

ATENDIMENTOS DE EMERGÊNCIA NA REDE DE VIGILÂNCIA DE VIOLÊNCIAS E ACIDENTES EM MATO GROSSO, BRASIL, 2008.

EMERGENCY APPOINTMENTS IN THE NETWORK “SURVEILLANCE OF VIOLENCE AND ACCIDENTS”, MATO GROSSO, BRAZIL, 2008.

Noemi Dreyer Galvão¹; Ligia Regina de Oliveira², Marco Aurélio Bertúlio das Neves³, João Henrique G. Scatena⁴

¹ Doutora em Ciências / Departamento de Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso e Secretaria de Estado da Saúde de Mato Grosso.

² Doutora em Saúde Pública-Epidemiologia / Departamento de Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso e Secretaria de Estado da Saúde de Mato Grosso.

³ Mestre em Saúde e Ambiente / Departamento de Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso e Secretaria de Estado da Saúde de Mato Grosso.

⁴ Doutor em Saúde Pública / Departamento de Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso.

Correspondência: (noemidgalvao.mt@terra.com.br)

RESUMO

As causas externas (acidentes e violências) são um importante problema de saúde pública no Brasil. Suas vítimas geram demanda importante aos serviços de urgência e emergência, mas estatísticas sobre esses atendimentos são raras. Para cobrir esta lacuna, o Ministério da Saúde implantou, em 2006, a Rede de Serviços Sentinelas de Vigilância de Violências e Acidentes (Rede VIVA). Este estudo objetivou descrever as características de vítimas e eventos relacionados a causas externas, registrados nos serviços sentinelas da Rede VIVA no Estado de Mato Grosso. Trata-se de um estudo descritivo, transversal, cujos dados foram coletados no mês de setembro de 2008. A coleta de dados ocorreu em plantões de 12 horas e em turnos alternados, utilizando-se a ficha desenvolvida pelo Ministério da Saúde. Foram registrados cerca de 95 atendimentos/dia, a maioria no período diurno, predominando os acidentes de transporte terrestre e a quedas; sobressaindo-se adultos jovens do sexo masculino, e pessoas da raça/cor negra. Ainda que a suspeita de uso de bebida alcoólica tenha sido baixa, ela foi bem mais elevada entre os homens. A grande maioria das vítimas recebeu alta e pouco pôde se inferir sobre a letalidade. A análise de dados provenientes dos atendimentos de urgência e emergência pode revelar o que está por trás das informações disponíveis de mortalidade e morbidade hospitalar e contribuir, desta forma, para a vigilância e redução dos acidentes e violências. **Palavras-chave:** Causas externas, Acidentes, Violência, Lesões, Vigilância

ABSTRACT

External causes (accidents and violence) are a major public health problem in Brazil. Their victims generate significant demand for emergency services, but statistics on these appointments are rare. To cover this gap, the Ministry of Health established in 2006, a Network of Sentinel Services for Violence and Accidents Surveillance (VIVA). This study describes the characteristics of victims and events related to external causes, registered in the services of the Network “VIVA” in Mato Grosso. This is a descriptive, cross-sectional study which data were collected in September of 2008. Data collection took place in alternate shifts of 12 hours, using a form developed by the Ministry of Health. About 95 victims were reported per day, mostly during the daytime, especially caused by traffic accidents and falls; mainly young adult males, and black people. Although the suspected use of alcohol was low, it was much higher among men. Most of the victims were discharged to home and little could be inferred about the lethality. The analysis of the emergency services data, concerning the victims of accidents and violence, may reveal what is behind the information available by the mortality system and the hospital morbidity system, allowing the monitoring and reduction of accidents and violence. **Keywords.** External causes, Accidents, Violence, Injuries, Surveillance

INTRODUÇÃO

A morbimortalidade por causas externas (acidentes e violência) é um relevante problema de saúde pública, haja vista sua magnitude e seu impacto. As mortes, as internações e as sequelas originárias destes agravos têm repercussões no perfil epidemiológico e demográfico, principalmente por atingir as populações jovens, sadias e economicamente ativas, especialmente nos países em desenvolvimento como o Brasil^{1,2,3}.

As violências são lesões intencionais, representadas pelas agressões, homicídios, suicídios, privação ou negligência¹. Embora apresente concepção complexa, a Organização Mundial de Saúde² define a violência como “o uso de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em lesão, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação”.

Por outro lado, o acidente é definido como “evento não intencional e evitável, causador de lesões físicas e emocionais, no âmbito doméstico ou social como trabalho, escola, esporte e lazer”⁴, incluindo nessa categoria, os acidentes de transporte, afogamentos, quedas, queimaduras, dentre outros¹.

No Brasil, na década de 90, mais de um milhão de pessoas morreram por violências e acidentes: cerca de 400.000 por homicídios, 310.000 por acidentes de trânsito e 65.000 por suicídios; o restante, por acidentes em geral⁵.

Segundo dados da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS), em 2007 ocorreram 131.032 mortes violentas no país, destacando-se as agressões (47.700), os acidentes de transporte terrestre (38.419), demais acidentes (22.839) e os suicídios (8.800). A maioria dessas mortes ocorreu entre homens jovens⁶. Já em 2009, ocorreram, na rede hospitalar do SUS, 881.686 internações por acidentes e violências, com um gasto aproximado de R\$ 858 milhões⁷.

Os agravos gerados por acidentes e violências têm sido causas constantes de atendimentos de urgência e emergência e de internações no Brasil, resultando em alta demanda aos serviços de saúde e em sofrimento para as vítimas e seus familiares, além de elevados custos diretos e indiretos e de sequelas, que comprometem a qualidade de vida dos que sofreram esses eventos^{8,9}.

Embora os dados disponíveis nos Sistema de Informação sobre Mortalidade

(SIM) e Sistema de Informações Hospitalares (SIH) sejam úteis para realizar a etapa inicial da descrição dos óbitos e internações e para o monitoramento por meio da vigilância epidemiológica das causas externas, os mesmos não fornecem dados sobre as lesões de menor gravidade, que não implicam em mortes ou internações, mas que são responsáveis por uma grande demanda de atendimentos nos serviços de emergência^{10,11}.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde implantou, em 2006, a Rede de Serviços Sentinela de Vigilância de Violências e Acidentes (Rede VIVA), composta por trinta e quatro municípios selecionados e o DF e tendo como um de seus componentes a vigilância de violências e acidentes em emergências hospitalares¹². Essa estratégia visa o melhor conhecimento da distribuição, magnitude, tendência e fatores de risco das violências e acidentes, além de identificar condicionantes sociais, econômicos e ambientais de sua ocorrência para subsidiar o planejamento e a aplicação de intervenções apropriadas de prevenção e controle¹⁰.

No ano de 2008, em Mato Grosso, a Rede era composta por dois municípios (Cuiabá e Várzea Grande). Além desses, mais quatro outros municípios matogrossenses - Cáceres, Colider, Rondonópolis e Sorriso - realizaram o monitoramento.

Este estudo objetiva descrever as características das vítimas de causas externas atendidas nos serviços integrantes da Rede VIVA – Mato Grosso, em 2008, bem como dos eventos desencadeadores desses atendimentos.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, de corte transversal, cujos dados foram coletados no mês de setembro de 2008.

Foram considerados elegíveis os municípios que possuem Hospital Regional ou Pronto Socorro. De tal modo, o estudo foi realizado em seis serviços públicos de emergência, do Sistema Único de Saúde (SUS/MT), a saber: Pronto-socorros de Cuiabá e Várzea Grande e os Hospitais Regionais de Sorriso, Colider, Rondonópolis e Cáceres.

A população do estudo foi composta pelas vítimas de acidentes e violências que procuraram atendimento nesses serviços de urgência e emergência nos trinta dias do mês de setembro de 2008. A escolha de um único mês deveu-se à tentativa de evitar a interferência dos meses de férias e festas de fim de ano, períodos estes em que se observa o efeito da sazonalidade dos atendimentos

decorrentes de causas externas^{10,11}. A coleta de dados ocorreu em plantões de 12 horas consecutivas, com intervalo de 24 horas, redundando em turnos alternados (diurnos/noturnos).

Os atendimentos foram classificados em dois grupos: acidentes e violências, tendo como base os conceitos da OMS¹. Incluíram-se no primeiro grupo os acidentes de transporte e demais acidentes, esses últimos constituídos pelas quedas, queimaduras, cortes, queda de objetos sobre a pessoa, envenenamento, sufocação, afogamento, dentre outros. O segundo grupo contemplou as agressões, tentativas de suicídio e maus-tratos.

Para a coleta dos dados desses atendimentos foi utilizada a "Ficha de Notificação de Acidentes e Violências em Unidades de Urgência e Emergência"¹³ fornecida pela Coordenadoria Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (CGDANT/SVS/MS). Esse instrumento contém variáveis referentes à identificação do paciente, tipo e local de ocorrência, tipo de acidente e de violência, características do agressor, parte do corpo atingida e evolução.

As variáveis analisadas referentes à vítima foram: sexo, faixa etária, raça/cor, escolaridade. A faixa etária foi categorizada de acordo com as diferentes fases do ciclo da vida: crianças (0-9 anos); adolescentes (10-19 anos), adultos (20-29; 30-39; 40-49; 50-59 anos), idosos (60 anos e mais). A variável raça/cor da pele foi classificada em branca, negra (preta e parda) e outras (indígena e amarela). A escolaridade foi categorizada em: sem escolaridade, de 1 a 8, de 9 a 11 e 12 e mais anos de estudo.

Em relação ao acesso aos serviços, às características do evento e seu desfecho foram estudadas as variáveis: meio utilizado para locomoção até unidade de saúde, local da lesão, horário e local de ocorrência, evolução, suspeita de uso de álcool e acidente de trabalho. As duas últimas variáveis foram tratadas de forma dicotômica (sim, não). O horário de ocorrência foi categorizado considerando períodos diários, distribuídos nos intervalos: matutino (6:00h - 11:59h), vespertino (12:00h - 17:59h), noturno (18:00h - 23:59h) e madrugada (00:00h - 05:59h). As

demais variáveis foram analisadas atendendo as categorias da ficha de notificação supracitada.

As entrevistas foram realizadas por 22 profissionais de saúde mediante supervisão de técnicos designados pelas Secretarias Municipais de Saúde que por sua vez receberam capacitação específica sobre vigilância de violências e acidentes. O instrumento foi preenchido com informações coletadas diretamente do paciente, e quando este não apresentou condições, as mesmas foram obtidas do acompanhante/responsável.

Os dados foram digitados nas Secretarias Municipais de Saúde e a Coordenação Geral do Projeto procedeu a consolidação da base de dados. Utilizou-se para o processamento e análise de dados o programa Epi-Info versão 3.3.2¹⁴. Os dados de morbidade de demanda foram analisados mediante distribuição de frequências absolutas e relativas das variáveis categóricas. Os registros com preenchimento "ignorado", "não se aplica" ou registros em branco (não informado) foram excluídos das análises.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Julio Müller com protocolo de nº 590/CEP/HUJM/08. Como a coleta de dados primários foi realizada em parceria com as áreas de vigilância epidemiológica dos municípios, e por esta se tratar de ação específica dessa vigilância, a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido foi substituída por consentimento verbal.

RESULTADOS

Foram registrados, no período estudado, 2.864 atendimentos nas unidades de urgência e emergência selecionadas. Destes, 2.681 (93,6%) foram de acidentes e 183 (6,4%) de violência. Deste modo, foram 95 atendimentos/dia, o que representa um número importante no processo de identificar as características da morbidade por causas externas demandada aos serviços de urgência e emergência nos seis municípios matogrossenses.

A maioria dos atendimentos foi de sexo masculino (69,7%), com uma razão M/F de 2,3 (Tabela 1); esse indicador foi mais elevado no Hospital Regional de Cáceres (3,7) e menor em Pronto Socorro de Cuiabá (2,1).

Tabela 1 – Distribuição dos atendimentos de emergência por acidentes e violência segundo sexo e unidades da Rede VIVA. Mato Grosso, Brasil, setembro de 2008.

Unidade*	Masculino		Feminino		Total		Razão
	N	%	N	%	N	%	M/F
HR de Cáceres	108	5,4	29	3,3	137	4,8	3,7
HR de Colider	131	6,6	51	5,9	182	6,4	2,6
PS de Cuiabá	949	47,5	458	52,8	1.407	49,1	2,1
HR de Rondonópolis	221	11,1	92	10,6	313	10,9	2,4
HR de Sorriso	192	9,6	83	9,6	275	9,6	2,3
PS de Várzea Grande	396	19,8	154	17,8	550	19,2	2,6
Total	1.997	100,0	867	100,0	2.864	100,0	2,3

*HR = Hospital Regional; PS: Pronto Socorro

Os acidentes de transporte terrestre sobressaíram-se em cinco das sete unidades (Tabela 2), destacando-se os percentuais encontrados nos hospitais regionais de Cáceres (52,9%) e Rondonópolis (42,8%). Os demais acidentes foram mais frequentes nas

unidades de Colider (34,6%) e Cuiabá (33,5%). As quedas foram a terceira causa de demanda à emergência variando de 18,4% a 32,3% dos atendimentos. O maior percentual de agressões deu-se em Várzea Grande (7,6%) e Sorriso (6,5%).

Tabela 2 - Distribuição dos atendimentos de emergência (percentual e razão de sexo) segundo tipo de acidente ou violência e unidades da Rede VIVA. Mato Grosso, Brasil, setembro 2008.

Unidade*	Tipo de Acidente ou Violência									
	Acidente de Transporte		Quedas		Demais Acidentes		Tentativas Suicídio		Agressões	
	%	M/F	%	M/F	%	M/F	%	M/F	%	M/F
HR de Cáceres	52,9	2,4	18,4	4,0	25,0	16,0	0,7	-	2,9	3,0
HR de Colider	31,3	2,6	29,1	2,3	34,6	2,7	1,6	0,5	3,3	-
PS de Cuiabá	31,5	2,9	29,1	1,3	33,5	2,2	0,5	0,8	5,4	4,1
HR de Rondonópolis	42,8	2,6	32,3	1,3	18,5	8,7	0,6	1,0	5,8	2,6
HR de Sorriso	38,9	1,8	23,6	2,4	30,2	4,2	0,7	-	6,5	1,3
PS de V. Grande	31,1	3,4	30,2	2,2	30,4	2,5	0,7	0,3	7,6	2,5
Total	34,4	2,7	28,6	1,6	30,6	2,7	0,7	0,6	5,7	3,0

*HR = Hospital Regional; PS: Pronto Socorro

A razão M/F para acidentes de transporte terrestre foi maior no Pronto Socorro de Várzea Grande (3,4). Já para as quedas destacou-se o Hospital Regional de Cáceres (4,0) e para os demais acidentes, os hospitais regionais de Cáceres (16,0) e Rondonópolis (8,7). Nas agressões, o maior valor foi encontrado no Pronto Socorro de Cuiabá (4,1). Em relação às tentativas de suicídio as razões são quase sempre inversas, tendo em vista o predomínio do número dos atendimentos por este tipo de violência no sexo feminino (Tabela 2).

As maiores proporções de atendimentos foram observadas nas faixas etárias de 20 a 29 anos (26,3%), 10 a 19 anos (18,9%) e 30 a 39 anos (17,5%). A maior razão M/F (2,8) foi encontrada em pessoas de 20 a 29 anos e 30 a 39 anos e a menor (1,5) em idosos (Tabela 3). Com relação à raça/cor, os negros representaram 65,1% dos atendimentos e foi nesse grupo que se encontrou a maior diferença entre os sexos, sendo que o número de atendimentos em homens foi 2,6 vezes superior ao de mulheres. Observou-se que 50,7% dos pacientes

informaram ter cursado de um a oito anos de estudo e 39,1% de 9 a 11 anos de estudo, sendo que as menores proporções (4,7%) foram constituídas por pessoas com 12 ou mais anos de estudo (Tabela 3).

Os meios de locomoção mais utilizados para o acesso ao serviço de emergência foram: veículo particular (55,7%), serviço de urgência pré-hospitalar - Resgate/SAMU (17,0%), e ambulâncias (16,1%). Merece destaque as razões M/F entre os que chegaram em viatura policial (4,7) e a pé (3,8), como observado na Tabela 4.

As regiões do corpo atingidas mais frequentemente foram os membros inferiores

(34,0%), membros superiores (31,6%) e cabeça/face (17,9%) com distribuição percentual semelhante para homens e mulheres (Tabela 4). Apenas para lesões em órgãos genitais/ânus há o predomínio de mulheres em relação aos homens (Razão M/F = 0,8).

Constatou-se a suspeita de uso de álcool em 6,2% dos atendimentos (Tabela 4), suspeita esta que foi mais elevada no sexo masculino (Razão M/F = 9,9). Os maiores percentuais foram registrados em Várzea Grande (10,4%) e Sorriso (9,3%).

Tabela 3 – Distribuição dos atendimentos de emergência por acidentes e violência (Nº, % e Razão M/F) segundo características das vítimas. Mato Grosso, Brasil, setembro de 2008.

Características	Masculino		Feminino		Total		Razão M/F
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Faixa etária (anos)							
< 10	258	13,0	165	19,0	423	14,9	1,6
10 -19	376	18,9	166	19,1	542	18,9	2,3
20-29	555	27,9	199	23,0	754	26,3	2,8
30-39	369	18,5	132	15,2	501	17,5	2,8
40-49	228	11,4	87	10,0	315	11,0	2,6
50-59	110	5,5	54	6,2	164	5,7	2,0
60 e mais	96	4,8	64	7,4	160	5,6	1,5
Total	1.992	100,0	867	100,0	2.859	100,0	2,3
Raça/cor							
Branca	622	31,4	338	39,0	960	33,7	1,8
Negra	1.335	67,4	517	59,8	1.852	65,1	2,6
Outras	25	1,3	10	1,2	35	1,2	2,5
Total	1.982	100,0	865	100,0	2.847	100,0	2,3
Escolaridade (anos de estudo)							
Sem escolaridade	86	4,8	55	7,3	141	5,5	1,6
1 a 8 anos	956	53,2	338	44,7	1.296	50,7	2,8
9 a 11 anos	691	38,5	307	40,6	998	39,1	2,3
12 anos e mais	64	3,6	56	7,4	120	4,7	1,1
Total	1.797	100,0	756	100,0	2.553	100,0	2,4

Do total de acidentes, 21,2% foram relacionados ao trabalho (Tabela 4), cuja frequência foi mais elevada entre os homens

(Razão = 6,6), destacando-se os achados de Sorriso (41,1%), Rondonópolis (34,7%) e Colider (32,8%).

Tabela 4 – Distribuição dos atendimentos de emergência por acidentes e violência (Nº, % e Razão M/F) segundo meio de locomoção, local de lesão, suspeita de uso de álcool e relação ao trabalho. Mato Grosso, Brasil, setembro de 2008.

Características	Masculino		Feminino		Total		Razão
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	M/F
Meio de locomoção							
A pé	30	1,5	8	0,9	38	1,3	3,8
Veículo particular	1.082	54,5	502	58,5	1.584	55,7	2,2
Viatura policial	42	2,1	9	1,0	51	1,8	4,7
SAMU/Resgate	351	17,7	131	15,3	482	17,0	2,7
Ambulância	344	17,3	113	13,2	457	16,1	3,0
Transporte Coletivo	111	5,6	86	10,0	197	6,9	1,3
Outro	25	1,3	9	1,0	34	1,2	2,8
Total	1.985	100,0	858	100,0	2.843	100,0	2,3
Local da Lesão							
Cabeça/face	362	18,4	142	16,7	504	17,9	2,5
Pescoço	25	1,3	8	0,9	33	1,2	3,1
Boca/dentes	24	1,2	12	1,4	36	1,3	2,0
Coluna/medula	38	1,9	22	2,6	60	2,1	1,7
Tórax/dorso	70	3,6	19	2,2	89	3,2	3,7
Abdome/quadril	52	2,6	33	3,9	85	3,0	1,6
Membros superiores	642	32,6	248	29,2	890	31,6	2,6
Membros inferiores	649	32,9	310	36,5	959	34,0	2,1
Órgãos genitais/ânus	4	0,2	5	0,6	9	0,3	0,8
Múltiplos órgãos/regiões	105	5,3	50	5,9	155	5,5	2,1
Total	1.971	100,0	849	100,0	2.820	100,0	2,3
Suspeita do uso de álcool							
Sim	159	8,1	16	1,9	175	6,2	9,9
Não	1.802	91,9	845	98,1	2.647	93,8	2,1
Total	1.961	100,0	861	100,0	2.822	100,0	2,3
Acidente de Trabalho							
Sim	524	26,4	80	9,3	604	21,2	6,6
Não	1.458	73,6	783	90,7	2.241	78,8	1,9
Total	1.982	100,0	863	100,0	2.845	100,0	2,3

Vias públicas (ruas e rodovias) foram os principais locais de ocorrência desses eventos (41,5%), com elevado percentual (33,9%) também nas residências (Tabela 5). Entre os homens, os eventos ocorreram em

maior proporção na via pública (42,9%), enquanto o domicílio (48,8%) foi o local mais frequente para a ocorrência dos acidentes e/ou violências entre as mulheres. A razão M/F foi mais elevada para ocorrências em locais

relacionados ao trabalho (indústria/construção) e a práticas esportivas, respectivamente com 30,3 e 8,4.

Quanto ao horário de ocorrência, observou-se maior frequência de atendimentos no período diurno – 6:00h às 17:59h (64,1%) - principalmente no vespertino (Tabela 5). No entanto, a análise por intencionalidade, mostrou que os acidentes ocorreram com maior frequência no período diurno (65,7%)

enquanto as violências, no período noturno (60,3%).

Sobre a evolução dos casos, 68,6% ocorreram por alta, 17,1% foram encaminhados para internação hospitalar e 13,6% direcionados ao acompanhamento ambulatorial (Tabela 5). A letalidade nas unidades de urgência e emergência estudadas foi de 0,4%, destacando-se a sobremortalidade masculina (4,5).

Tabela 5 – Distribuição dos atendimentos de emergência por acidentes e violência (Nº, % e Razão M/F) segundo local e horário de ocorrência e evolução. Mato Grosso, Brasil, setembro de 2008.

Características	Masculino		Feminino		Total		Razão
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	M/F
Local de ocorrência							
Residência	544	27,4	418	48,8	962	33,9	1,3
Escola	71	3,6	39	4,6	110	3,9	1,8
Local de prática esportiva	109	5,5	13	1,5	122	4,3	8,4
Bar ou similar	32	1,6	10	1,2	42	1,5	3,2
Via pública	851	42,9	326	38,1	1.177	41,5	2,6
Comércio/serviços	201	10,1	31	3,6	232	8,2	6,5
Indústria/construção	91	4,6	3	0,4	94	3,3	30,3
Outros + Hab. Coletiva	84	4,3	16	1,8	100	3,5	5,3
Total	1.983	100,0	856	100,0	2.839	100,0	2,3
Horário de ocorrência							
Matutino (6:00-11:59h)	519	26,3	214	25,0	733	25,9	2,4
Vespertino (12:00-17:59h)	763	38,6	319	37,2	1082	38,2	2,4
Noturno (18:00-23:59h)	496	25,1	248	28,9	744	26,3	2,0
Madrugada (00:00-5:59h)	197	10,0	76	8,9	273	9,6	2,6
Total	1.975	100,0	857	100,0	2.832	100,0	2,3
Evolução							
Alta	1.312	66,4	632	73,5	1.944	68,6	2,1
Ambulatorial	267	13,5	118	13,7	385	13,6	2,3
Internação hospitalar	379	19,2	106	12,3	485	17,1	3,6
Evasão/fuga	8	0,4	2	0,2	10	0,4	4,0
Óbito	9	0,5	2	0,2	11	0,4	4,5
Total	1.975	100,0	860	100,0	2.835	100,0	2,3

DISCUSSÃO

A maior proporção de vítimas de acidentes e violências concentrou-se no sexo masculino, numa razão de 2,3, valor semelhante ao encontrado em outros estudos^{15, 17}.

Predominaram os acidentes de transporte, seguidos por quedas e outros acidentes. Resultado este diferente dos encontrados no estudo da Grande Cuiabá¹⁵ e em consonância com estudos nos municípios de Cuiabá¹⁶ e Alta Floresta¹⁷, todos realizados no Estado de Mato Grosso. Tais resultados sugerem desigualdades relacionadas tanto à

demografia e ao perfil da população, quanto às características da estrutura viária, da frota de veículos e mesmo dos serviços de urgência e emergência locais.

A análise da razão M/F segundo tipo de causa mostrou diferenças importantes. Enquanto a razão nas agressões foi de 3,0, entre as tentativas de suicídio ela foi 0,6, congruente a estudo realizado em Cuiabá/MT, em 2005, que apresentou razão de 3,5 e 0,4, respectivamente¹⁶. Cabe destacar que a relação M/F na população geral do Estado de Mato Grosso é de 1,04.

Sobressaíram-se nos atendimentos os adolescentes e adultos jovens, grupos relatados em diversos estudos como as vítimas mais frequentes de causas externas^{15,16,18,19}. Todavia a participação de crianças menores de 10 anos também foi expressiva, especialmente no sexo feminino. Oliveira e Mello Jorge¹⁶ e Mesquita Filho e Mello Jorge¹⁸ também encontraram percentuais elevados no atendimento em urgência e emergência por causas externas neste grupo etário.

Vários fatores culturais, familiares e sociais são apontados na literatura para a ocorrência de acidentes e violência na infância, entre eles o abuso físico ou descuido infantil^{9,10,20,21}. Mascarenhas²¹ encontrou o predomínio de abuso físico e negligência/abandono entre os tipos de violência contra a criança, este um importante problema social, caracterizado pela omissão ou ato de deixar de prover as necessidades e cuidados básicos para o desenvolvimento físico, emocional e social da pessoa - o abandono é uma forma extrema de negligência. Resultados semelhantes foram encontrados por Silva e Ferriani²².

Como referido, a estrutura etária da população pode interferir nos resultados deste tipo de estudo. Observou-se que a distribuição etária da população matogrossense revela que crianças menores de 10 anos representam cerca de 15% da população geral e os adolescentes cerca de 19%; proporções semelhantes às da demanda encontrada nos serviços de urgência. Por outro lado, os adultos jovens (20 a 29 anos) perfazem 19% da população, no entanto representaram cerca de 26% da demanda das unidades estudadas.

Em Mato Grosso os negros representam um pouco mais da metade da população (54%). Esse grupo predominou nos atendimentos por acidentes e na violência ratificando outras pesquisas no Brasil^{10,11,15,16,23}. Esta característica ocorre não apenas em atendimentos de urgência e emergência, mas também na mortalidade a

população negra apresenta maiores riscos^{10,24,25}. Embora a raça/cor não defina o grupo social, as diferenças étnicas associam-se a desigualdades sociais e condicionam a forma de viver e de morrer de grupos populacionais. A etnia em si não é um fator de risco, mas a inserção social adversa de um grupo racial/étnico é que se constitui em característica de vulnerabilidade²⁴.

O baixo nível de escolaridade (sem escolaridade e 1 a 8 anos de estudo) também merece destaque apresentando resultados semelhantes a outros estudos nacionais^{5,15,26}, nos quais igualmente se verificou relação inversa entre a ocorrência de acidentes e o número de anos de estudo da vítima.

Os principais meios de locomoção utilizados até os serviços de urgência e emergência (veículo particular, SAMU/Resgate e ambulância) foram similares ao verificado em outras localidades^{9,10,16,23}.

Neste estudo, observou-se ainda que os membros superiores e inferiores foram as regiões do corpo mais afetadas, em consonância com alguns autores^{10,15,17}. As lesões na região da cabeça e pescoço também apresentaram percentual considerável, semelhante a estudos da Rede VIVA em 2006^{10,11}, na Grande Cuiabá¹⁵ e num município da região Sul do país²⁷.

A suspeita de uso de bebida alcoólica pela vítima foi baixa quando comparada a outros trabalhos^{11,15,17,28}. Tal fato deve ser estudado sempre à luz dos diferentes métodos para obtenção deste dado, pois é reconhecida a associação entre o consumo de bebidas alcoólicas e a ocorrência de eventos violentos e acidentes de trânsito. O consumo de álcool contribui para alterações neurológicas, que podem provocar euforia, sensação de liberdade, déficit nas habilidades visuais e de movimento, facilitando a violência e os acidentes de trânsito com vítimas fatais^{27,28,31,32}. Esse consumo está relacionado também a fatores como o baixo custo de algumas bebidas alcoólicas e a propaganda. A aguardente de cana ou "cachaça" e a cerveja são exemplos de bebidas acessíveis a praticamente qualquer estrato social no país, favorecendo seu consumo. Já a publicidade influencia-o mediante fatores como exposição, lembrança e apreciação de propagandas por parte do público³³.

Cerca de 21% dos atendimentos foram relacionados a acidentes de trabalho. Esses dados se assemelham a dois estudos realizados no Estado de Mato Grosso^{15,16}, no entanto diferem de pesquisa realizada no interior do estado do Rio Grande do Sul no

qual apenas 7,2% dos atendimentos se referiam a acidentes de trabalho³⁴.

O local de ocorrência mais frequente foi a via pública, isto por conta dos acidentes de transporte terrestre e das agressões. Alguns estudos apontam resultados diferentes, nos quais a residência se destaca como local da ocorrência do agravo que redundou em atendimentos nas unidades de urgência e emergência. Isto pela alta demanda de acidentes domésticos, como quedas, queimaduras, intoxicações entre outros^{16,18}. Supõe-se que essas diferenças estejam relacionadas à complexidade desses serviços.

Os acidentes deram-se principalmente no período diurno, enquanto os atendimentos por violências ocorreram principalmente no período noturno. Outros estudos também mostram que, em geral os acidentes são mais frequentes no período diurno, e como esses correspondem à maioria dos atendimentos em unidades de urgência e emergência, acabam por influenciar nos resultados globais^{10,18,23,35}.

A literatura menciona que o destino do paciente após o atendimento de emergência pode ser empregado como medida indireta da gravidade da lesão^{10,11,36}. Neste estudo observou-se que a grande maioria das vítimas recebeu alta, denotando o caráter leve dos agravos e evidenciando a distribuição inadequada dos pacientes entre os serviços públicos de emergência e os de atenção primária. Provavelmente uma parcela importante desses eventos poderia ser evitada por meio de medidas preventivas, minimizando assim, os transtornos às vítimas e seus familiares e reduzindo os gastos com assistência em saúde. Quanto à letalidade, embora ela tenha sido baixa, pouco se pode inferir, a partir deste dado, posto que ele refere-se apenas ao desfecho na unidade de emergência, não captando o que pode ter ocorrido à vítima, na hospitalização ou mesmo após a alta.

Há de se considerar também que os resultados apresentados neste estudo cobrem apenas os serviços públicos de emergência e provavelmente algumas vítimas tenham sido atendidas em serviços privados, existentes nos municípios. Outra questão que se impõe é o fato de que parte dos acidentes e violências apresentam caráter muito grave e a morte pode dar-se no próprio local de ocorrência do evento, dispensando, portanto, um atendimento em unidades de urgência.

CONCLUSÃO

Ao tempo que o estudo apresenta um recorte pontual, ele aborda um aspecto

importante de um dos principais problemas de saúde da atualidade – as causas externas – produzindo informações a respeito destes eventos e de suas vítimas; com isso agrega valor às informações de morbimortalidade mais amplamente exploradas.

A análise de dados provenientes dos atendimentos de urgência e emergência pode revelar o que está por trás das informações disponíveis de mortalidade e morbidade hospitalar, evidenciando riscos não perceptíveis nas informações providas pelo SIM e SIH-SUS e possibilitando a construção de mecanismos de prevenção à violência e promoção da saúde.

Apesar das limitações mencionadas, estudos desta natureza contribuem para o conhecimento dos acidentes e violências tendo em vista que tais agravos configuram problemas com crescente magnitude e transcendência, tanto nos municípios matogrossense como em centenas de outros, país afora. Reduzir este impacto é um dos principais desafios das medidas de prevenção e das ações de promoção intersectoriais nos três níveis de governo.

Assim, melhorar a informação sobre acidentes e violências é contribuir com a vigilância dessas causas e, conseqüentemente, com a redução desses importantes agravos.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos à FAPEMAT e SES/MT, pelo apoio financeiro recebido na etapa de coleta de dados; à SVS/MS, pela cessão da Ficha de Notificação de Acidentes e Violência e da matriz para processamento de dados, no EPI-Info; às Secretarias Municipais de Saúde de Cáceres, Cuiabá, Colider, Rondonópolis, Sorriso e Várzea Grande.

REFERENCIAS

1. World Health Organization. **Injury surveillance guidelines**. Geneva: WHO; 2001.
2. World Health Organization. **World report on violence and health**. Geneva, WHO; 2002.
3. World Health Organization. **Guidelines for conducting community surveys on injuries and violence**. Geneva: WHO; 2004.

4. Brasil. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências: **Portaria GM 737**, de 16.5.2001, publicada no Diário Oficial da União nº 96, Brasília, 18 mai. 2001. Seção 1E.
5. Minayo MCS, Souza ER, Malaquias JV, Reis AC, Santos NC, Veiga JPC et al. Análise da morbidade hospitalar por lesões e envenenamentos no Brasil em 2000. In: Minayo MCS, Souza ER, organizadores. **Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003: 109-129.
6. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância da Saúde. **Departamento de Análise de Situação de Saúde** [internet site]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/extuf.def>. Acesso em 21 de abril de 2010.
7. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância da Saúde. **Departamento de Análise de Situação de Saúde** [internet site]. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/fiuf.def>. Acesso em 21 de abril de 2010.
8. Blank D. Prevenção e controle de injúrias físicas: saímos ou não do século 20? **J Pediatr** 2002; 78(2):84-6.
9. Deslandes SF, Assis SG, Santos NC. **Violências envolvendo crianças no Brasil: um plural estruturado e estruturante**. In: ministério da Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2005: 43-78.
10. Mascarenhas MDM, Silva MMA, Malta DC, Moura L, Gawryszewski VP, Costa VC et al. Atendimentos de emergência por acidentes na Rede de Vigilância de Violências e Acidentes: Brasil, 2006. **Cienc Saude Colet** 2009; 14(5):1657-68.
11. Mascarenhas MDM, Silva MMA, Malta DC, Moura L, Macário EM, Gawryszewski VP 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 Serviço Saude** 2009; 18(1):17-28.
12. Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.356**, de 23 de Junho de 2006. Institui incentivo aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios para a Vigilância de Acidentes e Violências em Serviços Sentinela, com recursos da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). Diário Oficial da União 2006; 27 de setembro.
13. 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** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. p. 23. (Série G. Estatística e Informação em Saúde). disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/viva_2006_2007.pdf Acessado 11 02 11
14. CDC - Centers for Disease Control and Prevention. Epi Info, Version 3.3.2. **Database and statistics software for public health professionals**. Atlanta: CDC; 2004.
15. Soares BAC, Scatena JHG, Galvão ND. Acidentes e Violência na Grande Cuiabá: o que retrata a demanda dos serviços de emergência. **Epidemiol Serviço Saude** 2009; 18(3):265-76.
16. 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.
17. Marchese VS, Scatena JHG, Ignoti E. Caracterização das vítimas de acidentes e violências atendidas em serviço de emergência: município de Alta Floresta, MT (Brasil). **Rev Bras Epidemiol** 2008; 11(4):648-59.
18. Mesquita Filho M; Mello Jorge MHP. Características da morbidade por causas externas em serviço de urgência. **Rev Bras Epidemiol** 2007; 10(4):679-91.
19. Bastos YGL, Andrade SM, Soares DA. Características dos acidentes de trânsito e das vítimas atendidas em serviço pré-hospitalar em cidade do Sul do Brasil, 1997/2000. **Cad Saude Publica** 2005; 21(3):815-22.

20. Concha-Eastman A, Villaveces A. **Guias para el diseño, implementación y evaluación de sistemas de vigilancia epidemiológica de violencias y lesiones**. Washington DC: OPAS; 2001.
21. Mascarenhas MDM, Malta DC, Silva MMA, Lima CM, Carvalho MGO, Oliveira VLA. Violência contra a criança: revelando o perfil dos atendimentos em serviços de emergência, Brasil, 2006 e 2007. **Cad Saude Publica** 2010; 26(2):347-57.
22. Silva MAI, Ferriani MGC. Domestic violence: from the visible to the invisible. **Rev Latinoam Enferm** 2007; 15:275-81.
23. Mascarenhas MDM, Pedrosa AAG. Atendimentos de emergência por violência em serviços públicos de Teresina, PI. **Rev Bras Enferm** 2008; 61(4):493-9.
24. Batista LE, Escuder MML, Pereira JCR. A cor da morte: causas de óbito segundo características de raça no Estado de São Paulo, 1999 a 2001. **Rev Saude Publica** 2004; 38(5):630-6.
25. Brasil. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil: uma análise da situação de saúde**. Brasília: MS; 2005.
26. Souza MFM, Malta DC, Conceição GMS, Silva MMA, Gazal-Carvalho C, Morais Neto OL. Análise descritiva e de tendência de acidentes de transporte terrestre para políticas sociais no Brasil. **Epidemiol Serviço Saude** 2007; 16(1):33-44.
27. 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.
28. Castro MB, Rendón LF, Rojas MC, Durán CA, Albornoz M. Caracterización de los pacientes con lesiones de causa externa mediante un sistema de vigilancia epidemiológica. **Rev Colomb Cir** 2006; 21:180-9.
29. Castillo MMA, Caufield C, Gómez Meza MV. Consumo de drogas y violencia laboral em mujeres trabajadoras de Monterrey, N.L., México. **Rev Latinoam Enferm** 2005; 13(Esp): 1164-8.
30. Zilberman ML, Blume SB. Violência doméstica, abuso de álcool e substâncias psicoativas. **Rev Bras Psiquiatr** 2005; 27(Sup): S51-S55.
31. Abreu AMM, Lima JMB, Matos LN, Pillon SC. Uso de álcool em vítimas de acidentes de trânsito: estudo do nível de alcoolemia. **Rev Latinoam. Enferm** 2010; 18:513-520.
32. Malta DC, Soares-Filho AM, Montenegro MMS, Mascarenhas MDM, Silva MMA, Lima CM, Otaliba LMN et al. Análise da mortalidade por acidentes de transporte terrestre antes e após a Lei Seca - Brasil, 2007-2009. **Epidemiol Serviço Saúde** 2010; 19(4):317-28.
33. Zaleski Marcos, Pinsky Ilana, Laranjeira Ronaldo, Ramisetty-Mikler Suhasini, Caetano Raul. Violência entre parceiros íntimos e consumo de álcool. **Rev Saude Publica** 2010; 44(1):53-9.
34. Santos JLG, Garlet ER, Figueira RB, Lima SBS, Prochnow AG. Acidentes e Violências: caracterização dos atendimentos no pronto-socorro de um hospital universitário. **Saude Soc** 2008; 17(3):211-8.
35. Barros AJD, Amaral RL, Oliveira MSB, Lima SC, Gonçalves EV. Acidentes de trânsito com vítimas: sub-registro, caracterização e letalidade. **Cad Saude Publica** 2003; 19(4):979-86.
36. Andrade SM, Mello Jorge MHP. Acidentes de transporte terrestre em município da Região Sul do Brasil. **Rev Saude Publica** 2001; 35(3):318-20.

Recebido em 10/1/2011.

Aceito em 23/4/2011.