

Paulo Antonio Ferreira Junior

**Morbidade por acidentes e violências nos hospitais
regionais de saúde de Mato Grosso e na Grande
Cuiabá.**

Dissertação apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de
Ciências Médicas Santa Casa de São Paulo, para obtenção
do título de Mestre.

São Paulo/SP

2010

Paulo Antonio Ferreira Junior

**Morbidade por acidentes e violências nos hospitais
regionais de saúde de Mato Grosso e na Grande
Cuiabá.**

Dissertação apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas Santa Casa de São Paulo, para obtenção do título de Mestre.

Área de Concentração: Saúde Coletiva

Orientador: Prof^o. Dr. Manoel Carlos S. de A. Ribeiro

São Paulo/SP

2010

FICHA CATALOGRÁFICA
Preparada pela Biblioteca Central da
Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo

Ferreira Júnior, Paulo Antonio

Morbidade por acidentes e violências nos Hospitais Regionais de Saúde de Mato Grosso e na Grande Cuiabá./Paulo Antonio Ferreira Júnior. São Paulo, 2010.

Dissertação de Mestrado. Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Área de Concentração: Saúde Coletiva

Orientador: Manoel Carlos Sampaio de Almeida Ribeiro

1. Morbidade 2. Causas externas 3. Acidentes 4. Violências 5. Serviços médicos de emergência 6. Serviço hospitalar de emergência 7. Emergências

BC-FCMSCSP/32-10

DEDICATÓRIA

A Deus, pelas oportunidades e a todos que contribuíram direta ou indiretamente para a conclusão de mais esta etapa em minha vida, em especial a minha esposa Elaine Cristina.

AGRADECIMENTOS

- ❖ *Ao Dr. Manoel pela paciência, orientação, colaboração e ajuda;*
- ❖ *A Dra. Noemi Dreyer pela orientação, colaboração, incentivo e ajuda;*
- ❖ *A minha esposa pelo companheirismo e contribuições na realização deste estudo;*
- ❖ *A minha família pelo apoio e compreensão durante essa etapa;*
- ❖ *Aos amigos que sempre me incentivaram na realização de todos os meus objetivos;*
- ❖ *À FAPEMAT/PPSUS (Fundo de Amparo à Pesquisa no Estado de Mato Grosso) pelo financiamento do projeto;*
- ❖ *As Secretarias Municipais de Saúde pela colaboração e pela liberação dos dados;*
- ❖ *A Coordenadoria de Vigilância Epidemiológica e a Superintendência de Vigilância em Saúde (SES/MT) pelo apoio e colaboração.*
- ❖ *Ao SAMU/SES/MT pelo apoio e colaboração na realização deste trabalho.*

Ferreira-Junior, PA. Morbidade por acidentes e violências nos Hospitais Regionais de Saúde de Mato Grosso e na Grande Cuiabá. [dissertação de mestrado]. Cuiabá: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; 2009.

RESUMO

Introdução: As causas externas são responsáveis por cerca de 120 mil óbitos por ano no Brasil, representando 15% das causas bem definidas. Na Região Centro Oeste todos os Estados têm taxas altas, destacando o Mato Grosso, onde o coeficiente atinge, praticamente, 90 óbitos/100.000 habitantes (MELLO JORGE, 1997; MELLO JORGE e GOTLIEB, 2000; MELLO JORGE e col., 2001). No Estado de Mato Grosso, as Causas Externas representam 1/5 das mortes e têm sido a segunda causa de morte há quase uma década, e a primeira entre a população masculina com menos de 50 anos. Representam também mais de 5,0% de todas as internações do SUS no estado e quase 7,0% dos gastos hospitalares, nada se conhecendo sobre os custos sociais e econômicos relacionados às vítimas fatais e não fatais desses agravos, neste estado. **Objetivos:** Analisar as características epidemiológicas das vítimas de acidentes e violências atendidas em serviços de urgência e emergência nos hospitais regionais de saúde de Mato Grosso e na Grande Cuiabá, no mês de setembro de 2008. **Métodos:** Estudo epidemiológico descritivo, realizado nos pronto-atendimentos dos Hospitais Regionais de Saúde de Cáceres, Colíder, Rondonópolis e Sorriso e na Grande Cuiabá, composta pelos municípios de Cuiabá e Várzea Grande, ambos localizados no Estado de Mato Grosso. Os dados de demanda a estes serviços, relacionada a acidentes e violências, foram obtidos do Projeto de Vigilância de Acidentes e Violência/ VIVA/2008, onde as variáveis analisadas foram àquelas constantes da Ficha de Notificação/Investigação específica. Para análise foi utilizado o software EpiInfo 6 e o programa Microsoft Office Excel 2003 para a construção dos bancos de dados e confecção de tabelas de contingência. Onde os dados foram analisados mediante distribuição de frequências absolutas e relativas das variáveis e qui-quadrado de Pearson, com uma significância de 5% para verificar a associação das variáveis. **Resultados:** Dos 6 municípios estudados, Cuiabá apresentou 49,1% das notificações, a Grande Cuiabá, que envolve o município de Várzea Grande e outros vizinhos, foi responsável por 68,3% das notificações, o município que apresentou o menor número de notificações foi

Cáceres, com apenas 4,8%. Ocorreu predominância no sexo masculino, com 69,7% das notificações, com uma razão de 2,3 homens para cada mulher atendida. A faixa etária com maior ocorrência foi de 20 a 29 anos. 93,6% foram casos de acidentes, enquanto que apenas 6,4% foram casos de violência. Quanto à raça observou que os acidentes e quedas (57,2%), apresentaram um maior número de ocorrências na raça preta e parda seguido dos acidentes de transporte (35,7%). Na evolução, os indivíduos que obteve alta foram os do grupo de acidentes e quedas 76,1%, seguido do grupo de acidente de transporte com 59,5%. Quanto ao perfil das lesões por acidentes observou que as lesões por corte/perfuração/laceração estiveram em primeiro lugar nos acidentes de transportes (28,9%), agressões e maus tratos (68,7%) e outros acidentes (47,7%). A análise do qui-quadrado mostrou que há diferença estatística em relação às variáveis estudadas. **Conclusão:** O perfil de morbidade dos serviços de urgência e emergência estudados mostra que os adultos jovens são as principais vítimas de acidentes e violência, que os acidentes de trânsito tem uma representatividade muito grande o que pressupõe imprudência, uso de álcool e/ou drogas lícitas e ilícitas e chama atenção quanto a necessidade de trabalhar junto a população a prevenção destes, principalmente acidentes de trânsito.

Palavras-chave: 1. Morbidade 2. Causas externas 3. Acidentes 4. Violências 5. Serviços médicos de emergência

Ferreira-Junior, PA. Morbidity due to accidents and violence in the Regional Hospitals of Health of Mato Grosso in Cuiabá and. [dissertation of master's degree]. Cuiabá: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; 2009.

ABSTRACT

Introduction: External causes are responsible for about 120,000 deaths per year in Brazil, representing 15% of well-defined causes. In the Midwest Region all states have high rates, especial Mato Grosso, where the rate reaches almost 90 deaths/100.000 inhabitants (MELLO JORGE, 1997; GOTLIEB and MELLO JORGE, 2000; MELLO JORGE et al., 2001). In Mato Grosso, the external causes represent one fifth of deaths and have been the second leading cause of death for nearly a decade, and first among the male population under 50 years. They also represent more than 5.0% of all hospitalizations of SUS in the state and almost 7.0% of hospital expenses, while nothing is known about the social and economic costs related to the victims of these fatal and nonfatal injuries in this state. **Objectives:** To analyze the epidemiological characteristics of victims of accidents and violence treated in emergency rooms in hospitals and emergency health regions of Mato Grosso, in Cuiabá, in September 2008. **Methods:** A descriptive epidemiological study, conducted in emergency calls from Regional Health Hospital in Cáceres, Colíder, Rondonópolis, Sorriso and in Cuiabá, comprising the cities of Cuiabá and Várzea Grande, both located in Mato Grosso. The data of demand for these services, related to accidents and violence, were obtained from the Accidents and Violence Monitoring Project of / VIVA/2008, where the variables analyzed were those contained in the investigation-specific /Notification Form . For analysis we used EpiInfo 6 and Microsoft Office Excel 2003 for the construction of databases and preparation of contingency tables. The data was analyzed using frequency distribution of absolute and relative variables and chi-square test with a significance of 5% to determine the association of variables. **Results:** Of the six cities studied, Cuiabá showed 49.1% of notifications, Cuiabá, which involves the City of Varzea Grande and other neighbors, was responsible for 68.3% of reports. The municipality that had the lowest number of notifications was Cáceres, with only 4.8%. Predominance was for males, with 69.7% of notifications, with a ratio of 2.3 men for

every woman received. The age group with the highest incidence was 20-29 years. 93.6% were cases of accidents, while only 6.4% were cases of violence. As for race, accidents and falls (57.2%) showed a greater number of deaths in the black and mixed race, followed by transportation accidents (35.7%). During evolution, individuals who were discharged were the group of accidents and falls, 76.1%, followed by the group of traffic accidents with 59.5%. As for the profile of accident-related injuries: cut / puncture / laceration were first in traffic accidents (28.9%), assaults and abuse (68.7%) and other accidents (47.7%). The chi-square analysis showed that there are statistical differences in the variables studied. **Conclusion:** The morbidity profile of the emergency services and emergency study shows that young adults are the main victims of accidents and violence. Car accidents have a very large representation, which leads to presume recklessness, alcohol and / or illicit drug use and calls attention on the need to work together to educate these people, mostly for car accidents.

Keywords: 1. Morbidity 2. External causes 3. Accidents 4. Violence 5. Emergency medical services 6. Hospital emergency service 7. Emergencies

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	15
2. MARCO TEÓRICO	18
2.1. CAUSAS EXTERNAS	18
2.2. ACIDENTES E VIOLÊNCIAS	22
2.3. POLITICA NACIONAL DE ATENÇÃO AS URGÊNCIAS.....	24
2.3.1. Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA)	26
3. OBJETIVOS	31
3.1. Objetivo Geral.....	31
3.2. Objetivos Específicos.....	31
4. MÉTODOS	32
4.1. Desenho.....	32
4.2. Local de Estudo.....	32
4.3. Amostra	35
4.4. Fontes de Dados.....	35
4.5. Conceitos e Variáveis de Estudo.....	36
4.6. Técnicas de Análise de Dados.....	37
5. ASPECTOS ÉTICOS	37
6. ARTIGO	38
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	60
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61
9. ANEXOS	67
Anexo I. Ficha de Notificação.....	68
Anexo II. Instruções de Preenchimento da Ficha de Notificação.....	69
Anexo III. Aprovação do comitê de Ética	78

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** – Componentes da VIVA. 28
- Figura 2** – Mapa de Localização dos municípios estudados, Mato Grosso, 2008. 34
- Figura 3** – Distribuição das notificações segundo tipo de ocorrência e idade, VIVA, Mato Grosso, 2008 50
- Figura 4** – Gravidade das notificações (internações e óbitos) segundo tipo de ocorrência, VIVA, Mato Grosso, 2008 52

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição das notificações de acidentes e violências segundo município, VIVA, Mato Grosso, 2008.	46
Tabela 2 - Distribuição das notificações de acidentes e violências segundo sexo e faixa etária, VIVA, Mato Grosso, 2008.	47
Tabela 3 - Distribuição das notificações de acidentes e violências segundo intencionalidade e tipo de ocorrência, VIVA, Mato Grosso, 2008.	48
Tabela 4 - Distribuição das notificações de acidentes e violências segundo município e tipo de ocorrência/agrupadas, VIVA, Mato Grosso, 2008.	49
Tabela 5 - Distribuição das notificações de acidentes e violências segundo evolução e tipo de ocorrência/agrupadas, VIVA, Mato Grosso, 2008.	51
Tabela 6 - Distribuição das notificações de acidentes e violências segundo tipo de ocorrência e tipo de lesão, VIVA, Mato Grosso, 2008.	53

LISTA DE ANEXOS

ANEXO I - Ficha de Notificação de Acidentes e Violências em Unidades de Urgência e Emergência.	68
ANEXO II - Ficha de Notificação - Instrução para Preenchimento	69
ANEXO III – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	78

Lista de Siglas e Abreviaturas

FAPEMAT – Fundação de Amparo a Pesquisa de Mato Grosso

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

CEP – Conselho de Ética e Pesquisa

SES – Secretaria de Estado de Saúde

MT - Mato Grosso

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

VIVA – Vigilância de Acidentes e Violência

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

CID – Classificação Internacional de Doenças

AIH – Autorização de Internação Hospitalar

SIH – Sistema de Internação Hospitalar

SUS – Sistema Único de saúde

HAB - Habitante

GM – Gabinete Ministerial

SIM – Sistema de Mortalidade

SEDH - Secretaria Especial de Direitos Humanos

SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde

DOU – Diário Oficial da União

SINAN NET – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

SADT – Serviço de apoio ao diagnóstico e tratamento

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

PA – Pronto Atendimento

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

1. INTRODUÇÃO

Diversos estudos chamam a atenção para a evolução das taxas de mortalidade por causas externas no Brasil entre o período de 1979 a 1999. Essas causas externas são responsáveis por cerca de 120 mil óbitos por ano no Brasil, representando 15% das causas bem definidas. As Regiões Sudeste e Centro Oeste são as que apresentam taxas mais elevadas (mais de 80 óbitos/100.000 habitantes). Na Região Centro Oeste todos os Estados têm taxas altas, destacando o Mato Grosso, onde o coeficiente atinge, praticamente, 90 óbitos/100.000 habitantes (MELLO JORGE, 1997; MELLO JORGE e GOTLIEB, 2000; MELLO JORGE e col., 2001).

No Estado de Mato Grosso, as Causas Externas representam 1/5 das mortes e têm sido a segunda causa de morte há quase uma década, e a primeira entre a população masculina com menos de 50 anos. Representam também mais de 5,0% de todas as internações do SUS no estado e quase 7,0% dos gastos hospitalares, nada se conhecendo sobre os custos sociais e econômicos relacionados às vítimas fatais e não fatais desses agravos, neste estado.

As causas externas englobam uma alta gama de eventos como os acidentes e violências, denominados pela Classificação Internacional de Doenças, décima revisão, como causas externas de lesões e envenenamentos, têm sido causas constantes de atendimentos 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 seqüelas, que comprometem a qualidade de vida dos que sofreram esses eventos (MARTINS, 2005).

Esse tema é de extrema importância uma vez que no Brasil existem poucos estudos publicados acerca da magnitude da violência e em especial estudos sobre eventos violentos que não levam a óbito, e a utilização de bases de dados secundários ainda é pouco freqüente no Brasil. Contudo, esses têm-se constituído em demanda significativa do atendimento das emergências hospitalares. As estatísticas de morbidade são importantes, pois possibilitam estimar a incidência e a prevalência desses agravos em uma dada população de interesse (DESLANDES e SILVA, 2000).

Embora as Causas Externas tenham em sua gênese fatores não diretamente relacionados ao setor saúde, é sobre esse setor que vai recair o maior ônus das conseqüências dos acidentes e das violências. Para o SUS, isso representa

minimamente: maior demanda por assistência geral e especializada; crescente comprometimento de recursos (geralmente escassos) e dificuldade para suprir outras necessidades de saúde, em função dessa demanda.

Além disso, há o ônus que as Causas Externas geram para a Previdência Social, na forma de aposentadorias precoces, pensões e auxílio-doença. As internações e as mortes, embora de expressiva magnitude, são uma pequena fração das conseqüências desse problema de saúde pública.

Sendo a vigilância epidemiológica um conjunto de atividades que permite reunir a informação indispensável para conhecer, a qualquer momento, o comportamento ou história natural das doenças, bem como detectar ou prever alterações de seus fatores condicionantes, com o fim de recomendar oportunamente, sobre bases firmes, as medidas indicadas e eficientes que levem à prevenção e ao controle de determinadas doenças (Lei 8.080/90).

E as mudanças no perfil epidemiológico das populações, no qual se observou o declínio das taxas de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias e o crescente aumento de mortes por causas externas e doenças crônico-degenerativas propiciou a discussão da incorporação de doenças e agravos não-transmissíveis ao escopo de atividades da vigilância epidemiológica.

A morbidade e a mortalidade por Causas Externas têm se sobressaído como um dos principais problemas para as sociedades modernas. Nos últimos 20 anos, os homicídios no Brasil tiveram crescimento proporcional de mais de 200%: passaram de 13.601, no ano de 1980, para 45.343, em 2000. O mais elevado incremento do fenômeno se deu nos anos 80 (SOUZA *et al.*, 2003).

Para dar sustentabilidade às ações, o Ministério da Saúde, instituiu em 2001 a Política de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, através da Portaria n.º 737 (MS, 2001), com o objetivo de estabelecer princípios e diretrizes visando à estruturação e o reforço de ações intersetoriais de prevenção e assistência às vítimas de causas externas.

Nesse campo, a saúde tem um papel a desempenhar que é profundamente relevante. Porque o resultado da violência crescente impacta fortemente a organização dos serviços de atenção às vítimas e a incorporação de tecnologias (CARVALHEIRO, 1999).

Dessa forma, tendo em vista que os acidentes e violência tem um alto impacto na saúde pública, este estudo analisou as características dos atendimentos realizados nos hospitais regionais de saúde de Mato Grosso e pronto socorros da Grande Cuiabá.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Causas Externas

As causas externas são hoje as primeiras causas de morte entre homens com idade entre 15 e 44 anos. Dentre essas causas externas, destacam-se os acidentes de trânsito, que vêm ganhando relevância devido ao grande número de eventos e de seqüelas ou óbitos decorrentes desses eventos. A Organização Mundial da Saúde (OMS) prevê, para o ano de 2020, que os acidentes de transportes terrestres serão a segunda causa de morte prematura do mundo (do total de 120 causas diferentes de mortalidade) (BRASIL 2003).

Os acidentes e as violências configuram-se em um conjunto de agravos à saúde, que pode ou não levar ao óbito, no qual se incluem as causas ditas acidentais (devidas ao trânsito, trabalho, quedas, envenenamentos, afogamentos e outros tipos de acidentes) e as causas intencionais (agressões e lesões autoprovocadas).

E esse conjunto de eventos compõe o Capítulo XX da Classificação Internacional de Doenças, 10ª revisão – CID 10, sob a denominação de Causas externas (de mortalidade e de morbidade) (OMS, 1995).

Os tipos de causas externas são distintos para a mortalidade e a morbidade hospitalar. Na mortalidade, há predomínio dos homicídios, enquanto que na morbidade o predomínio esta nas quedas ou acidentes de transporte (MELIONE, 2006).

O gasto com internações hospitalares por causas externas representa aproximadamente 8% do total dos gastos. Sendo que o gasto-dia com acidentes e violências é cerca de 6% superior à média das demais internações (OLIVEIRA, 2006; SOUZA *et al.* 2003).

No Brasil, o grupo de acidentes e violência atinge proporções quase epidêmicas, pois são ainda incipientes os esforços para estimar o seu impacto econômico no país. Considerando a dificuldade de mensuração de gastos de qualquer

doença, uma tentativa pode ser feita a partir de dados do SIH-SUS com base nas Autorizações de Internação Hospitalar - AIH (IUNES, 1997).

Do ponto de vista econômico, o custo produzido por qualquer problema de saúde pode ser classificado em duas grandes categorias: custos diretos e custos indiretos.

Onde os custos diretos dizem respeito aos custos médicos e não médicos relacionados ao diagnóstico, tratamento, recuperação e reabilitação da doença.

Os custos indiretos referem-se à perda de produção e produtividade trazida pelo problema de saúde, como a perda de dias de trabalho, ou uma menor produtividade gerada por limitações físicas (MELLO JORGE e KOIZUMI 2004).

As causas externas representam, tanto em Cuiabá como no Estado de Mato Grosso, a segunda maior estimativa de risco de morte para a população geral. Destacando-se assim como um dos problemas prioritários para os formuladores e executores de políticas públicas voltadas para o tema, como o setor, de segurança pública, educação, saúde, justiça e transporte (SCATENA, 2001; SCATENA e SILVA, 2002; SCATENA, 2002).

Estimou-se que em 2000 em todo mundo, mais de 1,2 milhões de pessoas morreram em consequência de acidentes de trânsito, a maioria adultos jovens. Cerca de 90,0% dessas mortes ocorreram em países subdesenvolvidos e em desenvolvimento. O perfil das vítimas nesses países indica uma alta proporção de mortes entre pessoas mais vulneráveis, como pedestres, ciclistas e motociclistas (OMS, 2002).

No Brasil, na década de 80, as mortes por acidentes e violências passaram a responder pela segunda causa de óbitos no quadro de mortalidade geral. O perfil observado para todo o país é o mesmo: ocorrências maiores nas grandes cidades, sendo as principais vítimas jovens do sexo masculino. Nos anos 90, consolida-se um conjunto de pesquisas sobre a temática que procura analisar o perfil da morbimortalidade das causas externas com destaque para a violência e os acidentes de trânsito podendo ser apontados com alguns exemplos os trabalhos que privilegia a análise das grandes áreas urbanizadas que concentram, ao longo dos anos, cerca de 75,0% as mortes por causas violentas (RAMIRES e SANTOS, 2006; MS, 2001a; SIMÕES, 2002, MINAYO e SOUSA, 2003; GRAWRYSZEWSKI *et al.*, 2004a).

Em 2004, segundo o MS (2004a), houve aproximadamente 127.000 mortes por causas externas no Brasil, sendo preponderantes os homicídios (38,0%) e os acidentes de trânsito (23,0%), seguidos por suicídios (6,0%) e quedas (5,0%). Esses coeficientes se comportam de maneira diferente nas capitais do país (SOUZA e LIMA, 2006).

No conjunto de causas externas os acidentes de transporte destacam-se em termos de magnitude, tanto de mortes quanto de feridos.

Em Mato Grosso, na década de 90, as causas externas representaram o segundo maior risco de morte para a população geral e foram as principais causas de morte entre a população masculina (SCATENA *et al.*, 2002; SCATENA e SILVA, 2002).

Em 2000, as causas externas ocupavam o segundo lugar no perfil de mortalidade geral do Brasil. A mortalidade masculina vem se mostrando maior que a feminina, em uma razão, aproximada, entre taxas, de 5:1; em 2000, cerca de 84% de todas as mortes por violência e acidentes ocorreram no sexo masculino (119,0/100.000habitantes) (SOARES, 2009).

Quanto às idades tem-se observado o deslocamento da mortalidade por causas externas para faixas mais jovens, o que, dada a frequência com que se apresentam essas mortes, irá, com certeza, comprometer o esperado aumento da esperança de vida no país. Ao longo de toda a década de 1990, foram 41 adolescentes mortos por dia no Brasil; mas o que torna a mortalidade por causa externa mais relevante é o fato de ser a primeira causa de morte no grupo de 10 a 24 anos, ano após ano. Em 2000, essas causas representaram 47,9% do total de mortes na faixa etária de 10 a 14 anos e 70,0% entre 15 e 24 anos (ASSIS *et al.*, 2005; MINAYO, 2005a).

No Brasil as quedas ocuparam o primeiro lugar entre os motivos de internações, representando 42,8% do total, em 2000. Dentre as internações, 58,5% foram devidas 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 (GAWRYSZEWSKI *et al.*, 2004a),

Dados mais recentes do MINISTÉRIO DA SAÚDE (2006a) demonstraram que, em 2005, cerca de 9,0% das internações ocorridas no Brasil, excluindo-se os partos (capítulo XV-CID 10), foram por lesões e traumatismos decorrentes de causas externas (capítulos XIX e XX da CID-10). Dessas internações, os principais tipos de causas externas foram: quedas (41,8%), acidentes de transporte (15,8%), as agressões mais intervenções legais e operações de guerra (10,0%) e lesões autoprovocadas (7,8%). Em relação às internações por acidentes de transportes, os atropelamentos determinaram 33,7% delas e os acidentes com motocicletas 24,7%.

No Rio de Janeiro, DESLANDES e SILVA (2000), estudando os atendimentos de urgência e emergência em dois hospitais, identificaram que 11,8% dos atendimentos foram provenientes de acidentes de trânsito.

Os dados de morbidade hospitalar (MS, 2003) para residentes em Cuiabá revelam-se acima dos índices do Brasil, da região Centro Oeste e do Estado de Mato Grosso. Sendo que na Grande Cuiabá, é notável a intensidade dos acidentes e da violência, entre os homens, entre os quais a faixa etária de 20 a 59 anos (SOARES, 2008)

No tocante à morbidade por acidentes e violências, principalmente aqueles que não demandam internação hospitalar, ainda é bastante precário o conhecimento disponível, seja em nível nacional, regional e mesmo local (MS, 2001a).

Na Grande Cuiabá, no ano de 2005, as mortes decorrentes dos acidentes de transporte ocuparam o segundo lugar entre as causas externas, com 1.749 (25,8%) do total de vítimas, representando um coeficiente de 2,5 por 10 mil habitantes. O risco de morte por estes agravos, entre os homens, foi 300% maior que o verificado entre as mulheres. Dentre estas causas, os acidentes de transporte com veículos de quatro ou mais rodas e os atropelamentos foram responsáveis por 52,3% e 31,8% dos óbitos, respectivamente (SOARES, 2008).

A morbidade por Causas Externas é um tema que tem sido menos estudado ao comparar com a mortalidade, embora represente importante parcela da demanda por atendimento de urgência e emergência nos hospitais.

Ainda que as informações provenientes das estatísticas de hospitalizações sejam freqüentemente alvo de críticas, em razão de sua limitação quanto à

abrangência, ou até mesmo pela sua qualidade, não resta dúvida de que elas podem ser bastante úteis para várias finalidades. No que se refere à morbidade hospitalar, dados do Sistema de informações hospitalares do sistema único de saúde (SIH-SUS) mostram que as causas externas foram responsáveis por uma parcela importante das internações no Brasil nos últimos anos (MS, 2005).

Os acidentes de transporte se apresentam no período de 1979 a 1995 como a causa principal de morte por causas externas, passando a ser a segunda, após 1996.

A tendência da taxa de mortalidade por acidentes de transporte, entre 1996 e 2005, revela uma relativa estabilidade. Sendo que o risco de morte por estas causas foi mais elevado que aquele dos demais acidentes (1,1 a 2,7 vezes) e o dos suicídios (9,7 a 20,0). Os acidentes envolvendo motocicletas representaram, nos últimos 10 anos, 11,7% dos óbitos por causas externas. No entanto, foram os agravos cujo risco mais se elevou no período, com uma tendência crescente em todo período analisado (OLIVEIRA, 2008).

2.2. Acidentes e Violências

Violência é definida como uso intencional da força física ou do poder real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (OMS, 2002).

Esta apresenta forte relação com as estruturas sociais, econômicas e políticas, numa reação dinâmica entre os envolvidos, expressando-se de várias formas: agressão física, abuso sexual, violência psicológica e violência institucional, atingindo de forma diversa os diferentes grupos sociais.

O acidente é entendido como o evento não intencional e evitável, causador de lesões físicas e/ou emocionais no âmbito doméstico ou nos outros ambientes sociais, como do trabalho, do trânsito, da escola, do esporte e do lazer (MS, 2001).

Tanto os acidentes quanto as violências estão entre as principais causas de morte na maioria dos países e respondem por significativa parcela da morbidade da população, acarretando grandes prejuízos econômicos, perda da capacidade

produtiva e qualidade de vida. A maioria destas mortes ocorre em países em desenvolvimento, onerando seus sistemas de saúde (PENDEN *et al.*, 2004).

Em Mato Grosso, as causas externas são a segunda causa de óbitos. Não bastasse isso, os estudos têm apontado que o grande aumento do risco de morte por causas externas está relacionado ao crescimento da violência e acidentes de transporte, cujos determinantes podem estar relacionados à transição demográfica e epidemiológica. A violência, expressa na forma de homicídios esta relacionada com a deterioração das condições de vida e ao aumento de desigualdades sociais (OLIVEIRA, 2006).

A mortalidade e morbidade por causas externas refletem a gravidade desse problema da Saúde de Mato Grosso, apontando que este Estado possui uma relação de 5 internações para cada óbito durante o período de 1998 a 2002. Além disso, os autores destacam que o número foi subestimado por não considerar as internações fora do SUS e os atendimentos ambulatoriais (GALVÃO *et al.*, 2004).

Em 2002 a taxa de mortalidade por acidentes de transporte terrestre em Cuiabá foi de 30,6/100.000 hab., taxa esta que está acima da registrada pelo Brasil que foi de 18,7/100.000 hab., ocupando assim o quinto lugar entre as capitais brasileiras (DUARTE, 2008).

Diante deste contexto, de alto coeficiente de morbidade e mortalidade por causas externas o Ministério da Saúde, implanta Serviço de Atendimento Móvel de Urgência/SAMU, que tem como finalidade reduzir o número de óbitos, o tempo de internação em hospitais e as seqüelas decorrentes da falta de socorro precoce. O serviço funciona 24 horas por dia com equipes de profissionais de saúde qualificadas para prestar o socorro à população em casos de emergência.

Assim, existe parcela da população, vítima de acidentes e violências que não chega aos serviços de saúde; dentre aquelas que procuram os serviços de saúde, dependendo da gravidade, parte busca as unidades ambulatoriais (Centros de Saúde, Unidades de Saúde da Família e outros), outra, os serviços de urgência e emergência e outra, ainda, quando necessário, é encaminhada à internação. Além dessas, há uma pequena parcela de vítimas que chega a óbito, seja no local de ocorrência do fato ou nos serviços de saúde (SOARES, 2008).

As quedas ocuparam o primeiro lugar entre os motivos de internações, representando 42,8% do total, em 2000, no Brasil. Dentre as internações, 58,5%

foram devidas 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 (GAWRYSZEWSKI *et al.*, 2004).

Em 2005, cerca de 9,0% das internações ocorridas no Brasil, excluindo-se os partos, foram por lesões e traumatismos decorrentes de causas externas. Dessas internações, os principais tipos de causas externas foram: quedas (41,8%), acidentes de transporte (15,8%), as agressões mais intervenções legais e operações de guerra (10,0%) e lesões autoprovocadas (7,8%). Em relação às internações por acidentes de transportes, os atropelamentos determinaram 33,7% delas e os acidentes com motocicletas 24,7% (MS, 2006a).

Em relação à morbidade hospitalar o predomínio se dá sobre os acidentes, mais especificamente as quedas, o que pode oferecer subsídios para os programas de prevenção.

Existem outros fatores relacionados à ocorrência de acidentes e violência, como uso de drogas, armas de fogo e, com destaque, o consumo de álcool, a não observância de regras de segurança e as relações interpessoais conflituosas também colaboram para ocorrência destas (PORTARIA GM/MS Nº 737 DE 16/05/01). Ainda podemos citar fatores como a urbanização, a marginalização, a falta de segurança no trabalho e a carga horária excessiva desempenhada pelos trabalhadores.

2.3. Política Nacional de Atenção as Urgências

Para dar sustentabilidade às ações, o Ministério da Saúde, instituiu em 2001 a Política de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, com o objetivo de estabelecer princípios e diretrizes visando à estruturação e o reforço de ações intersetoriais de prevenção e assistência às vítimas de causas externas (MS, 2001).

A Política Nacional de Atenção às Urgências do Ministério da Saúde orienta o componente assistencial do plano de enfrentamento das causas externas, com previsão de aprimoramento e expansão dos atendimentos pré, intra, e pós-hospitalares das vítimas em questão.

Em 2004, foi estruturada a Rede Nacional de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde, visando à implantação e implementação dos Núcleos de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde, em âmbito local.

Em 2005, foram contempladas as ações de aprimoramento e expansão da vigilância e do sistema de informação de violências e acidentes, com treinamento e capacitação de profissionais para gerenciamento e avaliação das intervenções propostas, a partir das informações coletadas e isso ocorreu com a aprovação da Agenda Nacional de Vigilância, Prevenção e Controle dos Acidentes e Violência (MS, 2006b).

Em 2006 foi instituída a Política Nacional de Promoção da Saúde, que contribui com ações efetivas para a prevenção de acidentes e violências, atuando sobre os fatores de risco e de proteção, promovendo ambientes e entornos saudáveis, como também comportamentos e hábitos seguros por parte da população. E o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), principal componente desta política, conta com 130 serviços de atendimento móvel de urgência no Brasil. Ao todo 1.066 municípios atendidos pelo SAMU com cobertura de 98 milhões de brasileiros (MS, 2006b; MS, 2006c).

Esta política prioriza as medidas preventivas, entendidas em seu sentido mais amplo, abrangendo desde as medidas inerentes à promoção da saúde e aquelas voltadas para evitar a ocorrência de violências e acidentes, até aquelas destinadas ao tratamento das vítimas, nestas compreendidas ações destinadas a impedir as seqüelas e as mortes devidas a estes eventos (MS, 2001).

E essas ações têm sido estruturadas no SUS visando responder aos importantes desafios impostos pelas causas externas. Em relação a esse problema, as esferas governamentais estão desenvolvendo atividades para amenizá-las, esta é identificada como “VIVA” - Vigilância de Violências e Acidentes (MS, 2006d).

A VIVA representa uma estratégia que permite conhecer melhor o perfil epidemiológico das violências e acidentes que demandam aos hospitais de urgências/emergências e serviços especializados de atendimento às vítimas de violência. Este desafio torna-se maior em relação às informações sobre violência sexual e doméstica, onde ainda impera a lei do silêncio, do medo, dos tabus e do preconceito (MS, 2006d).

2.3.1. Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes – VIVA

Desde 2006, o Ministério da Saúde está implantando, em âmbito nacional, a Vigilância de Violências e Acidentes através de Serviços Sentinela sob a coordenação do SUS, nas três esferas de governo com a participação da sociedade. E através desta implantação, o órgão visa implementar as ações de vigilância que já vêm sendo executadas, permitindo assim conhecer melhor a dimensão, a magnitude e a gravidade deste problema, onde será possível identificar as várias formas de acidentes e violências.

Assim, visando estruturar a Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela, a Secretaria de Vigilância em Saúde/MS publicou a Portaria GM/MS nº 1.356, que institui o incentivo financeiro para a implantação da Vigilância de Acidentes e Violências em 39 municípios distribuídos nas 27 Unidades da Federação (MS, 2006e). Na 1ª fase de implantação do projeto (2006), os municípios foram selecionados considerando-se:

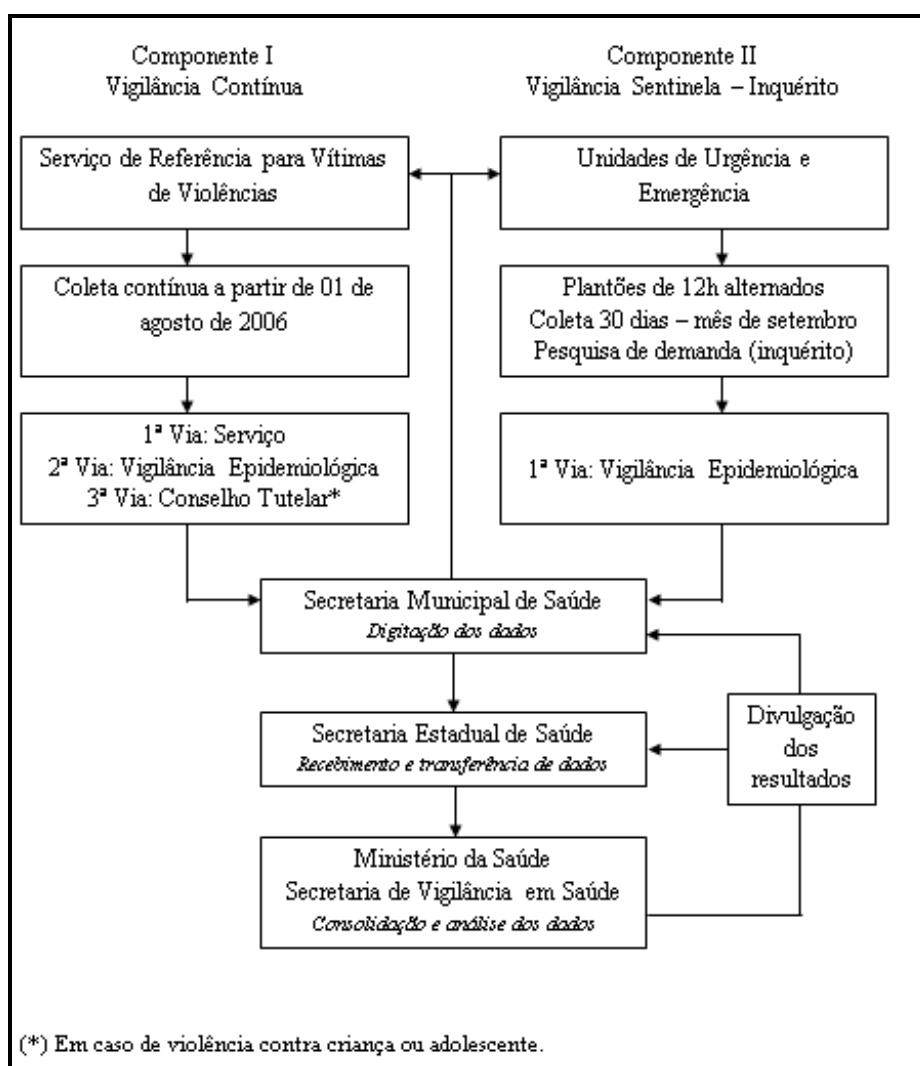
- ❖ Perfil de morbimortalidade por acidentes e violências, considerando o *ranking* das violências, definido a partir do SIM/SUS;
- ❖ Matriz de exploração sexual do Projeto PAIR definida pela Secretaria Especial de Direitos Humanos – SEDH;
- ❖ Municípios prioritários do Projeto Sentinela definidos pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome;
- ❖ Municípios prioritários definidos pela Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres;
- ❖ Municípios prioritários definidos pela Secretaria Especial de Políticas de promoção da Igualdade Racial;
- ❖ Municípios prioritários de violência e exploração sexual definidos pela área técnica de Saúde da Mulher/DAPE/SAS;
- ❖ Municípios prioritários – municípios sentinela - definidos pela área técnica de Saúde do Trabalhador/DAPE/SAS;
- ❖ Existência de Núcleo de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde;

- ❖ Existência de serviço de emergência hospitalar e de referência ao atendimento às vítimas de violência sexual, doméstica e outras violências interpessoais (mulher, criança, adolescente e idoso);
- ❖ Participação no projeto piloto do MS/SVS que testou a “Ficha de Notificação Compulsória de Violência contra a Mulher (e outras Violências Interpessoais)”, que foi publicada no DOU nº 215 de 09.11.2004;
- ❖ Participação no Projeto de “Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito”;
- ❖ Decisão política e capacidade de gestão.

Com a finalidade de viabilizar a obtenção de dados e divulgação de informações sobre violências e acidentes, o que possibilitará conhecer a magnitude desses graves problemas de saúde pública. A Vigilância de Acidentes e Violências em serviços está subdividida em dois componentes:

- 1) vigilância contínua de violência doméstica, sexual, e/ou outras violências interpessoais e autoprovocadas (VIVA Contínuo); e
- 2) vigilância sentinela de violências e acidentes em emergências hospitalares (VIVA Sentinela).

Figura 1 – Componentes da VIVA.



Fonte: SVS/MS

O componente VIVA Contínuo (Componente I) foi implantado inicialmente, em serviços de referência para violências (centros de referência para violências, centros de referência para DST/AIDS, ambulatórios especializados, maternidades, dentre outros) a partir de 01 de agosto de 2006. Essa vigilância tem como objetivo descrever o perfil dos atendimentos por violências (doméstica, sexual e/ou outras violências) em unidades de referência definidas pelas secretarias municipais e estaduais de saúde, além de articular e integrar a Rede de Atenção e de Proteção Social às Vítimas de Violências, garantindo, assim, a atenção integral e humanizada, a proteção e garantia dos direitos humanos.

Devido às suas especificidades ao caráter compulsório das notificações de violências contra crianças, adolescentes, mulheres e pessoas idosas, e, no sentido de garantir a articulação e integração com a rede de atenção e proteção social às vítimas das violências; identificou-se a necessidade desse componente passar a integrar o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN NET), que é um sistema consolidado, tem sustentabilidade e possui abrangência nacional.

Assim, a partir de janeiro de 2009, o componente de vigilância contínua da VIVA foi incorporado ao SINAN NET, adequando-se às suas normas específicas no que se refere à padronização de coleta e envio de dados.

Quanto a VIVA Sentinela, Componente II, este é realizado por meio de pesquisas anuais, com base em informações coletadas no período de 30 dias, nos hospitais de urgência e emergência selecionados, a partir de pactuação entre os serviços e secretarias estaduais e municipais de saúde.

Para ambos os componentes, nas situações de violências envolvendo crianças, adolescentes, mulheres e pessoas idosas, a notificação é de caráter compulsório e contínuo, conforme determinado pelas Leis de n. 8.069/1990 (Estatuto da Criança e Adolescente); n. 10.741/2003 (Estatuto do Idoso); e n. 10.778/2003 (Notificação de Violência contra Mulher) (MS, 2006d).

Estas duas vigilâncias irão alimentar um sistema de informação próprio, que permitirá a entrada dos dados das duas fichas, bem como a análise dos mesmos; este sistema recebeu o nome de “VIVA – Vigilância de Violências e Acidentes” (BRASIL, 2003).

A vigilância de violência e acidentes está sendo feita por inquéritos, anualmente, coletando informações durante um mês, através de amostra, nos hospitais de urgência e emergência selecionados e pactuados com secretarias estaduais e municipais de saúde. A coleta ocorre durante o mês de setembro, justificada por se tratar de um mês considerado típico – sem longos feriados ou férias – atendendo assim a preocupação da interferência da sazonalidade nos acidentes e violências (SOARES, 2008).

Os dados são coletados, nos municípios, através da utilização de ficha de notificação específica, desenvolvida e testada pela SVS/MS. A coleta é realizada por profissionais de saúde selecionados pelos municípios e treinados previamente. A supervisão e o acompanhamento são feitos por técnicos das vigilâncias

epidemiológicas municipais. Os dados são digitados no setor de vigilância epidemiológica de cada município participante da pesquisa e, posteriormente, transferidos para a coordenação do projeto, onde se procede a consolidação da base de dados.

E esta atividade visa conhecer melhor a magnitude e o perfil das vítimas de violências e acidentes no país, bem como o perfil dos agressores, no caso das violências. Tal conhecimento viabilizará a implantação e implementação de medidas de prevenção, vigilância e controle de acidentes e violências, como também de ações de atenção às vítimas de violências ou pessoas em situação de risco.

Dessa forma, incorpora-se na rotina dos serviços de saúde, sejam públicos, privados ou filantrópicos, a notificação de violências e acidentes, de forma gradativa e processual. Esses serviços notificantes, definidos e pactuados junto com as secretarias estaduais e municipais de saúde, passam a ser denominados de Serviços Sentinela de Violências e Acidentes, passando a integrar a Rede Nacional de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde (MS, 2006d).

Na Coordenadoria de vigilância epidemiológica do Estado de Mato Grosso, funciona a Gerência de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis que tem como missão desenvolver ações de avaliação e monitoramento de doenças e agravos não transmissíveis bem como ações intersetoriais que fortaleça a Política Nacional de Promoção da Saúde. E dentre outras, tem como competência desenvolver pesquisas em base de dados e inquéritos como o VIVA, articulando parcerias com municípios e instituições de ensino e de pesquisa.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GERAL

Analisar as características epidemiológicas das vítimas de acidentes e violências atendidas em serviços de urgência e emergência nos hospitais regionais de saúde de Mato Grosso e na Grande Cuiabá, no mês de setembro de 2008.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ❖ Identificar as principais características epidemiológicas das vítimas atendidas nos serviços;
- ❖ Avaliar as desigualdades sexo, faixa etária, raça/cor e escolaridade, por município;
- ❖ Avaliar as desigualdades sexo, faixa etária, raça/cor e escolaridade, por tipo de ocorrência;
- ❖ Avaliar a evolução dos atendimentos realizados nos serviços.

4. MÉTODOS

4.1. DESENHO

Estudo descritivo, de corte transversal, da demanda de serviços específicos do Sistema Único de Saúde.

4.2. LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi realizado nos pronto-atendimentos dos Hospitais Regionais de Saúde de Cáceres, Colíder, Rondonópolis e Sorriso e na Grande Cuiabá, composta pelos municípios de Cuiabá e Várzea Grande, ambos localizados no Estado de Mato Grosso, Estado este localizado a oeste da região Centro-Oeste onde a maior parte de seu território é ocupado pela Amazônia Legal, ocupa uma área de 906.806,9 km², com uma população de aproximadamente 2.803.274 habitantes. Sua capital é a cidade de Cuiabá.

Tendo como principais rios o Juruena, Teles Pires, Xingu, Araguaia, Paraguai, Piqueri, São Lourenço, das Mortes e Cuiabá. Devido o crescimento econômico com as exportações, Mato Grosso é um dos principais produtores e exportadores de soja do Brasil.

Os pronto socorros municipais de saúde do município de Cuiabá e Várzea Grande foram elencados para este estudo, pois os mesmos são unidades de referência para urgência e emergência dos municípios.

Segundo SCNES (2009), as unidades estudadas fazem parte da esfera administrativa municipal e estadual, com gestão de média e alta complexidade, realiza atendimentos pelo SUS de internação, atendimento ambulatorial, serviço de apoio ao diagnóstico e tratamento (SADT), urgência e emergência, vigilância em saúde e regulação.

O fluxo de clientela é por demanda e o atendimento é 24 horas em regime de plantão. Em suas instalações físicas para assistência possuem serviços de urgência/emergência com salas de atendimento e leitos, ambulatório, centro cirúrgico com salas para cirurgia e para recuperação, serviços de apoio e serviços especializados, tomografia computadorizada, dentre outros. SCNES (2009)

Nas instalações físicas para assistência possui equipamentos de diagnóstico por imagem, por métodos ópticos, métodos gráficos, manutenção da

vida. As unidades possuem ainda coleta seletiva de rejeitos/resíduos e serviços de hemoterapia.

Quanto aos leitos disponíveis no hospital, existem leitos cirúrgicos, pediátricos, clínicos e para outras especialidades (crônicos).

Existem ainda leitos complementares, sendo leitos na UTI adulto e na unidade de isolamento. E essas unidades possuem equipe capacitada para responder a demanda recebida.

O Hospital Regional de Saúde Rondonópolis Irmã Elza Giovanella atende os municípios de sua rede composta por: Alto Araguaia, Alto Garças, Alto Taquari, Araguainha, Campo Verde, Dom Aquino, Guiratinga, Itiquira, Jaciara, Juscimeira, Paranatinga, Pedra Preta, Poxoréo, Primavera do Leste, Rondonópolis, Santo Antonio do Leste, São José do Povo, São Pedro da Cipa e Tesouro.

A emergência do Hospital Regional de Rondonópolis atende aos usuários que são encaminhados pelo Pronto Atendimento dos municípios (PA) ou pelo SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

O Hospital Regional de Sorriso oferece serviço de referência para a micro região do Teles Pires, a qual abrange 15 municípios (Claudia, Feliz Natal, Ipiranga do Norte, Itanhangá, Lucas do Rio Verde, Nova Maringá, Nova Mutum, Nova Ubiratã, Santa Carmem, Santa Rita do Trivelato, Sinop, Sorriso, Tapurah, União do Sul e Vera), totalizando uma população aproximada de 300.000 habitantes (IBGE 2007). É referência em alguns serviços, média e alta complexidade para todo o Norte do Estado.

O Hospital Regional de Cáceres "Dr. Antônio Fontes" oferece serviço de referência para uma rede de 21 municípios (Cáceres, Mirassol D Oeste, Pontes e Lacerda, São Jose dos Quatro Marcos, Araputanga, Porto Esperidião, Jauru, Vila Bela da S Trindade, Curvelândia, Lambari D Oeste, Rio Branco, Comodoro, Salto do Céu, Nova Lacerda, Gloria D Oeste, Campos de Julio, Reserva do Cabaçal, Figueiropólís D Oeste, Indiavaí, Conquista D Oeste e Vale de São Domingos), totalizando uma população aproximada de 295.000 habitantes (IBGE 2007). É referência em alguns serviços, média e alta complexidade para todo o oeste do Estado.

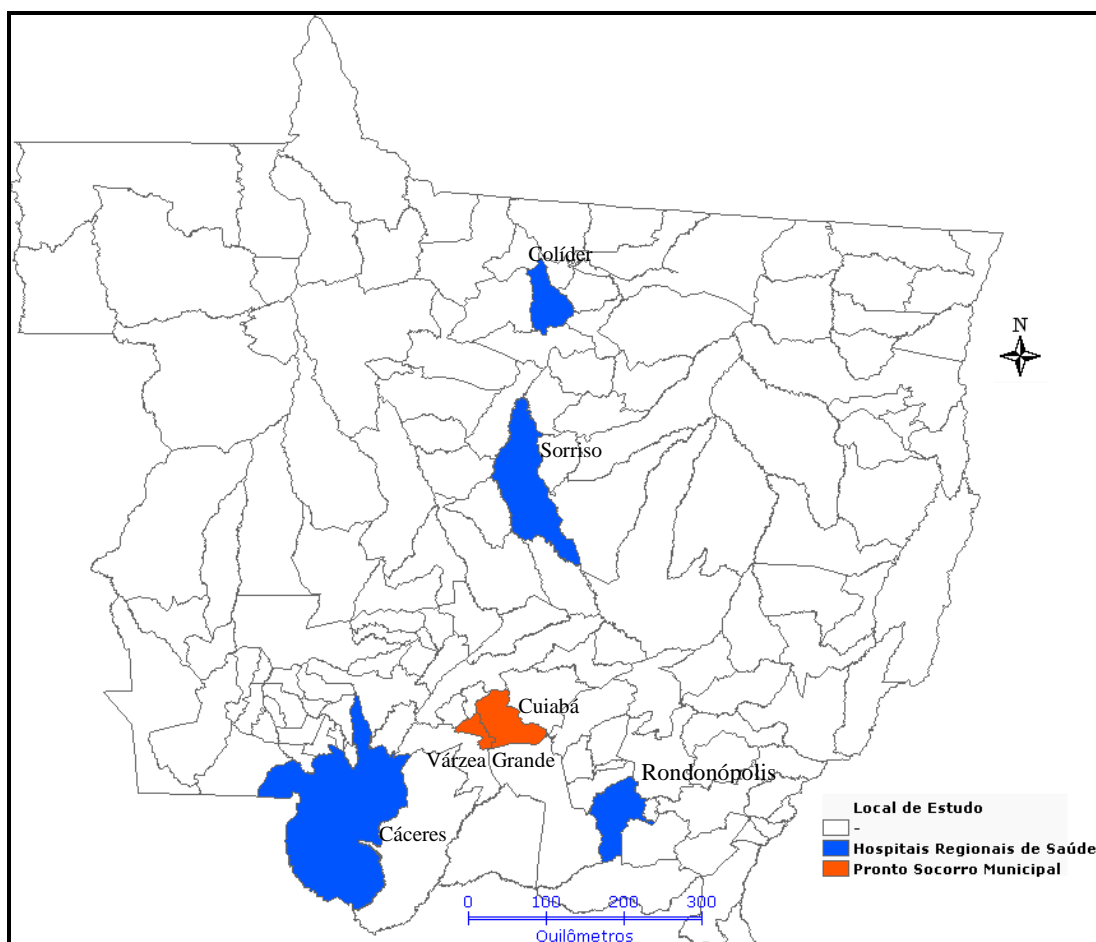
O Hospital Regional de Colider oferece serviço de referência para uma rede de 21 municípios (Colider, Itaúba, Marcelândia, Nova Canãa do Norte, Nova

Guarita, Nova Santa Helena, Peixoto de Azevedo, Guarantã do Norte, Matupá, Novo Mundo, Terra Nova do Norte, Alta Floresta, Apiacás, Carlinda, Nova Bandeirantes, Nova Monte Verde e Paranaita), totalizando uma população aproximada de 250.000 habitantes (IBGE 2007). É referência em alguns serviços, média e alta complexidade.

Os Pronto Socorros de Cuiabá e Várzea Grande atendem a demanda de toda a Grande Cuiabá e também são referência para outros municípios do Estado.

Todos os hospitais ainda atendem demandas de outros municípios não pertencentes a sua rede.

Figura 2 – Mapa de Localização dos municípios que serão estudados, Mato Grosso, 2008.



4.3. AMOSTRA

A população do estudo foi constituída pelos atendimentos a vítimas de acidentes e violências realizados nos prontos atendimentos dos hospitais de referência dos municípios estudados. Sendo o período de estudo de 01 a 30 de setembro de 2008.

4.4. FONTE DOS DADOS

Os dados de demanda a estes serviços, relacionada a acidentes e violências, foram obtidos do Projeto de Vigilância de Acidentes e Violência/VIVA/2008, realizado em parceria com a Coordenação de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado da Saúde de Mato Grosso, e financiado pela FAPEMAT/MT.

Os dados são secundários e a coleta de dados referiu-se ao atendimento realizado no mês de setembro de 2008 nos pronto socorros dos hospitais regionais de saúde de Cáceres, Rondonópolis, Sorriso e Colíder e na Grande Cuiabá (Cuiabá e Várzea Grande).

A coleta foi realizada por 14 profissionais da área de saúde agrupados em 4 equipes que se revezaram em plantões de 12 horas ao longo de todo período estudado, perfazendo 24 horas dia de coleta.

A coleta foi realizada por profissionais de saúde selecionados pelos municípios e treinados previamente. A supervisão e o acompanhamento foram feitos por técnicos das vigilâncias epidemiológicas municipais. Os dados foram digitados no setor de vigilância epidemiológica de cada município participante da pesquisa e, posteriormente, transferidos para a coordenação do projeto, onde se procedeu a consolidação da base de dados estadual.

Utilizou-se a ficha de investigação que foi preenchida com informações coletadas diretamente do paciente e quando este não apresentasse condições, do acompanhante ou do socorrista. As causas analisadas, portanto, foram causas declaradas. O instrumento de coleta, como já mencionado, foi a Ficha de Notificação de Acidentes e Violência em Unidades de Urgência e Emergência (Anexo I) preenchida conforme instruções no anexo II.

4.5. CONCEITOS E VARIÁVEIS DO ESTUDO

Em relação à morbidade de demanda de acidentes e violências em prontos-socorros, as variáveis analisadas foram àquelas constantes da Ficha de Notificação/Investigação específica (Anexo I):

a) Dados gerais:

Município de Notificação (Cuiabá, Várzea Grande, Cáceres, Rondonópolis, Sorriso e Colíder);

Hora de ocorrência.

b) Dados da pessoa atendida:

Sexo (Masculino, Feminino, Ignorado); Idade; Raça/Cor: Branca (branca + amarela), Negra (preta + parda), Outras; Escolaridade; Ocupação.

c) Dados de residência:

Município de Residência; Bairro de Residência; Zona de Residência.

d) Dados da ocorrência:

Intencionalidade; Tipo de Ocorrência; Local de Ocorrência; Suspeita do uso de álcool /droga; Município de Ocorrência; Bairro de Ocorrência; Zona de Ocorrência.

e) Acidentes:

Acidente de transporte (Tipo de Vitima e Meio de Transporte); Queda (Tipo de queda); Queimadura (Tipo de queimadura); Outros acidentes.

f) Violências:

Suicídio/Tentativa; Maus Tratos/Suspeita (Sim, Não); Agressão Homicídio (Sim, Não).

g) Lesão/ Evolução

Natureza da Lesão; Parte do Corpo Atingida; Evolução.

h) Modo de chegada

A pé, Veículo particular, Viatura policial, SAMU, Ambulância, Resgate, Transporte público, Outro, Ignorado.

4.6. TÉCNICAS DE ANÁLISE DOS DADOS

Foi utilizado o software EpiInfo 6 e o programa Microsoft Office Excel 2003 para a construção dos bancos de dados e confecção de tabelas de contingência. Onde os dados foram analisados mediante distribuição de frequências absolutas e relativas das variáveis e qui-quadrado de Pearson, onde foi estabelecida uma significância de 5% para verificar a associação das variáveis.

5. ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo sob o protocolo nº. 074/09 (anexo).

6. ARTIGO

Morbidade por acidentes e violências nos Hospitais Regionais de Saúde de Mato Grosso e na Grande Cuiabá.

Morbidade por acidentes e violências nos Hospitais Regionais de Saúde de Mato Grosso e na Grande Cuiabá.

Morbidity due to accidents and violence in the Regional Hospitals of Health of Mato Grosso in Cuiabá and

Paulo Antonio Ferreira Junior

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU, Secretaria de Estado de Saúde, Mato Grosso, Brasil.

Manoel Carlos S. de A. Ribeiro

Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, São Paulo, Brasil.

Resumo

Estudo descritivo, com análise das características epidemiológicas das vítimas de acidentes e violências atendidas em serviços de urgência e emergência nos hospitais regionais de saúde de Mato Grosso e na Grande Cuiabá. Coletados através do Projeto VIVA/2008, foi utilizado o software EpiInfo 6 para construção dos bancos de dados, onde foram analisados mediante distribuição de freqüências e qui-quadrado de Pearson, com significância de 5%. Dos municípios estudados, ocorreu predominância no sexo masculino (69,7%), na faixa etária de 20 a 29 anos e na raça preta e parda. Na evolução, obteve alta (76,1%) os indivíduos dos grupos de acidentes e quedas e as lesões por acidentes foram corte/perfuração/laceração. O município de Cuiabá apresentou 49,1% das notificações e 93,6% foram acidentes. A análise do qui-quadrado mostrou que não há diferença estatística entre às variáveis estudadas. O perfil de morbidade mostrou que os adultos jovens são as principais vítimas de acidentes e violência.

Palavras-chave: 1.Morbidade 2.Causas externas 3.Acidentes 4.Violências 5.Serviços médicos de emergência

Summary

Descriptive study, with analysis of the epidemiological characteristics of victims of accidents and violence treated in emergency rooms and emergency hospitals of Mato Grosso and Greater Cuiabá. Data was collected through the Project VIVA/2008; EpiInfo 6 software was used for database construction. These, in turn, were analyzed by frequency distribution and chi-square test with 5% significance. Of the cities studied, there was a predominance of males (69.7%), aged 20-29 years and of black and brown races. In the evolution of the cases, 76.1% individuals from the group of accidents and falls were discharged, and injuries due to accidents were cuts / perforations / lacerations. The city of Cuiaba showed 49.1% of notifications and 93.6% were accidents. The chi-square analysis showed there is no statistical difference between the variables studied. The morbidity profile showed that young adults are the main victims of accidents and violence.

Keywords: External 1.Morbidade 2.Causas 3.Acidentes 4.Violências 5.Serviços emergency medical

Endereço para correspondência:

Rua: A Quadra: 11B Bloco: 11 Apto: 302, Residencial Paiaguás, Cuiabá, Mato Grosso –

CEP: 78.048-258

Email: pafjunior_cba@terra.com.br

Introdução

A morbidade e a mortalidade por Causas Externas têm se sobressaído como um dos principais problemas para as sociedades modernas. Nas décadas de 80 e 90, os homicídios no Brasil tiveram crescimento proporcional de mais de 200%: passaram de 13.601, no ano de 1980, para 45.343, em 2000. O mais elevado incremento do fenômeno se deu nos anos 80 (SOUZA *et al.*, 2003).

Embora as Causas Externas tenham em sua gênese fatores não diretamente relacionados ao setor saúde, o ônus das conseqüências dos acidentes e das violências recai diretamente sobre ele. Para o SUS, isso representa minimamente: maior demanda por assistência geral e especializada; crescente comprometimento de recursos e dificuldade para suprir outras necessidades de saúde, em função dessa demanda, impactando fortemente na organização dos serviços de atenção às vítimas e na incorporação de tecnologias e na organização do resgate das vítimas em tempo hábil (CARVALHEIRO, 1999).

Além disso, as Causas Externas geram para a Previdência Social aposentadorias precoces, pensões e auxílio-doença. As internações e as mortes, embora de expressiva magnitude, são uma pequena fração das conseqüências desse problema de saúde pública.

Diversos estudos chamam a atenção para a evolução das taxas de mortalidade por causas externas no Brasil entre o período de 1979 a 1999. Essas causas externas são responsáveis por cerca de 120 mil óbitos por ano no Brasil, representando 15% das causas bem definidas.

A Região Centro Oeste é uma das que apresentam taxas mais elevadas (mais de 80 óbitos/100.000 habitantes), destacando o Mato Grosso, onde o coeficiente atinge, praticamente, 90 óbitos/100.000 habitantes (MELLO JORGE, 1997; MELLO JORGE e GOTLIEB, 2000; MELLO JORGE e col., 2001).

No Estado de Mato Grosso, as Causas Externas representam 1/5 das mortes e têm sido a segunda causa de morte há quase uma década, e a primeira entre a população masculina com menos de 50 anos. Representam também mais de 5,0% de todas as internações do SUS no estado e quase 7,0% dos gastos hospitalares, nada se conhecendo sobre os custos sociais e econômicos relacionados às vítimas fatais e não fatais desses agravos, neste estado (MS, 2006).

No âmbito do SUS, em 2006 foi instituída a Política Nacional de Promoção da Saúde, que visa contribuir com ações efetivas para a prevenção de acidentes e violências, atuando sobre os fatores de risco e de proteção, promovendo ambientes e entornos saudáveis, como também comportamentos e hábitos seguros por parte da população, como exemplo podemos citar as ações específicas de alimentação saudável, prática corporal/atividade física, prevenção e controle do tabagismo, redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas, redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito, prevenção da violência e estímulo à cultura de paz e promoção do desenvolvimento sustentável (MS, 2006).

Como parte destas ações, o MS propõe a “VIVA” - Vigilância de Violências e Acidentes, que representa uma estratégia que permite conhecer melhor o perfil epidemiológico das violências e acidentes que demandam aos hospitais de urgências/emergências e serviços especializados de atendimento às vítimas de violência. Este desafio torna-se maior em relação às informações sobre violência sexual e doméstica, onde ainda impera a lei do silêncio, do medo, dos tabus e do preconceito (MS, 2006).

A Vigilância de Acidentes e Violências em serviços está subdividida em dois componentes:

- 1) vigilância contínua de violência doméstica, sexual, e/ou outras violências interpessoais e auto-provocadas (VIVA Contínuo); e
- 2) vigilância sentinela de violências e acidentes em emergências hospitalares (VIVA Sentinela).

O componente da VIVA Contínuo (Componente I) tem como objetivo descrever o perfil dos atendimentos por violências (doméstica, sexual e/ou outras violências) em unidades de referência definidas pelas secretarias municipais e estaduais de saúde, além de articular e integrar a Rede de Atenção e de Proteção Social às Vítimas de Violências, garantindo, assim, a atenção integral e humanizada, a proteção e garantia dos direitos humanos (MS, 2006d).

Quanto a VIVA Sentinela, Componente II, este é realizado por meio de pesquisas anuais, com base em informações coletadas no período de 30 dias, nos hospitais de urgência e emergência selecionados, a partir de pactuação entre os serviços e secretarias estaduais e municipais de saúde (MS, 2006d).

Desta forma, ambos os componentes possuem o objetivo de produzir estatísticas de morbidade das violências e acidentes de forma a preencher uma lacuna, uma vez que existem poucos estudos publicados acerca da magnitude da violência, considerando os eventos violentos que não levam a óbito. Embora, estes eventos venham se constituindo em demanda significativa do atendimento das emergências hospitalares. Ressalte-se ainda a pouco freqüente utilização de bases de dados secundários no Brasil em estudos desta natureza (DESLANDES e SILVA, 2000).

Este estudo teve como objetivo analisar as características epidemiológicas das vítimas de acidentes e violências atendidas em serviços de urgência e emergência nos hospitais regionais de saúde de Mato Grosso e na Grande Cuiabá, no mês de setembro de 2008.

Metodologia

Trata-se de estudo descritivo, de corte transversal que utilizou como base os dados obtidos pelo Projeto de Vigilância de Acidentes e Violência/ VIVA/2008, realizado nos pronto-atendimentos dos Hospitais Regionais de Saúde e pronto-socorros da grande Cuiabá, em parceria com a Coordenação de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado da Saúde de Mato Grosso, e financiado pela FAPEMAT/MT, os municípios envolvidos foram Cáceres, Colíder, Rondonópolis, Sorriso Cuiabá e Várzea Grande, ambos localizados no Estado de Mato Grosso.

Estes municípios foram escolhidos em função de possuírem hospitais regionais de saúde (HRS), referências aos outros municípios das regiões (SCNES, 2008).

O Hospital Regional de Saúde Rondonópolis Irmã Elza Giovanella atende em sua rede 19 municípios com uma população de 420.000 habitantes. A emergência do HRS atende aos usuários que são encaminhados pelo Pronto Atendimento dos municípios (PA) ou pelo SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

O Hospital Regional de Sorriso oferece serviço de referência para a micro-região do Teles Pires, a qual abrange 15 municípios, totalizando uma

população aproximada de 300.000 habitantes (IBGE 2008). É referência em alguns serviços, média e alta complexidade para todo o Norte do Estado.

O Hospital Regional de Cáceres "Dr. Antônio Fontes" oferece serviço de referência para uma rede de 21 municípios, totalizando uma população aproximada de 295.000 habitantes (IBGE 2008). É referência em alguns serviços, média e alta complexidade para todo o oeste do Estado.

O Hospital Regional de Colider oferece serviço de referência para uma rede de 21 municípios, totalizando uma população aproximada de 250.000 habitantes (IBGE 2008). É referência em alguns serviços, média e alta complexidade.

Os Pronto-socorros de Cuiabá e Várzea Grande atendem a demanda de toda a Grande Cuiabá e também é referência para outros municípios do Estado.

Todos os hospitais ainda atendem demandas de outros municípios não pertencentes a sua rede.

A amostra de estudo foi constituída pelos atendimentos às vítimas de acidentes e violências realizados nos prontos atendimentos dos hospitais de referência dos municípios estudados, no período de estudo de 01 a 30 de setembro de 2008, sendo notificados todos os atendimentos de acidentes e violência no referido período.

Os dados foram coletados, nos referidos municípios, através da utilização de ficha de notificação específica, desenvolvida e testada pela SVS/MS. A coleta foi realizada por profissionais de saúde selecionados pelos municípios e treinados previamente e que alternavam-se para realizar os plantões de 24 horas. A supervisão e o acompanhamento foram feitos por técnicos das vigilâncias epidemiológicas municipais. Os dados foram digitados no setor de vigilância epidemiológica de cada município participante da pesquisa e, posteriormente, transferidos para a coordenação do projeto, onde se procedeu a consolidação da base de dados estadual, sendo esta estratégia realizada de acordo com as normas preconizadas pela Secretaria de vigilância em Saúde do Ministério da Saúde.

A ficha apresenta-se dividida em blocos e as variáveis selecionadas para este estudo foram às seguintes: **Dados gerais:** Município de Notificação. **Dados da pessoa atendida:** Sexo; Idade; Raça/Cor; Outras; Escolaridade. **Dados da ocorrência:** Intencionalidade; Tipo de Ocorrência. **Acidentes:** Acidente de

transporte; Queda; Queimadura; Outros acidentes. **Violências:** Suicídio/Tentativa; Maus Tratos/Suspeita; Agressão Homicídio. **Lesão/ Evolução:** Evolução.

Os diferentes tipos de ocorrência foram agrupados em quatro tipos: acidentes de transporte, acidentes e quedas (outros acidentes, quedas e queimadura), agressões (Maus tratos/suspeita e agressão/homicídio) e suicídios.

Os dados foram analisados mediante distribuição de frequências absolutas e relativas das variáveis e qui-quadrado de Pearson para verificar a associação das variáveis, utilizando um nível de significância de 0,05. Foram construídos intervalos de confiança de 95% para estimativas produzidas. Os softwares EpiInfo v.6 e Microsoft Office Excel 2003 foram utilizados para o processamento dos dados.

Considerações éticas

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo sob o protocolo nº. 074/09.

Resultados

No período de 01 a 30 de setembro de 2008 foram coletadas informações de 2848 atendimentos a vítimas de acidentes e violência. Dos seis municípios estudados, Cuiabá apresentou 49,1% das notificações, e, somando a este os dados do município de Várzea Grande, encontramos a Grande Cuiabá como responsável por 68,3% das notificações. O município que apresentou o menor número de notificações foi Cáceres, com apenas 4,8% das notificações (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição das notificações de acidentes e violências segundo município, VIVA, Mato Grosso, 2008.

Município de Notificação	Notificações	
	N	%
Cáceres	137	4,8
Colíder	182	6,4
Cuiabá	1407	49,1
Rondonópolis	313	10,9
Sorriso	275	9,6
Várzea Grande	550	19,2
Total	2864	100,0

Houve uma predominância de notificações do sexo masculino, 69,7% (IC95%:68,0-71,4%), com uma razão (número de homens dividido pelo número de mulheres) de 2,3 homens para cada mulher atendida.

A faixa etária de 20 a 29 anos apresentou, isoladamente, o maior número de vítimas, 26,4%, mas quando somadas as faixas de 10 até 39 anos, podemos notar que os adultos jovens, representam a maioria absoluta das notificações com 62,8% (IC95%:60,9-64,6%), dos atendimentos (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição das notificações de acidentes e violências segundo sexo e faixa etária, VIVA, Mato Grosso, 2008.

Variável	Categoria	Notificações	
		N	%
Sexo	Masculino	1997	69.7
	Feminino	867	30.3
	Total	2864	100.0
Faixa etária	0 a 9 anos	424	14.9
	10 a 19 anos	539	18.9
	20 a 29 anos	753	26.4
	30 a 39 anos	501	17.6
	40 a 49 anos	315	11.0
	50 a 59 anos	163	5.7
	60 anos ou mais	160	5.6
	Total	2855	100.0

Quanto à intencionalidade das ocorrências, foi encontrado que 93,6% foram atendimentos de acidentes, enquanto que apenas 6,4% (IC95%: 5,5-7,4%) foram atendimentos de violência.

Dentre as ocorrências, as mais frequentes foram os acidentes de transporte, com 34,4% (IC95%:32,6-36,2%), seguido pelas quedas e outros acidentes, com 28,6% (IC95%:26,8-30,3%), e 28,3% (IC95%:26,7-30,0%), respectivamente. As queimaduras corresponderam a 2,3% (IC95%:1,8-2,9%) dos atendimentos (Tabela 3)

O detalhamento das violências revela que agressões e maus tratos constituíram 5,7% (IC95%:4,9-6,6%) e suicídios 0,7% (IC95%:0,4-1,1%) dos atendimentos. Chama a atenção, que apenas houve apenas um caso de violência associado à intervenção legal. (Tabela 3)

Tabela 3 - Distribuição das notificações de acidentes e violências segundo intencionalidade e tipo de ocorrência, VIVA, Mato Grosso, 2008.

Variável	Categoria	Causas	
		N	%
Intencionalidade	Acidente	2681	93.6
	Violência	183	6.4
	Total	2864	100.0
Tipo de ocorrência	Acidente de transporte	984	34.4
	Queda	819	28.6
	Outros acidentes	810	28.3
	Agressão/Maus tratos	163	5.7
	Queimadura	66	2.3
	Suicídio/Tentativa	19	0.7
	Intervenção legal	1	0.0
	Total	2862	100.0

Ao analisar as distribuições por idade, sexo e tipo de ocorrência segundo o município de notificação, observou-se que não houve diferenças estatisticamente significativas. Isto é, os municípios, ou melhor, os hospitais, apresentaram um padrão de notificação semelhante em relação a estas variáveis.

Foram observadas diferenças estatisticamente significativas na distribuição do tipo de ocorrência (acidente de transporte, outros acidentes e queda, agressões e suicídio) por sexo, idade, raça e escolaridade. (Tabela 4)

Assim, observou-se uma maior importância dos acidentes de transporte nos homens, 36%, em relação às mulheres, 30% (partição do qui-quadrado= 7,86;1gl; p=0,005). De forma distinta, os outros acidentes e quedas e os suicídios foram mais relevantes em mulheres (partição do qui-quadrado= 8,46;1gl; p=0,003 e partição do qui-quadrado= 9,81;1gl; p=0,002, respectivamente). (Tabela 4)

Tabela 4 - Distribuição das notificações de acidentes e violências segundo município e tipo de ocorrência/agrupadas, VIVA, Mato Grosso, 2008.

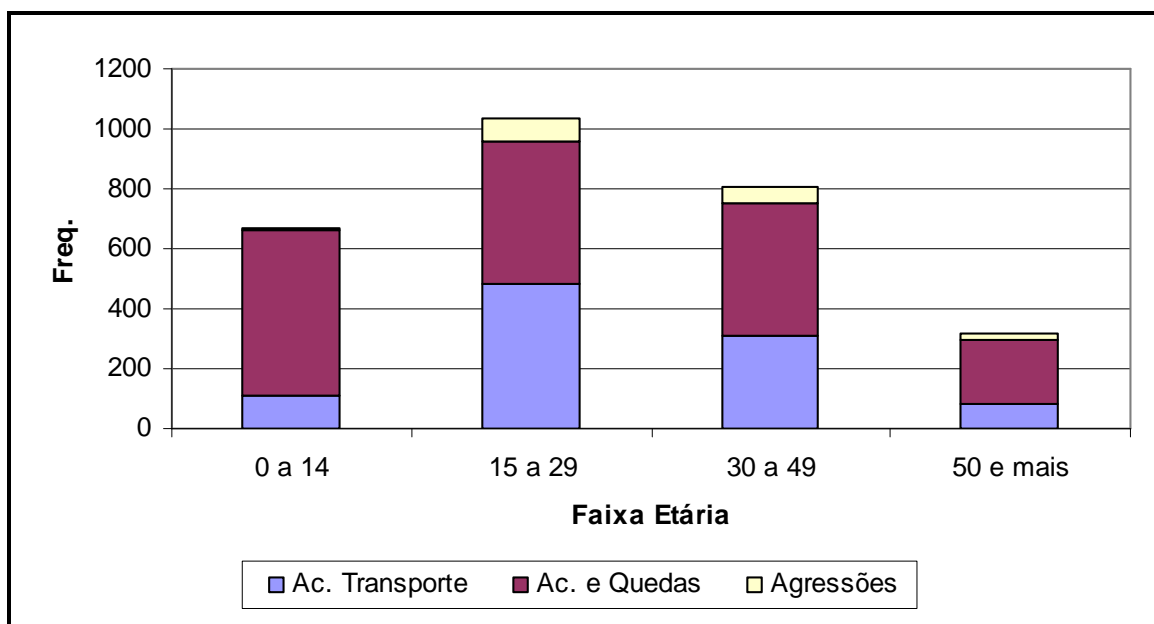
Variável	Categoria	Tipo de ocorrência								Total
		Acidente de Transporte	%	Acidentes/ Quedas	%	Agressões	%	Suicídios	%	
Sexo (n=2862)	Masculino	719	36.0	1147	57.5	123	6.2	7	0.4	1996
	Feminino	265	30.6	548	63.3	41	4.7	12	1.4	866
Faixa etária (n=2853)	0 a 14 anos	108	16.0	552	81.9	12	1.8	2	0.3	674
	15 a 29 anos	482	46.3	475	45.6	76	7.3	9	0.9	1042
	30 a 49 anos	309	37.9	446	54.7	54	6.6	6	0.7	815
	50 anos ou +	82	25.5	218	67.7	20	6.2	2	0.6	322
Raça (n=2844)	Branca	302	31.5	607	63.4	42	4.4	7	0.7	958
	Preta e Parda	661	35.7	1059	57.2	119	6.4	12	0.6	1851
	Outra	12	34.3	20	57.1	3	8.6	0	0.0	35
Escolaridade (n=2550)	0 - 4	183	26.3	469	67.4	41	5.9	3	0.4	696
	5 - 8	263	35.7	425	57.7	42	5.7	7	0.9	737
	9 - 11	413	41.4	519	52.1	59	5.9	6	0.6	997
	12 e +	67	55.8	42	35.0	10	8.3	1	0.8	120

Sexo: Qui-quadrado: 20,5 Gl: 3 p: 0,000; **Faixa etária:** Qui-quadrado: 243,3 Gl: 9 p: 0,000; **Raça:** Qui-quadrado: 12,6 Gl: 6 p: 0,049; **Escolaridade:** Qui-quadrado: 69,5 Gl: 9 p: 0,000

Em relação à faixa etária observou que na faixa de 0 a 14 anos apresentaram maior número de notificações os acidentes e quedas (82%). Entre os 15 e 29 anos acidente de transporte e outros acidentes e quedas apresentaram importância semelhantes (46%). Com o aumento da idade, enquanto os acidentes de transporte perdem um pouco de importância e os outros acidentes e quedas aumentam. (Qui-quadrado: 243,3; 9 gl; p: 0,001) .

A comparação do tipo de ocorrência segundo raça/cor branca, preto e pardo permitiu evidenciar que acidentes e quedas foram mais relevantes em brancos (partição do qui-quadrado=9,89, 1 gl, p=0,002). Por outro lado, as pequenas diferenças nestes grupos em relação a acidente de transporte, agressões e suicídios não foram estatisticamente significativas.

Figura 3- Distribuição das notificações segundo tipo de ocorrência e idade, VIVA, Mato Grosso, 2008



Em relação à escolaridade, observou-se que as diferenças na distribuição das agressões não foram estatisticamente significativas (partição do qui-quadrado=1,30; 3gl, $p=0,728$). Considerando, de outra forma, somente os acidentes de transportes e os outros acidentes e quedas, observou-se uma clara tendência de aumento dos primeiros com o aumento da escolaridade e, inversamente, uma diminuição da importância dos outros acidentes e quedas com o aumento da escolaridade. (partição do qui-quadrado=67,17; 3gl, $p<0,001$).

Em relação ao meio de transporte que a vítima chegou ao hospital, observou-se que a maioria, ou seja, 62,7% (IC95%: 60,8-64,4%) dos indivíduos chegaram de veículo próprio, e 33,0% (IC95%: 31,3-34,8%) chegaram de ambulância, incluindo os atendimentos realizados pelo SAMU. No entanto, se especificarmos o tipo de ocorrência, algumas diferenças aparecem. As vítimas de acidentes de transporte chegam na sua maioria de ambulância, 54,5% (IC95%: 51,0-57,3%). Por outro lado, aquelas vítimas de outros acidentes e quedas chegam majoritariamente através do seu próprio veículo, 76,9% (IC95%: 74,8-78,9%). O meio de transporte para chegar ao hospital utilizado pelas vítimas de agressões é mais ou menos equilibrado entre ambulância e veículo próprio. (Tabela 5)

A maioria dos indivíduos evoluiu para alta, 66,8% (IC95%: 66,8-70,3%). Foram encaminhados para internação e para o ambulatório, 17,1% (IC95%: 15,8-18,6%) e 13,6% (IC95%: 12,4-14,9%) dos indivíduos, respectivamente. Os óbitos foram apenas 0,4% (IC95%: 0,2-0,7%) das notificações. (Tabela 5)

Tabela 5 - Distribuição das notificações de acidentes e violências segundo evolução e tipo de ocorrência/agrupadas, VIVA, Mato Grosso, 2008.

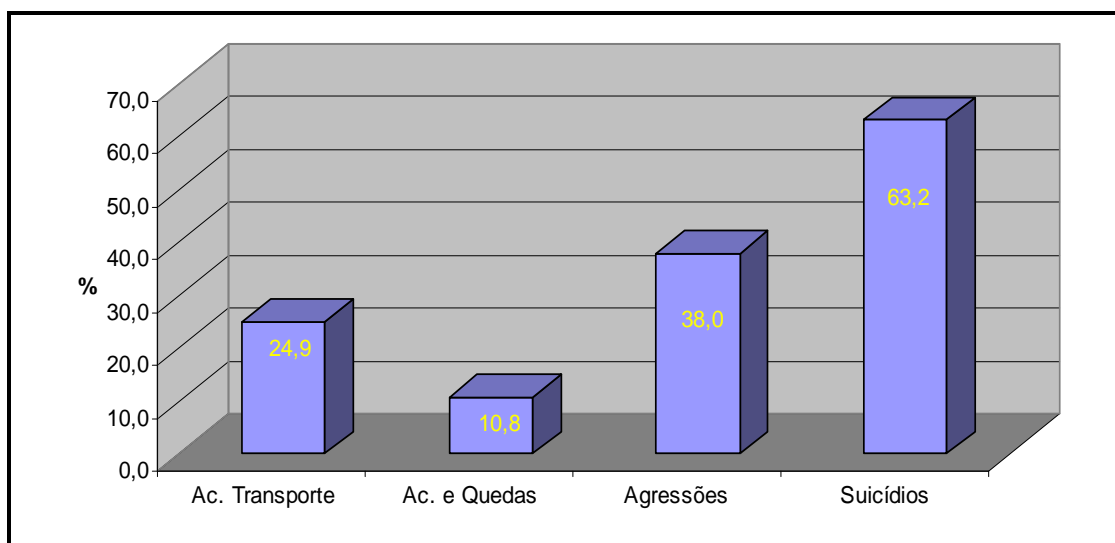
Variável	Categoria	Tipo								Total	%
		Acidente de transporte	%	Acidentes e quedas	%	Agressões	%	Suicídio	%		
Meio de transporte ao chegar no hospital	Veículo próprio	412	42,1	1295	76,9	66	41,5	7	36,8	1780	62,7
	Ambulância	530	54,1	329	19,5	69	43,4	10	52,6	938	33,0
	Viatura	20	2	12	0,7	17	10,7	2	10,5	51	1,8
	A pé	6	0,6	29	1,7	3	1,9	0	0	38	1,3
	Outro	11	1,1	19	1,1	4	2,5	0	0	34	1,2
	Total	979	100,0	1684	100,0	159	100,0	19	100,0	2841	100,0
Evolução	Alta	578	59,5	1278	76,1	81	49,4	6	31,6	1943	68,6
	Ambulatório	150	15,4	214	12,7	20	12,2	1	5,3	385	13,6
	Internação	235	24,2	178	10,6	60	36,6	12	63,2	485	17,1
	Evasão	3	0,3	6	0,4	1	0,6	0	0,0	10	0,4
	Óbito	6	0,6	3	0,2	2	1,2	0	0,0	11	0,4
	Total	972	100,0	1679	100,0	164	100,0	19	100,0	2834	100,0

Evolução: Qui-quadrado: 179,25 Gl: 12 p: 0,000

A somatória dos casos que exigiram internação e daqueles que evoluíram para óbito permite estimar a gravidade dos acidentes e das violências notificados. Assim, verifica-se que as violências, isto é, as agressões e as tentativas de suicídio, apresentaram maior gravidade (internações e óbitos) com índices de 38,0% (IC95%:30,7-46,0%) e 63,2% (IC95%:38,6-82,8%), respectivamente (Figura 4).

A gravidade dos acidentes de transporte também se mostrou relevante, embora, tenha sido um pouco menor que as violências, 24,9% (IC95%:22,2-27,7%). Apenas 10,8% (IC95%:9,4-12,4%) dos acidentes e quedas demandaram internação ou evoluíram para óbito (Figura 4).

Figura 4 – Gravidade das notificações (internações e óbitos) segundo tipo de ocorrência, VIVA, Mato Grosso, 2008



Quanto ao perfil das lesões por acidentes observou que as lesões por corte/perfuração/laceração estiveram em primeiro lugar nos acidentes de transportes (28,9%), agressões e maus tratos (68,7%) e outros acidentes (47,7%), seguido das lesões por fratura e contusão. Nas quedas a fratura esteve em primeiro lugar com 24,4% e no suicídio/tentativa as intoxicações estiveram presentes com 84,2%.

Tabela 6 - Distribuição das notificações de acidentes e violências segundo tipo de ocorrência e tipo de lesão, VIVA, Mato Grosso, 2008.

Tipo de ocorrência	Lesão	N	%
		983	
Acidente de transporte	Corte/Perfuração/Laceração	284	28.9
	Fratura	239	24.3
	Contusão	169	17.2
	Entorse/Luxação	122	12.4
		163	
Agressão/Maus tratos	Corte/Perfuração/Laceração	112	68.7
	Fratura	13	8.0
	Contusão	11	6.7
	Traumatismo crânio-encefálico	8	4.9
		810	
Outros acidentes	Corte/Perfuração/Laceração	386	47.7
	Entorse/Luxação	125	15.4
	Contusão	95	11.7
	Fratura	73	9.0
		818	
Queda	Fratura	200	24.4
	Contusão	196	24.0
	Entorse/Luxação	194	23.7
	Corte/Perfuração/Laceração	160	19.6
		19	
Suicídio/Tentativa	Intoxicação	16	84.2
	Corte/Perfuração/Laceração	2	10.5
	Politraumatismo	1	5.3
		66	
Queimadura	Queimadura	66	100.0

Discussão

O estudo apresentou algumas limitações referentes à coleta de dados, pois não é possível garantir que o preenchimento da Ficha de Notificação de Acidentes e Violência, tenha sido isento de problemas.

Quanto às violências, é possível que as pessoas omitam a verdade, como no caso de agressão, abuso sexual e outros, muitas vezes por medo de represálias de agressores ou à possibilidade de exposição pública, entre outros.

Dentre as 2864 vítimas notificadas durante o período estudado, dos 6 municípios estudados, Cuiabá apresentou 49,1% das notificações, e a Grande Cuiabá, que envolve o município de Várzea Grande e outros vizinhos, foi responsável por 68,3% das notificações. O que possivelmente pode estar relacionado com o fato de Cuiabá ser capital e de sua ligação com Várzea Grande, e ainda por receber demanda de outros municípios do estado.

O sexo masculino foi predominante com uma razão de 2,3 homens para cada mulher atendida. Resultados semelhantes foram encontrados em estudo realizado por SOARES (2009), na Grande Cuiabá com 66,5% e em estudo realizado por MASCARENHAS *et al* (2008) no Brasil onde observou o predomínio do sexo masculino com uma razão de 1,8.

DESLANDES (2000), em estudo realizado em dois hospitais do Rio de Janeiro observou que os homens foram os mais atingidos (69,3%).

Na faixa etária de 10 a 39 anos, observou que os adultos jovens, representam a maioria absoluta das notificações com 62,8%, sendo que essa faixa etária tem sido freqüentemente, identificada como as principais vítimas de causas externas, ocorrendo assim por vários fatores como a inexperiência (MASCARENHAS, 2008). Em hospitais no Rio de Janeiro a faixa etária mais afetada foi a de 20 a 39 anos (60,5% no Hospital 1 e 47,5% no Hospital 2) (DESLANDES, 2000).

Na intencionalidade os acidentes de transporte tiveram destaque seguido pelas quedas e outros acidentes. O que se assemelha com resultados encontrados no estudo realizado por CABRAL (2008) onde os acidentes de transporte (52,7%)

tiveram destaque entre as causas externas (com 61,1% motivados por atropelamentos e 33,6% com motocicletas envolvidas).

A faixa de 20 a 49 anos foi mais acometida no município de Sorriso 58,9%, e Cuiabá 55,8%. SOARES (2009) e MARCHESI (2008) encontraram resultados semelhantes para o município de Cuiabá e Alta Floresta, respectivamente.

O sexo masculino teve destaque nos municípios de Cáceres 78,8% seguido de Colíder e Várzea Grande ambos com 72,0%. O que foi observado em estudos realizados por SOARES (2009), DESLANDES (2000), MASCARENHAS (2008) e MARCHESI (2008).

Quanto à intencionalidade o município de Cáceres apresentou 96,4% das notificações por acidentes, seguido de Colíder, Cuiabá e Rondonópolis. A violência mesmo em número menor ao comparar com os acidentes teve destaque nos municípios de Várzea Grande, Sorriso e Rondonópolis.

Os acidentes de transporte, apresentaram em sua maioria, vítimas do sexo masculino, na faixa etária de 15 a 49 anos, com raça preta e parda e com 12 ou mais anos de escolaridade.

Estudos realizados mostram que os acidentes de transporte ocorreram entre adolescentes e adultos jovens, de 20 a 39 anos, com predomínio do sexo masculino (MARCHESI, 2008 e DESLANDES, 2000).

Resultados semelhantes foram encontrados em Cuiabá, na Grande Cuiabá e Alta Floresta onde os acidentes de transporte foram freqüentes entre as vítimas de causas externas. E apresenta-se como segunda causa de mortalidade por causa externa no país, com tendência crescente nos municípios de Mato Grosso OLIVEIRA (2008), MARCHESI (2008) e SOARES (2009).

No grupo de acidentes e quedas teve destaque o sexo feminino com faixa etária menor de 14 anos, raça branca e com menos de 4 anos de estudo.

Resultados encontrados em Alta Floresta foram diferentes em relação ao sexo (masculino, 57,5%) e a escolaridade (igual ou inferior ao ensino fundamental completo, 80,4%) e parecidos em relação à faixa etária (menores de 20 anos, 47,7%) e a raça (cor branca, 58,8%) (MARCHESI, 2008).

MASCARENHAS (2008) relata que as quedas representam a principal causa de internações no sistema público de saúde brasileiro, e que os acidentes

ocorridos nessa faixa etária poderiam ser evitados se os pais ou responsáveis tivessem percebido os riscos antecipadamente e tomado providências para evitá-los.

Nas agressões observou maior proporção no sexo masculino, na faixa etária de 15 a 29 anos com raça não especificada e escolaridade de 12 ou mais anos de estudo.

Em estudo realizado em Cuiabá as agressões foram pouco representativas no atendimento de urgência e emergência, o que a autora sugere uma possível subnotificação, ou por parte das vítimas ou pelo serviço (OLIVEIRA, 2008).

Em Alta Floresta as vítimas de agressões tinham entre 20 e 39 anos (56,3%) e esse tipo de violência foi mais freqüente entre os indivíduos da raça negra (68,7%), do sexo masculino (81,3%, com razão de sexo de 4,3:1) (MARCHESI, 2008).

O suicídio esteve relacionado com o sexo feminino, faixa de 15 a 29 anos, raça branca e escolaridade de 5 a 8 anos de estudo.

Em Alta Floresta as principais características das vítimas de suicídio foram: sexo feminino (62,5%), com idade entre 10 e 19 anos (50,0%), raça negra (62,5%), escolaridade inferior ao ensino fundamental completo (87,5%), o que não coincide em sua totalidade com os resultados encontrados neste estudo (MARCHESI, 2008).

Na evolução, os indivíduos que obtiveram alta foram mais freqüentes no grupo de acidentes e quedas e acidente de transporte, apresentando elevada proporção de notificações. Com internações, as vítimas de agressões e acidente de transporte se destacam.

Resultados semelhantes foram encontrados em estudo realizado por MARCHESI (2008), onde 83,4% (486) de todas as vítimas de acidentes e violência evoluíram para alta após atendimento na unidade de emergência e só 0,3% (02) evoluíram para óbito. Nesse estudo nos serviços de emergência, as vítimas de acidentes e violências foram caracterizadas como: jovens, do sexo masculino, brancos, com instrução igual ou inferior ao ensino fundamental e moradores da área urbana, o que assemelha também com resultados encontrados no estudo realizado em Cuiabá, quanto ao sexo e a idade, porém diferente quanto à raça/cor (OLIVEIRA, 2008).

Já em relação ao Brasil, após o atendimento de emergência inicial, 64,4% receberam alta, 17,9% foram encaminhados para internação hospitalar e 13,6% foram direcionados ao acompanhamento ambulatorial (MASCARENHAS, 2008).

O meio de transporte que a vítima chegou ao hospital foi veículo próprio, seguido de ambulância incluído nestes os atendimentos realizados pelo SAMU. O que assemelha ao estudo realizado no Brasil por MASCARENHAS (2008) onde os meios de transporte mais utilizados para chegar ao serviço de emergência foram: veículo particular (38%) e ambulância (27,1%), incluindo as unidades do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), utilizadas em 14% dos atendimentos.

Resultados diferentes foram encontrados por MARCARENHAS (2009) em estudo realizado no Piauí onde os meios mais frequentemente utilizados para o transporte das vítimas foram ambulâncias (39,7%) e veículos particulares (37,9%).

O perfil das lesões por acidentes e violência mostrou predominância das lesões por corte/perfuração/laceração, seguido por fratura e contusão. O que difere de resultados encontrados por MARCHESE (2008) onde sobressaíram as fraturas (31,4%), os cortes/perfurações/lacerações (20,1%) e entorses/luxações (15,1%).

O perfil de morbidade dos serviços de urgência e emergência estudados mostra que os adultos jovens são as principais vítimas de acidentes e violência, que os acidentes de trânsito tem uma representatividade muito grande o que pressupõe imprudência, uso de álcool e/ou drogas lícitas e ilícitas e chama atenção quanto à necessidade de trabalhar junto às populações mais afetadas a prevenção destes, principalmente acidentes de trânsito.

A VIVA é importante para vigilância, pois através dela é possível conhecer a realidade dos serviços, para que ocorra um direcionamento adequado de recursos e planejamentos de implantação e implementação de acordo com a necessidade de cada um.

Quanto à amostragem do estudo considera-se suficiente para conhecer o perfil de morbidade dos serviços estudados, sendo o mês de setembro adequado para esse estudo, o que não impede de realizar um estudo durante o ano todo para conhecer como comportam-se os acidentes e violências em outros meses e em outros serviços de urgência e emergência do Estado de Mato Grosso, uma vez que os hospitais regionais atendem uma rede de municípios e esta rede pode não ser suficiente para atender toda a população do Estado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Dados de mortalidade. Ministério da Saúde. Secretaria Vigilância em Saúde. Brasília. 2006. <http://www.datasus.gov.br> acessado nos meses de outubro, novembro e dezembro de 2009.

Cabral APS, Souza WV. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU): análise da demanda e sua distribuição espacial em uma cidade do Nordeste brasileiro. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2008; 11(4): 530-40.

Carvalho J R. Mortes violentas: epidemia do terceiro milênio? *Revista Brasileira de Epidemiologia* 1999; 2(3): 99 -101.

Deslandes SF, Silva CMFP. Análise da morbidade hospitalar por acidentes de trânsito em hospitais públicos do Rio de Janeiro, RJ, Brasil. *Revista Saúde Pública* 2000; 34(4): 367-72.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico: [homepage na internet]. Acesso em: 12 de junho de 2009. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2008>

Marchese VS, Scatena JHG, Ignoti E. Caracterização das vítimas de acidentes e violências atendidas em serviço de emergência: município de Alta Floresta, MT (Brasil). *Revista Brasileira de Epidemiologia* 2008; 11(4): 648-659.

Mascarenhas MDM, Pedrosa AAG. Atendimentos de emergência por violência em serviços públicos de Teresina, PI. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2008; 61(4): 493-499.

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. *Ciência Saúde Coletiva*. 2009; 14(5): 1657-1668.

Mato Grosso SES – Secretaria de Mato Grosso. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. 2008.

Mello Jorge MHP, Gawryszewski VP, Latorre MRD. I – Análise dos dados de mortalidade. Revista de Saúde Pública 1997; 31(4 supl): 5 - 25.

Mello Jorge MHP, Gotlieb SL. As condições de Saúde no Brasil: retrospectiva de 1975 a 1995. Rio de Janeiro FIOCRUZ; 2000.

Mello Jorge MHP, Gotlieb SLD, Laurenti R. A Saúde no Brasil: Análise do período de 1996 a 1999. Brasília: OPS/OMS; 2001.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Brasília: Projeto Vigilância de acidentes e violências rede serviço sentinela de acidentes e violências. Brasília jun. de 2006.

Oliveira, LR e Mello Jorge MHP. Análise epidemiológica das causas externas em unidades de urgência e emergência em Cuiabá/Mato Grosso. Revista Brasileira de Epidemiologia. 2008, vol.11, n.3, 1415-790.

Soares, BAC, SCATENA, JHG. e GALVAO, ND. Acidentes e violências na grande Cuiabá: o que retrata a demanda dos serviços de emergência. Epidemiologia e Serviço de Saúde, 2009, vol.18, no.3, p.265-276.

Souza ER, Ximenes LF, Alves F, Magalhães C, Bilate D, Szuchmacher AM, Malaquias J. Avanços do conhecimento sobre as causas externas no Brasil e no mundo: enfoque quantitativo e qualitativo. In: Minayo MCS, Souza ER, organizadores. Violência sob o olhar da Saúde: A infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003, 131-60.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do perfil de morbidade descrito neste estudo, conclui-se que, possivelmente, através de ações intersetoriais e interinstitucionais realizadas entre as diversas instituições (saúde, segurança, educação, entre outras) serão obtidos resultados positivos, sendo necessárias algumas recomendações para que possam nortear novas reflexões e contribuições, tais como:

Aprimoramento e atualização para o enfrentamento de novas realidades, com o aprofundamento de processos educativos dos condutores e pedestres;

Uma fiscalização rigorosa do uso do álcool e outras drogas, de cintos de segurança e do respeito aos limites de velocidade, entre outras medidas a serem tomadas;

Integração entre o setor saúde e educação para envolver escolas nos trabalhos de prevenção a acidentes e violências com o intuito de sensibilizar sobre o tema, desenvolvendo ações de mobilização das comunidades escolares para prevenção;

Ações e parcerias com associações de condutores, em especial a dos motoboys, para conscientização dos riscos e redução dos acidentes, para contribuir com redução da alta morbidade por acidentes de trânsito (motociclisticos) presente nos municípios estudados;

Articulação e promoção de ações com outros setores (segurança, justiça, delegacias, conselhos tutelares, promotorias, trânsito, direitos humanos, entre outros), visando garantir a integralidade na assistência e na promoção da saúde das vítimas de acidentes e violências.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Assis SG, Deslandes SF, Santos NS. Violência e adolescência: Sementes e frutos de uma sociedade desigual. In Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília - DF, Série B. Textos Básicos de Saúde, 2005. p. 79 – 105.

Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União; seção 1.

Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o estatuto da criança e do adolescente e da outras providências. Diário Oficial da União. 16 jul 1990; seção 1.

Brasil. Lei nº 10.741, de 01 de outubro de 2003 Dispõe sobre o estatuto do idoso e da outras providências. Diário Oficial da União. 03 out 2003a; seção 1.

Brasil. Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003 Dispõe sobre os serviços sentinela, aos quais serão notificados compulsoriamente, no território nacional, os casos de violência contra mulher que foi atendida em serviço de saúde público e privado e dá outras providências. Diário Oficial da União. 25 nov 2003b; seção 1.

Cabral APS, Souza WV. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU): análise da demanda e sua distribuição espacial em uma cidade do Nordeste brasileiro. Revista Brasileira de Epidemiologia. 2008; 11(4): 530-40.

Carvalho J R. Mortes violentas: epidemia do terceiro milênio? Revista Brasileira de Epidemiologia 1999; 2(3):99 -101.

Deslandes SF, Silva CMFP. Análise da morbidade hospitalar por acidentes de trânsito em hospitais públicos do Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Rev Saúde Pública 2000; 34(4): 367-72.

Duarte EC, Duarte E, Sousa MC, Tauil PL, Moteiro RA. Mortalidade por acidentes de transporte terrestre e homicídios em homens jovens das capitais das Regiões Norte e Centro-Oeste do Brasil, 1980-2005. *Epidemiologia e serviços de saúde* 2008; 17(1): 7-20.

Galvão, ND; Yokoo EM; Scatena, JHG; Causas Externas: Desafio para Saúde Pública em Mato Grosso. VI Congresso Brasileiro de Epidemiologia, Recife – PE. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, junho de 2004, nº Especial.

Gawryszewski VP, Mello MHP, Koizume MS. As causas externas no Brasil no ano 2000: comparando a mortalidade e a morbidade. *Cadernos de Saúde Pública* 2004; 20(4): 109-18.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico: [homepage na internet]. Acesso em: 12 de junho de 2009. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2008>

Iunes RF. Impacto econômico das causas externas no Brasil: um esforço de mensuração. *Rev. Saúde Pública*. 1997; 31:38-46.

Marchese VS, Scatena JHG, Ignotti E. Caracterização das vítimas de acidentes e violências atendidas em serviço de emergência: município de Alta Floresta, MT (Brasil). *Revista Brasileira de Epidemiologia* 2008; 11(4): 648-659.

Mascarenhas MDM, Pedrosa AAG. Atendimentos de emergência por violência em serviços públicos de Teresina, PI. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2008; 61(4): 493-499.

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. *Ciência Saúde Coletiva*. 2009; 14(5): 1657-1668.

Mato Grosso SES – Secretaria de Mato Grosso. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. 2008.

Martins CBG, Andrade SF. Causas externas entre menores de 15 anos em cidade do Sul do Brasil: atendimentos em pronto-socorro, internações e óbitos. Rev. bras. epidemiol. 2005 Jun; 8(2): 194-204.

Melione LPR. Morbidade hospitalar por causas externas no Sistema Único de Saúde em São José dos Campos, SP [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2006.

Mello Jorge MHP, Gawryszewski VP, Latorre MRD. I – Análise dos dados de mortalidade. Revista de Saúde Pública 1997; 31(4 supl): 5 - 25.

Mello Jorge MHP, Gotlieb SL. As condições de Saúde no Brasil: retrospectiva de 1975 a 1995. Rio de Janeiro FIOCRUZ; 2000.

Mello Jorge MHP, Gotlieb SLD, Laurenti R. A Saúde no Brasil: Análise do período de 1996 a 1999. Brasília: OPS/OMS; 2001.

Mello Jorge MHP, Koizumi MS. Gastos governamentais do SUS com internações hospitalares por causas externas: análise no Estado de São Paulo, 2000. Rev Brás. Epidemiol. 2004; 7(2):228-38.

Minayo MCS, Souza ER (Org.). Violência sob o olhar da saúde: a infra-política da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

Minayo MCS. Violência: um problema para a saúde dos brasileiros. In: [MS] Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília, DF; 2005; p. 14-41.

Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por acidentes e violências. Brasília; 2001a.

Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Portaria GM 737, de 16 de maio de 2001. aprova a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência e dá outras providencias.. Diário Oficial da União. 18 mai. 2001b; Seção 1e.

Ministério da Saúde. Portaria nº 936 de 18 de maio de 2004 regulamenta a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a implantação e implementação de núcleos de prevenção à violência em estados e municípios e dá outras providências. Diário Oficial da União. 20 mai 2004; Seção1.

Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. CENEP/DATASUS. Banco de dados dos Sistemas de Informação Hospitalar (SIH) Brasília, DF; 2005.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil 2006: uma análise da situação de saúde. Brasília: DF; 2006a.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília: MS; 2006b.

Ministério da Saúde. Portaria Ministerial nº 687 de 30 de março de 2006. Regulamenta a renovação de autorização para realizar retirada de órgãos, tecidos e transplantes com equipe especializada e dá outras providências. Diário Oficial da União. 31 de mar 2006c; seção 1.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Brasília: Projeto Vigilância de acidentes e violências rede serviço sentinela de acidentes e violências. Brasília jun. de 2006d.

Ministério da Saúde. Portaria Ministerial nº 1.356 de 23 de junho de 2006. Regulamentam 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 jun. 2006e; seção 1.

Oliveira LR. Subsídios para a implantação de um sistema de vigilância da causas externas no município de Cuiabá / MT. [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, da Universidade de São Paulo; 2006.

Oliveira, LR e Mello Jorge MHP. Análise epidemiológica das causas externas em unidades de urgência e emergência em Cuiabá/Mato Grosso. Revista Brasileira de Epidemiologia. 2008, vol.11, n.3, 1415-790.

Organização Mundial de Saúde. Classificação Estatística Internacional de Doenças e problemas relacionados à saúde (CID-09). Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. 9ª revisão, São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo (EDUSP); 1995.

Organização Mundial de Saúde. Relatório mundial sobre violência e saúde. Genebra: OMS/OPS, 2002.

Penden M, Scurfield R, Sleet D, Mohan D, Hyder AH, Jarawan E et al. Road traffic injury prevention. Geneva, Switzerland. 2004. World Health Organization (WHO).

Ramires JCL, Santos MA. Mortalidade por causas externas em Uberlândia (MG) de 1980 a 2000. Rev. Bras de geografia Médica e da Saúde 2006; 2 (2):15-26.

Scatena JHG. Análise da mortalidade no Estado de Mato Grosso, 1991 a 1999: aspectos gerais: relatório técnico. Cuiabá: SES/CIS, ISC/UFMT; 2001.

Scatena JHG, Silva GS. Análise da mortalidade em Cuiabá na última década. Cuiabá; 2002. [relatório de pesquisa].

Scatena JHG, Anhesini MA, Assis IA, Campos JP, Cardoso MCP, Dalbem JS et al. Análise da mortalidade por causas externas no Estado de Mato Grosso na década de 90. Cuiabá, 2002. [relatório de técnico].

Simões CCS. As mortes por violência dos jovens brasileiros. In: Simões CCS. Perfis de saúde e de mortalidade no Brasil: uma análise de seus condicionantes em grupos populares específicos. Brasília: Organizações Pan-americanas da Saúde, 2002: 87-104.

Soares BAC. Morbidade e mortalidade por acidentes e violências na Grande Cuiabá - MT [dissertação de mestrado]. Cuiabá: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso; 2008.


Soares, BAC, SCATENA, JHG. e GALVAO, ND. Acidentes e violências na grande Cuiabá: o que retrata a demanda dos serviços de emergência. Epidemiologia e Serviço de Saúde, 2009, vol.18, no.3, p.265-276.

Souza ER, Ximenes LF, Alves F, Magalhães C, Bilate D, Szuchmacher AM, Malaquias J. Avanços do conhecimento sobre as causas externas no Brasil e no mundo: enfoque quantitativo e qualitativo. In: Minayo MCS, Souza ER, organizadores. Violência sob o olhar da Saúde: A infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003, 131-60.

Souza ER, Lima MLC. Panorama da violência urbana no Brasil e suas capitais. Ciência & Saúde Coletiva 2006; 11(2): 363-373.

ANEXOS

Anexo I – FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE ACIDENTES E VIOLÊNCIAS EM UNIDADES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.

 República Federativa do Brasil Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde		FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE ACIDENTES E VIOLÊNCIAS EM UNIDADES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA			Nº	
Dados Gerais	1 Data da Notificação		2 UF	3 Município de Notificação		
	4 Unidade de Saúde		Código (CNES)		5 Data da Ocorrência	
6 Hora da Ocorrência (0 - 24 horas)						
Dados da Pessoa Atendida	7 Nome					
	8 Data de Nascimento		9 Idade	10 Sexo	11 Cor	
	12 Escolaridade 01) Analfabeto 02) 1ª a 4ª série incompleta do EF 03) 4ª série completa do EF 04) 5ª a 8ª série incompleta do EF 05) Ensino fundamental completo 06) Ensino médio incompleto 07) Ensino médio completo 08) Educação superior incompleta 09) Educação superior completa 10) Não se aplica 99) Ignorado					
	13 Ocupação		14 Chegou ao hospital?	15 Como chegou ao hospital?		
	16 Possui algum tipo de deficiência?					
Dados de Residência	17 UF		18 Município de Residência		19 Bairro de residência	
	20 Logradouro (rua, avenida,...)				21 Número	22 Complemento (apto., casa, ...)
	23 CEP		24 (DDD) Telefone		25 Zona	26 País (se residente fora do Brasil)
	27 Intencionalidade 28 Tipo de ocorrência (acidente / violência) 29 Local de ocorrência					
Dados da Ocorrência	30 Atividade realizada		31 Evento relacionado ao trabalho?		32 Suspeita de uso de álcool/drogas	
	33 UF		34 Município de Ocorrência		35 Bairro de ocorrência	
	36 Logradouro de ocorrência (rua, avenida,...)				37 Número	38 Zona de ocorrência
	39 Acidente de transporte 40 Queda 41 Queimadura 42 Outros acidentes					
Violências	44 Suicídio/tentativa		45 Maus-tratos/Suspeita		46 Agressão/Homicídio	
	47 Provável autor da agressão		48 Sexo do provável autor da agressão			
Lesão/Evolução	49 Natureza da lesão (considerar somente o diagnóstico principal)					
	50 Parte do corpo atingida					
51 Evolução do Caso / Encaminhamento					Função	

DADOS GERAIS

Nº - Este campo será preenchido na Vigilância Epidemiológica de Doenças e Agravos Não-Transmissíveis no nível central (Secretaria Municipal de Saúde). Deverá apresentar numeração única para cada registro. Campo de PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO no aplicativo VIVA.

OS CAMPOS DE NÚMEROS 1 A 4 SÃO DE PREENCHIMENTO

OBRIGATÓRIO.

1. Informar a data da notificação/ investigação da violência. Ex.: 01/01/2000.
2. Informar a Unidade Federativa (UF) onde está localizada a unidade de saúde (ou outra fonte notificadora) que realizou a notificação da violência. Ex.: BA (Bahia).
3. Informar o nome do município onde está localizada a unidade de saúde que realizou a notificação da violência.
4. Informar o nome completo e código correspondente, segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), da unidade de saúde (ou outra fonte notificadora) que realizou a notificação da violência.
5. Informar a data provável ou declarada da ocorrência do acidente/violência. Em caso de violência crônica ou de repetição, preencher com data aproximada do primeiro episódio. Em caso de data ignorada, preencher “01/01/1899”.
6. Informar a hora provável ou declarada da ocorrência do acidente/violência (hh:mm – 00:00 até 23:59).

DADOS DA PESSOA ATENDIDA

7. Informar o nome completo da pessoa atendida/vítima.
8. Informar a data de nascimento da pessoa atendida/vítima. Ex.: 01/01/2000.
9. Informar a idade da pessoa atendida/vítima, e o quadrado com a informação sobre dias, meses, anos, ou ignorado. Ex – Criança com 10 meses de vida: campo = 10 criança com menos de 01 dia de vida: campo = 01. ando a idade for ignorada, deixar em branco e anotar 9- Ignorado.
10. Informar o sexo da pessoa atendida/vítima de acordo com o seguinte código: 1- Masculino; 2-Feminino; 9-Ignorado.
11. Informar a cor declarada pela pessoa atendida/vítima de acordo com os seguintes códigos: 1-Branca, 2-Preta, 3-Amarela, 4-Parda, 5-Indígena, 9-Ignorado. Obs.: código 4 (parda) = inclui-se nesta categoria a pessoa que se declarou morena, mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça; código 5 (indígena) = inclui-se nesta categoria a pessoa que se declarou indígena ou índia. Esta classificação segue o padrão do IBGE.
12. Informar a escolaridade declarada pela pessoa atendida/vítima. Considerar a série ou o grau que a pessoa atendida/vítima está freqüentando ou freqüentou, sendo a última série concluída com aprovação. Obs.: código 10 (não se aplica) = pessoa atendida/vítima com idade inferior a sete anos.
13. Informar a ocupação exercida pela pessoa atendida/vítima, seja no setor formal, informal, autônomo, ou com a sua última atividade exercida.
14. Informar como a pessoa atendida/vítima chegou ao hospital, de acordo com o código: 1-Sozinho, 2-Acompanhado, 9-Ignorado. Obs.: Acompanhado = por familiar, amigo, transeunte, taxista, etc. (exclui SAMU, polícia, etc).
15. Informar qual o meio de transporte a pessoa atendida/vítima chegou ao hospital, de acordo com o código: 1-A pé, 2-Carro particular, 3-Polícia, 4-SAMU/Resgate, 5-Ambulância, 6-Transporte coletiva, 7-Outro, 9-Ignorado. Caso seja informado 7-Outro, especificar.
16. Informar se a pessoa atendida/vítima possui algum tipo de deficiência de acordo com os seguintes códigos: 1-Sim, 2-Não, 9-Ignorado para cada deficiência descrita. Caso possua “Outras deficiências/Síndromes”, especificar. Pode haver mais de uma deficiência.

DADOS DE RESIDÊNCIA

- 17.** Informar a Unidade Federativa (UF) de residência da pessoa atendida/vítima.
Ex.: BA (Bahia).
- 18.** Informar o nome do município de residência da pessoa atendida/vítima.
- 19.** Informar o nome do bairro de residência da pessoa atendida/vítima.
- 20.** Informar o tipo (avenida, rua, travessa, etc.) e nome completo do logradouro de residência da pessoa atendida/vítima (Ex.: Av. Duque de Caxias). Se a vítima for indígena/índia, preencher com o nome da aldeia.
- 21.** Informar o número da residência da pessoa atendida/vítima (Ex.: n.º 575).
- 22.** Informar o complemento do logradouro de residência da pessoa atendida/vítima (Ex.: Bloco B, apto. 402, lote 25, casa 14, etc).
- 23.** Informar o Código de Endereçamento Postal do logradouro de residência da pessoa atendida/ vítima (Ex.: CEP 70036-030).
- 24.** Informar o número do telefone da pessoa atendida/vítima, inclusive o número do prefixo (DDD).
- 25.** Informar a zona de residência da pessoa atendida/vítima, segundo os códigos: 1-Urbana (área com característica estritamente urbana, incluindo a periferia da cidade), 2-Rural (área com característica estritamente rural), 3-Periurbana (área rural com aglomeração populacional, localizada no entorno da cidade, e que se assemelha a uma área urbana), 9-Ignorado.
- 26.** Informar o nome do país de residência da pessoa atendida/vítima, apenas se esta residir em outro país.

DADOS DE OCORRÊNCIA

27. Informar a intencionalidade da ocorrência, de acordo com os códigos: 1-Sem intenção (ou acidente), 2-Intencional (ou violência), 9-Ignorado. Esta informação baseia-se na declaração da pessoa atendida/vítima. Em caso desta encontrar-se impossibilitada de comunicar-se, basear-se na declaração de seu acompanhante ou responsável.

28. Informar o tipo de ocorrência (acidente/violência), de acordo com os códigos: 1-Acidente de transporte, 2-Queda, 3-Queimaduras, 4-Outros acidentes, 5-Suicídio/tentativa, 6-Maustros/ suspeita, 7-Agressão/homicídio, 8-Sexual, 9-Ignorado.

29. Informar o local de ocorrência do evento notificado (acidente/violência), de acordo com os códigos:

1-Residência, 2-Escola, 3-Via pública (rua), 4-Via pública (rodovia), 5-Trabalho, 6-Bar ou similar, 7-Local de prática esportiva, 8-Outro, 9-Ignorado. Caso seja informado 8-Outro, especificar o local.

30. Informar o tipo de atividade realizada no momento da ocorrência. Caso seja informado 8-Outro, especificar a atividade realizada.

31. Informar se o evento notificado (acidente/violência) relaciona-se ao trabalho da pessoa atendida/ vítima, de acordo com os códigos: 1-Sim, 2-Não, 9-Ignorado.

32. Informar se houve suspeita de uso de álcool e/ou drogas não terapêuticas pela pessoa atendida/ vítima, no momento da ocorrência do acidente/violência, de acordo com o código: 1-Sim, 2- Não, 9-Ignorado.

Acidentes e violências - 11/8/2006

33. Informar a Unidade Federativa (UF) onde ocorreu o acidente/violência. Ex.: BA (Bahia).

34. Informar o nome do município onde ocorreu o acidente/violência.

35. Informar o nome do bairro onde ocorreu o acidente/violência.

36. Informar o tipo (avenida, rua, travessa, etc.) e nome completo do logradouro onde ocorreu o acidente/violência (Ex.: Av. Duque de Caxias).

37. Informar o número do local mais próximo onde ocorreu o acidente/violência (Ex.: n° do domicílio ou estabelecimento comercial; n° do quilômetro, no caso de uma rodovia).

38. Informar a zona de ocorrência do acidente/violência, segundo os códigos: 1-Urbana (área com característica estritamente urbana, incluindo a periferia da cidade), 2-Rural (área com característica estritamente rural), 3-Periurbana (área rural com aglomeração populacional, localizada no entorno da cidade, e que se assemelha a uma área urbana), 9-Ignorado.

ACIDENTES

Para as questões 39 a 43, o código não se aplica deverá ser utilizado para pessoa atendida por outro tipo de acidente/violência que não o especificado em cada campo; o código outro(s) deverá ser seguido por descrição por extenso, se utilizado.

39. Em caso de acidente de transporte, informar a condição da vítima, de acordo com os códigos: 1-Pedestre, 2-Conductor, 3-Passageiro, 4-Outro, 5-Não se aplica, 9-Ignorado.

40. Em caso de acidente de transporte, informar o meio de transporte envolvido. Se o tipo de vítima for 1-Pedestre (campo 39), informar o meio de transporte envolvido no atropelamento; se o tipo de vítima for 2-Conductor ou 3-Passageiro, o meio de transporte refere-se àquele em que a vítima é ocupante.

41. Informar o tipo de queda, quanto à sua altura.

42. Informar o tipo de queimadura, quanto ao seu agente.

43. Informar o outro tipo de acidente não especificado nos campos anteriores. Obs.: código 6 (arma de fogo) = ferimento acidental (não intencional) por revólver, espingarda, etc.

VIOLÊNCIAS

Para as questões 44 a 48, o código não se aplica deverá ser utilizado para pessoa atendida por outro tipo de acidente/violência que não o especificado em cada campo.

44. Informar o meio utilizado para o suicídio ou sua tentativa. Obs.: código 1 (envenenamento/ intoxicação) = pesticida, álcool, gases, etc.; código 3 (arma de fogo) = revólver, espingarda, etc.; código 4 (outro) = descrever por extenso o meio utilizado.

45. Informar se houve maus-tratos/suspeita, de acordo com os códigos: 1-Sim, 2-Não, 3-Não se aplica, 9-Ignorado. Caso “Outro” = 1-Sim, especificar. Pode haver mais de um tipo. Considerar os seguintes conceitos e exemplos:

- Negligência: 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 extrema de negligência (MS, 2002).

- Violência Psicológica: é toda forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobranças exageradas, 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. Este tipo de violência também pode ser chamado de violência moral. No assédio moral, a violência ocorre no ambiente de trabalho a partir de relações de poder entre patrão e empregado. Define-se como “toda e qualquer conduta abusiva (gesto, palavra, comportamento, atitude...) que atente, por sua repetição ou sistematização, contra a dignidade ou a integridade psíquica ou física de uma pessoa, ameaçando seu emprego ou degradando o clima de trabalho” (Marie-France Hirigoyen, 2002). Portanto, a violência moral é toda ação destinada a caluniar, difamar, ou injuriar a honra ou a reputação da pessoa (MS, 2002).

- Violência Física (também denominada sevícia física): são atos violentos com uso da força física de forma intencional, não acidental, com o objetivo de ferir, lesar 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, etc.

(Ministério da Saúde/MS, 2002; Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres/SEPM, 2005).

- **Violência Sexual:** é toda ação na qual uma pessoa, em situação de poder, obriga uma outra à realização de práticas sexuais, contra a vontade, por meio de força física, influência psicológica, uso de armas ou drogas (Código Penal Brasileiro). Ex.: jogos sexuais, práticas eróticas impostas a outros/as, estupro, atentado violento ao pudor, sexo forçado no casamento, assédio sexual, pornografia infantil, voyeurismo, etc.

46. Informar se houve agressão/homicídio, de acordo com os códigos: 1-Sim, 2-Não, 3-Não se aplica, 9-Ignorado. Caso “Outros” = 1-Sim, especificar. Pode haver mais de um tipo. Obs.: Física/espancamento (murro, soco, etc); instrumento perfuro-cortante (faca, canivete, peixeira, lâmina caco de vidro, chave de fenda, facão, estilete, etc); arma de fogo (revólver, espingarda, etc); outro = descrever por extenso o tipo de agressão.

47. Informar o tipo de relação entre o provável e principal (em caso de múltiplos autores) autor da agressão e a pessoa atendida/vítima, de acordo com os códigos: 1-Familiar, 2-Conhecido, 3- Desconhecido, 4-Não se aplica, 9-Ignorado. Em caso de suicídio (ou tentativa), preencher o quadrado com o código 4-Não se aplica.

48. Informar o sexo do provável autor da agressão, de acordo com os códigos: 1-Masculino, 2- Feminino. Caso haja mais de um provável autor, dos sexos masculino e feminino, preencher com o código 3-Ambos os sexos. Caso não se disponha da informação, preencher 9-Ignorado.

LESÃO/EVOLUÇÃO

49. Informar a natureza da lesão, considerando o diagnóstico da lesão principal e os seguintes códigos: 01-Sem lesão, 02-Fratura, 03-Entorse/luxação, 04-Corte/perfuração/laceração, 05-Contusão, 06-Queimadura, 07-Traumatismo crânio-encefálico, 08-Órgãos internos do abdome, 09-Órgãos internos do tórax, 10-Vasos sanguíneos, 11-Nervos, 12-Intoxicação, 13-Amputação, 14-Traumatismo dentário, 15-Outros, 99-Ignorado. Caso “Outros” = 1-Sim, especificar.

50. Informar a parte do corpo atingida, de acordo com o código: 1-Sim, 2-Não, 3-Não se aplica, 9- Ignorado. Caso “Outros” = 1-Sim, especificar. Pode haver mais de uma parte do corpo atingida. Em caso de politraumatismo, mais de uma parte do corpo será preenchida com o código 1 (Sim). Em caso de intoxicação/envenenamento, preencher todos os quadrados com o código 3 (Não se aplica), exceto o quadrado de “Outros”, que será preenchido com o código 1 (Sim), e descrito, por extenso, “intoxicação/envenenamento”.

51. Informar a evolução do caso ou encaminhamento do mesmo no setor saúde, de acordo com o código: 1-Alta, 2-Encaminhamento ambulatorial, 3-Encaminhamento hospitalar, 4-Evasão/fuga, 5-Óbito, 9-Ignorado. O encaminhamento ambulatorial inclui: enfermeiro, pediatra, ginecologista, dentista, serviço social, psicólogo, saúde mental (Centro de Apoio Psicossocial/CAPS), etc. Encaminhamento hospitalar = internação.

NOTIFICADOR

Nome: informar o nome do notificador. Ex.: José Ramos.

Função: informar a função do notificador. Ex: coletor de dados, médico, enfermeiro, etc.

ANEXO III:



IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS
Rua Santa Isabel, 305 - 4º andar Santa Cecília CEP: 01221-010 São Paulo – SP
PABX: 21767000 Ramal: 8061 – Telefax: 33370188 E-mail: eticamed@santacasasp.org.br

São Paulo, 10 de agosto de 2009.

Projeto nº 074/09
Informe este número para
identificar seu projeto no CEP

Ilmo.(a) Sr.(a)

Enf. Paulo Antonio Ferreira Junior

Departamento de Medicina Social

O Comitê de Ética em Pesquisa da ISCMSP, em reunião ordinária, dia **25/03/2009** e no cumprimento de suas atribuições, após revisão do seu projeto de pesquisa: **"Morbidade por acidentes e violências nos Hospitais Regionais de Saúde de Mato Grosso e na Grande Cuiabá"**, emitiu parecer inicial em pendência e nesta data enquadrando-o na seguinte categoria:

- Aprovado (inclusive TCLE);**
Com pendências há modificações ou informações relevantes a serem atendidas em até 60 dias, (enviar as alterações em **duas cópias**);
- Retirado**, (por não ser reapresentado no prazo determinado);
- Não aprovado: e**
- Aprovado (inclusive TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido)**, e encaminhado para apreciação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – MS - CONEP, a qual deverá emitir parecer no prazo de 60 dias.
- Informamos, outrossim, que, segundo os termos da Resolução 196/96 do Ministério da Saúde a pesquisa só poderá ser iniciada após o recebimento do parecer de aprovação da CONEP.**

Prof. Dr. Nelson Keiske Ono

Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa – ISCMSP

JOF



IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS
Rua Santa Isabel, 305 - 4º andar Santa Cecília CEP: 01221-010 São Paulo – SP
PABX: 21767000 Ramal: 8061 – Telefax: 33370188 E-mail: eticamed@santacasasp.org.br

Projeto nº 074/09
Informe este número para
identificar seu projeto no CEP

São Paulo, 10 de agosto de 2009.

Ilmo.(a) Sr.(a)

Enf. Paulo Antonio Ferreira Junior

Departamento de Medicina Social

O Comitê de Ética em pesquisa, em obediência ao que determina a Resolução 196/96, deverá encaminhar a CONEP/MS, semestralmente, a relação dos projetos de pesquisa em andamento. **Solicitamos informar sobre o andamento do seu projeto a cada seis meses, isto é, se já foi concluído, se foi suspenso ou se ainda está em andamento; neste último caso comunicar qual o tempo previsto para conclusão do mesmo.**

Contando com a sua colaboração, subscrevemo-nos.

Atenciosamente

Prof. Dr. Nelson Keiske Ono

Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa - ISCMSP

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente em 10/02/2010 e a cada seis meses, bem como ao término do estudo.

Impresso no site: www.santacasasp.org.br - Comitê de Ética em Pesquisa

JOF



Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo

Certificado

Conferido a

Paulo Antonio Ferreira Junior

Pela aprovação no Exame Geral de Qualificação, nível Mestrado, realizado hoje, com aula versando sobre "Morbidade por acidentes e violências nos Hospitais Regionais de Saúde de Mato Grosso e na Grande Cuiabá." e Comissão Examinadora composta pelos professores doutores Mariano Espinoza Martinez, Rita de Cássia Barradas Barata e Manoel Carlos Sampaio de Almeida Ribeiro como Titulares e Karina de Cássia Braga Ribeiro como Suplente.

São Paulo, 12 de maio de 2009.

Prof. Dr. Cássio Silveira

*Coordenador do Programa de
Pós-Graduação em Saúde Coletiva*