

Morbidity due to accidents and violence in the Regional Hospitals of Health of Mato Grosso and in Cuiabá Metropolitan Area Emergency Rooms

Morbidade por acidentes e violências nos Hospitais Regionais de Saúde de Mato Grosso e nos Prontos-Socorros da Grande Cuiabá

ABSTRACT | Introduction: *In Mato Grosso, the external causes represent one fifth of the deaths and have been the second leading cause of death for nearly a decade, and the first among the male population under 50 years. In 2010 the hospitalization rate due to external causes was 48.7 per 10,000 habitants, Mato Grosso has a rate above the national average 56.5 hospitalizations per 10,000 habitants.*

Objective: *To analyze the epidemiological characteristics of victims of accidents and violence seen in six emergency departments in regional hospitals and emergency health and Mato Grosso in Cuiabá. Methods:* *Data were collected during a month through the VIVA Project which received 2848 calls. The data were analyzed using contingency tables and associations were evaluated by chi-square test. Confidence intervals were calculated from 95% to the estimates produced.*

Results: *In the hospitals studied, a predominance of male victims (69.7%), aged 10 to 39 years and race / color black and brown. As for intentional injuries were 93.6% and 34.4% of traffic accidents. Statistical difference was observed when combining the variables, type of violence with sex, age, race and education. 62.7% of the victims arrived at hospitals in their own vehicle and 66.8% were discharged.*

Conclusion: *The morbidity pattern has shown that adolescents and young adults are the main victims, and possibly there may be underreporting of violence data.*

Keywords | *Morbidity; External causes; Violence; Emergency medical services.*

RESUMO | Introdução: No estado de Mato Grosso, 1/5 das mortes devem-se a causas externas, que têm sido a segunda causa de morte há quase uma década e a primeira entre a população masculina com menos de 50 anos. Em 2010, a taxa de internação por causas externas no Brasil foi de 48,7 por 10 mil habitantes, sendo que Mato Grosso apresenta uma taxa acima da média brasileira, com 56,5 internações por 10 mil habitantes. **Objetivo:** Analisar as características epidemiológicas das vítimas de acidentes e violências atendidas em seis serviços de urgência e emergência nos Hospitais Regionais de Saúde de Mato Grosso e na Grande Cuiabá. **Métodos:** Os dados foram coletados durante um mês através do Projeto VIVA – Vigilância de Acidentes e Violência, que obteve um total de 2.864 atendimentos. Os dados foram descritos através de tabelas de contingência e as associações foram avaliadas pelo teste de qui-quadrado de Pearson, sendo calculados intervalos de confiança de 95% para as estimativas produzidas.

Resultados: Nos hospitais estudados, ocorreu predominância de vítimas do sexo masculino (69,7%), na faixa etária de 10 a 39 anos e raça/cor preta e parda. Quanto à intencionalidade, 93,6% foram acidentes e, destes, 34,4% foram acidentes de transporte. Observou-se diferença estatística ao associarem-se as variáveis de sexo, faixa etária, raça/cor e escolaridade às variáveis tipo de ocorrência. Das vítimas, 62,7% chegaram aos hospitais de veículo próprio. Ainda, 66,8% delas evoluíram para alta. **Conclusão:** O perfil de morbidade mostrou que os adolescentes e adultos jovens são as principais vítimas e evidenciou a possibilidade de haver subnotificação dos dados de violência.

Palavras-chave | Morbidade; Causas externas; Violência; Serviços médicos de emergência.

¹Secretaria de Estado de Saúde, Cuiabá/MT, Brasil.

²Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, São Paulo/SP, Brasil.

INTRODUÇÃO |

A morbidade e a mortalidade por causas externas têm se colocado como um dos principais problemas para as sociedades modernas. Basicamente constituídas por eventos relacionados a acidentes e violências, as causas externas são um complexo de causas de natureza e gênese distintas, e o ônus de suas consequências recai diretamente sobre o setor saúde²⁻³. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que mais de 5 milhões de mortes por causas externas ocorram no mundo todo ano¹.

O grupo de causas externas é o terceiro mais importante no país e ganhou relevância principalmente a partir da década de 80. No ano de 2010, o Brasil apresentou uma taxa de 75 óbitos por 100.000 habitantes por causas externas⁴. Mas, já na década de 90, as causas externas destacavam-se como uma das taxas mais altas na região Centro Oeste (84 óbitos/100.000 habitantes), sendo o Mato Grosso o estado da região com a mais alta taxa, praticamente 94 óbitos/100.000 habitantes⁵⁻⁷. Os números mostram que, tanto na região Centro Oeste quanto no estado de Mato Grosso, 1/5 das mortes devem-se a causas externas, que têm sido, nesses locais, a segunda causa de morte há quase uma década e a primeira entre a população masculina com menos de 50 anos⁸⁻¹¹.

A OMS estima que, para cada óbito por causas externas, ocorram dezenas de hospitalizações e centenas de atendimentos de emergência¹². No Brasil, por exemplo, as causas externas constituem 10% das internações hospitalares. Em 2010, a taxa de internação no país foi de 48,7 por 10 mil habitantes, e Mato Grosso apresenta uma taxa acima da média brasileira, com 56,5 internações por 10 mil habitantes¹³.

O Ministério da Saúde, em função da importância epidemiológica, torna as causas externas objeto de vigilância desde 2001¹⁴. Em 2006, foi instituída a Política Nacional de Promoção da Saúde, que visa contribuir, no que se refere à morbidade por causas externas, 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^{8,15}.

Como parte dessas ações, e buscando conhecer melhor os aspectos relacionados às causas externas de menor gravidade - isto é, as que não geram mortes e internações, mas que representam importante contingente do atendimento dos serviços de saúde -, o MS implantou, em 2006, a Rede

de Serviços Sentinelas de Vigilância de Violências e Acidentes (Rede VIVA)⁸.

Essa rede de vigilância está subdividida em dois componentes: 1) vigilância contínua de violência doméstica, sexual, e/ou outras violências interpessoais e autoprovocadas (VIVA Contínuo); 2) vigilância sentinela de violências e acidentes em emergências hospitalares (VIVA Sentinela).

O componente 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 a garantia dos direitos humanos⁸.

O VIVA Sentinela (Componente II) visa caracterizar os atendimentos de causas externas nos serviços de emergências, sendo realizado por meio de pesquisas anuais, com base em informações coletadas a cada período de 30 dias, nos hospitais de urgência e emergência selecionados, a partir de pactuação entre os serviços e secretarias estaduais e municipais de saúde⁸.

Dessa forma, ambos os componentes possuem o objetivo de produzir estatísticas de morbidade das violências e acidentes, de modo a preencher uma lacuna existente, uma vez que há poucos estudos publicados acerca da magnitude da violência e considerando os eventos violentos que não levam a óbito¹⁶.

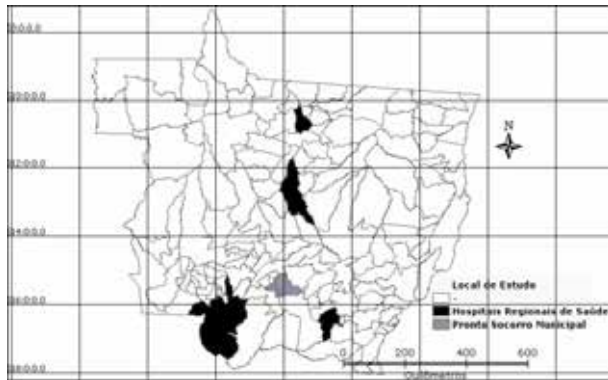
Este estudo tem como objetivo analisar as características epidemiológicas das vítimas de acidentes e violências atendidas em serviços de urgência e emergência nos Hospitais Regionais de Saúde de Mato Grosso e na Grande Cuiabá, no mês de setembro de 2008.

MÉTODOS |

Trata-se de um estudo de corte transversal que analisou os dados coletados pelo VIVA Sentinela no estado de Mato Grosso em 2008. Os dados do VIVA foram obtidos no pronto atendimento dos Hospitais Regionais de Saúde, incluindo os municípios de Cáceres (HRS Cáceres, HRS Colíder, HRS Rondonópolis e HRS Sorriso e PSMC Cuiabá e FUSVAG Várzea Grande – Grande Cuiabá) (Figura 1).

A escolha desses serviços foi realizada pelo Ministério da Saúde com base no volume de atendimentos e na importância regional dos hospitais.¹⁷

Figura 1 – Localização dos municípios segundo local de instalação dos Hospitais Regionais de Saúde e Prontos-Socorros estudados. Mato Grosso, Brasil, 2008



A amostra de estudo foi constituída pela totalidade de atendimentos de acidentes e violências realizados nos serviços de emergência dos hospitais de referência do Sistema Único de Saúde dos municípios estudados, no período de 01 a 30 de setembro de 2008.

O VIVA utiliza para a coleta de dados uma ficha de notificação específica, desenvolvida e testada pela SVS/MS e aplicada por profissionais de saúde - selecionados pelos municípios e previamente treinados - que se alternavam 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 o nível estadual, em que se procedeu à consolidação da base de dados estadual, sendo essa estratégia realizada de acordo com as normas preconizadas pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde¹⁸.

As análises deste estudo foram realizadas a partir do banco de dados consolidado para o estado de Mato Grosso, disponibilizado pela Secretaria de Estado. Foram selecionadas as seguintes variáveis para este estudo: 1) Dados gerais: Município de notificação. 2) Dados da pessoa atendida: Sexo; Idade; Raça/Cor; Escolaridade. 3) Dados da ocorrência: Intencionalidade. 4) Tipo de Ocorrência/Lesão: Acidente de transporte; Queda; Queimadura; Outros acidentes; Suicídio/Tentativa; Agressão/Maus-tratos; Intervenção legal. 5) Meio de transporte ao chegar ao hospital: A pé; Veículo próprio; Viatura; Ambulância; Outro. 6) Evolução: Alta; Ambulatório; Internação; Evasão; Óbito.

Nesta pesquisa, os diferentes tipos de ocorrência foram agrupados em quatro subtipos: acidentes de transporte, acidentes e quedas (outros acidentes, quedas e queimadura), agressões (maus-tratos/suspeita e agressão/homicídio) e suicídios. Foram construídas tabelas de contingência com os dados obtidos e foi analisada a distribuição de frequências absolutas e relativas das variáveis. Foram aplicados os testes de qui-quadrado de Pearson e o teste de partição do qui-quadrado para verificar a associação das variáveis, utilizando-se um nível de significância de 0,05. Foram também calculados 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.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo sob o protocolo n.º. 074/09.

RESULTADOS |

No período estudado, foram coletadas informações de 2.864 atendimentos a vítimas de acidentes e violência. Dos seis hospitais estudados, o de Cuiabá apresentou 49,1% das notificações; somando-se a isso os dados do hospital de Várzea Grande, tem-se uma concentração de 68,3% das notificações. O hospital que apresentou o menor número de notificações foi o de Cáceres, com apenas 4,8% das notificações (Tabela 1).

Houve uma predominância de notificações do sexo masculino: 69,7% (IC95%: 68,0-71,4%), com uma razão de 2,3:1.

A faixa etária de 10 até 39 anos apresentou 62,8% dos atendimentos (IC95%: 61,0-64,6%), sendo possível notar que os adolescentes e adultos jovens representam a maioria absoluta das notificações (Tabela 2).

Quanto à intencionalidade das ocorrências, observou-se que 93,6% (IC95%: 92,7-94,5%) foram atendimentos a vítimas de acidentes, enquanto apenas 6,4% foram atendimentos a vítimas de violência.

Dentre as ocorrências, as mais frequentes foram os acidentes de transporte (34,4% - IC95%: 32,7-34,6%), seguidos de quedas e outros acidentes (28,6% e 28,3%, respectivamente) (Tabela 2).

Tabela 1 – Distribuição das notificações de acidentes e violências segundo hospitais. Mato Grosso, Brasil, 2008

Hospital de Notificação	Notificações	
	n	%
HRS-Cáceres	137	4,8
HRS-Colíder	182	6,4
PSMC-Cuiabá	1.407	49,1
HRS-Rondonópolis	313	10,9
HRS-Sorriso	275	9,6
FUSVAG-Várzea Grande	550	19,2
Total	2.864	100,0

Legenda: HRS – Hospital Regional de Saúde / PSMC – Pronto-Socorro Municipal de Cuiabá / FUSVAG – Fundação de Saúde de Várzea Grande.

As violências representam uma pequena parcela dos atendimentos, sendo que agressões e maus-tratos constituíram a maioria dos atendimentos (5,7%); e suicídios, a minoria

(0,7%). Houve apenas um caso de violência associado à intervenção legal, definida pelo CID 10 como traumatismos infligidos pela polícia ou outros agentes da lei (incluindo militares em serviço) durante a prisão ou tentativa de prisão de transgressores da lei, ao reprimir tumultos, manter a ordem ou outra ação legal (Tabela 2).

Ao analisar as distribuições por idade, sexo e tipo de ocorrência segundo a unidade de notificação, observou-se que não houve diferenças estatisticamente significantes, isto é, os hospitais apresentaram um padrão de notificação semelhante em relação a essas variáveis. Mas foram observadas diferenças estatisticamente significantes na distribuição do tipo de ocorrência (acidente de transporte, outros acidentes e quedas, agressões e suicídio) por sexo, idade, raça e escolaridade (Tabela 3). Assim, verificou-se maior registro dos acidentes e quedas em indivíduos tanto do sexo masculino quanto do feminino (57,4% e 63,3%, respectivamente), seguidos dos acidentes de transporte (36,4% e 30,6%, respectivamente) (Tabela 3).

Tabela 2 – Distribuição das notificações de acidentes e violências segundo sexo, faixa etária, intencionalidade e tipo de ocorrência. Mato Grosso, Brasil, 2008

Variável	Categoria	Causas		
		N	%	IC95%
Sexo	Masculino	1.997	69,7	68,0-71,4
	Feminino	867	30,3	28,6-32,0
	Total	2.864	100,0	
Faixa etária	0 a 9 anos	424	14,9	13,6-16,2
	10 a 19 anos	539	18,9	17,5-20,4
	20 a 29 anos	753	26,4	24,8-28,0
	30 a 39 anos	501	17,6	16,2-19,0
	40 a 49 anos	315	11,0	9,9-12,3
	50 a 59 anos	163	5,7	4,9-6,6
	60 anos ou mais	160	5,6	4,8-6,5
	Total	2.855	100,0	
Intencionalidade	Acidente	2.681	93,6	92,6-94,5
	Violência	183	6,4	5,5-7,4
	Total	2.864	100,0	
Tipo de ocorrência	Acidente de transporte	984	34,4	32,6-36,2
	Queda	819	28,6	26,9-30,3
	Outros acidentes	810	28,3	26,7-30,0
	Agressão/Maus-tratos	163	5,7	4,9-6,6
	Queimadura	66	2,3	1,8-2,9
	Suicídio/Tentativa	19	0,7	0,4-1,0
	Intervenção legal	1	0,0	0,0-0,2
	Total	2.862	100,0	

Tabela 3 – Distribuição das notificações de acidentes e violências segundo tipo de ocorrência/agrupadas e sexo, faixa etária, raça/cor, escolaridade, meio de transporte ao chegar ao hospital e evolução. Mato Grosso, Brasil, 2008

Variável	Categoria	Acidentes de Transporte		Acidentes e Quedas		Agressões		Suicídios		N (total)	Qui-quadrado	P-valor
		n	%	n	%	n	%	n	%			
Sexo	Masculino	719	36,0	1.147	57,4	123	6,2	7	0,4	1.996	20,5	< 0,001
	Feminino	265	30,6	548	63,3	41	4,7	12	1,4	866		
	Total	984	34,4	1.695	59,2	164	5,7	19	0,7	2.862		
Faixa etária (anos)	0 a 14	108	16,0	552	81,9	12	1,8	2	0,3	674	243,3	< 0,001
	15 a 29	482	46,2	475	45,6	76	7,3	9	0,9	1.042		
	30 a 49	309	37,9	446	54,8	54	6,6	6	0,7	815		
	50 +	82	25,5	218	67,7	20	6,2	2	0,6	322		
	Total	981	34,4	1.691	59,2	162	5,7	19	0,7	2.853		
	Raça/cor	Branca	302	31,5	607	63,4	42	4,4	7	0,7		
Preta/Parda		661	35,7	1.059	57,3	119	6,4	12	0,6	1.851		
Outra		12	34,3	20	57,1	3	8,6	0	0,0	35		
Total		975	34,3	1.686	59,2	164	5,8	19	0,7	2.844		
Escolaridade (anos)	0 - 4	183	26,3	469	67,4	41	5,9	3	0,4	696	69,5	< 0,001
	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	55,9	42	35,0	10	8,3	1	0,8	120		
	Total	926	36,3	1.455	57,1	152	6,0	17	0,7	2.550		

Tabela 4 – Distribuição das notificações de acidentes e violências segundo tipo de ocorrência/agrupadas segundo meio de transporte ao chegar ao hospital e evolução. Mato Grosso, Brasil, 2008

Variável	Categoria	Acidentes de Transporte		Acidentes e Quedas		Agressões		Suicídios		Qui-quadrado	P-valor
		n	%	n	%	n	%	n	%		
Meio de transporte ao chegar ao hospital	A pé	6	0,6	29	1,7	3	1,9	0	0,0	*453,35	<0,001
	Veículo próprio	412	42,1	1.295	76,9	66	41,5	7	36,8		
	Viatura	20	2,0	12	0,7	17	10,7	2	10,5		
	Ambulância	530	54,1	329	19,5	69	43,4	10	52,6		
	Outro	11	1,1	19	1,1	4	2,5	0	0,0		
	Total	979	100,0	1.684	100,0	159	100,0	19	100,0		
Evolução	Alta	578	59,5	1.278	76,1	81	49,4	6	31,6	179,25	< 0,001
	Ambulatório	150	15,4	214	12,7	20	12,2	1	5,3		
	Internação	235	24,2	178	10,6	60	36,6	12	63,2		
	Evasão	3	0,3	6	0,4	1	0,6	0	0,0		
	Óbito	6	0,6	3	0,2	2	1,2	0	0,0		
	Total	972	100,0	1.679	100,0	164	100,0	19	100,0		

*Foram excluídos desta análise estatística a coluna de Suicídios (pouco casos) e a categoria Outro.

Observou-se, também, que o grupo de 0 a 14 anos apresentou maior número de notificações por acidentes e quedas (81,9%). Entre as pessoas de 15 a 29 anos, os acidentes de transporte e outros acidentes e quedas apresentaram regis-

tros semelhantes (46,2% e 45,6%, respectivamente). Com o aumento da idade, os acidentes de transporte apresentam uma redução e os outros acidentes e quedas, um aumento (qui-quadrado = 243,3; 9 gl; p = 0,001).

Tabela 5 – Distribuição das notificações de acidentes e violências segundo tipo de ocorrência e tipo de lesão. Mato Grosso, Brasil, 2008

Tipo de ocorrência	Lesão	n	%	IC95%
Acidente de transporte	Corte/Perfuração/Laceração	284	28,9	26,1-31,9
	Fratura	239	24,3	21,7-27,1
	Contusão	169	17,2	14,9-19,7
	Entorse/Luxação	122	12,4	10,5-14,7
	Total	983		
Agressão/Maus-tratos	Corte/Perfuração/Laceração	112	68,7	60,9-75,6
	Fratura	13	8,0	4,5-13,5
	Contusão	11	6,7	3,6-12,1
	Trauma cranioencefálico	8	4,9	2,3-9,1
	Total	163		
Outros acidentes	Corte/Perfuração/Laceração	386	47,7	44,2-51,2
	Entorse/Luxação	125	15,4	13,1-18,1
	Contusão	95	11,7	9,6-14,2
	Fratura	73	9,0	7,2-11,3
	Total	810		
Queda	Fratura	200	24,4	21,6-27,6
	Contusão	196	24,0	21,1-27,7
	Entorse/Luxação	194	23,7	20,9-26,8
	Corte/Perfuração/Laceração	160	19,6	16,9-22,5
	Total	818		
Suicídio/Tentativa	Intoxicação	16	84,2	59,5-95,8
	Corte/Perfuração/Laceração	2	10,5	1,8-34,5
	Politraumatismo	1	5,3	0,1-28,1
	Total	19		
Queimadura	Queimadura	66	100,0	93,1-100,0
	Total	66		

Ao se comparar o tipo de ocorrência segundo a raça/cor (branca, preta e parda), notou-se que os acidentes e quedas foram mais presentes em pretos/pardos (57,3%) (partição do qui-quadrado = 9,89; 1 gl; $p = 0,002$).

Verificou-se, na escolaridade, que as diferenças na distribuição das agressões não foram estatisticamente significativas (partição do qui-quadrado = 1,30; 3 gl; $p = 0,728$). Os acidentes de transporte e os outros acidentes e quedas apresentaram uma tendência de decréscimo com a elevação da escolaridade (partição do qui-quadrado = 67,17; 3 gl; $p < 0,001$).

Quanto ao meio de transporte em que a vítima chegou ao hospital, observou-se que 62,7% (IC95%: 60,9-64,4%) dos indivíduos chegaram em veículo próprio e 33% (IC95%: 31,3-34,5%), em ambulância, incluindo o SAMU.

Ao se especificar por tipo de ocorrência, algumas diferenças foram observadas: 54,5% das vítimas de acidentes de transporte chegaram em ambulância e 76,9% dos outros acidentes e quedas chegaram em veículo próprio; já as vítimas de agressão chegaram aos hospitais predominantemente em ambulância e veículo próprio, e em proporções semelhantes: 43,4% e 41,5%, respectivamente (Tabela 4).

A maioria das vítimas atendidas (66,8% - IC95% 66,8-70,3%) evoluiu para alta, sendo encaminhados 17,1% para a internação (IC95%: 15,7-18,5%) e 13,6% para o ambulatório (IC95%: 12,4-14,5%). Apenas 11 pacientes evoluíram para óbito (0,4%) (Tabela 4).

Pode-se ter uma ideia da gravidade dos atendimentos a partir das internações e dos óbitos. Assim, verificou-se que as violências, isto é, as agressões e as tentativas de

suicídio, apresentaram maior gravidade, seguidas pelos acidentes de transporte (Tabela 4).

Quanto ao perfil das lesões por acidentes, observou-se que as lesões por corte/perfuração/laceração obtiveram maior proporção nos acidentes de transporte (28,9%), agressões e maus-tratos (68,7%) e outros acidentes (47,7%). Nas quedas, a fratura representou 24,4% das notificações; e no suicídio/tentativa, as intoxicações representaram 84,2% (Tabela 5).

DISCUSSÃO |

No presente estudo, a distribuição dos casos segundo os hospitais segue o padrão de importância e relevância dos mesmos. Houve maior ocorrência em indivíduos do sexo masculino e na faixa etária de 10 a 39 anos, seguindo o padrão apresentado nos estudos sobre morbidade e mortalidade por causas externas realizados no Brasil^{16,19,20,22}.

Quanto à intencionalidade dos eventos, chama a atenção a pequena parcela de atendimentos referentes à violência. Esse panorama é verificado em outras regiões do país, utilizando-se os dados do VIVA. No entanto, quando consideramos a mortalidade, as violências são particularmente acentuadas, predominando em diversas regiões e municípios do país²⁴.

Neste estudo, os acidentes de transporte foram mais notificados que as quedas e outros acidentes, o que se assemelha com resultados encontrados em estudo realizado no nordeste, onde os acidentes de transporte tiveram maior ocorrência entre as causas externas (61,1% por atropelamentos e 33,6% com motocicletas envolvidas)²¹.

Os acidentes de transporte apresentaram em sua maioria, vítimas do sexo masculino, na faixa etária de 15 a 49 anos, com raça/cor preta e parda e com escolaridade menor que 12 anos. Outros estudos realizados mostram que os acidentes de transporte ocorreram entre adolescentes e adultos jovens, de 20 a 39 anos, com maior ocorrência no sexo masculino^{16,22}.

Resultados semelhantes também foram encontrados em estudos realizados em unidades de saúde de Cuiabá, na Grande Cuiabá, e Alta Floresta, onde os acidentes de transporte foram frequentes entre as vítimas de causas externas. Tais acidentes apresentam-se como segunda causa

de mortalidade por causa externa no país, com tendência crescente nos municípios de Mato Grosso^{23,19,22}.

Os resultados obtidos das unidades de saúde do município de Alta Floresta foram diferentes quanto ao sexo (masculino: 57,5%) e à escolaridade (igual ou inferior ao ensino fundamental completo: 80,4%) e semelhantes quanto à faixa etária (menores de 20 anos: 47,7%) e à raça/cor (cor branca: 58,8%)²².

As quedas representam a principal causa de internação no sistema público de saúde brasileiro, e os acidentes ocorridos na faixa etária menor que 14 anos poderiam ser evitados se os pais ou responsáveis tivessem percebido os riscos antecipadamente e tomado providências para evitá-los²⁰.

No presente estudo, em relação às agressões, observou-se maior proporção dos casos no sexo masculino, na faixa etária de 15 a 29 anos, com raça/cor preta e parda e escolaridade inferior a 12 anos de escolaridade.

No atendimento de urgência e emergência em Cuiabá, as agressões ocorreram em menor quantidade, o que pode estar associado à subnotificação, seja por parte das vítimas, seja pelo serviço²³. Já nas unidades de Alta Floresta, as vítimas de agressões tinham entre 20 e 39 anos (56,3%) e esse tipo de violência foi mais frequente entre os indivíduos da raça/cor negra (68,7%), do sexo masculino (81,3%, com razão de sexo de 4,3:1)²².

Em Cuiabá, o suicídio se mostrou associado a indivíduos do sexo feminino, na faixa de 15 a 29 anos, raça/cor preta e parda e escolaridade de 5 a 8 anos de estudo. Na unidade de saúde de Alta Floresta, as principais características das vítimas de suicídio foram: sexo feminino (62,5%), com idade entre 10 e 19 anos (50%), raça/cor negra (62,5%) e escolaridade inferior ao ensino fundamental completo (87,5%), o que coincide em sua totalidade com os resultados encontrados neste estudo²².

Na evolução, as altas foram mais frequentes em indivíduos dos grupos de acidentes e quedas e acidentes de transporte, apresentando elevada proporção de notificações. Resultados semelhantes foram encontrados em estudo realizado em Alta Floresta²², 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. Em Teresina/Piauí, após o atendi-

mento de emergência inicial, 64,4% receberam alta, 17,9% foram encaminhados para internação hospitalar e 13,6% foram direcionados ao acompanhamento ambulatorial²⁰.

O meio de transporte predominante em que a vítima chegou ao hospital foi o veículo próprio, seguido da ambulância, incluindo o SAMU, o que se assemelha ao estudo realizado em Teresina, onde os meios de transporte mais utilizados foram: veículo particular (38%) e ambulância (incluído o SAMU) (27,1%)²⁰. Resultados diferentes foram encontrados em estudo realizado sobre o estado do Piauí, onde os meios mais utilizados foram ambulâncias (39,7%) e veículos particulares (37,9%)²⁴.

O perfil das lesões por acidentes e violência mostrou-se com maior proporção nas lesões por corte/perfuração/laceração, o que difere dos resultados de Alta Floresta, onde houve maior ocorrência de fraturas (31,4%), cortes/perfurações/lacerações (20,1%) e entorses/luxações (15,1%)²².

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. Sobre tudo no que se refere 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 por parte dos agressores ou da possibilidade de exposição pública.

O perfil de morbidade dos serviços de urgência e emergência estudados mostra que os adultos jovens são as principais vítimas de acidentes e violência e chama atenção quanto à necessidade de trabalhar junto às populações mais afetadas a prevenção desses eventos, principalmente dos acidentes de trânsito.

O período deste estudo é considerado suficiente para conhecer o perfil preliminar de morbidade dos serviços estudados, sendo o mês de setembro adequado para tanto. Mas isso não impede que sejam realizados estudos durante o ano todo, para conhecer como se comportam os índices de acidentes e violências em outros meses e em outros serviços de urgência e emergência do estado de Mato Grosso, pois os hospitais regionais e prontos-socorros possuem uma demanda da rede de municípios e podem não ser suficientes para atendê-la.

Seria importante, também, a criação de um campo para avaliar a gravidade do trauma, no momento da entrada da

vítima na unidade de saúde, como a Escala de Coma de Glasgow, uma vez que se têm informações sobre a evolução do quadro da vítima, mas não da gravidade.

CONCLUSÃO |

Mesmo sendo um estudo pontual, esta pesquisa alcançou o objetivo de analisar as características epidemiológicas das vítimas de acidentes e violências atendidas nos serviços de urgência e emergência, levando à conclusão de que os adultos jovens, do sexo masculino, de forma geral, são as principais vítimas de acidentes e violências no Mato Grosso.

Tornou evidente, ainda, a importância de se fazer novos estudos para melhor conhecimento das vítimas de acidentes e violência e das causas geradoras desses acidentes - o que contribuiria para a realização de ações de prevenção, uma vez que muitas das ocorrências poderiam ser evitadas.

Nesse sentido, conclui-se, também, que são necessárias ações de fiscalização, educação e conscientização, com o objetivo de evitar os acidentes e as violências. Tais ações têm grande potencial de contribuir para a redução do número de vítimas atendidas e dos gastos públicos para o resgate, o tratamento e a reabilitação dessas pessoas.

O Projeto VIVA é importante instrumento de vigilância, pois através dele é possível conhecer a realidade dos serviços, para que se possa promover um redirecionamento adequado de recursos e um planejamento de implantação e implementação de acordo com a necessidade de cada serviço.

APOIO FINANCEIRO |

Projeto Financiado pela FAPEMAT em parceria com Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso (processo 332/2006) e Secretarias Municipais de Saúde citadas no estudo.

REFERÊNCIAS |

1 - World Health Organization (WHO) [Internet]. Geneva: WHO; c2013- [citado 2011 Jul 19]. Disponível em: <http://www.who.int/topics/injuries/en/>

- 2 - Carvalheiro J R. Mortes violentas: epidemia do terceiro milênio? *Rev Bras Epidemiol.* 1999; 2(3):99-101.
- 3 - Deslandes SF, Silva CMFP, Uga MAD. O custo do atendimento emergencial às vítimas de violências em dois hospitais do Rio de Janeiro. *Cad Saúde Pública.* 1998; 14(2):287-99.
- 4 - Souza ER, Ximenes LF, Alves F, Magalhães C, Bilate D, Szuchmacher AM, et al. 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 infra-política da contemporaneidade brasileira.* Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2003. p. 131-60.
- 5 - Mello Jorge MHP, Gawryszewski VP, Latorre MRD. I – Análise dos dados de mortalidade. *Rev Saúde Pública.* 1997; 31(4 supl):5-25.
- 6 - Mello Jorge MHP, Gotlieb SL. As condições de Saúde no Brasil: retrospectiva de 1975 a 1995. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2000.
- 7 - Mello Jorge MHP, Gotlieb SLD, Laurenti R. A saúde no Brasil: análise do período de 1996 a 1999. Brasília: OPS/OMS; 2001.
- 8 - Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Projeto Vigilância de acidentes e violências rede serviço sentinela de acidentes e violências. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- 9 - Scatena JHG. Análise da mortalidade no Estado de Mato Grosso, 1991 a 1999: aspectos gerais: relatório técnico. Cuiabá: SES/CIS, ISC/UFMT; 2001.
- 10 - Scatena JHG, Silva GS. Análise da mortalidade em Cuiabá na última década. Cuiabá: Universidade Federal de Mato Grosso; 2002.
- 11 - 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. *Rev Bras Epidemiol.* 2002; (Supl.):195-6.
- 12 - Brasil. Ministério da Saúde. *Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde.* Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
- 13 - Departamento de Informática do SUS - Datasus [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde. c2008- [citado 2012 Fev 22]. Brasília: Ministério da Saúde; [citado 2012 fev 22]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/>
- 14 - Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 737, de 16 de maio de 2001. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 18 maio 2001, seção 1e, p. 9-10.*
- 15 - Brasil. Portaria nº 737/GM, de 16 de maio de 2001. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 18 maio 2001, seção 1e, p. 3-8.*
- 16 - 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.
- 17 - Mato Grosso. Secretaria Estadual de Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). Mato Grosso: Secretaria Estadual de Saúde; 2008.
- 18 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Viva: instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências.* Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
- 19 - Soares BAC, Scatena JHG, Galvao ND. Acidentes e violências na grande Cuiabá: o que retrata a demanda dos serviços de emergência. *Rev Epidemiol Serv Saúde.* 2009; 18(3):265-76.
- 20 - Mascarenhas MDM, Pedrosa AAG. atendimentos de emergência por violência em serviços públicos de Teresina, PI. *Rev Bras Enferm.* 2008; 61(4):493-9.
- 21 - Cabral APS, Souza WV. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU): análise da demanda e sua distribuição espacial em uma cidade do Nordeste brasileiro. *Rev Bras Epidemiol.* 2008; 11(4):530-40.
- 22 - Marchese VS, Scatena JHG, Ignotti E. Caracterização das vítimas de acidentes e violências atendidas em serviço de emergência: município de Alta Floresta, MT (Brasil). *Rev Bras Epidemiol.* 2008; 11(4):648-59.
- 23 - Oliveira LR, Mello Jorge MHP. Análise epidemiológica das causas externas em unidades de urgência e emergência em Cuiabá/Mato Grosso. *Rev Bras Epidemiol.* 2008, 11(3):420-30.

24 - 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. Ciênc Saúde Colet. 2009; 14(5):1657-68.

Correspondência para/ Reprint request to:

Paulo Antonio Ferreira Junior

Rua A, Quadra 11B, Bl.11, Ap. 302,

Residencial Paiaguás - Cuiabá - Mato Grosso

Cep.: 78048-258

E-mail: pafjunior.cba@gmail.com

Recebido em: 24-1-2013

Aceito em: 27-6-2013