



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA
Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva



ÂNGELA CAVALCANTI MARCONDES

**ACIDENTES E VIOLÊNCIAS: DEMANDAS NOS
SERVIÇOS DE PRONTO-ATENDIMENTO DE
OLINDA/2006**

RECIFE
2007

ANGELA CAVALCANTI MARCONDES

**ACIDENTES E VIOLÊNCIAS: DEMANDAS NOS SERVIÇOS DE PRONTO-
ATENDIMENTO DE OLINDA/2006**

Monografia apresentada ao Curso de Residência Multiprofissional em Saúde Pública do Departamento em Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz como pré-requisito parcial a obtenção do título de especialista em

Orientador:

OTÁVIO AUGUSTO DE ANDRADE VALENÇA

Recife
2007

ANGELA CAVALCANTI MARCONDES

**ACIDENTES E VIOLÊNCIAS: DEMANDAS NOS SERVIÇOS DE PRONTO-
ATENDIMENTO DE OLINDA/2006**

Monografia aprovada como requisito parcial à obtenção do título de Especialista no Curso de Pós-Graduação *latu sensu* de Residência CPqAM/FIOCRUZ/MS, pela Comissão formada pelos Professores:

Aprovada em: 17 de setembro de 2007

Orientador: _____

Otávio Augusto Valença de Andrade

(Mestre em Medicina Preventiva)

Conselho Regional de Medicina de Pernambuco/CREMEPE

Debatedora: _____

Maria da Conceição Silva Cardozo

(Mestre em Saúde Coletiva)

Fundo das Nações Unidas para a Infância/UNICEF - Recife

AGRADECIMENTOS

À Márcia Marcondes, por ter me revelado o caminho da saúde pública, pelo grande exemplo de profissional que respeita e abraça o SUS com ética e dedicação e pela grande força na minha vida profissional;

Ao Otávio Valença, pela acolhida e disponibilidade na orientação;

À Secretaria de Saúde de Olinda, pelo apoio neste trabalho;

À Eduarda Cesse, pela orientação no início da residência;

À Paulette Cavalcanti, pela compreensão nesta reta final;

Aos funcionários do NESC, em especial à Janice Andrade;

Às companheiras de residência Tatiane Portal, Quézia Santana e Amanda Cabral, pela amizade e ajuda nos momentos difíceis;

Ao Antônio, por estar ao meu lado;

Às minhas filhas Taiana e Ana, por serem as pessoas mais importantes na minha vida;

Aos meus pais;

e a Deus...

A todos meu muito obrigada!

*“E a cidade se apresenta centro das ambições,
Para mendigos ou ricos, e outras armações.
Coletivos, automóveis, motos e metrô,
Trabalhadores, patrões, policiais, camelôs.
A cidade não pára, a cidade só cresce
O de cima sobe e o de baixo desce.
A cidade não pára, a cidade só cresce
O de cima sobe e o de baixo desce”.*

Chico Science & Nação Zumbi - A Cidade

RESUMO

A visibilidade dos Acidentes e Violências tem imposto crescente preocupação por parte dos gestores das políticas de saúde. A melhoria da qualidade da informação é um dos elementos fundamentais para dar mais precisão aos processos de tomada de decisão. Em face da necessidade de um conhecimento mais preciso da demanda dos acidentes e violências considerou-se a estratégia de implantação da vigilância em serviços sentinela que apresenta potencial para gerar informações de qualidade. O objetivo deste estudo é descrever o perfil das vítimas de acidentes e violência que buscaram os Serviços de Pronto – Atendimento Adulto e Infantil no município de Olinda/PE, no período de 01 a 31 de setembro de 2006. Trata-se de um estudo seccional de demanda com base em dados secundários do banco de dados do Sistema de VIVA – Vigilância de Acidentes e Violências - em linguagem Epi-Info 2000, disponibilizado pela Secretaria de Saúde de Olinda. O estudo permitirá conhecer a dimensão e o perfil destes agravos nos serviços de pronto atendimento do município, contribuindo para a orientação dos que trabalham na gerência, no planejamento e na programação para adequação das práticas em saúde, favorecendo a melhoria da vigilância, da prevenção e do controle dos acidentes e violências.

Palavras chaves: Vigilância de Evento Sentinela, Vigilância em Saúde Pública, Acidentes.

ABSTRACT

The visibility of Accidents and Violence has increased the health policy managers' concern. The improvement of the information quality is one of the basic elements to give more accuracy to the processes of decision making. Before the necessity of a more faithful knowledge of the accident and violence demands the strategy of implantation of the surveillance in sentry services was considered which presents the potential to generate quality information. This study aims to describe the accident and violence victim profiles who have searched for the first-aid Services - Adult and Infantile Services in the city of Olinda/PE, in the period between 1 and 31 September 2006. That refers to a secondary sectional demand study based on the data base of the VIVA System - Accident and Violence Surveillance – in the Epi-Info 2000 language, provided by the Secretariat of Health of Olinda. This study will allow to know the dimension and the profile of those injuries in the services of ready attendance of the city, contributing for the orientation for those who work in the management, the planning and the programming for adequacy of health practices, benefiting the surveillance improvement, as well as the accident and violence prevention and control.

Key words: Sentinel Surveillance, Population Surveillance, Accidents.

LISTA DE GRÁFICOS

| | |
|--|----|
| Gráfico 1 – Distribuição das demandas globais e de acidentes e violências nos SPA – Olinda – 2006..... | 20 |
| Gráfico 2 – Frequência de casos decorrentes de acidentes e violência por faixa etária segundo SPAs – Olinda – 2006 | 21 |
| Gráfico 3 – Frequência de casos segundo variável raça/cor – Olinda – 2006 | 21 |
| Gráfico 4 – Frequência de casos de acidentes e violência nos SPAs adulto e infantil segundo escolaridade – Olinda – 2006..... | 23 |
| Gráfico 5 – Frequência de casos de acidentes e violência segundo a presença de acompanhante na chegada ao SPA adulto – Olinda – 2006..... | 24 |
| Gráfico 6 – Frequência de casos de acidentes e violência segundo a presença de acompanhante na chegada ao SPA infantil – Olinda – 2006 | 24 |
| Gráfico 7 – Frequência de casos de acidentes e violência por tipo de “deficiência” . | 25 |
| Gráfico 8 – Frequência de casos de acidentes e violência segundo sua intencionalidade | 26 |
| Gráfico 9 – Distribuição de casos de acidentes e violência segundo o tipo de ocorrência no SPA adulto – Olinda – 2006 | 26 |
| Gráfico 10 – Distribuição de casos de acidentes e violência segundo o tipo de ocorrência no SPA infantil – Olinda – 2006..... | 27 |
| Gráfico 11 – Distribuição de casos de acidentes e violência segundo meio de transporte utilizado para chegar ao SPA adulto – Olinda – 2006..... | 28 |
| Gráfico 12 – Distribuição de casos de acidentes e violência segundo meio de transporte utilizado para chegar ao SPA infantil – Olinda – 2006 | 28 |
| Gráfico 13 – Distribuição de casos de acidentes e violência segundo local de ocorrência – SPA adulto – Olinda – 2006 | 29 |
| Gráfico 14 – Distribuição de casos de acidentes e violência segundo local de ocorrência (SPA infantil – Olinda – 2006..... | 30 |
| Gráfico 15 – Distribuição de casos segundo atividade realizada no momento do acidente ou violência – Olinda – 2006..... | 30 |

| | |
|---|----|
| Gráfico 16 – Distribuição de casos segundo de acidentes segundo o meio de transporte envolvido – Olinda – 2006..... | 32 |
| Gráfico 17 – Distribuição de casos de acidentes automobilísticos segundo o tipo de vítima – Olinda – 2006..... | 32 |
| Gráfico 18 – Distribuição de casos de acidentes por queda em função da altura – Olinda – 2006..... | 33 |
| Gráfico 19 – Distribuição de casos de violência segundo o tipo de agressão – Olinda – 2006 | 34 |
| Gráfico 20 – Distribuição de casos segundo provavel autor da agressao – Olinda – 2006 | 34 |
| Gráfico 21 – Distribuição de casos segundo o sexo do agressor – Olinda – 2006.. | 35 |
| Gráfico 22 – Frequência de casos segundo as partes do corpo atingidas pelas agressões ou violências – Olinda – 2006..... | 35 |
| Gráfico 23 – Frequência de casos segundo sua evolução – Olinda – 2006..... | 36 |
| Gráfico 24 – Distribuição de casos atendidos no SPA adulto em função do município de residência da pessoa vítima de acidente ou violência – Olinda – 2006 | 37 |
| Gráfico 25 – Distribuição de casos atendidos no SPA infantil em função do município de residência da pessoa vítima de acidente ou violência – Olinda – 2006 | 37 |
| Gráfico 26 – Distribuição de casos atendidos no SPA adulto em função do município de ocorrência do acidente ou violência – Olinda – 2006 | 38 |
| Gráfico 27 – Distribuição de casos atendidos no SPA infantil em função do município de ocorrência do acidente ou violência – Olinda – 2006 | 38 |
| Gráfico 28 – Distribuição das demandas de acidentes e violências em função do SPA..... | 39 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|----|
| Tabela 1 – Proporções da população segundo variável raça/cor da pele auto-referida pelo IBGE e dos casos de acidentes e violência nos SPAs adulto e infantil (Olinda, 2006) | 22 |
| Tabela 2 – Distribuição de casos de acidentes e violência em função do uso do álcool (Olinda, 2006). | 27 |
| Tabela 3 – Frequencia de casos de acidentes e violência relacionadas ao trabalho (Olinda, 2006)..... | 31 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CID -10 – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (Décima Revisão)

SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema único de Saúde (SUS)

SIH – Sistema de Internações Hospitalares

SPA – Serviços de Pronto-Atendimento

VIVA – Vigilância de Acidentes e Violências

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CPqAM – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

CEP – Comitê de Ética e Pesquisa

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

SEAD – Serviço de Apoio à Pessoa Portadora de Deficiência

SES-PE – Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco

NSA - Não se aplica

SUS – Sistema Único de Saúde

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

HR – Hospital da Restauração

CAAE – Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

SUMÁRIO

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO | 12 |
| 1.1 | <i>Critérios para inclusão do Município de Olinda na Pesquisa Sentinela/MS</i> | 15 |
| 2 | OBJETIVOS | 17 |
| 2.1 | <i>Objetivo Geral.</i> | 17 |
| 2.2 | <i>Objetivos Específicos.</i> | 17 |
| 3 | PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS | 18 |
| 3.1 | <i>Área de estudo.</i> | 18 |
| 3.2 | <i>População de estudo e período de referência.</i> | 18 |
| 3.3 | <i>Desenho de estudo</i> | 18 |
| 3.4 | <i>Fonte de dados</i> | 19 |
| 3.5 | <i>Análise dos dados</i> | 19 |
| 3.6 | <i>Aspectos éticos</i> | 19 |
| 4 | RESULTADOS E DISCUSSÕES | 20 |
| 4.1 | <i>Perfil sócio-sanitário dos usuários atendidos nos Serviços de Pronto-Atendimento (Adulto/Infantil) vítimas de acidentes e violências.</i> | 20 |
| 4.2 | <i>Características sócio-biológicas das ocorrências de acidentes e violências nos Serviços de Pronto-Atendimento (Adulto/Infantil).</i> | 23 |
| 4.3 | <i>Características das demandas de Acidentes e Violências entre os SPAs Adulto e Infantil.</i> | 36 |
| 5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS | 40 |
| | REFERENCIAS | 43 |
| | ANEXOS | 45 |

1 INTRODUÇÃO

Vários são os fatores citados por estudiosos no assunto e organismos internacionais para a origem dos acidentes e das violências. Dizem que explicar sua etiologia apenas por características individuais, de origem biológica ou psicológica, reduziria sua essência e apagaria os efeitos do processo interativo entre indivíduos e entre estes e seus ambientes sociais (MELLO-JORGE; LAURENTI, 1997; MINAYO; SOUZA, 1999).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), os acidentes e as violências configuram 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). Esse conjunto de eventos consta na Classificação Internacional de Doenças (CID-10) sob a denominação de causas externas. Quanto à natureza da lesão, tais eventos e ou agravos englobam todos os tipos de lesões e envenenamentos, como ferimentos, fraturas, queimaduras, intoxicações, afogamentos, entre outros (BRASIL, 2005).

As agressões por arma de fogo, arma branca e os acidentes de transporte constituem formas de violência que vêm assumindo um vulto cada vez maior e se mostrando como um grande problema de saúde pública (FEIJÓ; PORTELA, 2001), devido sua magnitude e transcendência, pelo forte impacto na morbimortalidade e na qualidade de vida da população (SOARES; BARROS, 2006).

As conseqüências dos acidentes e violências para o sistema de saúde e para a sociedade apontam para a necessidade de aperfeiçoamento do sistema de informações de mortalidade e morbidade por causas externas, com vistas a subsidiar políticas públicas para a prevenção do problema e atendimento às vítimas. Na maioria dos países do mundo, o conhecimento do impacto do problema das causas externas se dá por meio da análise dos dados de mortalidade, sendo pouco os países que conhecem a morbidade hospitalar por estas causas. Os dados dos

atendimentos realizados nas emergências hospitalares são ainda pouco estudados em todo mundo, devido ao volume e características deste tipo de atendimento (KRUG *et al.*, 2002).

No Brasil, o Sistema de Vigilância Epidemiológica dos Acidentes e Violência está baseado no acompanhamento dos dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), valorizando os principais tipos de causas externas que determinam as mortes. Também é realizado o monitoramento das internações hospitalares por causas externas através do Sistema de Internações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/ DATASUS).

Esses dados são importantes para o planejamento, gestão, e o sistema de vigilância dos acidentes e violências deve revelar: a dimensão e o perfil destes agravos nas emergências e ambulatórios.

Para se ter um quadro mais completo do problema torna-se necessário conhecer inclusive as lesões de menor gravidade, que não determinam mortes ou internações, mas que são responsáveis por uma forte demanda nas emergências, já costumeiramente abarrotadas, devendo ao mesmo tempo evidenciar perfis das agressões que demandam estes serviços, bem como outros tipos de violências que ainda permanecem silenciadas no âmbito da esfera privada.

Um sistema de informações herda uma gama de contradições e dificuldades oriundas do conflito entre esferas privadas e públicas, mais destacadamente ao analisar fatos ocorridos no interior dos quotidianos pessoais, como as formas de violência sexual, os estupros e tentativas de estupro, exploração sexual, turismo sexual, ou quando se analisa a violência doméstica e outras formas de violências interpessoais, como o assédio moral.

Ao adotar o termo “vigilância” de acidentes e violências, a gestão busca avançar para além da condução de estudos e da produção de informações pontuais, em direção ao acompanhamento do agravo e a sua prevenção.

Em face das mudanças no perfil epidemiológico dos agravos, tanto em relação às doenças infecciosas (com o surgimento de novos agentes patogênicos), como as não-infecciosas (transição epidemiológica), faz-se necessário uma revisão e ampliação deste instrumento, pois o sistema rotineiro pode não ser suficiente. O conceito de transição epidemiológica está relacionado processualmente com: a forma de organização das sociedades, determinando importantes transformações ou a substituição ou superação de um padrão epidemiológico por outro, num determinado período de tempo (FREESE, 2006).

Em face da necessidade de um conhecimento mais preciso da demanda dos acidentes e violências e com o sentido de complementar o sistema de informações existente, o Ministério da Saúde considerou a estratégia de implantação da vigilância em serviços sentinela como uma opção ágil e viável de produzir dados representativos. O potencial para gerar informações de qualidade através da coleta de dados amostra em serviços estratégicos de atendimento de emergência dos municípios selecionados possibilita realizar um diagnóstico de demanda e melhor organização do atendimento uma vez que as emergências e urgências funcionam como um termômetro do funcionamento do sistema de saúde e suas falhas (NEVES, 2006).

O termo sentinela pode ser usado em duas situações. A primeira delas é o “evento sentinela”, que foi adotado como um dos métodos para vigilância à saúde (RUTSTEIN, 1976), constituindo-se com sistema de alerta, ou seja, evidencia situações indesejáveis e possibilita o monitoramento de situações de saúde. Pode ser considerado como um indicador da qualidade dos serviços. Tem assim, um caráter mais epidemiológico.

A segunda aplicação do termo refere-se aos “serviços sentinela”, sendo muito utilizado em alguns países da Europa e tem o objetivo de obter informações relativas à incidência e aspectos mais importantes do comportamento de determinados eventos adversos à saúde (WALDMAN, 1998). A grande limitação deste tipo de fonte de informação é não garantir a representatividade e generalização de dados. Entre as vantagens está o baixo custo operacional e a

possibilidade de aumento da qualidade das informações. A ocorrência dos eventos sentinela e o reconhecimento ou notificação por parte dos serviços, serve de alerta aos profissionais da saúde da possível ocorrência de agravos preveníveis, incapacidades ou de óbitos possivelmente associados à má qualidade de serviços ou das intervenções.

O propósito do estabelecimento da vigilância de acidentes e violências em serviços sentinela é possibilitar o acesso às informações acerca das causas externas ainda pouco conhecidas, de sua prevalência e seus impactos na saúde das pessoas. Para a escolha desta metodologia o Ministério da Saúde vem considerando as dificuldades inerentes à coleta universal de informações relativas à morbimortalidade devida a esses agravos, tais como: exigir um grande número de locais de notificação, necessitar da cooperação de considerável número de pessoas, ser significativamente onerosa e requerer um grande esforço de coordenação.

A Rede de Serviços Sentinela de Vigilância de Acidentes e Violências foi implantada pelo Ministério da Saúde / Secretaria de Vigilância em Saúde em articulação com secretarias estaduais e municipais de Saúde, selecionando municípios e unidades de referência para acidentes e violências, assim denominadas “serviços sentinelas”, selecionadas mediante critérios, previamente instituídos, que garantam a obtenção de informações, que, além de apoiarem a vigilância de acidentes e violências, são mais facilmente coordenadas.

1.1 Critérios para inclusão do Município de Olinda na Pesquisa sentinela/MS

Para a seleção dos municípios prioritários, onde foi definida a participação do município de Olinda na implantação do Projeto de Vigilância de Acidentes e Violências em Serviços Sentinela, o Ministério da Saúde (Projeto de junho de 2006) adotou os seguintes critérios:

- a) Perfil de morbi-mortalidade por acidentes e violências, considerando o *ranking* das violências, definido a partir do SIM/DATASUS;
- b) Municípios prioritários do Projeto Sentinela definidos pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome;
- c) Existência de Núcleo de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde;
- d) Decisão política e capacidade de gestão.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Descrever a prevalência de acidentes e violências nas demandas atendidas nos Serviços de Pronto-Atendimento (SPA Adulto/Infantil) do município de Olinda, no período de 01 a 30 de setembro de 2006.

2.2 Objetivos Específicos

- a) Apresentar o perfil sócio-sanitário das vítimas de acidentes e violências atendidas nos Serviços de Pronto-Atendimento (Adulto/Infantil) no período estudado.
- b) Caracterizar sócio-biologicamente as ocorrências de acidentes e violências nos Serviços de Pronto-Atendimento (Adulto/Infantil) no período estudado.
- c) Comparar as características das demandas de Acidentes e Violências entre os SPA Adulto e Infantil.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 Área de estudo

O Município de Olinda – PE, localizado na Mesorregião metropolitana, microrregião do Recife, apresenta as seguintes características:

- a) Distância da capital: 6,0 km.
- b) População: 387.496 (Projeção DATASUS para 2006)
- c) Território: 40,83 Km².
- d) Densidade Demográfica: 9.490,45 Hab./Km².
- e) Área Urbana: 34,54 Km².
- f) Área Rural: 6,29 Km².
- g) Limites: Paulista (Norte), Recife (Sul), Oceano Atlântico (Leste) e Recife (Oeste).

3.2 População de estudo e período de referência

Amostra representativa composta pelo total dos usuários atendidos nos Serviços de Pronto-Atendimento (Adulto/Infantil) de Olinda que buscaram as unidades por acidentes e/ou violências no período de 01 a 30/09/2006.

3.3 Desenho de estudo

Realizado com base em dados secundários, este desenho de estudo seccional apresenta as vantagens de utilizar dados produzidos em instituições oficiais, envolvendo baixo custo e curto espaço de tempo no alcance dos objetivos propostos no trabalho.

3.4 Fonte de dados

O estudo será realizado a partir de informações oriundas do banco de dados do Sistema de VIVA – Vigilância de Acidentes e Violências desenvolvido e instalado segundo orientações técnicas do Ministério da Saúde - em linguagem Epi-Info 2000 - com entrada de dados coerente com a Ficha de Notificação de Acidentes e Violência em Unidades de Urgência e Emergência (em anexo), disponibilizado pela Secretaria de Saúde de Olinda.

3.5 Análise dos dados

480 casos de acidentes e violências que procuraram os SPAs de Olinda entre 01 e 30/09/2006, compreendem a amostra estudada. Os dados foram analisados, após limpeza, e se produziram estatísticas e gráficos descritivos.

3.6 Aspectos éticos

Este estudo foi realizado segundo a Resolução do Conselho Nacional de Saúde/ CNS número 196/96 (1996), a qual estabelece diretrizes e normas reguladoras de pesquisas envolvendo seres humanos. A proposta de estudo foi submetida à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa da Instituição Executora (CEP/CPqAM/FIOCRUZ) e foi aprovada através do parecer nº 030/2007. O número do registro no CEP/CPqAM/FIOCRUZ é 35/07 e o registro no CAAE é 0035.0.095.000-07.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1 Perfil sócio-sanitário dos usuários atendidos nos Serviços de Pronto-Atendimento (Adulto/Infantil) vítimas de acidentes e violências.

Neste primeiro momento estarão sendo apresentadas as características gerais da clientela atendida nos Serviços de Pronto Atendimento de Olinda, em relação a variáveis tradicionais da epidemiologia.

Não houve diferença proporcional importante entre os SPA Adulto e Infantil na comparação com os atendimentos gerais dos serviços, sendo que a sexta-feira é o dia de maior demanda coincidente para os SPA e para os acidentes e violências ou não.

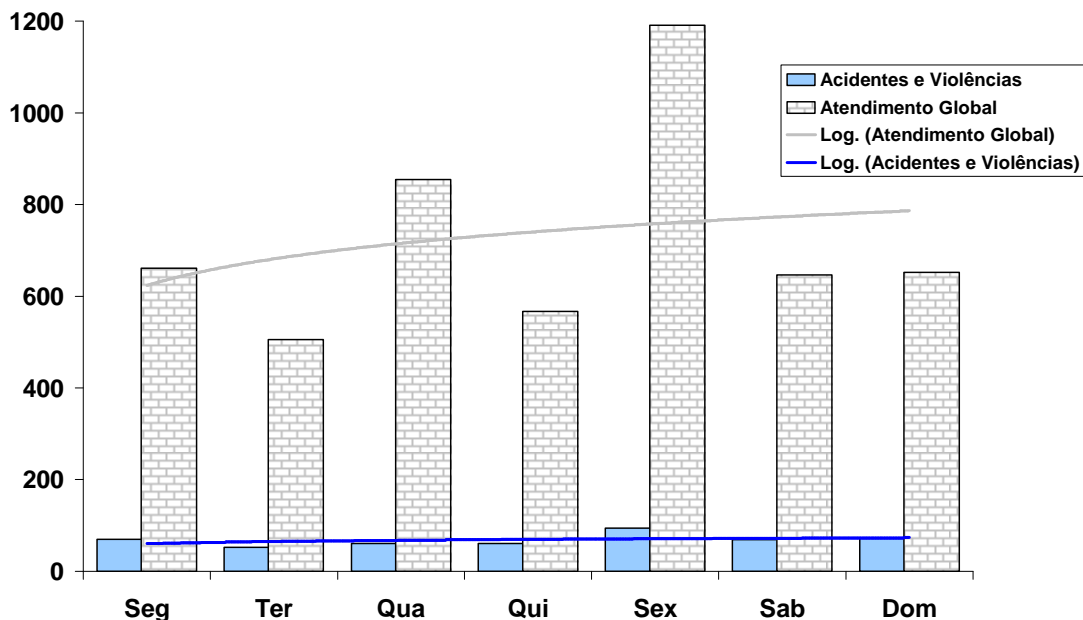


Gráfico 1 – Distribuição das demandas globais e de acidentes e violências nos SPA – Olinda – 2006.

Fonte: Elaboração própria.

Observou-se os atendimentos realizados nos SPA em função de grupos etários, o que revelou uma informação com potencial de sugerir e direcionar melhor ações preventivas.

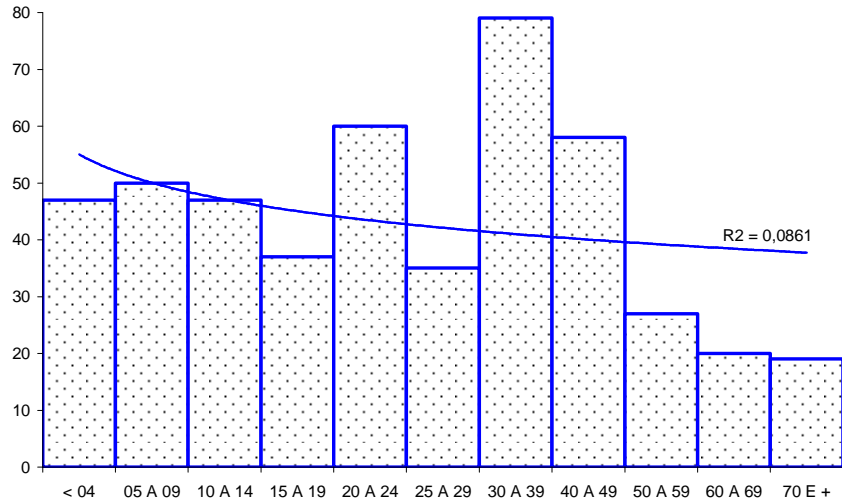


Gráfico 2 – Frequência de casos decorrentes de acidentes e violência por faixa etária segundo SPAs – Olinda – 2006.
Fonte: Elaboração própria.

No Gráfico 2, destacam-se que aproximadamente 1/3 dos casos demandados envolviam pessoas com menos de 15 anos, quase 10% dos acidentes e violências ocorreram em menores de 04 anos e houve uma concentração importante de demandas nos SPA para grupos etários de 20 a 24 anos (60 casos = 12,5%), 30 a 39 (79 casos = 16,5%) e 40 a 49 (58 casos = 12,1%).

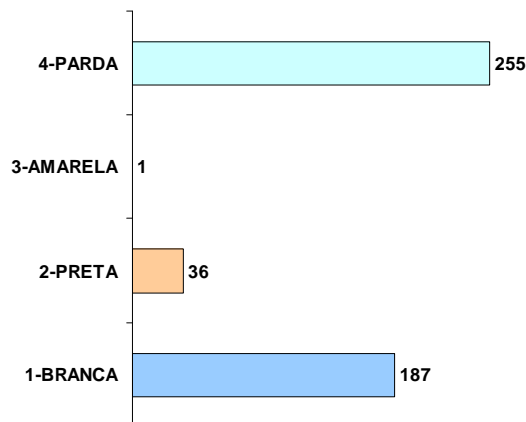


Gráfico 3 – Frequência de casos segundo variável raça/cor – Olinda – 2006.
Fonte: Elaboração própria.

A variável “cor da pele” foi auto-referida, seguindo o padrão do IBGE. Os resultados podem ser visualizados do gráfico 3 acima.

Segundo Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios/PNAD (IBGE, 2000), a distribuição da população na região nordeste segundo raça/cor é a seguinte, comparada com a demanda dos SPA em Olinda:

Tabela 1 - Proporções da população segundo variável Raça/ Cor da Pele auto-referida pelo IBGE e dos casos de acidentes e violência nos SPAs adulto e infantil – Olinda – 2006.

| Raça/Cor | PNAD (IBGE, 2000)* | Casos de acidentes e violência nos SPAs |
|-----------------|---------------------------|--|
| parda | 64,5%, | 53% |
| branca | 29,7%, | 39% |
| preta | 5,6%, | 8% |
| amarela | 0,1%. | 0% |

* Fonte: IBGE (2000).

Embora haja uma maior concentração na cor auto-referida da pele na demanda estudada em comparação ao IBGE, com maiores proporções de pessoas “pretas” e “brancas” que “pardas”, nota-se uma distribuição semelhante das proporções, sem inversão do gradiente.

Importante lembrar não ser possível, com base nestas proporções, fazer inferências para a população geral de Olinda sobre o risco de Acidentes ou Violências em função da cor da pele, pois, como se trata de estudo de demanda, as considerações são pertinentes ao grupo estudado, ou seja, aos usuários dos SPA que buscaram atendimento no período. Já uma distribuição coerente pode criar validações maiores para o estudo e sua consistência amostral.

A clientela atendida também informou sobre a sua escolaridade. As respostas classificadas como “10-NSA” se referiram aos menores de idade, cuja escolaridade mínima não se aplica (NSA) nesta questão. Estes casos foram excluídos do gráfico que apresentou dois terços da demanda ocupados por pessoas

que não concluíram o nível médio, e 1/4 em pessoas com Ensino Fundamental incompleto, como poderá ser notado no gráfico a seguir:

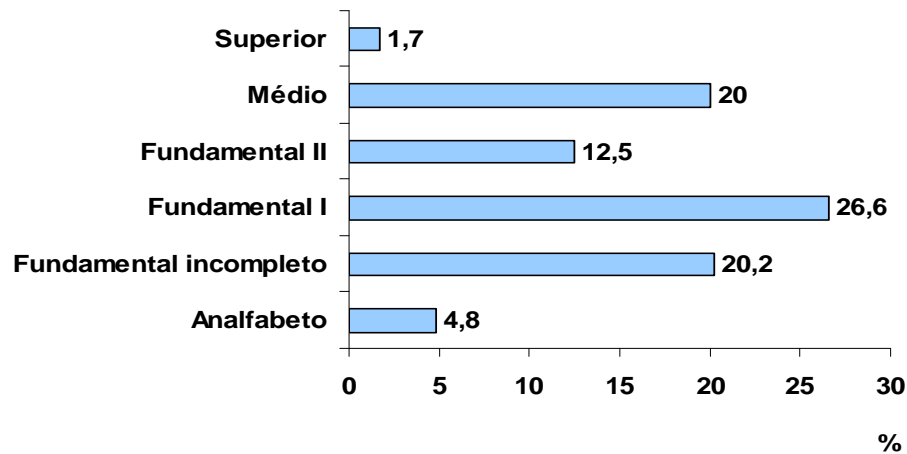


Gráfico 4 – Frequência de casos de acidentes e violência nos SPAs adulto e infantil segundo escolaridade – Olinda – 2006.

Fonte: Elaboração própria.

As unidades atenderam a um perfil de escolaridade bastante heterogêneo, concentrando maiores demandas em estratos de menos anos de estudo. É possível que seguimentos de maior escolaridade, mais abastados, busquem atenção em unidades privadas, imprimindo tal distribuição à amostra.

4.2 Características sócio-biológicas das ocorrências de acidentes e violências nos Serviços de Pronto-Atendimento (Adulto/Infantil).

Neste segmento serão exploradas as características dos agravos, lesões e estratégias usadas pelos usuários em busca de atendimento nos Serviços de Saúde. Foram separadas as características encontradas nas demandas Infantil e Adulta, apresentadas nos gráficos 5 e 6.

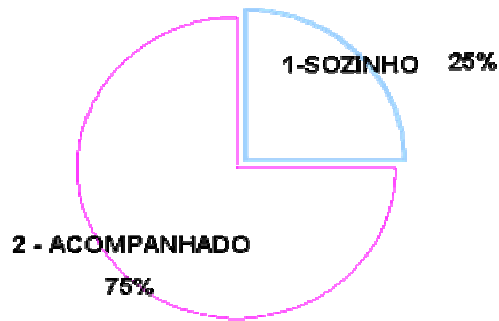


Gráfico 5 – Frequência de casos de acidentes e violência segundo a presença de acompanhante na chegada ao SPA adulto – Olinda – 2006.
Fonte: Elaboração própria.

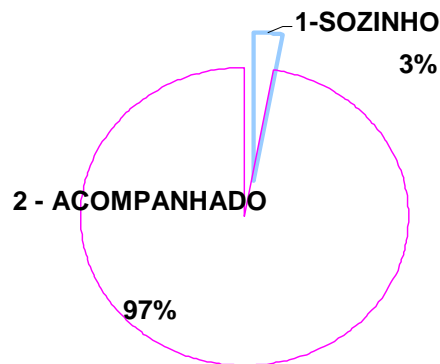


Gráfico 6 – Frequência de casos de acidentes e violência segundo a presença de acompanhante na chegada ao SPA infantil – Olinda – 2006.
Fonte: Elaboração própria.

Apesar da chegada acompanhada pela maioria da demanda pediátrica, chegaram crianças sem acompanhantes para atendimento, vítimas de violências ou acidentes.

A proporção encontrada de 1/4 de pessoas desacompanhadas entre os Adultos, pode ajudar, indiretamente, a tipificar o grau de urgência relativo para parte dos casos de acidentes e violências entre adultos atendidos, ou mesmo a evidenciar determinados aspectos sócio-culturais da população adstrita aos serviços.

Outra variável de tradicional vulnerabilização para agravos decorrentes de acidentes e violências seria possuir características físicas distintas da maioria da população, que pode aumentar as chances destas ocorrências. Trata-se das deficiências cuja distribuição pode ser vista no gráfico 7, com destaque para pessoas portadoras de quadros neuropsiquiátricos, que em maior proporção devem deflagrar processos mais consistentes de acolhimento nas unidades de saúde, compatíveis com as diretrizes do SUS de equanimidade e universalidade.

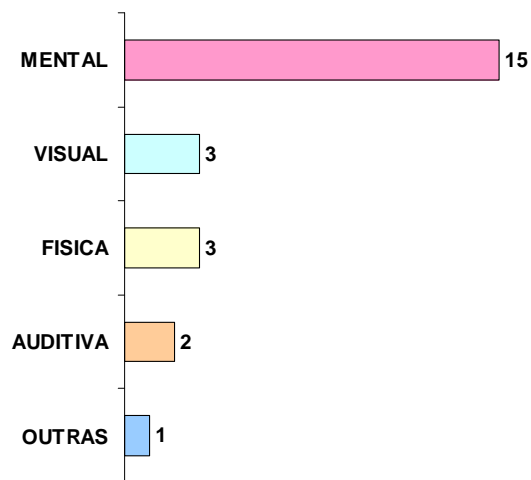


Gráfico 7 – Frequência de casos de acidentes e violência por tipo de “deficiência” – Olinda – 2006.
Fonte: Elaboração própria.

A diferença fundamental entre situações acidentais e violências está na **intencionalidade** do ato que deflagrou a lesão. Embora carregada de caráter interpretativo, é interessante observar como a população atendida relata sua percepção da intencionalidade revelada em pouco mais de 10% dos casos (gráfico 8).

A “intencionalidade” pode estar relacionada indiretamente com a gravidade das lesões e, independente disso, com o local escolhido pela vítima para seu atendimento, sugerindo estudos futuros que possam comparar as demandas que buscam outros serviços da rede SUS no Estado.

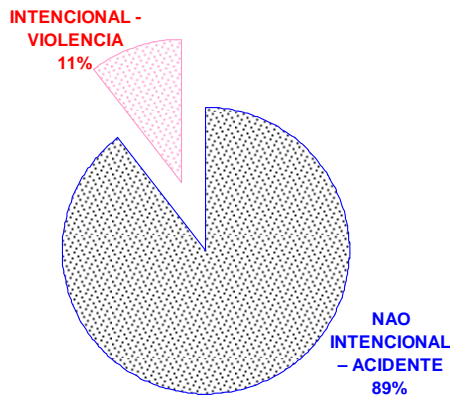


Gráfico 8 – Frequência de casos de acidentes e violência segundo sua intencionalidade – Olinda – 2006.
 Fonte: Elaboração própria.

Esta variável é distinta entre os atendimentos em cada SPA, como será apresentado a seguir (gráfico 9), considerando tipos distintos de ocorrências acidentais além das violências.

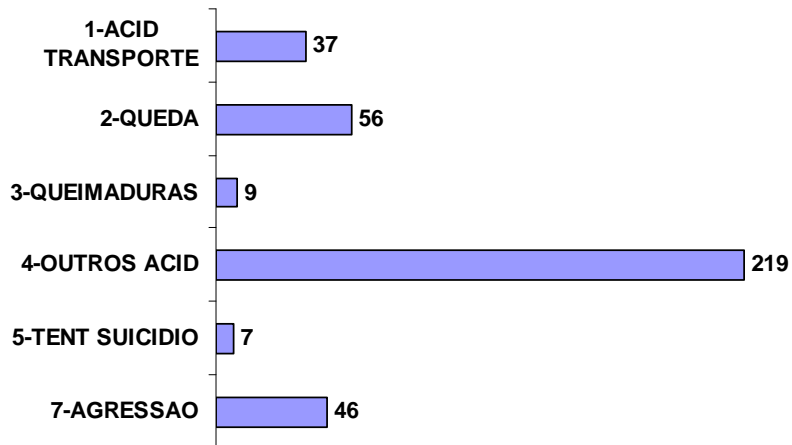


Gráfico 9 – Distribuição de casos de acidentes e violência segundo o tipo de ocorrência no SPA adulto – Olinda – 2006.
 Fonte: Elaboração própria.

Os outros tipos de acidentes foram predominantemente de acidentes com animais domésticos com destaque para os cães (135) e pequenos traumas, como cortes (103). Houve 13 quedas de objetos sobre as pessoas, 11 envenenamentos, 1 sufocação e 1 acidente com arma de fogo. O banco de dados originalmente não

distingue estes outros acidentes e violências, o que obrigou a uma reclassificação manual.

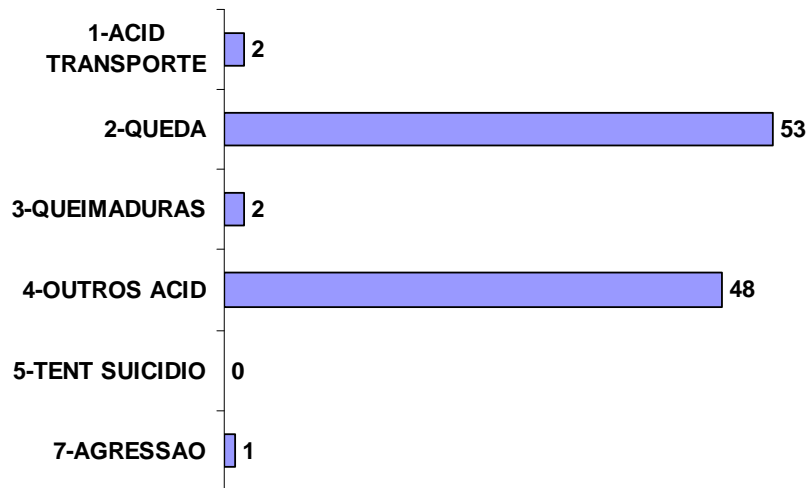


Gráfico 10 – Distribuição de casos de acidentes e violência segundo o tipo de ocorrência no SPA infantil – Olinda – 2006.
Fonte: Elaboração própria.

Já com a intenção de revelar a participação desta variável implicada em situações de violência e acidentes, foi perguntado se a pessoa teria usado álcool por ocasião do atendimento. Apenas em 5 casos não foi possível obter a informação.

Tabela 2 – Distribuição de casos de acidentes e violência em função do uso do álcool – Olinda – 2006.

| Uso do Álcool | Número | % |
|---------------|--------|--------|
| Sim | 51 | 10,6% |
| Não | 424 | 88,3% |
| Total | 480 | 100,0% |

Fonte: Elaboração própria.

Pensando em ter uma primeira visão sobre os acessos das demandas aos serviços sentinela da pesquisa, foi investigado o meio de transporte utilizado para conseguir o atendimento. A seguir serão apresentados os dados relativos a cada SPA, que apresentaram diferenças nas suas proporções.

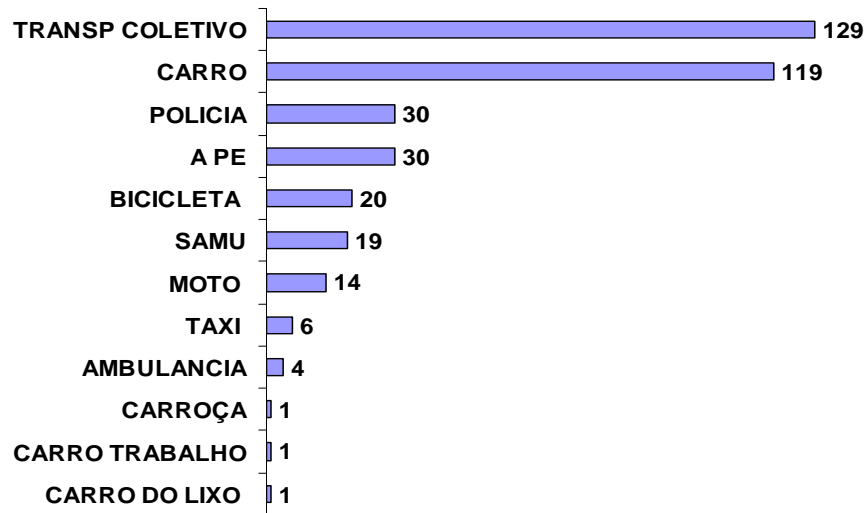


Gráfico 11 – Distribuição de casos de acidentes e violência segundo meio de transporte utilizado para chegar ao SPA adulto – Olinda – 2006.

Fonte: Elaboração própria.

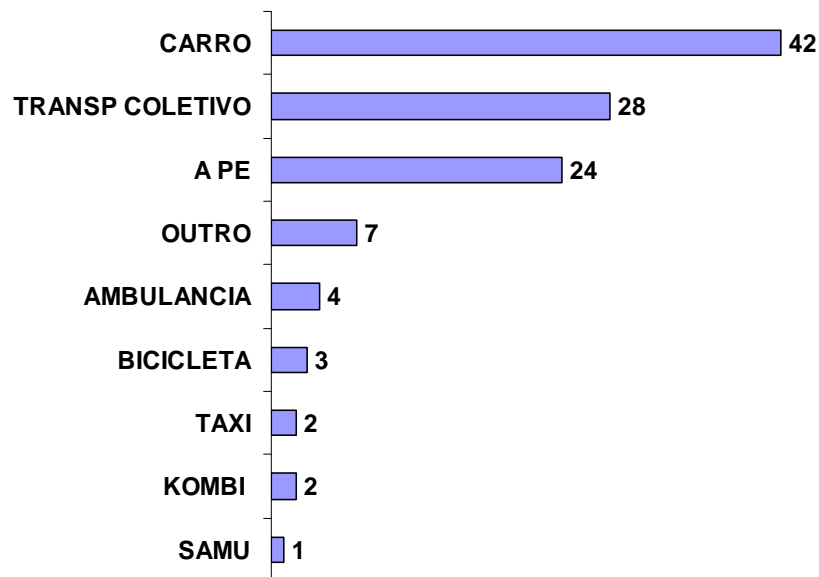


Gráfico 12 – Distribuição de casos de acidentes e violência segundo meio de transporte utilizado para chegar ao SPA infantil – Olinda – 2006.

Fonte: Elaboração própria.

Mas a demanda buscou a unidade porque é perto de sua residência, ou se trata de baixa gravidade das demandas? O cruzamento desta informação com o local onde aconteceu o acidente ou violência poderá ajudar a explicar a situação

encontrada. Conhecer os locais de ocorrências dos agravos que geraram essa demanda também se torna estratégico na elaboração de planos de prevenção.

A seguir, distribuídos por SPA, foram apresentados os locais que abrigaram, receberam ou promoveram os acidentes e violências estudados. Note-se a predominância de espaços externos e sociais com relação à demanda de adultos, em contrapartida às situações mais domésticas e escolares entre a demanda do SPA Infantil.

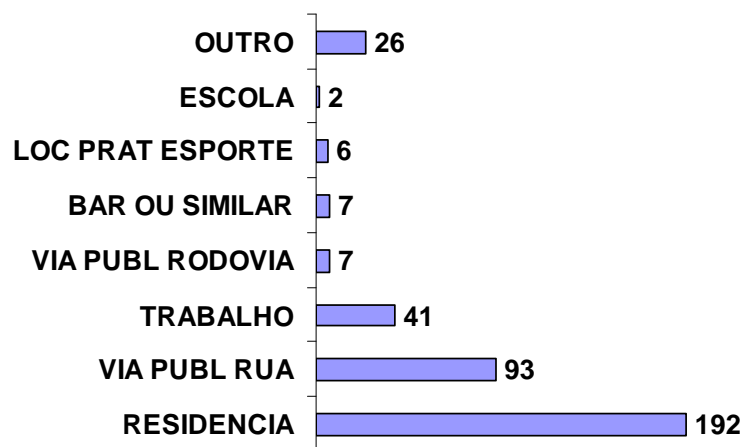


Gráfico 13 – Distribuição de casos de acidentes e violência segundo local de ocorrência – SPA adulto – Olinda – 2006.
Fonte: Elaboração própria.

Entre os acidentes em residência, no gráfico acima, estão incluídos - embora a metodologia tenha os tornado “invisíveis” - aqueles dados relativos aos acidentes de trabalho doméstico da mulher.

A situação de acidente/ violência relacionada à ambiente de trabalho pode ser devida à inconsistência das codificações, bem como ser um evento “sentinela” do trabalho infantil no Município.

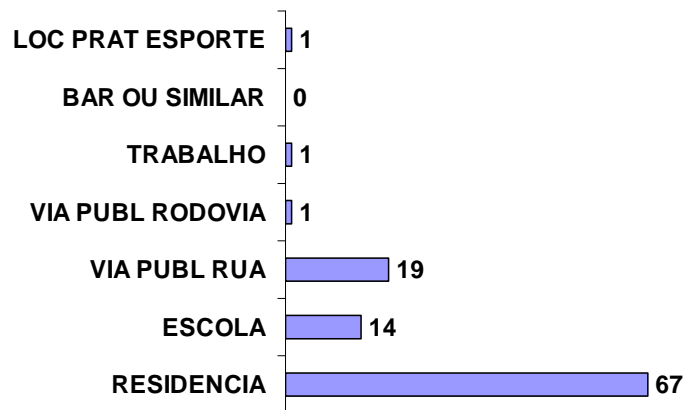


Gráfico 14 – Distribuição de casos de acidentes e violência segundo local de ocorrência – SPA infantil – Olinda – 2006.
Fonte: Elaboração própria.

Mas o que as pessoas integrantes desta amostra estariam fazendo no momento em que houve o agravo passível de atenção médica? Esta atividade poderia estar envolvida com o dever destas situações? Tentando clarear o pensamento dos gestores, a pesquisa investiu em conhecer estas atividades apresentadas a seguir.

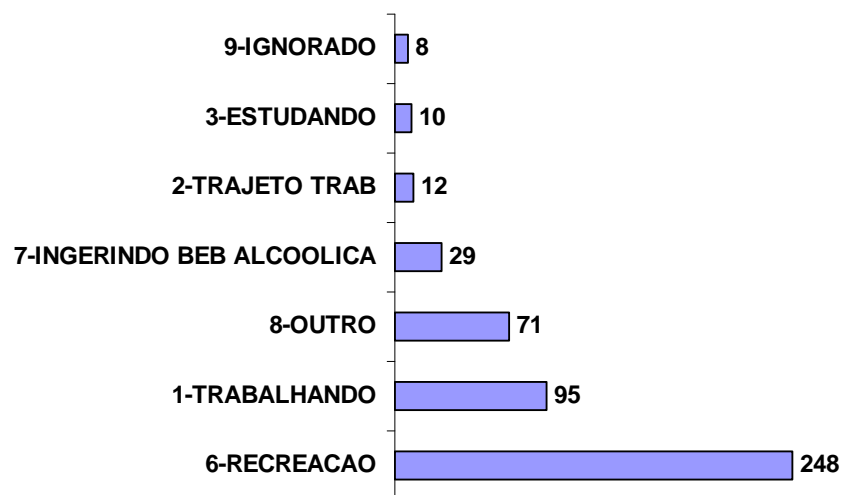


Gráfico 15 – Distribuição de casos segundo atividade realizada no momento do acidente ou violência – Olinda – 2006.
Fonte: Elaboração própria.

A ocorrência dos Acidentes e Violências reflete situações ligadas ao cotidiano das pessoas que às vulnerabilizam mais ou menos. Um dos fatores

associados a estas ocorrências é o próprio trabalho, onde se dispõem as relações entre mão-de-obra e ferramentas, nem sempre reguladas formalmente.

As demandas atendidas em Olinda associaram livremente o evento que lhes motivou à busca pelo serviço ao trabalho que por ventura estariam realizando na hora em que sofreram a injúria ou dano físico.

O mais difícil foi classificar as situações domésticas, onde a dona-de-casa foi vítima, pois parece que tudo no ambiente da casa está relacionado à atividade do trabalho doméstico, à revelia de formalização ou reconhecimento oficial de direitos. Trata-se de trabalho, enquanto energia dispensada e aplicada a um determinado fim.

Tabela 3 – Frequência de casos de acidentes e violência relacionados ao trabalho – Olinda – 2006.

| Relação entre o evento e o trabalho | Frequência absoluta N | Frequência relativa % |
|--|----------------------------------|----------------------------------|
| Sim | 102 | 21,3 |
| Não | 378 | 78,8 |
| Total | 480 | 100,0 |

Fonte: Elaboração própria.

Foi dedicada atenção especial aos acidentes de transporte (V01-V99), que é todo acidente que envolve um veículo destinado, ou usado no momento do acidente, principalmente para o transporte de pessoas ou de mercadorias de um lugar para o outro. Entre as vítimas de algum meio de transporte (39 casos) foi perguntado qual teria sido o meio que causara o agravo. Os resultados seguem no gráfico 16.

No Brasil, cerca de dois terços dos leitos hospitalares dos setores de ortopedia e traumatologia são ocupados por vítimas destes acidentes, com média de internação de vinte dias, gerando um custo médio de vinte mil dólares por ferido grave. O custo anual estimado ultrapassa três bilhões de dólares (PIRES; VASCONCELOS; SILVA, 1997). A rede de Olinda, de baixa complexidade, termina por exportar casos mais complexos e seus custos para a atenção estadual,

contribuindo para a conhecida superlotação das emergências dos grandes hospitais do Estado.

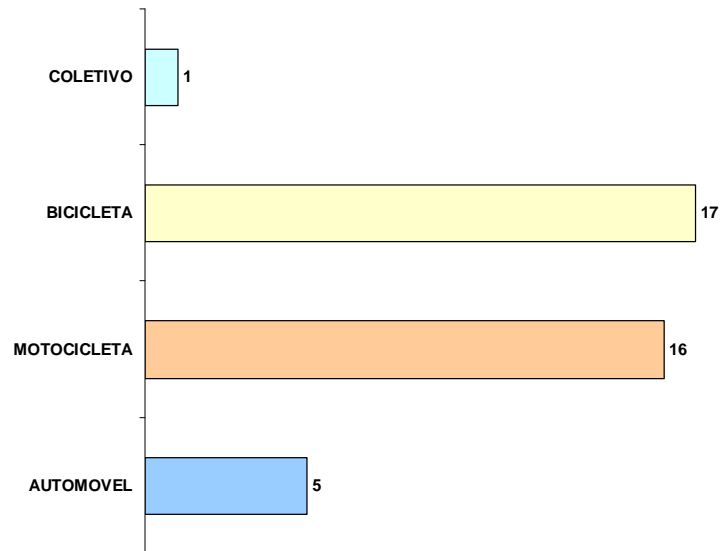


Gráfico 16 – Distribuição de casos de acidentes segundo o meio de transporte envolvido – Olinda – 2006.

Fonte: Elaboração própria.

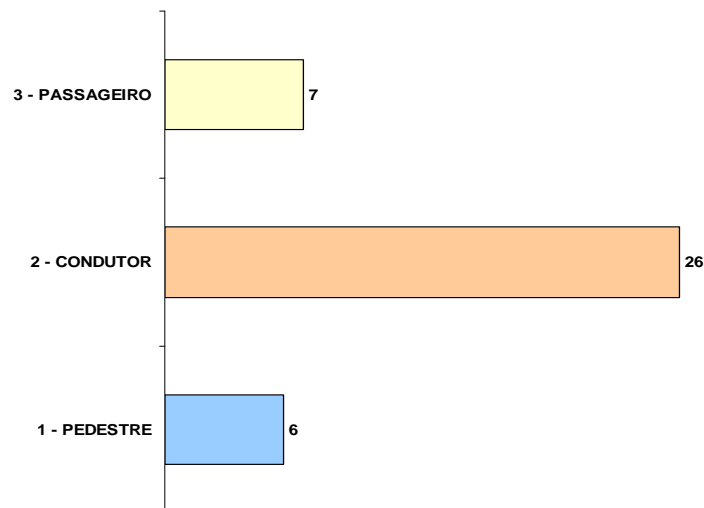


Gráfico 17 – Distribuição de casos de acidentes automobilísticos segundo o tipo de vítima – Olinda – 2006.

Fonte: Elaboração própria.

Ainda por referência ao grupo de acidentados de transporte foram verificadas quais as participações das vítimas em relação ao veículo envolvido no

acidente. Foram obtidos os seguintes resultados conforme pode ser visto no gráfico 17.

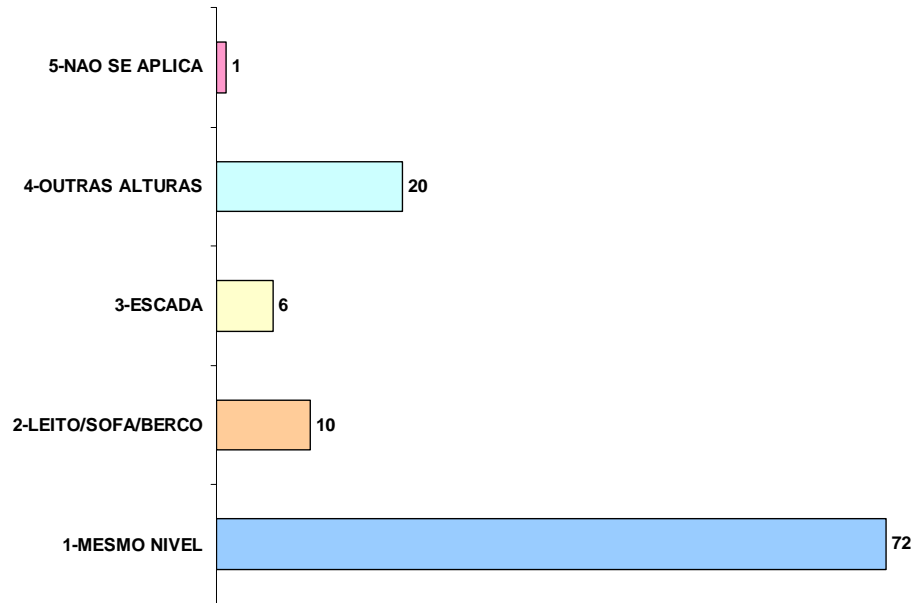


Gráfico 18 – Distribuição de casos de acidentes por queda em função da altura – Olinda – 2006.
Fonte: Elaboração própria.

Já no grupo formado por usuários e usuárias que referiram acidente por queda, foram verificadas as características dos eventos que serão apresentadas no gráfico 18.

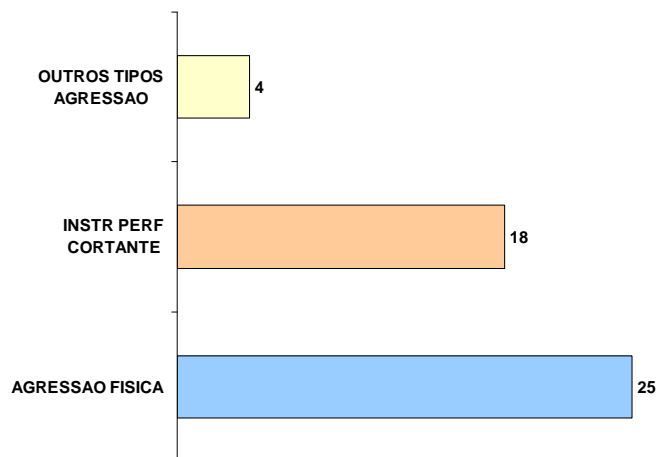


Gráfico 19 – Distribuição de casos de violência segundo o tipo de agressão – Olinda – 2006.
Fonte: Elaboração própria.

O mesmo grau de detalhamento foi tentado com as pessoas que sofreram queimaduras (11 casos: 05 referiram situações relacionadas a substâncias quentes

e 04 diretamente com fogo), suicídio (07 casos, todos tentativas por envenenamento) e agressões físicas, que foram em maior parte viabilizadas pelo/ a próprio/a agressor/a sem uso de instrumentos ou acessórios.

Ainda em relação às agressões, os (as) autores (as) apontados (as) pelas vítimas eram majoritariamente de seu convívio. Foram aferidas relações de parentesco e sexo dos agressores conforme pode ser vista no gráfico 20.

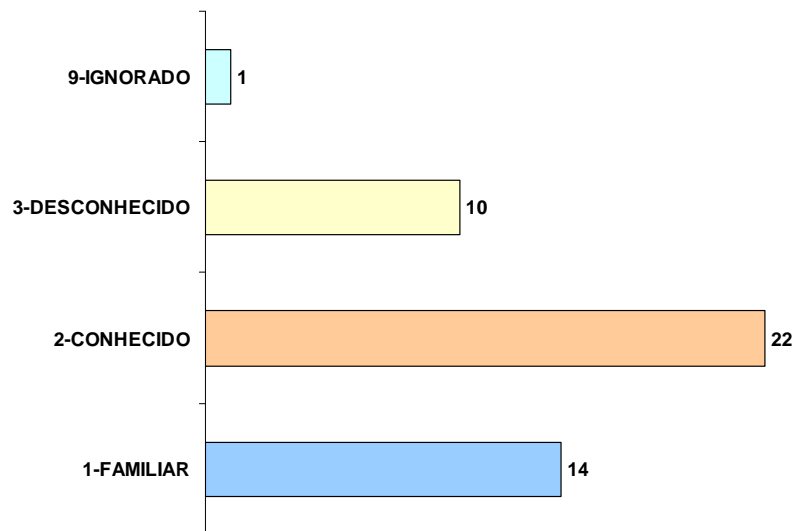


Gráfico 20 – Distribuição de casos segundo provável autor da agressão – Olinda – 2006.

Fonte: Elaboração própria.

O perfil dos perpetradores das agressões que trouxeram demanda aos SPA de Olinda foi predominantemente de homens aparentados, o que não é surpresa em relação à literatura da área (gráficos 20 e 21).

As lesões decorrentes destes agravos foram distribuídas topograficamente conforme pode ser visto no gráfico 22. Não se aplicaram respostas às pessoas com lesões/ agravos sistêmicos ou que atingiram igualmente mais de um sistema orgânico (26 Casos). Há destaque para a participação das extremidades, mais vitimadas por servirem como defesa e proteção instintiva.

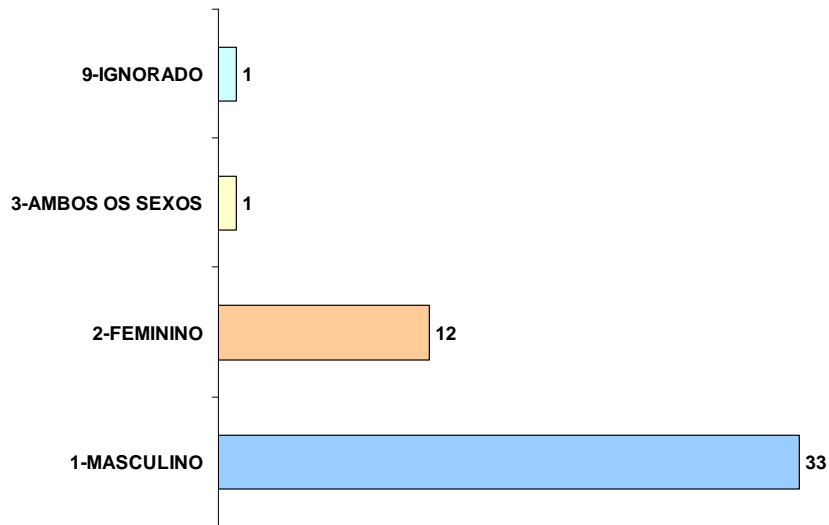


Gráfico 21 – Distribuição de casos segundo o sexo do agressor – Olinda – 2006.

Fonte: Elaboração própria.

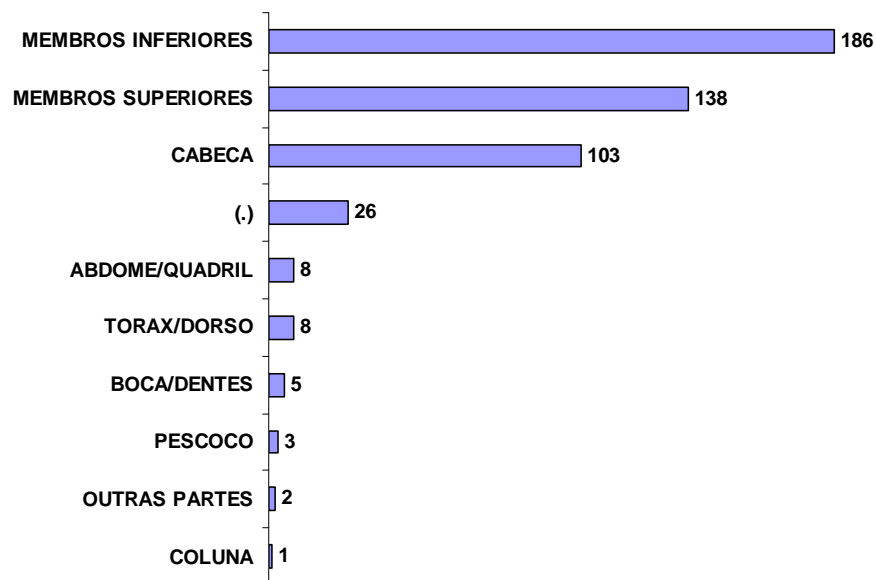


Gráfico 22 – Freqüência de casos segundo as partes do corpo atingidas pelas agressões ou violências¹

Fonte: Elaboração própria.

Seria interessante perceber se essa demanda demora em ser efetivamente atendida pela unidade de saúde e quais impactos implicam na disponibilidade de recursos nos serviços. Foi verificada, ao final de cada plantão de coleta de dados, a

¹ Dados ausentes, sem respostas são considerados “missings” ou ausentes, aqui simbolizados por “(.)”.

evolução dos casos que envolveram os casos pesquisados. Em dois casos não foi possível fechar a evolução até a conclusão do plantão, aqui representados como respostas ausentes ou “missings” = (.).

Embora a grande maioria seja resolvida no local, preocupa a necessidade de transportar até 12,5% da demanda e a evasão, que avalia indiretamente a qualidade dos serviços oferecidos à população, em termos de resolutividade e credibilidade das Unidades de Saúde (gráfico 23).

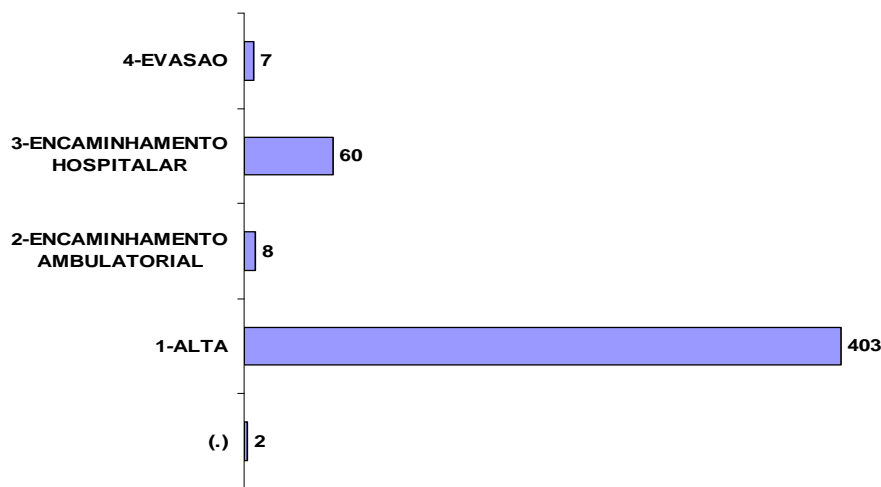


Gráfico 11 – Frequência de casos segundo sua evolução – Olinda – 2006.
Fonte: Elaboração própria.

C) Características das demandas de Acidentes e Violências entre os SPAs Adulto e Infantil.

Foram verificadas diferenças em relação ao local de origem das demandas atendidas em função do SPA. O SPA Infantil está muito mais voltado proporcionalmente à população própria do município, tanto por referência ao local de residência, como do local de ocorrência dos acidentes e violências que motivaram atendimentos. Os Gráficos 24, 25, 26 e 27 demonstram melhor esta distribuição.

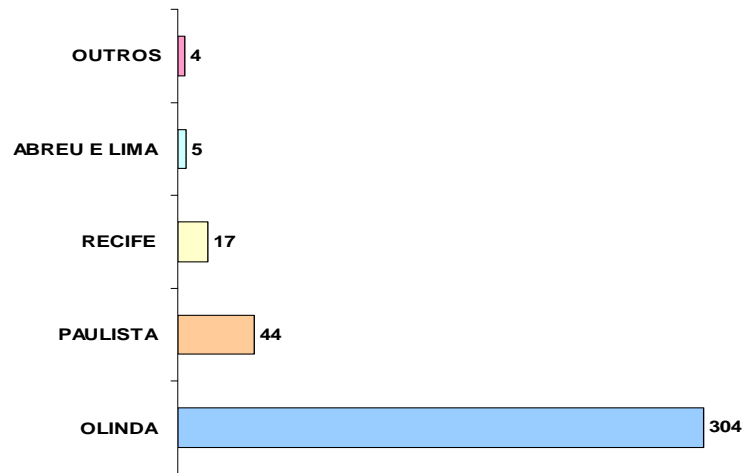


Gráfico 24 – Distribuição de casos atendidos no SPA adulto em função do município de residência da pessoa vítima de acidente ou violência – Olinda – 2006.

Fonte: Elaboração própria.

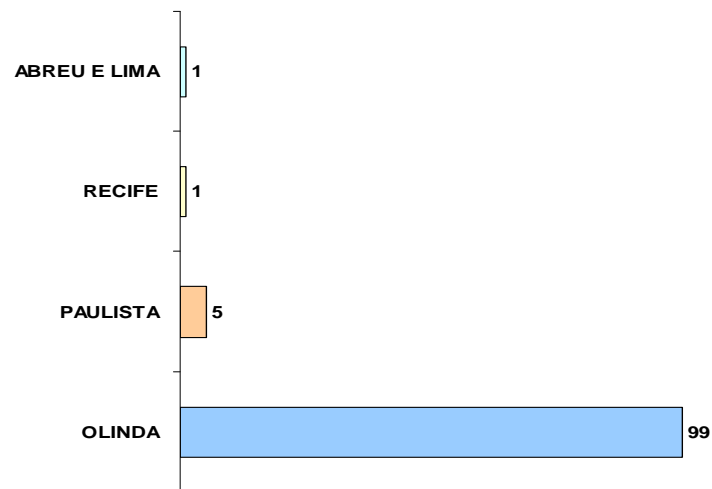


Gráfico 25 – Distribuição de casos atendidos no SPA Infantil em função do município de residência da pessoa vítima de acidente ou violência – Olinda – 2006.

Fonte: Elaboração própria.

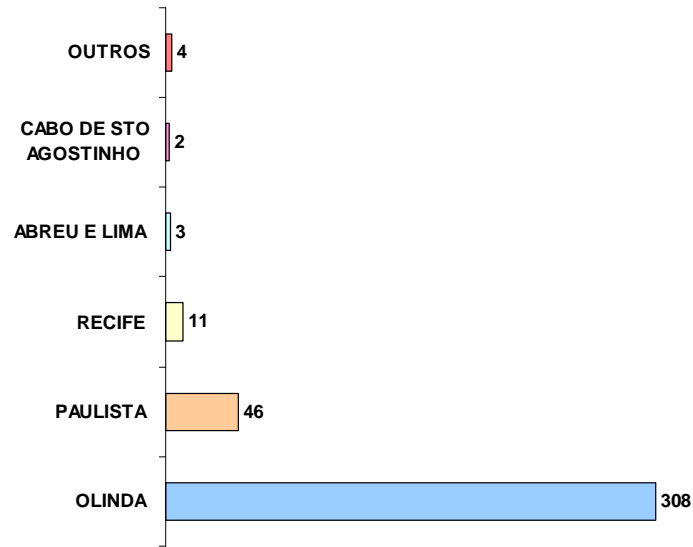


Gráfico 26 – Distribuição de casos atendidos no SPA Adulto em função do município de ocorrência do acidente ou violência – Olinda – 2006.
Fonte: Elaboração própria.

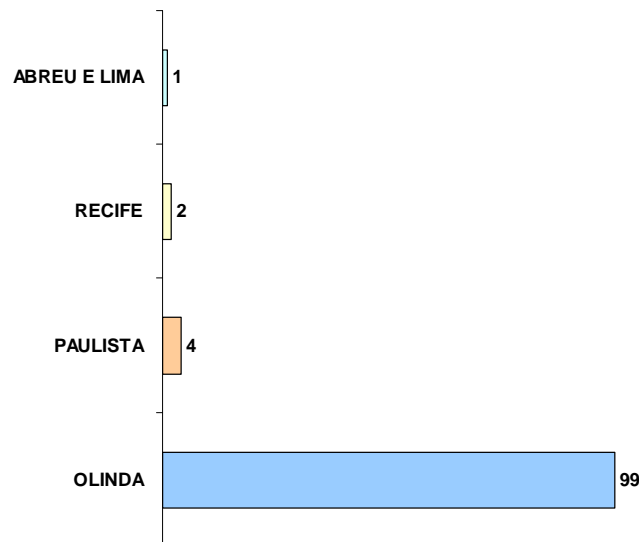


Gráfico 27 – Distribuição de casos atendidos no SPA Infantil em função do município de ocorrência do acidente ou violência – Olinda – 2006.
Fonte: Elaboração própria.

Dos 480 casos atendidos, 374 casos buscaram o SPA Adulto (77,9%), contra 106 (22,1), o SPA Infantil, especializado no atendimento de crianças e adolescentes.

Somados os dois serviços e todas as demandas, observa-se que, embora não seja desprezível, o volume de atendimentos clínicos não relacionados a acidentes e violências é consideravelmente maior, apresentando uma tendência ao incremento nos finais de semana, ao contrário da curva de tendência (logarítmica) que representa os atendimentos pesquisados (gráfico 28).

É interessante observar que há uma distribuição de atendimentos mais concentrada em determinados dias da semana, dependendo do SPA, como poderá ser verificado a seguir:

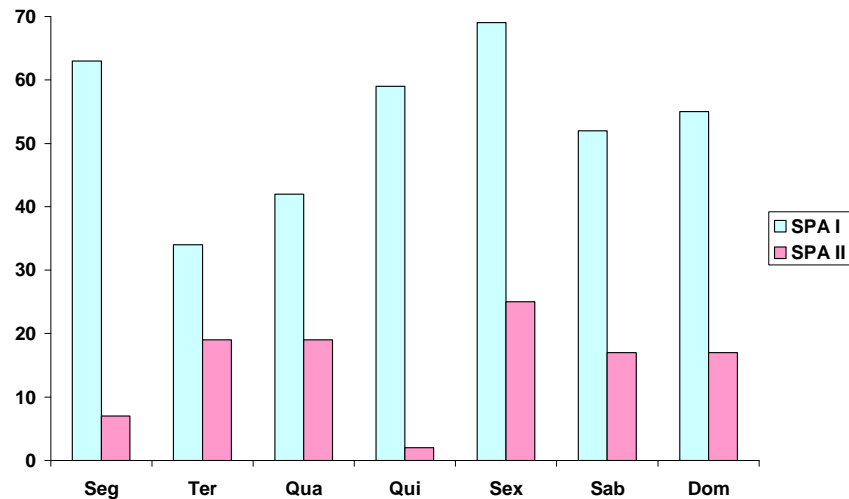


Gráfico 28 – Distribuição das demandas de acidentes e violências em função do SPA – Olinda – 2006.

Fonte: Elaboração própria.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entre as limitações da vigilância baseada em serviços sentinela que pode ser apontada é a dificuldade de generalização dos dados, eles não são representativos do município e sim da demanda nos serviços observados.

Não houve um desdobramento imediato ou aproveitamento dos dados para a gestão. Houve evidência de que há questões estruturais mais delicadas na rede SUS Olinda nas unidades investigadas, o que dilui a importância ou a sensibilização do gestor para o problema da notificação de acidentes e violências, como falta de recursos humanos, estrutura física precária, rotinas inseguras e insalubres. Uma segunda pesquisa está sendo realizada no mês de setembro/2007 onde se pretende uma melhor utilização das informações coletadas como a avaliação dos dados referentes ao atendimento no Hospital da Restauração (HR) e o georreferenciamento dos dados para que possam ser feitos cruzamentos entre local de ocorrência e residência da vítima.

O VIVA é um novo sistema, que tem o propósito de contribuir para ampliar o conhecimento acerca do impacto dos acidentes e violências, assim como ampliar a visibilidade do problema. Tais informações são imprescindíveis na implementação de ações de prevenção e controle do problema, na avaliação das ações implementadas e no melhor planejamento dos recursos e serviços. Em se tratando de causas externas cabe lembrar que tais ações devem ser articuladas intra e intersetorialmente, com a necessidade de capacitação dos profissionais do atendimento que se encontram numa posição especial para ajudar aqueles que estão sob o risco.

O processo de implantação da Política Nacional de Redução de Acidentes e Violências (2005) no Sistema Único de Saúde (SUS) sem dúvida precisa continuar, pois é uma tarefa demorada, árdua e que exige muita dedicação.

Para Minayo (2005), a violência não é um problema médico típico, mas um problema social que acompanha toda a história e as transformações da humanidade. No entanto, afeta a saúde ao provocar lesões e traumas físicos, agravos mentais e emocionais e diminuir a qualidade de vida das pessoas e das coletividades com evidências de que mulheres em situação de violência doméstica e sexual têm mais problemas de saúde, maiores custos com assistência e utilizam com maior frequência os serviços de saúde e as emergências. Portanto, cabe um detalhamento e estudo maior no que diz respeito aos dados que apontam o homem como principal agressor e este ser, em sua maioria, conhecido da vítima para que mecanismos legais como a Lei Maria da Penha - nº. 11.340 de 7 de agosto de 2006 – que cria mecanismos para coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher, o art. 13 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990 e o Estatuto do Idoso – Lei 10.741 de 1º de outubro de 2003 - possam efetivamente contribuir para o enfrentamento deste inadiável desafio que é a redução da morbidade e mortalidade decorrentes dos acidentes e violências em nosso país.

A violência coloca novos problemas para o setor saúde, pois é preciso que existam mecanismos bem definidos não somente para a detecção dos casos, mas também para o acolhimento e encaminhamento das pessoas atendidas. Os programas de atuação e os serviços de saúde devem ser integrados, multidisciplinares, engajados, possibilitando que os recursos necessários estejam disponíveis, facilitando o acesso às redes de apoio e proteção. Ao assistirmos a progressiva tomada da violência como questão de assistência à saúde, vemos este campo cada vez mais voltado para a defesa e o compromisso ético-político dos direitos humanos, enquanto atuação inscrita nas especificidades de suas práticas e conhecimentos médico-sanitários. Isto representa uma nova inserção dos profissionais de saúde em seus serviços, no trabalho em equipe e na possibilidade de efetivamente virem a compor uma rede intersetorial, com sua definitiva inscrição em ética do acolhimento e no compromisso com a não – violência social e para o interior da própria assistência médico-sanitária de modo geral.

O modelo assistencial se beneficia ao poder antecipar situações e prever recursos necessários para garantir melhor atendimento e acolhimento às pessoas que necessitem de atendimento para violências e acidentes, tanto no caráter interno, de dar resposta tecnológica adequada, como de viabilizar e provocar mecanismos de prevenção e controle, acionamento das redes de apoio, escuta e acolhimento.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Lei nº. 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 08 agosto, 2006, Disponível em: <<http://www.in.gov.br>>. Acesso em 10.09.2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Política nacional de redução de morbimortalidade por acidentes e violências*. 2.ed. Brasília, DF, 2005.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Comitê Nacional de Ética em Pesquisa). *Manual operacional para Comitês de Ética em Pesquisa*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- FEIJÓ, M. C. C.; PORTELA, M. C. *Variação no custo de internações hospitalares por lesões: os casos dos traumatismos cranianos e acidentes por armas de fogo*. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.17, n. 3, p. 627-637, 2001.
- FREESE, E. (org.) *Epidemiologia, políticas e determinantes das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil*. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2006.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Demográfico. Rio de Janeiro: IBGE; 2000.
- KRUG EG et al. *World report on violence and health*. Geneva. World Health Organization, 2002.
- MELLO-JORGE, M. H. P.; LAURENTI, R. Acidentes e violência no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 31, sup. 4, p. 7-21, 1997.
- MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo de saúde pública. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, p. 7-32, 1999.
- MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. Violência um problema para a saúde dos brasileiros. In: BRASIL (Ministério da Saúde). *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, 2005. p. 9-41.
- NEVES, C.A.B. Urgências e emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 691-694, 2006.

PIRES, A. B.; VASCONCELLOS, E. A.; SILVA, A. C. *Transporte Humano: Cidades com Qualidade de Vida*. São Paulo: Associação Nacional de Transportes Públicos – ANTP, 1997.


RUTSTEIN, D. D. Measuring the quality of medical care. A clinical method. *Journal of Medicine*, New England, n. 294, p. 582-588, 1976.

SOARES, D. F. P. P.; BARROS, M. B. A. Fatores associados ao risco de internação por acidentes de trânsito no Município de Maringá (PR). *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 9, n. 2, p.193-205, 2006.

WALDMAN, E. A. *Vigilância em Saúde Pública*. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (Série Saúde & Cidadania), v. 7, 1998.

ANEXOS

Anexo 1 – Ficha de notificação de acidentes e violências utilizadas para a coleta de dados

|  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 Atingida | | | | |
| 7 Nome | | | | |
| 8 Data de Nascimento | | 9 Idade | 10 Sexo | 11 Cor |
| | | 1 - Dia 2 - Mês 3 - Ano 9 - Ignorado | 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado | 1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado |
| 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? | |
| | | 1 - Sózinho 2 - Acompanhado 9 - Ignorado | 1 - A pé 2 - Carro particular 3 - Polícia 4 - SAMU/Resgate 5 - Ambulância 6 - Transp. coletivo 7 - Outro 9 - Ignorado | |
| 16 Possui algum tipo de deficiência? | | | | |
| <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Mental <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Outras deficiências/ Síndromes | | | | |
| 17 UF | | 18 Município de Residência | 19 Bairro de residência | |
| 20 Logradouro (rua, avenida,...) | | | | |
| 23 CEP | | 24 (DDD) Telefone | 25 Zona | 26 País (se residente fora do Brasil) |
| | | | 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado | 1 - Brasil 2 - Outros 9 - Ignorado |
| Dados da Ocorrência | | | | |
| 27 Intencionalidade | | 28 Tipo de ocorrência (acidente / violência) | | 29 Local de ocorrência |
| 1 - Sem intenção/acidente 2 - Intencional/violência 9 - Ignorado | | 1 - Acidente de transporte 2 - Queda 3 - Queimaduras 4 - Outros acidentes 5 - Suicídio/tentativa | | 6 - Maus tratos/suspeita 7 - Agressão/homicídio 8 - Sexual 9 - Ignorado |
| 30 Atividade realizada | | 31 Evento relacionado ao trabalho? | | 32 Suspeita de uso de álcool/drogas |
| 1 - Trabalhando 2 - No trajeto para o trabalho 3 - Estudando 4 - Praticando esporte 5 - Viajando | | 6 - Recreação/lazer 7 - Ingerindo bebida alcoólica 8 - Outro 9 - Ignorado | | 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado |
| 33 UF | | 34 Município de Ocorrência | 35 Bairro de ocorrência | |
| 36 Logradouro de ocorrência (rua, avenida,...) | | | | |
| 37 Número | | 38 Zona de ocorrência | | |
| | | 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado | | |
| Acidentes | | | | |
| 39 Tipo de vítima | | 40 Meio de transporte | 41 Tipo de queda | 42 Tipo de Queimadura |
| 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 4 - Outro 5 - Não se aplica 9 - Ignorado | | 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Bicicleta 4 - Coletivo 5 - Outro 6 - Não se aplica 9 - Ignorado | 1 - Mesmo nível 2 - Leito/sofa/berço 3 - Escada 4 - Outras alturas 5 - Não se aplica 9 - Ignorado | 1 - Fogo 2 - Subst. quente 3 - Choque elétrico 4 - Outros 5 - Não se aplica 9 - Ignorado |
| 43 Outros acidentes | | | | |
| 1 - Sufocação 2 - Afogamento 3 - Corte (inst. perfuro-cortante) 4 - Queda de objetos sobre pessoa 5 - Envenenamento/intoxicação 6 - Arma de fogo 7 - Outros 8 - Não se aplica 9 - Ignorado | | | | |
| Violências | | | | |
| 44 Suicídio/tentativa | | 45 Maus-tratos/Suspeita | 46 Agressão/Homicídio | 47 Provável autor da agressão |
| 1 - Envenenamento/intoxicação 2 - Enforcamento 3 - Arma de fogo 4 - Outro 5 - Não se aplica 9 - Ignorado | | 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9 - Ignorado Negligência/ abandono Violência psicológica Violência física Violência sexual Outro | 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9 - Ignorado Física/espantamento Instrumento perfuro-cortante Arma de fogo Outro | 1 - Familiar 2 - Conhecido 3 - Desconhecido 4 - Não se aplica 9 - Ignorado |
| | | 48 Sexo do provável autor da agressão | | |
| | | 1 - Masculino 2 - Feminino 3 - Ambos os sexos 4 - Não se aplica 9 - Ignorado | | |
| Lesão E. violação | | | | |
| 49 Natureza da lesão (considerar somente o diagnóstico principal) | | | | |
| 01 - Sem lesão 02 - Fratura 03 - Entorse/luxação 04 - Corte/perfuração/laceração 05 - Contusão 06 - Queimadura 07 - Traumatismo cranio-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 (espec.) 99 - Ignorado | | | | |
| 50 Parte do corpo atingida | | 51 Evolução do Caso / Encaminhamento no setor saúde | | |
| 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9 - Ignorado | | 1 - Alta 2 - Encaminhamento ambulatorial 3 - Encaminhamento hospitalar | | 4 - Evasão / Fuga 5 - Óbito 9 - Ignorado |
| <input type="checkbox"/> Cabeça/face <input type="checkbox"/> Pescoço <input type="checkbox"/> Boca/dentes | | <input type="checkbox"/> Coluna/medula <input type="checkbox"/> Tórax/dorso <input type="checkbox"/> Abdome/quadril | | <input type="checkbox"/> Membros superiores <input type="checkbox"/> Membros inferiores <input type="checkbox"/> Outros |
| Nome | | | | |
| Função | | | | |

Título do Projeto: Acidentes e violências: demandas nos serviços de pronto-atendimento de Olinda/2006

Pesquisador responsável: Paulette Cavalcanti de Albuquerque

Instituição onde será realizado o projeto: CPqAM/Fiocruz

Data de apresentação ao CEP: 28/05/2007

Registro no CEP/CPqAM/FIOCRUZ: 35/07

Registro no CAAE: 0035.0.095.000-07

PARECER Nº 030/2007

O Comitê avaliou as modificações introduzidas e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução CNS 196/96, e complementares.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP e este parecer tem validade até 12 de julho de 2010. Em caso de necessidade de renovação do Parecer, encaminhar relatório e atualização do projeto.

Recife, 12 de julho de 2007.



Aldemir Fernandes Freyre
Professor
Vice-Coordenador
CEP/CPqAM/FIOCRUZ

Observação:

Anexos:

- Orientações ao pesquisador para projetos aprovados;
- Modelo de relatório anual com 1º prazo de entrega para 12/07/2008.