

Caracterização das vítimas de acidentes e violências atendidas em serviço de emergência. Município de Alta Floresta, MT (Brasil)

Characterization of victims of accidents and violence. Emergency Service of Alta Floresta - MT (Brazil)

Vania Salete Marchese¹

João Henrique Gurtler Scatena²

Eliane Ignotti³

¹ Secretária de Estado de Saúde de Mato Grosso/ERS Alta Floresta

² Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso

³ Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Mato Grosso

Agradecimentos: Os autores agradecem ao CNPq (proc. 620161/04-03) e à FAPEMAT (proc. 0300/04), pelo apoio financeiro recebido na etapa de coleta de dados; e ao Ministério da Saúde/SVS, pela cessão da Ficha de Notificação de Acidentes e Violência e da matriz para processamento de dados.

Correspondência: Vânia Salete Marchese. Rua Visconde do Rio Branco, 1485 Ap.604 - Curitiba, Paraná CEP 80420-210. E-mail:vaniamarchese@yahoo.com.br

Resumo

Introdução: Em Alta Floresta - MT, embora os acidentes e violências sejam responsáveis por importante parcela da morbidade hospitalar e da mortalidade, principalmente entre a população jovem, não se conhecia o que tais agravos representam, em termos de morbidade ambulatorial. **Objetivo:** Apresentar a caracterização das vítimas de violências e acidentes em serviço de emergência no município de Alta Floresta - MT. **Material e Métodos:** Estudo descritivo dos registros de todos os atendimentos de emergência ocorridos em três meses de 2006, por meio de ficha de notificação específica para acidentes e violências. **Resultados:** Dos 7.394 atendimentos no período, 583 (7,9%) foram prestados às vítimas de acidentes e violências, a maioria do sexo masculino, com idade entre 20 e 39 anos, branca, e com escolaridade inferior a 8 anos. Dentre as ocorrências, predominaram os acidentes: foram 239 (41,0%) acidentes de transportes, destacando-se os de motocicleta; 153 quedas (26,2%) e 167 (28,7%) outros acidentes. Dentre os registros de violências, 16 (2,7%) foram agressões e 8 (1,4%) tentativas de suicídio. A suspeita de uso de álcool, entre maiores de 18 anos, foi registrada em 12,0% das vítimas de acidentes e violências. No entanto, entre as vítimas de agressões este percentual foi muito mais elevado (91,7%). Observou-se também importante relação dos acidentes com a categoria trabalho. **Conclusão:** O conhecimento adequado das características das vítimas dos acidentes e violências é imprescindível para o processo de deflagração de medidas efetivas que visem reduzir tais agravos.

Palavras-chave: Acidentes. Violência. Morbidade. Emergências.

Abstract

Introduction: Accidents and violence are important causes of hospital admissions and mortality in the municipality of Alta Floresta, especially among young people. However, the magnitude of the problem, in terms of outpatient services is not known.

Objective: To characterize victims of accidents and violence at the emergency service of the city of Alta Floresta. **Methods:** Descriptive study on the occurrence of emergencies resulting from accidents or violence, during three months of 2006. All cases were recorded on a specific form. **Results:** Of the 7,394 outpatients in the period, 583 (7.9%) were victims of accidents and violence; most of them were male, between 20 and 39 years of age, white, and with less than eight years of formal education. Accidents were predominant: 239 (41.0%) traffic accidents, most of them by motorcycle (64.9%); 153 falls (26.2%) and 167 (28.7%) others. Regarding violence, 16 (2.7%) were assaults and 8 (1.4%) suicide attempts. Possible alcohol use was identified in 12% of accidents and violence victims, but among the assault victims this proportion was more relevant (91.7%). An important relation between other accidents and the "work" category was observed. **Conclusion:** Adequate knowledge about the characteristics of accidents and violence victims is essential to identify effective measures to reduce such injuries.

Keywords: Accidents. Violence. Morbidity. Emergency.

Introdução

Nos últimos anos, um aumento expressivo da violência vem sendo evidenciado no Brasil e no mundo, tornando-se uma preocupação crescente de toda sociedade. Os acidentes e violências representam importante parcela da mortalidade em todos os países do mundo, estando geralmente entre as cinco primeiras causas de morte¹⁻³.

Em 2002, 126.657 pessoas morreram por acidentes e violências, no Brasil. Este número representa 12,5% do total das causas de morte, com um coeficiente de 71,6 por 100.000 habitantes⁴. A escalada de violência se mantém: o incremento foi de 17,0% em relação à década de 80 e 3,4% em relação à de 90. Entre as causas externas, as agressões (homicídios) e os acidentes de trânsito mostraram os maiores coeficientes em 2003: 28,9 e 19,0 por 100.000 habitantes, respectivamente. Estes dois subgrupos concentram 66,8% de todas as mortes por causas externas⁵.

No que se refere à morbidade hospitalar, dados do Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) mostram que as causas externas foram responsáveis por uma parcela importante das internações no Brasil nos últimos anos⁴. As quedas ocuparam o primeiro lugar entre os motivos de internações em 2000, representando 42,8% das internações no Brasil⁶. Entre as internações, 58,5% deveram-se a fraturas, especialmente em membros superiores (29,0%), seguidas dos membros inferiores (24,7%). O sexo masculino apresentou maior número de internações com diagnóstico de fraturas, porém, especificamente em relação às fraturas do fêmur, o número de mulheres hospitalizadas se aproxima do número de homens.

Dados mais recentes do Ministério da Saúde, trabalhados por Oliveira⁷, mostram que, em 2005, excluídos os partos, cerca de 9% das internações ocorridas no Brasil (na rede do SUS) decorrem de lesões e traumatismos por causas externas (capítulo XIX e capítulo XX-CID 10). Dessas internações, as quedas representaram 41,8%, os acidentes

de transporte 15,8%, as agressões 10,0% (incluídas as intervenções legais) e as lesões autoprovocadas 7,8%.

Não somente no Brasil, mas também em outros países do mundo, é principalmente a partir de dados de mortalidade que se estudam as causas externas, em razão da facilidade de obtenção e da qualidade destes dados⁸. Os dados referentes às internações e aos atendimentos em serviços de emergências nem sempre são facilmente disponíveis, pois muitas vezes dependem de estudos específicos⁶. No que tange às internações hospitalares, estão disponíveis os dados que contemplam o diagnóstico secundário no SIH/SUS a partir do ano de 1998. Tais registros referem-se à origem do trauma, da lesão ou do envenenamento que fomentou a internação, expressos conforme o capítulo XX, da CID-10⁹.

Alguns autores referem que as estatísticas hospitalares permitem delinear um quadro quase completo da morbidade mais grave da população, qual seja, a que leva à hospitalização^{10,11}. Sendo assim, o aprimoramento dos dados, que cubram as causas, a abrangência e as conseqüências dos acidentes e violências, é elemento importante no direcionamento das políticas de prevenção e redução de tais agravos.

No Brasil, o Sistema de Vigilância dos Acidentes e Violências está baseado no acompanhamento dos dados do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) e no monitoramento das informações das internações hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS). Esses dados, embora importantes, não permitem mensurar a magnitude de acidentes e violências que demandam aos serviços de urgência e emergência, em razão de estes nem sempre resultarem em internação ou óbito.

Em 2006, o Ministério da Saúde, mais especificamente a Secretaria de Vigilância em Saúde, na área técnica de vigilância, prevenção e controle de acidentes e violências, considerou a estratégia de implantação da vigilância em serviços sentinela como uma opção viável, que apresenta potencial para gerar informações de qualidade¹². A

implantação da Vigilância de Acidentes e Violências deu-se em 2006¹³, sendo priorizados os serviços de urgência e emergência de 39 municípios das 27 unidades da federação (inclusive os dois maiores municípios mato-grossenses: Cuiabá e Várzea Grande) e desenvolvido instrumento específico de coleta de dados. No âmbito da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, decidiu-se incluir também o Município de Alta Floresta, na primeira etapa da implantação.

O presente trabalho busca apresentar a caracterização das vítimas de acidentes e violências em serviço de emergência, no município de Alta Floresta – MT.

Material e Método

Estudo transversal, com base em dados primários de notificação de acidentes e violências, relativos aos atendimentos realizados no âmbito do serviço público de atenção a emergências do município de Alta Floresta – MT. Este serviço tem como clientela os usuários do SUS, e em razão de possuir maior estrutura e equipe, é referência regional, atendendo praticamente todo o universo da demanda de emergência dos municípios que compõem a microrregião de Alta Floresta. O município-sede localiza-se na região norte do Estado de Mato Grosso, em área de Amazônia legal, com população estimada de 47.281 habitantes, em 2006¹⁴.

A população em estudo foi constituída pelos residentes do município, vítimas de acidentes e/ou violências, que buscaram atendimento naquele serviço de saúde, entre 10 de julho e 10 de outubro de 2006. O período de estudo cobriu aquele definido pelo Ministério da Saúde (setembro/2006), sendo ampliado para diminuir o efeito de variações casuais, possíveis quando o número de ocorrência do evento de interesse é reduzido, variações estas mais evidentes em município de pequeno porte populacional.

Como instrumento de coleta de dados foi utilizada a Ficha de Notificação de Acidentes e Violências em Unidades de Urgência e Emergência, desenvolvida e

testada pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. A referida ficha contempla dados de identificação, demográficos e sociais das vítimas; e dados referentes ao agravo que incluem local de ocorrência, especificação do acidente ou da violência, lesão, evolução, atividade realizada no momento do agravo, suspeição de uso de álcool ou droga, entre outros. Especificamente em relação à lesão, a Ficha de Notificação contempla a natureza da mesma (fratura, entorse, queimadura, etc.) e a parte do corpo atingida; para a primeira variável a ficha permite apenas o registro da lesão principal, enquanto para a segunda, podem ser registrados os vários segmentos do corpo atingidos, de cada vítima.

A coleta de dados foi feita pelos profissionais de enfermagem do serviço, após capacitação dos mesmos. Para tanto, foram respeitados os turnos regulares de atendimento, no intuito de envolver todos os profissionais de plantão. Para evitar perdas de casos realizou-se busca ativa nos registros em prontuários, a partir dos livros de entrada de casos naquele serviço. As falhas de preenchimento da ficha de notificação foram saneadas junto aos prontuários de atendimento. Para a digitação e o processamento dos dados utilizou-se o programa EPI-INFO, versão 3.3.2. O treinamento, supervisão, busca ativa, codificação dos dados da ficha de notificação foram realizados pela primeira autora desse estudo.

Os acidentes e as violências foram classificados, processados e analisados tal como constam na Ficha de Notificação: a) Acidentes, desagregados em acidentes de transporte, quedas e outros acidentes (que incluem todos os acidentes que não os dois primeiros); b) Violências, desagregadas em tentativas de suicídio e agressões. Ressalta-se que o elenco, a ordem e a classificação dos agravos constantes nessa ficha foram extraídos da Classificação Internacional de Doenças (CID-10)⁹, referente aos códigos V01 a Y09 do Capítulo XX. A desagregação adotada também é utilizada em vários trabalhos abordando o tema das causas externas^{6,7,15-17}.

Utilizando proporções e razão de prevalência, os acidentes e violências foram analisados segundo as variáveis sexo, faixa etária, raça/cor, escolaridade, trabalho e suspeição de uso de álcool. Ressalta-se que a variável trabalho foi criada a partir da informação sobre a atividade realizada no momento do agravo (trabalhando ou no trajeto para o trabalho), não sendo possível a distinção a respeito de tipo de trabalho ou vínculo profissional. No que se refere à suspeição de uso de álcool, restringiu-se a abordagem àqueles maiores de idade, em razão da proibição do uso de bebidas alcoólicas entre os menores de 18 anos, o que poderia interferir na qualidade da informação prestada por este grupo etário.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Muller (protocolo nº. 254/ CEP-HUJM/06).

Resultados

Dos 7.394 atendimentos realizados pelo serviço de emergência de Alta Floresta no trimestre estudado, 583 (7,9%) foram prestados às vítimas de acidentes e violências. Dentre as ocorrências, 559 (95,9%) foram decorrentes de acidentes e 24 (4,1%) por violência. Os acidentes de transporte representaram 41,0%, as quedas 26,2% e todos os outros acidentes 28,7%; as agressões representaram 2,7% e as tentativas de suicídio 1,4%.

Salientam-se como principais características das vítimas: sexo masculino (70,3%), raça branca (52,9%), escolaridade igual ou inferior ao ensino fundamental completo (59,8%), idade entre 20 e 39 anos (44,3%) e residência em zona urbana (79,4%). Alguns desses percentuais (sexo, idade) diferem daqueles verificados na população geral do município (Tabela 1).

O período estudado (10/07/2008 a 10/10/2008), quando dividido em três segmentos de 30 dias, revelou um número muito próximo de atendimentos (190, 200 e 193) e semelhança nos percentuais de quedas, outros acidentes e suicídios. Os

Tabela 1 - Distribuição das vítimas de acidentes e violências, segundo algumas categorias. Serviço de emergência de Alta Floresta-MT, 2006.

Table 1 - Distribution of victims of accidents and violence, according to some categories. Alta Floresta emergency service, 2006.

Acidentes + Violências Variáveis	Acidente de Transporte		Quedas		Outros Acidentes		Agressão		Tentativa de Suicídio		IBGE % *
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Idade											
0 a 9 anos	17	7,1	38	24,8	21	12,6	-	-	-	-	21,3
10 a 19 anos	51	21,3	35	22,9	32	19,2	4	25,0	4	50,0	20,8
20 a 39 anos	128	53,6	32	20,9	87	52,1	9	56,3	3	37,5	35,6
40 a 59 anos	38	15,9	27	17,6	24	14,4	3	18,7	1	12,5	16,7
60 e mais	5	2,1	21	13,7	3	1,8	-	-	-	-	5,6
Sexo											
Masculino	165	69,0	88	57,5	141	84,4	13	81,3	3	37,5	51,7
Feminino	74	31,0	65	42,5	26	15,6	3	18,7	5	62,5	48,3
Raça/Cor**											
Branca	135	56,5	90	58,8	93	56,0	5	31,3	3	37,5	53,0
Negra	103	43,1	62	40,5	73	44,0	11	68,7	5	62,5	45,7
Outras	1	0,4	01	0,7	-	-	-	-	-	-	1,3
Escolaridade											
≤ Ensino Fundamental	149	62,3	123	80,4	134	80,2	15	93,8	7	87,5	72,0
>Ensino Fundamental	90	37,7	30	19,6	33	19,8	1	6,2	1	12,5	28,0
Zona											
Urbana	198	82,8	128	83,7	147	88,0	15	93,8	8	100	79,4
Rural	41	17,2	25	16,3	20	12,0	1	6,2	-	-	20,6
Total	239	41,0	153	26,2	167	28,7	16	2,7	8	1,4	100

Fonte: Fichas de Notificação de Acidentes e Violências. Source: Accidents and violence report forms

Notas: * Distribuição proporcional da população de Alta Floresta **Excluído 01 caso (outros acidentes) sem informação da variável.

Note: * Proportional distribution of the population of Alta Floresta; ** One case was excluded (other accidents), due to lack of information.

acidentes de transporte sobressaíram-se no primeiro período (47,3%) e as agressões no segundo (5,0%). Quando os dados foram agregados segundo o mês, observou-se que, em agosto e setembro, os dois meses plenos, ocorreram respectivamente, 175 e 200 agravos, mas os percentuais de acidentes de transporte, quedas, outros acidentes e suicídios foram muito semelhantes. Já o número (9) e o percentual (5,1%) de agressões foram mais elevados no mês de agosto. Julho e outubro foram contemplados parcialmente, mas chamou a atenção o alto percentual de

acidentes de transporte naquele primeiro mês (48,2%).

Acidentes de Transporte

Das 239 vítimas por esse tipo de acidente, 75% ocorreram entre adolescentes e adultos jovens, de 20 a 39 anos. Os acidentes de transporte representaram 41,0% do total de acidentes e violências. Houve predomínio do sexo masculino, neste tipo de agravo, na razão de 2,2:1 (Tabela 1).

Em ordem de frequência, os acidentes

de transporte tiveram como vítimas 155 condutores ou passageiros de motocicleta (64,9%), 40 de bicicleta (16,7%) e 20 de automóvel (8,4%). Dos 24 (10,0%) que utilizaram outros meios de locomoção, 10 eram pedestres (8,4%). A maioria dos acidentados com motocicleta (63,3%) era constituída de adultos jovens.

Os acidentes de transporte causaram algum tipo de lesão em 96,7% das vítimas (Tabela 2), sobressaindo-se as fraturas (31,4%), os cortes/perfurações/lacerações (20,1%) e entorses/luxações (15,1%). As partes do corpo mais atingidas foram os

membros inferiores (49,4%), os membros superiores (45,2%) e a cabeça (22,6%).

Quedas

As quedas acidentais destacaram-se entre os atendimentos de emergência, com 153 casos, que representaram 47,8% do conjunto de acidentes, afora os de trânsito. Entre suas vítimas predominaram (Tabela 1): sexo masculino (57,5%), menores de 20 anos (47,7%), cor branca (58,8%), escolaridade igual ou inferior ao ensino fundamental completo (80,4%) e majoritariamente

Tabela 2 - Distribuição das vítimas de acidentes, segundo o tipo de lesão e localização corpórea. Serviço de emergência de Alta Floresta-MT, 2006.

Table 2 - Distribution of accident victims, by lesion and body segment affected. Alta Floresta emergency service, 2006.

Tipo de Acidente	Acidentes de Transporte		Quedas		Outros Acidentes	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Lesão						
Sem Lesão	8	3,3	2	1,3	3	1,8
Fratura	75	31,4	55	35,9	29	17,3
Entorse/Luxação	36	15,1	23	15,0	6	3,6
Corte/Perfuração/laceração	48	20,1	24	15,7	95	56,9
Contusão	20	8,4	39	25,5	11	6,6
Queimadura	-	-	1	0,7	6	3,6
Trauma crânio encefálico	9	3,8	4	2,6	1	0,6
Órgãos internos do abdome	2	0,8	1	0,7	1	0,6
Intoxicação	-	-	-	-	4	2,4
Amputação	-	-	-	-	2	1,2
Outros	41	17,2	4	2,6	9	5,4
Principais localizações*						
Membros superiores	108	45,2	71	46,4	52	31,1
Membros inferiores	118	49,4	55	35,9	83	49,7
Cabeça	54	22,6	24	15,7	19	11,4
Total de vítimas	239		153		167	

Fonte: Fichas de Notificação de Acidentes e Violências. *Source: Accidents and violence report forms*

Nota: * Vários acidentes tiveram mais de uma parte do corpo afetada.

Note: * Several accidents had more than one body segment affected

da zona urbana (83,7%). As quedas foram os agravos que mais acometeram crianças (24,8%) e idosos (13,7%). No entanto, na população idosa as quedas representaram 72,4% de todos os acidentes, incluindo aqueles de transporte. As quedas ocorreram de formas distintas, salientando-se as de mesmo nível (71,2%), e as quedas de outras alturas (15,7%), estas principalmente de árvores.

A principal atividade realizada por ocasião das quedas foi recreação/lazer. As quedas acidentais redundaram principalmente em fraturas (35,9%), afetando majoritariamente os membros superiores (46,4%). Como consequência das quedas, 11,8% das vítimas foram encaminhadas para internação hospitalar.

Outros Acidentes

Neste grupo de acidentes, que inclui diversificada variedade de causas, as vítimas foram predominantemente do sexo masculino (84,4%, com razão de sexo de 5,4:1), de cor branca (56,0%), adultos jovens (52,1%), de escolaridade igual ou inferior ao ensino fundamental completo (80,2%) e residentes, majoritariamente, na zona urbana do município (Tabela 1).

Entre estes acidentes sobressaíram-se aqueles envolvendo o uso de instrumentos perfuro-cortantes e como lesões provocadas predominaram os cortes, as perfurações ou lacerações (56,9%) e as fraturas (17,3%). Assim como nos acidentes de transporte (Tabela 2), este conjunto de acidentes comprometeu principalmente os membros inferiores (49,7%), enquanto os membros superiores e a cabeça foram menos atingidos (31,1% e 11,4%, respectivamente).

Agressões

Das vítimas de agressões, mais da metade (56,3%) tinha entre 20 e 39 anos e 25,0% eram adolescentes entre 14 e 19 anos (Tabela 1). Esse tipo de violência foi mais freqüente entre os indivíduos da raça

negra (68,7%), superando a proporção deste grupo na população local (45,7%). Houve predominância do sexo masculino (81,3%, com razão de sexo de 4,3:1), superando também a freqüência relativa deste sexo na população (51,7%). A maioria das agressões (68,7%) foi causada por instrumento perfuro-cortante, sobressaindo-se também a agressão física, sem uso de qualquer arma (31,3%). As agressões destacaram-se como a violência que mais compromete múltiplas partes do corpo: 62,5% atingiram a cabeça, 31,3% os membros superiores, 18,8% o pescoço, 18,8% o tórax, 12,5% os membros inferiores e 12,5% o abdome.

Tentativa de suicídio

Durante os três meses de estudo ocorreram 8 tentativas de suicídio, todas por envenenamento/intoxicação. As principais características das vítimas foram: sexo feminino (62,5%), idade entre 10 e 19 anos (50,0%), raça negra (62,5%), escolaridade inferior ao ensino fundamental completo (87,5%), todas residentes em zona urbana (Tabela 1).

Suspeita de uso de álcool

Do total de vítimas de acidentes e violências, 409 eram maiores de idade, para as quais havia informação sobre suspeita de uso de álcool. Esta foi positiva em 12,0% dos casos (Tabela 3). Entre as vítimas de acidentes a proporção foi de 9,5%, mas significativamente maior entre as vítimas de acidentes de transporte (13,4%). Quando comparada às vítimas dos acidentes que não de transporte, a suspeição de uso de álcool foi 152% maior entre as vítimas daqueles acidentes.

A suspeição de uso de álcool deu-se na quase totalidade (91,7%) das vítimas de agressões (e predominantemente no sexo masculino). Além disso, a prevalência de suspeição do uso de álcool entre as vítimas de agressões foi 9,6 vezes aquela observada entre as vítimas de todas as outras causas.

Tabela 3 - Distribuição de vítimas de acidentes e violências, maiores de idade, segundo suspeita de uso de álcool. Serviço de emergência de Alta Floresta-MT, 2006.

Table 3 - Distribution of victims of accidents and violence, above 18 years of age, by alcohol use suspicion. Alta Floresta emergency service, 2006.

Tipo de Acidente/Violência	Suspeita de uso de álcool				RP (IC 95%)
	Sim		Não		
	Nº	%	Nº	%	
Acidente Transporte*	25	13,4	161	86,6	2,52 (IC: 1,28-5,0)
Acidentes que não de transporte	11	5,3	196	94,7	RP=1
Total dos Acidentes	36	9,5	357	90,5	
Agressões**	11	91,7	1	8,3	9,58 (IC: 6,77-13,55)
Acidentes* + Tentativa Suicídio	38	9,6	359	90,4	RP=1
Total de Acidentes e Violências	49	12,0	360	88,0	

Fonte: Fichas de Notificação de Acidentes e Violências. *Source: Accidents and violence report forms*

Nota: * Excluídos dois casos sem informação sobre suspeita de uso de álcool; ** Excluído um caso com informação ignorada sobre suspeita de uso de álcool.

Note: * Two cases were excluded, due to lack of information on possible alcohol use; ** One case was excluded, whose alcohol use suspicion was ignored.

Relação com o trabalho

Do total de vítimas de acidentes, 395 eram maiores de idade, entre os quais foi observada associação entre tipos específicos de acidentes e a categoria trabalho. No seu conjunto, os outros acidentes (58 provocados por instrumento cortante/perfurante e 64 pelas demais causas) ocorreram principalmente no trajeto ou no ambiente de trabalho (84,4%), em proporção bem mais elevada que as quedas (37,6%) e os acidentes de trânsito (41,5%). O maior percentual deu-se entre aqueles acidentes provocados por instrumentos cortantes e perfurantes, em que a relação com o trabalho foi 130% maior do que aquela observada entre as vítimas de quedas (Tabela 4). A maioria das vítimas dos acidentes com instrumentos perfuro-cortantes trabalhava em uma única empresa, e o acidente deu-se neste local.

Em relação à evolução de todas as vítimas de acidentes e violência (583), 486 (83,4%) tiveram alta após atendimento na unidade de emergência, 90 (15,4%) foram internadas, 5 (0,9%) ficaram em observação e duas (0,3%) foram a óbito.

Discussão

Conhecer quem é vulnerável e a que tipo de acidentes e violências, tem sido o grande desafio dos serviços de saúde, principalmente quando estes agravos não são fatais ou não redundam em internação. Os dados disponíveis nos Sistemas de Informação de Mortalidade e de Internações Hospitalares, embora úteis, não captam a maioria das vítimas de acidentes e violência. Dessa forma, não fornecem subsídios plenos para o planejamento da assistência a tais agravos. Tal limitação é um dos argumentos que fomentam a instituição de um Sistema de Vigilância de Acidentes e Violência capaz de captar a vítima, assim como as informações relativas a ela e ao agravo, em qualquer etapa de seu percurso no sistema de saúde. Como acidentes e violência têm em serviços de urgência/emergência a principal porta de entrada do sistema, estes se constituem locais privilegiados para o conhecimento da magnitude e da gênese deste crescente problema de saúde pública.

Em Alta Floresta, acidentes e violência assim se configuram ao representar 8,0% dos atendimentos de urgência e emergência, quase 6,0% das internações hos-

Tabela 4 - Distribuição de vítimas de acidentes, maiores de idade, segundo relação com o trabalho. Serviço de emergência de Alta Floresta-MT, 2006.

Table 4 - Distribution of accident victims above 18 years of age, according to relation to work. Alta Floresta emergency service, 2006.

Tipo de Acidente	Relação com o trabalho				RP (IC 95%)
	Sim		Não		
	Nº	%	Nº	%	
Acidente Transporte	78	41,5	110	58,5	1,10 (0,80 – 1,52)
Quedas	32	37,6	53	62,4	RP=1
Outros acidentes (com instrumento cortante/perfurante)	50	86,2	8	13,8	2,29 (1,71 – 3,07)
Outros acidentes (todos os demais)	53	82,8	11	17,2	2,20 (1,64 – 2,96)
Total de Acidentes	213	53,9	182	46,1	

Fonte: Fichas de notificação de acidentes e violências
Source: Accidents and violence report form

pitalares e mais de 10,0% dos óbitos, nos últimos anos¹⁸. No que tange à mortalidade e morbidade hospitalar por esta causa, os percentuais de Alta Floresta aproximam-se daqueles referidos por outros autores^{5,7,17} e encontrados⁴ para o Brasil. Neste município, entre as causas externas, os acidentes se destacaram em todos os níveis de atenção, com maior ênfase a partir de 1995, sendo a principal causa de óbito, de internação e de atendimentos em serviço de urgência e emergência¹⁸.

Especificamente em serviço de emergência, as vítimas de acidentes e violências de Alta Floresta caracterizam-se majoritariamente como: jovens, do sexo masculino, brancos, com instrução igual ou inferior ao ensino fundamental e moradores da área urbana. Esses achados são semelhantes aos encontrados em Cuiabá⁷, quanto ao sexo e a idade, porém diferem quanto à raça/cor, já que a maioria das vítimas desse município (64,6%) foi informada como negra (preta + parda). Neste caso, há que se considerar que, no último recenseamento, 53% dos habitantes de Alta Floresta declararam-se brancos, enquanto, inversamente, em Cuiabá, 57,0% declararam-se pardos ou pretos.

O fato de, no atendimento de emergência, as vítimas de acidentes (95,9%) suplantarem as de violência (4,1%), suscita pelo menos três hipóteses: à luz da categoria que diferencia estes agravos – a intenciona-

lidade³ – pode-se conceber que na violência muitas vezes há uma intenção de provocar a morte, e ao se ter sucesso nesta intenção, a vítima não aparecerá nas estatísticas de atendimento ambulatorial e/ou hospitalar, mas apenas nas de mortalidade; muitas vítimas de violência, principalmente domiciliar, podem não referi-la, por medo, constrangimento e/ou falta de informação, alegando ter sido vítimas de acidentes¹⁹; o socorro a vítimas de violência pode ter sido menos efetivo, diminuindo a possibilidade de demanda ao serviço de emergência²⁰.

Dentre os acidentes de transporte terrestre, os condutores ou passageiros de motocicleta foram as principais vítimas. Vários estudos têm apontado resultados semelhantes em relação aos motociclistas^{7,21,22}. O que pode se depreender de todos estes dados é que, seguramente, esses constituem o segmento que, por sua maior exposição e vulnerabilidade, deve ser priorizado em políticas ou iniciativas que visem atuar sobre os acidentes de transporte terrestre.

Compuseram o segundo grande grupo dos acidentes, as quedas e todos os outros acidentes somados. Estes últimos principalmente na forma de cortes, perfurações e lacerações, originários de acidente doméstico ou de trabalho. Tal distribuição foi muito semelhante àquela encontrada em Cuiabá⁷. O que chamou a atenção no grupo de outros acidentes provocados por instrumentos

perfurantes ou cortantes foi sua relação com o trabalho, uma vez que 86,2% das vítimas informaram estar no ambiente de trabalho quando da ocorrência do acidente. Como a maioria dessas vítimas trabalhava em uma única empresa, tem-se aqui exemplificada a possibilidade concreta de intervenção, viabilizada por um sistema de vigilância de acidentes e violência.

As quedas foram os agravos que mais comprometeram crianças e adolescentes. Além disso, foram a principal causa de atendimento ambulatorial, entre os idosos. Em Londrina-PR, em menores de 15 anos, as quedas também foram a principal causa dos atendimentos por causas externas em pronto-socorro, representando 33,9%¹⁶. Nos serviços de emergência dos EUA, as quedas também são eventos freqüentes causadores de lesões, constituindo a principal etiologia de morte acidental em pessoas com idade acima de 65 anos, segundo Fuller, citado em Fabricio et al.²³

A violência (representada pelas agressões e tentativas de suicídio) foi bem menos freqüente, em termos de vítimas que demandaram ao serviço de emergência de Alta Floresta. Em Cuiabá⁷, o percentual de agressões foi mais elevado (8,7%), mas o percentual de tentativas de suicídio foi muito semelhante (1,7%). É provável que modo de vida, densidade populacional e pressões sociais determinem tais diferenças entre os dois municípios de MT.

No que tange ao uso de álcool, os dados deste trabalho corroboram os de outros estudos, ou seja, é um fator que influencia a ocorrência dos acidentes de trânsito e principalmente das agressões. Estudo realizado em São Paulo-SP²⁴ mostrou que 28,9% das vítimas de causas externas apresentaram alcoolemia positiva. A literatura internacional aponta prevalências de 6,0% a 34,0% de alcoolemia positiva entre vítimas não fatais de diferentes causas externas admitidas em serviços de emergência²⁵. Os valores globais encontrados em Alta Floresta (12,0%), embora sejam relativos à suspeição de uso de álcool e não à alcoolemia, estão dentro daquela margem, mas foram inferiores aos

de São Paulo. No entanto, a variação de 5,3% (para o total de acidentes que não de trânsito) a 91,7% (agressões), foi próxima à do estudo paulista.

A suspeição de uso de álcool esteve fortemente associada às agressões, quando comparadas a todas as demais causas, violentas ou acidentais (RP=9,58; IC: 6,77-13,55). Avaliando a prevalência de alcoolemia positiva em São Paulo-SP²⁴, em cada tipo de causa externa, também foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre as categorias, com a maior prevalência verificada entre as vítimas de agressão (46,2%), prevalência esta inferior à de Alta Floresta. Os achados de Cuiabá revelam que 36,3% das vítimas de agressão estavam alcoolizadas⁷.

Este estudo evidencia que, em sua maioria, acidentes e violências sofridos pelas pessoas que procuraram o serviço de emergência de Alta Floresta não causaram lesões graves, tendo em vista a elevada proporção de atendimentos com alta subsequente. Contudo, tem relevância ao informar o número de atendimentos potencialmente evitáveis, por meio de medidas preventivas, o que significa redução de gastos em saúde, e também dos transtornos às vítimas e seus familiares.

As limitações deste estudo relacionam-se à cobertura populacional dos dados e à qualidade dos mesmos. O serviço de emergência estudado é público, e é provável que a coleta não tenha captado uma parcela das vítimas. Acredita-se que tal parcela seja mínima, dada a inexistência de serviço privado de emergência no município. Também foram excluídas deste estudo aquelas vítimas de acidentes e violências que, pela não gravidade da lesão/agravo, ou por motivos outros, não buscaram atendimento. Embora o trabalho de coleta de dados tenha sido intensivamente supervisionado, ocorreram algumas falhas no preenchimento das fichas de notificações, que, acredita-se, não comprometeram os resultados e a análise dos mesmos.

Conclui-se que os acidentes e a violência, enquanto geradores de uma demanda importante para os serviços de emergên-

cia, são problemas de grande magnitude e relevância. Para o setor saúde, um sistema de vigilância desses agravos, não restrito a internações e óbitos, pode minimamente representar a possibilidade de conhecimento, tanto do perfil das vítimas como de fatores que podem determinar ou influenciar sua ocorrência, em estratos populacionais, e permitir intervenções rápidas e efetivas.

Em relação a este último aspecto, no caso específico de Alta Floresta, os resultados suscitam algumas intervenções que, viabilizadas, reduziriam sensivelmente o panorama apresentado:

- a adoção de medidas de segurança no trabalho^{26,27}, principalmente naquela

empresa onde se concentrou um grupo significativo de acidentes;

- ações de educação/conscientização entre jovens, e principalmente entre idosos, acerca de prevenção de quedas¹⁵;
- implementação, em conjunto com a Circunscrição Regional de Trânsito (CIRETRAN), de medidas de segurança no trânsito, principalmente voltadas aos usuários de motocicletas^{28,29};
- rigidez no cumprimento da lei de uso de álcool, no que tange ao Código de Trânsito, e adoção de medidas restritivas ao seu uso, de comprovada eficácia, tais como definição de horário de funcionamento de bares e casas noturnas³⁰⁻³².

Referências

1. Carvalheiro JR. Mortes violentas: epidemia do terceiro milênio? *Rev Bras Epidemiol* 1999; 2(3): 99-101.
2. Organización Panamericana de la Salud. *Programa Especial de Análises de Salud. Situación de salud en las Américas: Indicadores básicos 1999*. Washington, DC; 1999.
3. Organização Mundial de Saúde. *Relatório mundial sobre violência e saúde OMS, Genebra, 2002*. Tradução: Secretaria de Estado dos Direitos Humanos, Ministério da Justiça; Brasil; 2002.
4. Ministério da Saúde. DATASUS [homepage na Internet]. Brasil; 2006 [Acessado em 15 de fevereiro de 2006]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/datasus.php>.
5. Souza ER, Lima MLC. Panorama da violência urbana no Brasil e suas capitais. *Cien Saude Colet* 2006; 11(2): 363-73.
6. Gawryszewski VP, Koizumi MS, Mello Jorge MHP. As causas externas no Brasil no ano 2000: comparando a mortalidade e a morbidade. *Cad Saude Publica* 2004; 20(4): 109-18.
7. Oliveira LR *Subsídios para implantação de um sistema de vigilância de causas externas no município de Cuiabá - MT* [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2006.
8. World Health Organization. *Global Consultation on violence and Health. Violence: a public health priority*. Geneva; 1996.
9. Organização Mundial de Saúde. *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)*. Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. 10ª revisão. 8ª ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo (EDUSP); 2000.
10. Lebrão ML, Mello Jorge MHP, Laurenti R. Morbidade hospitalar por lesões e envenenamentos. *Rev Saude Publica* 1997; 31(4): 26-37.
11. Deslandes SF, Silva CMFP. Análise da morbidade hospitalar por acidentes de trânsito em hospitais públicos do Rio de Janeiro, RJ, Brasil. *Rev Saude Publica* 2000; 34(4): 367-72.
12. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. *Política Nacional de Atenção às Urgências*. Brasília: MS; 2006.
13. Ministério da Saúde. Portaria Ministerial nº 1.356 de 23 de junho de 2006. Regulamenta o incentivo aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios para a vigilância de acidentes e violências em serviços sentinelas e dá outras providências. Diário Oficial da União. 26 de junho de 2006; seção 1.
14. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas populacionais para 1º de Julho de 2006 [homepage na Internet]. Brasil; 2006 [Acessado em 15 de julho de 2006]. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2006/estimativa.shtm>
15. Gawryszewski VP, Mello Jorge MHP, Koizumi MS. Mortes e internações por causas externas entre os idosos no Brasil: o desafio de integrar a saúde coletiva e atenção individual. *Rev Ass Med Brasil* 2004; 50(1): 97-103.
16. Martins CBG e 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.
17. Mello Jorge MHP, Koizumi MS. Gastos governamentais do SUS com internações hospitalares por causas externas: análise no Estado de São Paulo, 2000. *Rev Bras Epidemiol* 2004; 7(2): 228-38.

18. Marchese VS. *A morbidade e a mortalidade por acidentes e violências em Alta Floresta, MT*. [dissertação de mestrado]. Cuiabá: Universidade Federal de Mato Grosso; 2007.
19. Meneghel S, Armani T, Severino R, Garcia AM, Mafioletti B. et al. Cotidiano violento: oficinas de promoção em saúde mental em Porto Alegre. *Cien Saude Colet* 2000; 5(1): 193-203.
20. Deslandes SF. O atendimento às vítimas de violência na emergência: "prevenção numa hora dessas?". *Cien Saude Colet* 1999; 4(1): 81-94.
21. Andrade SM, Mello Jorge MHP. Características das vítimas por acidentes de transporte terrestre em município da Região Sul do Brasil. *Rev Saude Publica* 2000; 34(2): 149-56.
22. Batista SEA, Baccani JG, Silva RAP, Gualda KPF, Vianna Jr. RJA. Análise comparativa entre os mecanismos de trauma, as lesões e o perfil de gravidade das vítimas, em Catanduva - SP. *Rev Col Bras Cir* 2006; 33(1): 6-10.
23. Fabricio SCC; Rodrigues RAP, Costa Junior ML. Causas e conseqüências de quedas de idosos atendidos em hospital público. *Rev Saude Publica* 2004; 38(1): 93-9.
24. Carvalho CG, Cotrim BC, Silva AO, Sauaia N. Prevalência de alcoolemia em vítimas de causas externas admitidas em centro urbano de atenção ao trauma. *Rev Saude Publica* 2002; 36(1): 47-54.
25. Cherpitel CJ. The epidemiology of alcohol-related trauma. *Alcohol Health Res World* 1992; 16: 191-6.
26. Souza V, Blank VLG, Blank C, Marino MC. Cenários típicos de lesões decorrentes de acidentes de trabalho na indústria madeireira. *Rev Saude Publica* 2002; 36(6): 702-08.
27. Tavolaro P, Pereira IMTB, Pelicioni MCF, Oliveira CAF. Empowerment como forma de prevenção de problemas de saúde em trabalhadores de abatedouros. *Rev Saude Publica* 2007; 41(2): 307-12.
28. Liberatti CLB, Andrade SM, Soares DA, Matsuo T. Uso de capacete por vítimas de acidentes de motocicleta em Londrina, sul do Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 2003; 13(1): 33-8.
29. Queiroz MS, Oliveira PCP. Acidentes de trânsito: uma análise a partir da perspectiva das vítimas em Campinas. *Psicol Soc* 2003; 15(2): 101-23.
30. Minayo MCS. Violência social sob a perspectiva da saúde pública. *Cad Saude Publica* 1994; 10 (supl.1): 7-18.
31. Minayo MCS, Deslandes SF. A complexidade das relações entre drogas, álcool e violência. *Cad Saude Publica* 1998; 14 (1) 35-42.
32. Vieira DL, Ribeiro M, Romano M, Laranjeira RR. Álcool e adolescentes: estudo para implementar políticas municipais. *Rev Saude Publica* 2007; 41(3): 396-403.

Recebido em: 01/02/08
 Versão final reapresentada em: 20/08/08
 Aprovado em: 17/10/08