07 - **Traumatismo dentário:** “danos traumáticos ou de outro tipo que afetam o dente, incluindo fraturas (fraturas dentárias) ou luxações (luxações dentárias)” - DeCS/BVS (Descritores em Ciências da Saúde/ Biblioteca Virtual em Saúde). Também é definido como uma lesão de extensão, intensidade e gravidade variáveis, de origem acidental ou intencional, causada por forças que atuam no órgão dentário, decorrente de acidentes, espancamento ou outros fatores.

\_ 08 - **Traumatismo crânio-encefálico:** danos traumáticos que acometem o crânio e o encéfalo e que produzem alterações temporárias ou permanentes da parte cognitiva, sensitiva ou motora.

\_ 09 - **Politraumatismo.**

\_ 10 - **Intoxicação.**

\_ 11 - **Queimadura.**

\_ 12 - **Outros:** qualquer outro tipo de lesão não contemplado nas categorias acima. Especificar.

\_ 99 - **Ignorado.**

**Atenção:** Considerar como diagnóstico principal aquele que represente maior risco de morte, de provocar incapacidades/seqüelas, ou de originar mais tempo de afastamento do trabalho/escola. Considerar diagnóstico clínico (médico).

57. Preencher com o código correspondente à **parte do corpo atingida**, considerando **somente o diagnóstico principal**, selecionado de acordo com o item 56 (“Natureza da Lesão”):

- \_ 01 - **Boca/dentes**
- \_ 02 - **Outra região da cabeça/face** (exceto na região da boca ou dentes)
- \_ 03 - **Pescoço**
- \_ 04 - **Coluna/medula:** coluna vertebral ou medula espinhal.
- \_ 05 - **Tórax/dorso:** segmento torácico em toda a sua extensão anterior, posterior e lateral, bem como seus órgãos internos.
- \_ 06 - **Abdome/quadril:** segmento abdominal em toda a sua extensão anterior, posterior e lateral, incluindo-se a região lombar e os quadris, bem como seus órgãos internos.
- \_ 07 - **Membros superiores:** ombro, braço, cotovelo, antebraço, punho, mão e dedos.
- \_ 08 - **Membros inferiores:** coxa, joelho, perna, tornozelo, pé e dedos.
- \_ 09 - **Órgãos genitais/ânus:** vulva, vagina, pênis, testículos, bolsa escrotal, região perineal, região perianal, ânus.
- \_ 10 - **Múltiplos órgãos/regiões.**
- \_ 88 - **Não se aplica:** quando a natureza da lesão (campo 56) for 01-Sem lesão física.
- \_ 99 - **Ignorado.**

58. Preencher com o código correspondente à **evolução ou aos encaminhamentos da pessoa atendida/vítima no setor saúde** nas primeiras 24 horas após o atendimento inicial na Unidade de Urgência e Emergência:

- \_ 1 - **Alta:** a pessoa atendida é liberada para casa, sem necessidade de retorno para diagnóstico ou tratamento. Inclui: Alta com orientação de retorno para retirada de pontos, gesso ou outros.
- \_ 2 - **Encaminhamento ambulatorial:** a pessoa atendida/vítima é encaminhada para atendimento ambulatorial, necessitando ter continuidade no tratamento, realização de exames complementares, ou novas avaliações clínicas, o que pode ocorrer no mesmo ou em outro serviço.
- \_ 3 - **Internação hospitalar:** a pessoa atendida/vítima é encaminhada para tratamento hospitalar clínico, cirúrgico ou em Unidade de Terapia Intensiva, necessitando permanecer no hospital por período superior a 24 horas.
- \_ 4 - **Encaminhamento para outro serviço:** a pessoa atendida/vítima é encaminhada para tratamento hospitalar em outro serviço, por requerer atendimento de maior complexidade. Inclui: Transferência por falta de vagas ou por escolha da pessoa atendida/vítima ou de seu acompanhante.

\_ 5 - **Evasão/fuga:** a pessoa atendida/vítima abandona ou “foge” da Unidade de Urgência e Emergência, antes do início ou término de seu atendimento.

\_ 6 - **Óbito:** a pessoa atendida/vítima evoluiu a óbito durante as primeiras 24 horas após o atendimento inicial na Unidade de Urgência e Emergência.

\_ 9 - **Ignorado.**

**Atenção:** No caso de atendimentos ocorridos no final do período de plantão (período da coleta de dados), a evolução do caso deve ser confirmada pelo próximo entrevistador que dará continuidade ao plantão seguinte. No caso da evolução do caso não estar definida o entrevistador deve preencher essa informação considerando o período de 24 horas do atendimento.

59. Anotar o **nome do entrevistador** responsável pelo preenchimento do questionário. (DESCONSIDERAR O CÓDIGO).

60. Anotar a **data do preenchimento** do questionário (dia/mês/ano). Ex.: 01/01/2000.

61. Este campo deve ser preenchido por profissional capacitado em codificação de morbidade ou mortalidade, conforme normas e códigos da CID-10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, Décima Revisão), designado pela coordenação da pesquisa. Preencher com o código correspondente à circunstância/causa da lesão (CID-10 - Décima Revisão, Capítulo XX – V01-Y98).

## DIÁRIO DE CAMPO

O diário de campo é uma ferramenta utilizada para a manutenção do controle de qualidade da pesquisa, pois permite: verificar o total de pacientes atendidos pelo Hospital Regional de Lagarto – violências ou acidentes e outras causas; identificar pacientes que não foram abordadas pela equipe de coleta e comparar com a listagem de atendimentos do serviço no plantão correspondente.

### INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO DO DIÁRIO DE CAMPO

**Preencher:** Município, UF, Unidade de Saúde e CNES.

AO INICIAR PREENCHER:

- a. **Dia da pesquisa:** refere-se ao dia da pesquisa;
- b. **Data da coleta:** Data em que foram realizadas as coletas (entrevistas). Essas datas deverão ser preenchidas de acordo com os exemplos abaixo:

Exemplo 1: se a pesquisa iniciou-se no dia 01/09/2009, preenche-se o nº “1” com essa data. O dia 02/09/2009, deve ser preenchido no nº “2”. O dia 03/09/2009 será preenchido no nº “3” e assim sucessivamente.

Exemplo 2: se a pesquisa iniciou no dia 05/09/2009, preenche-se o nº “1” com essa data, que equivale ao primeiro dia da pesquisa; o 2º dia da pesquisa será 06/09/2009, o 3º dia da pesquisa será 07/09/2009 e assim sucessivamente.

- c. **Hora do Início**
- d. **Hora do término**
- e. **Total de atendimentos na urgência (todas as causas) no dia inteiro:** Preencher este campo com o total de atendimentos por todas as causas (traumáticas e não traumáticas) realizados no serviço de urgência e emergência do Hospital Regional de Lagarto durante cada dia inteiro. Nesse total incluem-se todas as causas de atendimentos de urgência e emergência, sejam: clínicos, cirúrgicos, ortopédicos, pediátricos, psiquiátricos, gineco-obstétricos, traumáticos, outros. Procurar esta informação no Setor de Arquivo Médico Estatístico (SAME) ou outros serviços equivalentes;
- f. **Total de atendimentos por causas externas (nas 24h):** Preencher este campo com o total de atendimentos por causas externas (violências e acidentes) realizados no

Adaptado de BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação Geral de Doenças e Agravos não Transmissíveis. Vigilância de Violências e Acidentes, Inquérito – VIVA/2011.

serviço de urgência e emergência durante o turno. Procurar esta informação no Setor de Arquivo Médico Estatístico (SAME) ou outros serviços equivalentes;

- g. Total de fichas preenchidas (nas 24h):** Preencher este campo com o total de fichas preenchidas durante o dia inteiro referente ao dia da pesquisa;
- h. Total de Recusas no mesmo turno:** Preencher este campo com o número total de recusas das 24h, identificadas no item “6” do Formulário de “Vigilância de Violências e Acidentes”. Ou seja, aqueles que não concordaram em participar da pesquisa.
- i. Total de perdas no mesmo turno:** Preencher este campo com o número total de perdas das 24h. Para calcular o total de perdas utilizar a seguinte fórmula:

*Total de perdas = total de atendimentos por causas externas – (total de fichas preenchidas nas 24h + total de recusas no mesmo turno);*

- j. Observações:** Espaço destinado às observações do(a) entrevistador(a). Atenção: registrar neste campo o motivo da recusa em participar da pesquisa, caso a vítima, familiar, acompanhante ou corpo clínico relate.
- k. Nome do Responsável:** Assinatura do(a) entrevistador(a) que preencheu os campos anteriores.

INQUÉRITO DE VIOLÊNCIAS E ACIDENTES EM REGIONAL DE SERGIPE											
CARACTERIZAR VIOLÊNCIAS E ACIDENTES EM UNIDADE DE REFERÊNCIA DA REGIÃO CENTRO SUL SERGIPANO											
Município: Lagarto						UF: Sergipe					
Unidade de Saúde: Hospital Regional de Lagarto						CNES: 6568343					
<b><u>DIÁRIO DE CAMPO</u></b>											
Dia da Pesquisa	Dia da Coleta	Hora de Início	Hora de Término	Total de atendimento na urgência (todas as causas)	Total de atendimento por causas externas	Total de fichas coletadas (causas externas)	Total de recusas	Total de perdas		Nome do Responsável	Observações
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											

Adaptado de BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação Geral de Doenças e Agravos não Transmissíveis. Vigilância de Violências e Acidentes, Inquérito – VIVA/2011.

<b>20</b>											
<b>21</b>											
<b>22</b>											
<b>23</b>											
<b>24</b>											
<b>25</b>											
<b>26</b>											
<b>27</b>											
<b>28</b>											
<b>29</b>											
<b>30</b>											

**ÍNDICE PARA CAUSAS EXTERNAS**  
**CID 10/ CAPÍTULO XX**

**1 (V01-X59) Acidentes**

- 1.1 (V01-V99) Acidentes de transporte.
  - 1.1.1 (V01-V09) Pedestre traumatizado em um acidente de transporte.
  - 1.1.2 (V10-V19) Ciclista traumatizado em um acidente de transporte.
  - 1.1.3 (V20-V29) Motociclista traumatizado em um acidente de transporte.
  - 1.1.4 (V30-V39) Ocupante de triciclo motorizado traumatizado em um acidente de transporte.
  - 1.1.5 (V40-V49) Ocupante de um automóvel traumatizado em um acidente de transporte.
  - 1.1.6 (V50-V59) Ocupante de uma caminhonete traumatizado em um acidente de transporte.
  - 1.1.7 (V60-V69) Ocupante de um veículo de transporte pesado traumatizado em um acidente de transporte.
  - 1.1.8 (V70-V79) Ocupante de um ônibus traumatizado em um acidente de transporte.
  - 1.1.9 (V80-V89) Outros acidentes de transporte terrestre.
  - 1.1.10 (V90-V94) Acidentes de transporte por água.
  - 1.1.11 (V95-V97) Acidentes de transporte aéreo e espacial.
  - 1.1.12 (V98-V99) Outros acidentes de transporte e os não especificados.
- 1.2 (W00-X59) Outras causas externas de traumatismos acidentais.
  - 1.2.1 (W00-W19) Quedas.
  - 1.2.2 (W20-W49) Exposição a forças mecânicas inanimadas.
  - 1.2.3 (W50-W64) Exposição a forças mecânicas animadas.
  - 1.2.4 (W65-W74) Afogamento e submersão acidentais.
  - 1.2.5 (W75-W84) Outros riscos acidentais à respiração.
  - 1.2.6 (W85-W99) Exposição à corrente elétrica, à radiação e às temperaturas e pressões extremas do ambiente.
  - 1.2.7 (X00-X09) Exposição à fumaça, ao fogo e às chamas.
  - 1.2.8 (X10-X19) Contato com uma fonte de calor ou com substâncias quentes.
  - 1.2.9 (X20-X29) Contato com animais e plantas venenosos.
  - 1.2.10 (X30-X39) Exposição às forças da natureza.

1.2.11 (X40-X49) Envenenamento (intoxicação) acidental por e exposição a substâncias nocivas.

1.2.12 (X50-X57) Excesso de esforços, viagens e privações.

1.2.13 (X58-X59) Exposição acidental a outros fatores e aos não especificados.

**2 (X60-X84) Lesões autoprovocadas intencionalmente.**

**3 (X85-Y09) Agressões.**

**4 (Y10-Y34) Eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada.**

**5 (Y35-Y36) Intervenções legais e operações de guerra.**

**6 (Y40-Y84) Complicações de assistência médica e cirúrgica.**

6.1 (Y40-Y59) Efeitos adversos de drogas, medicamentos e substâncias biológicas usadas com finalidade terapêutica.

6.2 (Y60-Y69) Acidentes ocorridos em pacientes durante a prestação de cuidados médicos e cirúrgicos.

6.3 (Y70-Y82) Incidentes adversos durante atos diagnósticos ou terapêuticos associados ao uso de dispositivos (aparelhos) médicos.

6.4 (Y83-Y84) Reação anormal em paciente ou complicação tardia causadas por procedimentos cirúrgicos e outros procedimentos médicos sem menção de acidente ao tempo do procedimento.

6.5 (Y85-Y89) Seqüelas de causas externas de morbidade e de mortalidade.

6.6 (Y90-Y98) Fatores suplementares relacionados com as causas de morbidade e de mortalidade classificados em outra parte.

**APÊNDICE E – “Coodebook” das Variáveis**

<b>NOME DA VARIÁVEL</b>	<b>TIPO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>
1. Número da ficha (NUM_NOT)	Numérica	
2. Número do turno sorteado (NUM_TURNO)	Numérica	
3. UF de notificação (UF_NOT)	Categórica	
4. Município de notificação (MUN_NOT)	Categórica	
Código do IBGE (IBGE_NOT)	Numérica	
5. Unidade de saúde (UNID_SAUDE)	Categórica	
Código (CNES) (CNES)	Numérica	
6. Concorda em participar da pesquisa? (CONSENT)	Categórica	1-Sim (vítima) 2-Sim (familiar) 3-Sim (acompanhante) 4-Sim (corpo clínico) 5-Não (vítima) 6-Não (familiar) 7-Não (acompanhante) 8-Não (corpo clínico)
7. Data do atendimento (DT_ATEND)	Data	
8. Dia da semana do atendimento (DIA_ATEND)	Categórica	1-Domingo 2-Segunda 3-Terça 4-Quarta 5-Quinta 6-Sexta 7-Sábado
9. Hora do atendimento (00:00 às 23:59) (HORA_ATEND)	Numérica	
10. Qual o seu nome completo? (NOME)	Categórica	
11. Qual a data do seu nascimento? (DT_NASC)	Data	
12. Idade (IDADE)	Numérica	
Unidade de tempo (IDADE_A)	Categórica	1-Dia 2-Mês 3-Ano 9-Ignorado

13. Sexo (SEXO)	Categórica	1-Masculino 2-Feminino 9-Ignorado
14. Qual a sua raça ou cor da pele? (RACA)	Categórica	1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena
15. Você estudou até que série ou grau? (ESCOLAR)	Categórica	01-Sem escolaridade 02-1ª à 4ª série incompleta do EF 03-4ª série completa do EF 04-5ª à 8ª série incompleta do EF 05-Ensino fundamental completo 06-Ensino médio incompleto 07-Ensino médio completo 08-Ensino superior incompleto 09-Ensino superior completo 88-Não se aplica 99-Ignorado
16. Você realiza alguma atividade remunerada? (TRABALHA)	Categórica	1-Sim 2-Não 9-Ignorado
17. Se sim, qual atividade realiza? (OCUPACAO)	Categórica	
Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) (CBO2002)	Numérica	
18. Você possui algum tipo de deficiência permanente? (DEFICIENCIA)	Categórica	1-Sim 2-Não 9-Ignorado
19. Se sim, qual o tipo de deficiência física? (DEF_FIS)	Categórica	1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9-Ignorado
19. Se sim, qual o tipo de deficiência mental? (DEF_MENTAL)	Categórica	1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9-Ignorado
19. Se sim, qual o tipo de deficiência visual? (DEF_VISUAL)	Categórica	1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9-Ignorado
19. Se sim, qual o tipo de deficiência auditiva? (DEF_AUDITIVA)	Categórica	1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9-Ignorado
19. Se sim, qual o tipo de deficiência outras deficiências/síndromes? (DEF_OUTRAS)	Categórica	1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9-Ignorado

Outras deficiências/Síndromes (QUAL_DEFIC)	Categórica	
20. Qual o meio de locomoção utilizou para chegar até aqui? (TRANSP)	Categórica	1-A pé 2-Veículo particular 3-Viatura policial 4-SAMU 5-Ambulância 6. Resgate 7-Ônibus/micro-ônibus 8-Outro 9-Ignorado
21. Procurou atendimento em outro serviço, por essa ocorrência, antes de vir para este local? (ATEND_OUTRO)	Categórica	1-Sim 2-Não 9-Ignorado
22. UF de residência (UF_RES)	Categórica	
23. Município de residência – UF (MUN_RES)	Categórica	
Código IBGE (IBGE_RES)	Numérica	
24. Bairro de residência (BAIRRO_RES)	Categórica	
25. (DDD) Telefone (FONE_RES)	Numérica	
26. Zona de residência (ZONA_RES)	Categórica	1-Urbana 2-Rural 3-Periurbana 9-Ignorado
27. País (PAIS_RES)	Categórica	
28. Você é: (VULNERAVEL)	Categórica	1-Cigano 2-Quilombola 3-Aldeado 4-Pessoa em situação de rua 5-Outro 6-Nenhum
Outro (QUAL_VUL)	Categórica	
29. Data da ocorrência (DT_OCOR)	Data	
30. Dia da semana da ocorrência (DIA_OCOR)	Categórica	1-Domingo 2-Segunda 3-Terça 4-Quarta 5-Quinta 6-Sexta 7-Sábado

31. Hora da ocorrência (00:00 às 23:59) (HORA_OCOR)	Numérica	
32. Local de ocorrência (LOC_OCOR)	Catégorica	01-Residência 02-Habitação coletiva 03-Escola 04-Área de recreação 05-Bar ou similar 06-Via pública 07-Comércio/serviços 08-Indústria/construção 09-Outro 99-Ignorado
Outro (O_LOCOCOR)	Catégorica	
33. UF de ocorrência (UF_OCOR)	Catégorica	
34. Município de ocorrência (MUN_OCOR)	Catégorica	
Código IBGE (IBGE_OCOR)	Numérica	
35. Bairro de ocorrência (BAIRRO_OCOR)	Catégorica	
36. Zona de ocorrência (ZONA_OCOR)	Catégorica	1-Urbana 2-Rural 3-Periurbana 9-Ignorado
37. Tipo de ocorrência (TP_OCOR)	Catégorica	1-Acidente de transporte 2-Queda 3-Queimadura 4-Outros acidentes 5-Lesão autoprovocada 6-Agressão/maus-tratos 7-Intervenção por agente legal público 9-Ignorado
38. Tipo da vítima (TP_VITIMA)	Catégorica	1-Pedestre 2-Condutor 3-Passageiro 4-Outro 8-Não se aplica 9-Ignorado
39. Meio de locomoção da vítima (TP_TRANSP)	Catégorica	1-A pé 2-Automóvel 3-Motocicleta 4-Bicicleta 5-Ônibus/micro-ônibus 6-Outro 8-Não se aplica 9-Ignorado

Outro (O_TPTRANSP)	Catagórica	
40. No momento do acidente, você usava algum desses equipamentos? Cinto de segurança (CINTO)	Catagórica	1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9-Ignorado
40. No momento do acidente, você usava algum desses equipamentos? Capacete (CAPACETE)	Catagórica	1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9-Ignorado
40. No momento do acidente, você usava algum desses equipamentos? Dispositivo de retenção para transporte de crianças (DISP_RETEN)	Catagórica	1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9-Ignorado
40. No momento do acidente, você usava algum desses equipamentos? Outro (O_EQUIP)	Catagórica	1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9-Ignorado
Outro (QUAL_EQUIP)	Catagórica	
41. Outra parte envolvida (TP_ENVOLV)	Catagórica	1-Automóvel 2-Motocicleta 3-Ônibus/micro-ônibus 4-Bicicleta 5-Objeto fixo 6-Animal 7-Outra 8-Não se aplica 9-Ignorado
Outra (O_ENVOLV)	Catagórica	
42. Tipo de queda (TP_QUEDA)	Catagórica	01-Mesmo nível 02-Buraco 03-Leito 04- Outra mobília 05-Andaime 06-Escada/degrau 07-Árvore 08-Telhado/laje 09-Outros níveis 88-Não se aplica 99-Ignorado
Outros níveis (O_TPQUEDA)	Catagórica	
43. Tipo de queimadura (TP_QUEIM)	Catagórica	1-Fogo/chama 2-Substância quente 3-Objeto quente

		4-Choque elétrico 5-Substância química 6-Outros 8-Não se aplica 9-Ignorado
Outras (O_TPQUEIM)	Categórica	
44. Outros acidentes (O_ACID)	Categórica	01-Sufocação/engasgamento 02-Corpo estranho 03-Afogamento 04-Envenenamento/intoxicação 05-Ferimento por objeto perfurocortante 06-Ferimento por arma de fogo 07-Acidentes com animais 08-Queda de objetos sobre pessoa 09-Choque contra objetos/pessoa 10-Entorse (torção) 11-Compressão dentro/entre objetos 12-Outros 88-Não se aplica 99-Ignorado
Outros (QUAL_ACID)	Categórica	
45. Meio utilizado (TP_SUIC)	Categórica	1-Envenenamento 2-Enforcamento 3-Arma de fogo 4-Objeto perfurocortante 5-Precipitação de lugar elevado 6-Outro 8-Não se aplica 9-Ignorado
Outro (O_TPSUIC)	Categórica	
46. Foi tentativa/suicídio (SUICIDIO)	Categórica	1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9-Ignorado
47. Natureza da agressão (TP_VIOL)	Categórica	1- Física 2-Sexual 3-Psicológica 4-Negligência/Abandono 5-Outro 8-Não se aplica
Outra (O_VIOL)	Categórica	

48. Meio da agressão (MEIO_VIOL)	Catagórica	01-Força corporal/espancamento 02-Arma de fogo 03-Envenenamento 04-Objeto perfurocortante 05-Objeto contundente 06-Ameaça 07-Substância/Objeto quente 08-Outro 88-Não se aplica 99-Ignorado
Outro (O_MEIOVIOL)	Catagórica	
49. Provável autor da agressão (AGRESSOR)	Catagórica	1-Pai/mãe 2-Companheiro(a) Ex- 3-Outro familiar 4-Amigo/conhecido 5-Agente legal público 6-Desconhecido 7-Outro 8-Não se aplica 9-Ignorado
Outro (QUAL_AGR)	Catagórica	
50. Sexo do provável autor da agressão (SEXO_AGR)	Catagórica	1-Masculino 2-Feminino 3-Ambos os sexos 8-Não se aplica 9-Ignorado
51. A ocorrência se deu no trabalho ou no trajeto para o trabalho (EVENTO_T)	Catagórica	1-Sim 2-Não 9-Ignorado
52. Você considera essa ocorrência como... (PERCEP_VIT)	Catagórica	1-Intencional (violência) 2-Não intencional (acidente) 3-Não sabe
53. Percepção do entrevistador sobre a ocorrência (PERCEP_ENTR)	Catagórica	1-Intencional (violência) 2-Não intencional (acidente)
54. Você ingeriu bebida alcoólica nas seis horas anteriores à ocorrência? (ALCOOL_VIT)	Catagórica	1-Sim 2-Não 9-Ignorado
55. O entrevistador identificou indício de bebida alcoólica pela vítima? (ALCOOL_ENTR)	Catagórica	1-Sim 2-Não 9-Ignorado
56. Natureza da lesão (considerar somente o diagnóstico principal) (LESAO)	Catagórica	01-Sem lesão física 02-Contusão 03-Corte/laceração 04-Entorse/luxação

		05-Fratura 06-Amputação 07-Traumatismo dentário 08-Traumatismo crânio-encefálico 09-Politraumatismo 10-Intoxicação 11-Queimadura 12-Outra 99-Ignorado
Outra (O_LESAO)	Categórica	
57. Parte do corpo atingida (considerar somente o diagnóstico principal) (CORPO)	Categórica	01-Boca/dentes 02-Outra região em cabeça/face 03-Pescoço 04-Coluna/medula 05- Tórax/dorso 06-Abdome/quadril 07-Membros superiores 08-Membros inferiores 09-Genitais/ânus 10-Múltiplos órgãos/regiões 88-Não se aplica 99-Ignorado
58. Evolução na emergência (primeiras 24 horas) (EVOLUCAO)	Categórica	1-Alta 2-Encaminhamento ambulatorial 3-Internação hospitalar 4-Encaminhamento para outro serviço 5-Evasão/fuga 6-Óbito 9-Ignorado
59. Nome e código do entrevistador (CODIGO_ENTR)	Numérica	
60. Data do preenchimento (DATA_COLETA)	Data	
61. Circunstância da lesão (CIRC_LESAO)	Categórica	
Descrição (DESCR_CID10)	Categórica	



# Anexos

## ANEXO A – Inquérito VIVA/2011

FORMULÁRIO PARA O INQUÉRITO VIVA<sup>7</sup>

 <b>República Federativa do Brasil</b> <b>Ministério da Saúde</b> <b>Secretaria de Vigilância em Saúde</b>		<b>VIVA Inquérito 2011</b>		1 N. da Ficha		2 N. do Turno Sorteado			
		<b>Definição de caso:</b> Vítima de violência ou acidente atendida pela primeira vez neste serviço em decorrência desta violência ou acidente, com ou sem lesão física.							
<b>Dados Gerais</b>		3 UF		4 Município de Notificação		5 Unidade de Saúde		Código (CNES)	
6 Concorde em participar da pesquisa?		7 Data do atendimento		8 Dia da semana do atendimento		9 Hora do atendimento (00:00 - 23:59)			
1-Sim (vítima) 5-Não (vítima) 2-Sim (familiar) 6-Não (familiar) 3-Sim (acompanhante) 7-Não (acompanhante) 4-Sim (corpo clínico) 8-Não (corpo clínico)				1-Domingo 2-Segunda 3-Terça 4-Quarta 5-Quinta 6-Sexta 7-Sábado					
<b>Dados da Pessoa Atendida</b>		10 Qual o seu nome completo?		11 Qual a data de seu nascimento?		12 Idade		13 Sexo	
				1-Dia 2-Mês 3-Ano 9-Ignorado		1-Masculino 2-Feminino 9-Ignorado		14 Qual a sua raça ou cor da pele? (LER)	
								1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena	
15 Você estudou até que série ou grau?		16 Você realiza alguma atividade remunerada?		17 Se sim, qual atividade realiza?		18 Você possui algum tipo de deficiência permanente?		19 Se sim, qual tipo de deficiência?	
01 - Sem escolaridade 02 - 1ª à 4ª série incompleta do EF		03 - 4ª série completa do EF 04 - 5ª à 8ª série incompleta do EF 05 - Ensino fundamental completo		06 - Ensino médio incompleto 07 - Ensino médio completo 08 - Ensino superior incompleto 09 - Ensino superior completo 88 - Não se aplica 99 - Ignorado		1-Sim 2-Não 9-Ignorado		1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9-Ignorado	
20 Qual meio de locomoção utilizou para chegar até aqui?		21 Procurou atendimento em outro serviço, por essa ocorrência, antes de vir para este local?		22 UF		23 Município de residência		24 Bairro de residência	
1 - A pé 2 - Veículo particular 3 - Viatura policial 4 - SAMU 5 - Ambulância 6 - Resgate 7 - Ônibus/micro-ônibus 8 - Outro 9 - Ignorado		1-Sim 2-Não 9-Ignorado						25 (DDD) Telefone	
<b>Residência</b>		26 Zona de residência		27 País (se residente fora do Brasil)		28 Você é: (LER)		29 Data da ocorrência	
		1-Urbana 2-Rural 3-Periurbana 9-Ignorado				1-Cigano 2-Quilombola 3-Aldeado 4-Pessoa em situação de rua 5-Outro 6-Nenhum		30 Dia da semana da ocorrência 1-Domingo 2-Segunda 3-Terça 4-Quarta 5-Quinta 6-Sexta 7-Sábado	
		31 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59)		32 Local de ocorrência		33 UF		34 Município de ocorrência	
				01-Residência 02-Habituação coletiva 03-Escola 04-Área de recreação 05-Bar ou similar 06-Via pública 07-Comércio/serviços 08-Indústrias/construção 09-Outro 99-Ignorado				35 Bairro de ocorrência	
				36 Zona de ocorrência 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado					
<b>PERGUNTAR: O que aconteceu? Como? (anotar o relato sucinto no verso do formulário)</b>									
<b>Dados Específicos da Ocorrência</b>		37 Tipo de ocorrência		38 Tipo de vítima		39 Meio de locomoção da vítima		40 No momento do acidente, você usava algum desses equipamentos? (LER)	
		1-Acidente de transporte 2-Queda 3-Queimadura 4-Outros acidentes 5-Lesão autoprovocada 6-Agressão/maus-tratos 7-Intervenção por agente legal público 9-Ignorado		1-Pedestre 2-Conductor 3-Passageiro 4-Outro 8-Não se aplica 9-Ignorado		1-A pé 2-Automóvel 3-Motocicleta 4-Bicicleta 5-Ônibus/micro-ônibus 6-Outro 8-Não se aplica 9-Ignorado		<input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Capacete <input type="checkbox"/> Dispositivo de retenção para transporte de crianças <input type="checkbox"/> Outro	
		41 Outra parte envolvida		42 Tipo de queda		43 Tipo de queimadura		44 Outros acidentes	
		1-Automóvel 2-Motocicleta 3-Ônibus/micro-ônibus 4-Bicicleta 5-Objeto fixo 6-Animal 7-Outra 8-Não se aplica 9-Ignorado		01-Mesmo nível 02-Buraco 03-Leito 04-Outra mobília 05-Andaime 06-Escada/degrau 07-Árvore 08-Telhado/laje 09-Outros níveis 88-Não se aplica 99-Ignorado		1-Fogo/chama 2-Substância quente 3-Objeto quente 4-Choque elétrico 5-Substância química 6-Outros 8-Não se aplica 9-Ignorado		04-Envenenamento/Intoxicação 05-Ferimento por objeto perfurocortante 06-Ferimento por arma de fogo 07-Acidente com animais 08-Queda de objetos sobre pessoa 09-Choque contra objetos/pessoa 10-Entorse (torção) 11-Compressão dentro/entre objetos 12-Outros 88-Não se aplica 99-Ignorado	
		45 Lesão autoprovocada		46 Foi tentativa/suicídio?		47 Natureza da agressão		48 Meio de agressão	
		1-Envenenamento 2-Enforcamento 3-Arma de fogo 4-Ob. perfurocortante 5-Precip. lugar elevado 6-Outro 8-Não se aplica 9-Ignorado		1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9-Ignorado		1-Física 2-Sexual 3-Psicológica 4-Negligência/abandono 5-Outro 8-Não se aplica		01-Força corporal / espancamento 02-Arma de fogo 03-Envenenamento 04-Obj. perfurocortante 05-Obj. contundente 06-Ameaça 07-Subst./Obj. quente 08-Outro 88-Não se aplica 99-Ignorado	
		49 Provável autor da agressão		50 Sexo do provável autor da agressão		51 A ocorrência se deu durante o trabalho ou no trajeto para o trabalho?		52 Você considera essa ocorrência como... (LER)	
		1-Pai/mãe 2-Companheiro(a)/Ex- 3-Outro familiar 4-Amigo/conhecido 5-Ag. legal público 6-Desconhecido 7-Outro 8-Não se aplica 9-Ignorado		1-Masculino 2-Feminino 3-Ambos os sexos 8-Não se aplica 9-Ignorado		1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9-Ignorado		1-Intencional (violência) 2-Não intencional (acidente) 3-Não sabe	
		53 Percepção do entrevistador sobre a ocorrência		54 Você ingeriu bebida alcoólica nas seis horas anteriores à ocorrência?		55 O entrevistador identificou indícios de uso de bebida alcoólica pela vítima?		56 Natureza da lesão (considerar somente o diagnóstico principal)	
		1-Intencional (violência) 2-Não intencional (acidente)		1-Sim 2-Não 9-Ignorado		1-Sim 2-Não 9-Ignorado		01-Sem lesão física 02-Contusão 03-Corte/laceração 04-Entorse/luxação 05-Fratura 06-Amputação 07-Traumatismo dentário 08-Traumatismo crânio-encefálico 09-Politraumatismo 10-Intoxicação 11-Queimadura 12-Outra 99-Ignorado	
<b>Lesão/Evolução</b>		57 Parte do corpo atingida (considerar somente o diagnóstico principal)		58 Evolução na emergência (primeiras 24 horas)		59 Nome e código do entrevistador		60 Data do preenchimento	
		01-Boca/dentes 02-Outra região da cabeça/face 03-Pescoço 04-Coluna/medula 05-Tórax/dorso 06-Abdome/quadri 07-Membros superiores 08-Membros inferiores 09-Genitais/ânus 10-Múltiplos órgãos/regiões 88-Não se aplica 99-Ignorado		1-Alta 2-Encaminhamento ambulatorial 3-Internação hospitalar 4-Encaminhamento para outro serviço 5-Evasão/fuga 6-Óbito 9-Ignorado		SVS - CGDANT - VIVA 2011 - 13/05/2011		61 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX	

## ANEXO B – Parecer Consubstanciado do CEP

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE  
ARACAJÚ/ UNIVERSIDADE  
FEDERAL DE SERGIPE/ HU-



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** INQUÉRITO DE VIOLÊNCIAS E ACIDENTES EM REGIONAL DE SAÚDE DE

**Pesquisador:** Shirley Verônica Melo Almeida Lima

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 10163012.0.0000.0058

**Instituição Proponente:**

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 215.751

**Data da Relatoria:** 01/03/2013

**Apresentação do Projeto:**

- Como anterior.

**Objetivo da Pesquisa:**

- Como anterior.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

- Como anterior.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

- Como anterior

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

- Autorização anexada.

**Recomendações:**

- Não há.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

- Não há.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

ARACAJU, 11 de Março de 2013

---

**Assinador por:**  
Anita Herminia Oliveira Souza  
(Coordenador)

<b>Endereço:</b> Rua Cláudio Batista s/nº	<b>CEP:</b> 49.060-110
<b>Bairro:</b> Sanatório	
<b>UF:</b> SE	<b>Município:</b> ARACAJU
<b>Telefone:</b> (79)2105-1805	<b>E-mail:</b> cephu@ufs.br

## ANEXO C – Reportagem

PUBLICIDADE

Acesse o blog do **e-sergipe**

PUBLICIDADE

**MINAS**  
Tech & Mobile  
RUA DR. LAUDELINO FREIRE, 164 SALA 13  
CENTRO LAGARTO-SE 79 9966-5046



## LAGARTENSE

.com.br Sexta-feira, 13 de setembro de 2013

INÍCIO | NOTÍCIAS 24h | FOTOS | GUIA DO COMÉRCIO | CLASSIFICADOS | TV




**GUIA24h**  
DO COMÉRCIO

Academia

GOOGLE

/ Notícias

12/09/2013 15h17 - Atualizado em 12/08/2010 13h14

### Pesquisa vai apontar perfil de vítimas de violências e acidentes atendidas no HRL

PUBLICIDADE

Limpezas  
Obturações

guiaComércio



Caracterizar o perfil das vítimas de violência e acidentes da região Centro-sul do Estado, atendidas no Hospital Regional 'Monsenhor João Batista de Carvalho Daltro' (HRL), em Lagarto. Com este objetivo, estudantes do curso de enfermagem do Campus/Lagarto da Universidade Federal de Sergipe (UFS) iniciaram este mês pesquisa no HRL, unidade gerenciada pela Fundação Hospitalar de Saúde (FHS).

O levantamento, intitulado "Inquérito de Violências e Acidentes em um Regional de Sergipe", servirá como subsídio para a dissertação de pós-graduação da enfermeira Shirley Verônica Melo Almeida Lima, estudante de Mestrado em Ciências da Saúde no Campus/São Cristóvão da UFS. "Escolhemos o HRL para fazer o levantamento porque já trabalhamos aqui em Lagarto, pela implantação do Campus da Saúde e a estrutura do Hospital Regional, além de haver poucos estudos semelhantes realizados no interior do Estado", explicou Shirley, que também é professora substituta da disciplina Ciclo II - Vigilância em Saúde, do curso de Enfermagem do Campus/ Lagarto da UFS.

Segundo ela, a pesquisa, que tem como orientadora a professora Edilene Curvelo Hora, que integra o Núcleo de Pós-Graduação e o Departamento de Enfermagem da UFS, foi iniciada no dia 15 de agosto e será encerrada na próxima sexta-feira (13), sendo realizada de forma ininterrupta. "São 30 dias consecutivos, nos três turnos - manhã, tarde e noite -, ouvindo todas as vítimas de violências e acidentes", ressaltou a enfermeira. De acordo com Shirley Verônica, até agora o resultado já vem superando as expectativas. "Até a última terça-feira (10), já havíamos entrevistado 970 pacientes em 26 dias de pesquisa, superando a nossa expectativa, que era de 350 em todo o mês", afirmou.

Para o coordenador de Internamento do HRL, Jardel Martins Vasconcelos, o resultado do levantamento poderá servir de base para subsidiar futuras ações direcionadas aos pacientes atendidos no HRL, bem como para nortear políticas públicas voltadas para universo alvo do Inquérito sobre Violências e Acidentes. "O feedback da pesquisa possibilitará à gestão analisar os argumentos do pesquisador, modificando ou implementando ações para melhoria do atendimento aos pacientes alvo do levantamento, assim como permitirá traçar para a população do município e região um retrato sobre a dura realidade que enfrentamos, em especial àquela relacionada ao alto índice de acidentes", pondera o enfermeiro.



Shirley entrevista paciente no HRL (Foto: Ascom/HRL)



Jardel Martins Vasconcelos, coordenador de internamento do hospital (Foto: Ascom/HRL)

## Sobre a pesquisa

No levantamento está sendo aplicado um questionário com 60 itens, que abordam o perfil epidemiológico, social e econômico dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) atendidos no HRL, bem como questões específicas sobre o que caracterizou o acidente ou a violência sofrida. "Investigamos, por exemplo, a parte do corpo atingida e a evolução do paciente, se ele foi internado, transferido, recebeu alta hospitalar ou a óbito", esclarece a enfermeira.

Shirley Verônica disse que durante a pesquisa são coletados dados relacionados a todo tipo de violência ou acidente. "Nesse inquérito entrevistamos vítimas de agressão física e sexual, acidentes de moto, carro, bicicleta, atropelamentos de pedestres, pessoas que sofreram quedas de mesmo nível, de árvore, além de vítimas de queimaduras, ferimentos por armas de fogo e suicídio", acrescenta. Segundo ela, com base nesse levantamento e depois da tabulação dos dados, será possível traçar um perfil mais claro das vítimas de violências e acidentes na região, identificando as mais prevalentes. "Mais pelo que já podemos observar, em sua maioria são vítimas de acidentes motociclísticos", admite a enfermeira.

## Números

De acordo com os relatórios gerenciais do Hospital Regional de Lagarto, entre janeiro a agosto deste ano, as quedas e os acidentes motociclísticos são os principais fatores dos atendimentos de urgência registrados na unidade. Para se ter uma ideia, nos oito primeiros meses deste ano foram atendidos 1.925 pacientes vítimas de quedas e outras 1.628 de acidentes envolvendo motos. Outros 70 foram vitimados por acidentes automobilísticos e 109 por atropelamentos, 226 sofreram agressão física e 1.058 algum tipo de corte, enquanto outros 139 foram mordidos por cães e 73 vítimas de queimaduras. No mesmo período, 44 foram feridos por arma branca (faca, facão, etc) e 57 por arma de fogo.

ASN GOVERNO DE SERGIPE Portal da Saúde SUS

Busca O que deseja buscar?

[Início](#) | 
 [A Secretária](#) | 
 [Serviços](#) | 
 [Rede de Saúde](#) | 
 [Multimídia](#) | 
 [Comunicação](#) | 
 [Concursos](#) | 
 [Notícias](#) | 
 [Programas e Ações](#)

## Pesquisa apontará o perfil de vítimas de violências e acidentes atendidas no Hospital Regional de Lagarto

12/09/2013

Tweepartar 2

Curtir 0 Enviar

Imprimir

Enviar por email



A enfermeira Shirley Verônica Melo Almeida Lima

Por **Tito Lívio Santana**

Caracterizar o perfil das vítimas de violência e acidentes da região Centro-Sul do Estado, atendidas no Hospital Regional Monsenhor João Batista de Carvalho Dalto (HRL), em Lagarto. Com este objetivo, estudantes do curso de enfermagem do Campus/Lagarto da Universidade Federal de Sergipe (UFS) iniciaram pesquisa denominada "Inquérito de Violências e Acidentes em um Regional de Sergipe" no próprio HRL.

A pesquisa servirá como subsídio para a dissertação da enfermeira Shirley Verônica Melo Almeida Lima, mestranda em Ciências da Saúde da UFS. "Escolhi o HRL para





O coordenador de Internamento do HRL, Jardel Martins Vasconcelos



fazer o levantamento porque atuo na unidade e por conhecer a estrutura do Hospital Regional, além de haver poucos estudos semelhantes realizados no interior do Estado. A pesquisa foi iniciada no dia 15 de agosto e se encerrará na próxima sexta-feira, 13 de setembro. Nesse período, conversamos com todas as vítimas de violências e acidentes”, ressaltou a pesquisadora, que tem como orientadora a professora Edilene Curvelo Hora, do Núcleo de Pós-Graduação e o Departamento de Enfermagem da UFS.

De acordo com os relatórios gerenciais do Hospital Regional de Lagarto, entre janeiro a julho deste ano, as quedas e os acidentes motociclisticos foram os principais fatores de atendimento de urgência registrados na unidade. Foram atendidos 1.648 pacientes vítimas de quedas e outros 1.389 de acidentes envolvendo motos. Outros 57 foram vitimados por acidentes automobilísticos e 93 por atropelamentos. 195 sofreram agressão física e 907 algum tipo de corte, enquanto outros 118 foram mordidos por cães e 65 vítimas de queimaduras. No mesmo período, 39 foram feridos por arma branca (faca, facão, etc) e 52 por arma de fogo.

De acordo com Shirley Verônica, o desenvolvimento da pesquisa, até agora, vem superando as expectativas. No levantamento, está sendo aplicado um questionário com 60 itens que aborda o perfil epidemiológico, social e econômico dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) atendidos no HRL, bem como questões específicas sobre o que caracterizou o acidente ou a violência sofrida.

“Até a última terça-feira, 10, entrevistamos 970 pacientes, o que já superou nossa expectativa, que era em torno de 350 pessoas. Investigamos, por exemplo, a parte do corpo atingida e a evolução do paciente, se ele foi internado, transferido, recebeu alta hospitalar ou foi a óbito. Entrevistamos vítimas de agressão física e sexual, acidentes de moto, carro, bicicleta, atropelamentos de pedestres, pessoas que sofreram quedas de mesmo nível, de árvore, além de vítimas de queimaduras, ferimentos por armas de fogo e suicídio. Depois da tabulação dos dados, será possível traçar um perfil dessas vítimas de violências e acidentes na região, identificando as mais prevalentes”, admite.

Para o coordenador de Internamento do HRL, Jardel Martins Vasconcelos, o resultado do levantamento poderá servir de base para subsidiar futuras ações direcionadas aos pacientes atendidos no Hospital de Lagarto, bem como para nortear políticas públicas voltadas para universo alvo do Inquérito sobre Violências e Acidentes. “O retorno da pesquisa possibilitará a análise dos argumentos, modificando ou implementando ações para melhoria do atendimento aos pacientes alvo do levantamento. Isso permitirá traçar para a população do município e região um retrato sobre a dura realidade que enfrentamos, em especial àquela relacionada ao alto índice de acidentes”, pondera.



Praça General Valadão, nº 32  
Centro - Aracaju/SE  
CEP: 49010-520  
Tel. (79) 3234-9500

Início  
A Secretaria  
Legislação  
Concursos  
Agenda  
Notícias  
Links Úteis  
Contato

## PROGRAMAS

Saúde Bucal  
Saúde Criança  
Saúde da mulher  
Saúde Adulto, Idoso e Homem  
Saúde Escola  
DST / AIDS  
Academia da Cidade  
Farmácia Popular  
Controle da Dengue

## REDES DE ASSISTÊNCIA

REUE - Rede de Urgência e Emergência  
REAPS - Rede de Atenção Psicossocial  
Rede Cegonha  
Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas  
Rede de Cuidado às Pessoas com Deficiência