



CENTRO DE PÓS GRADUAÇÃO, PESQUISA E EXTENSÃO CURSO DE
MESTRADO EM ENFERMAGEM

**INFORMAÇÕES SOBRE VÍTIMAS DE CAUSAS
EXTERNAS ATENDIDAS NO PRONTO SOCORRO E
LIBERADAS. ARARAS, SP**

LUIZ FERNANDO FOGAÇA

Orientadora: Prof^a.Dr^a. Maria Sumie Koizumi

Guarulhos
2007



LUIZ FERNANDO FOGAÇA

**INFORMAÇÕES SOBRE VÍTIMAS DE CAUSAS
EXTERNAS ATENDIDAS NO PRONTO SOCORRO E
LIBERADAS. ARARAS,SP**

Dissertação apresentada à Universidade
Guarulhos para obtenção do título de
Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Sumie Koizumi

Guarulhos
2007

Ficha catalográfica elaborada pela Coordenação da
Biblioteca Fernando Gay da Fonseca

F655i Fogaça, Luiz Fernando
Informações sobre vítimas de causas externas atendidas no
pronto socorro e liberadas: Araras, SP / Luiz Fernando Fogaça.
Guarulhos, 2007.
77 f. ; 31 cm

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade
Guarulhos, Centro de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão, 2007.
Orientadora: Prof.^a Dr.^a Prof.^a Dr.^a Maria Sumie Koizumi
Bibliografia: f. 55-58.

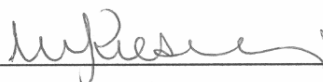
1. Emergência médica. 2. Enfermagem. I. Título. II. Universidade
Guarulhos.

CDD 21st 610.7361

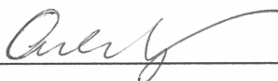
**CEPPE**Centro de Pós-Graduação,
Pesquisa e Extensão

A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Dissertação de MESTRADO, intitulada “INFORMAÇÕES DE VÍTIMAS DE CAUSAS EXTERNAS ATENDIDAS NO PRONTO SOCORRO E LIBERADAS. ARARAS, SP”, em sessão pública realizada em 29 de março de 2007, considerou o candidato LUIZ FERNANDO FOGAÇA aprovado.

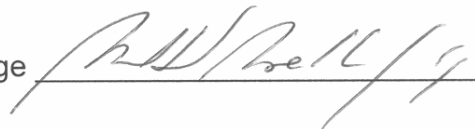
1. Profa. Dra. Maria Sumie Koizumi



2. Profa. Dra. Arlete Silva



3. Profa. Dra. Maria Helena Prado de Mello Jorge



É expressamente proibida a comercialização deste documento tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua produção total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que citada a fonte.

Dedicatórias

A minha querida mãe Mathilde Torres,
pelo incentivo, apoio, amor incondicional
e ensinamentos que a todo dia me
transforma em uma pessoa melhor, amo
você.

Aos meus queridos irmãos Francisco e
Solange e aos meus sobrinhos; Luiz
Eduardo, Kyrlla e Tainá cada momento
ao lado de vocês.

A uma pessoa especial que me
incentivou, auxiliou com a sua
amizade. Obrigado pela torcida
e de você acreditar em mim
Prof^a. Dr^a. Vanessa P. Toledo
Mayer.

Ao meu Anjo, querido companheiro,
que com sua constante presença me
oferece conforto, paz e luz para seguir
meu caminho. A Deus que presenteou
minha vida com a existência de todos
vocês.

Agradecimento Especial

Em especial à Prof^a. Dr^a. Maria Sumie Koizumi
pelos constantes ensinamentos, oportunidades,
energia e disponibilidade inesgotáveis.

Apoio, dedicação, amizade e extrema paciência
e incentivo para a concretização deste trabalho, e também pelo ensinamento valioso
sobre o tema “Causas Externas” , minha profunda gratidão.

Agradecimentos

À Universidade Guarulhos, instituição onde tive a oportunidade de dar um importante passo rumo ao crescimento científico e profissional.

Às professoras pela oportunidade de ingresso na pós graduação, e principalmente pelo incentivo, dedicação e disposição em compartilhar suas sabedorias.

Aos colegas do mestrado, agradeço pela amizade que nasceu de nossa convivência e troca de experiência na construção do conhecimento.

A querida Jane, por sua dedicação, companheirismo e cooperação durante esta jornada. Meu carinho e enorme abraço. Obrigado.

A todos docentes e funcionários da UnG, muito obrigado.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Araras, muito obrigado, pela colaboração e aprovação do projeto na realização deste trabalho na instituição.

A minha Coordenadora do Centro Universitário Hermínio Ometto Prof^a. Dr^a. Jaira Lopes Brandão Crepischí pela compreensão nos momentos difíceis e incentivo com palavras justas: muito obrigado.

A toda minha família que de alguma forma ajudou, contribuiu neste meu caminhar.

A todos os meus amigos, para não incorrer em erro, muitas vezes inevitável, a palavra justa: muito obrigado.

As minhas amigas professoras do Centro Universitário Hermínio Ometto - UNIARARAS, que me motivaram sempre em todos os meus esforços e participaram ajudando a concretizar a minha pesquisa: muito obrigado.

A responsável Maria Rosane Zutin Melão e funcionários do setor de faturamento do Hospital São Luís, pelo profissionalismo e colaboração, na adoção de medidas para o aperfeiçoamento da qualidade de informações me proporcionado.

À direção do Hospital São Luis, pela facilitação do acesso aos recursos necessários à realização da pesquisa de campo.

À Profa. Ms. Gislaine Maria Fontanetti Bertolotti, pela orientação e incentivo para a realização das tabelas e figuras elaboradas para esta pesquisa, e também pelos ensinamentos valiosos sobre a execução, muito obrigados.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste estudo, muito obrigado.

Epígrafe

Três paixões: simples, mas irresistivelmente fortes, governara-me a vida: o anseio de amor, a busca do conhecimento e a dolorosa piedade pelo sofrimento da humanidade.

Tais paixões, como grandes vendavais, impediram-me para aqui e acolá, em curso instável, por sobre profundo oceano de angústia, chegando às raias do desespero.

Busquei, primeiro, o amor, porque ele produz êxtase – êxtase tão grande que, não raro, eu sacrificava todo o resto da minha vida por umas poucas horas dessa alegria.

Ambicionava-o, ainda, porque o amor nos liberta da solidão – essa solidão terrível através da qual a nossa trêmula percepção observa, além dos limites do mundo. Esse abismo frio e exânime. Busquei-o, finalmente, porque vi na união do amor, numa miniatura mística, algo que prefigurava a visão que os santos e os poetas imaginavam. Eis o que busquei e, embora isso possa parecer demasiado bom para a vida humana, foi isso que – afinal – encontrei.

Com paixão igual, busquei o conhecimento. Eu queria compreender o coração dos homens. Gostaria de saber por que cintilam as estrelas. E procurei apreender a força pitagórica pela qual o número permanece acima do fluxo dos acontecimentos. Um pouco disto, mas não muito, eu o consegui.

Amor e conhecimento, até ao ponto que são possíveis conduzem para o alto, rumo ao céu. Mas a piedade sempre me trazia de volta à terra. Ecos de gritos de dor ecoavam em meu coração. Crianças famintas, vítimas torturadas por opressores, velhos desvalidos a constituir um fardo para seus filhos, e todo o mundo de solidão, pobreza e sofrimento, convertem numa irrisão o que deveria ser a vida humana. Anseio por aliviar o mal, mas não posso, e também sofro.

Eis o que tem sido a minha vida. Tenho-a considerado digna de ser vivida e, de bom grado, tornaria a vive-la, se me fosse dada tal oportunidade.

Bertand Russel – Autobiografia

Fogaça, LF. Informações sobre Vítimas de Causas Externas Atendidas no Pronto Socorro e Liberadas. Araras, SP [dissertação]. Guarulhos (SP): Universidade Guarulhos; 2007.

Resumo

Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo de abordagem quantitativa, sobre vítimas de causas externas, atendidas em Pronto Socorro (PS). As causas externas englobam os acidentes e violências, de uma forma geral, e são descritas como acidentes de transporte, homicídios, quedas, suicídios e outros, conforme consta na Classificação Internacional de Doenças – CID-10. São consideradas problemas de saúde pública, sobrecarregam o sistema de saúde e resultam em custos elevados. As vítimas atendidas e liberadas em geral, têm uma Ficha de Atendimento Ambulatorial (FAA), preenchida no PS. Entretanto, esses dados não são incluídos em nenhum sistema de informações passível de ser acessado. São, portanto, objetivos deste estudo analisar quantitativamente os itens do preenchimento da Ficha do Centro de Vigilância Epidemiológica/Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (FCVE), com base nos dados descritos nas FAA, das vítimas de causas externas atendidas no PS de Araras e liberadas e analisar os dados obtidos quanto a algumas variáveis importantes do ponto de vista epidemiológico, tipos de causas externas (acidentes e violências) e lesões. O estudo foi realizado nos meses de junho e julho de 2006. As fichas foram lidas e transcritas da FAA para as FCVE, tomando o cuidado para não acontecer multiplicação das fichas da mesma vítima. Nenhum item ficou em branco tendo-se o cuidado de colocar o sinal de negativo evitando o item sem resposta. A população estudada foi de 2503 vítimas atendidas no PS e a seguir liberadas. Sexo, idade, município de residência tiveram preenchimento de 100%; tipos de lesões 98,24%; parte do corpo atingida 94,85%; tipos de causas externas 57,45%; agressor 9,42%; como chegou ao hospital 9,23%; local de ocorrência do evento 7,19%. Cor, profissão, escolaridade, suspeita de maus tratos e intencionalidade foi igual à zero. O sexo masculino predominou em relação ao feminino, na razão de 1,8:1. As faixas etárias de 10 a 39 anos (59,81%), foram as mais freqüentes e a maioria das vítimas, proveniente do próprio município (97%). No agrupamento dos acidentes, as quedas (33,59%) ficaram em primeiro lugar, seguidas de outros acidentes (27,96%) e acidentes de transporte (22,53%). Nas quedas, a maioria foi da própria altura. Em outros acidentes destacaram-se: corpo estranho, impacto acidental contra objeto ou pessoas, corte ou perfuração e mordedura de cão. Nos acidentes de transporte, as vítimas mais freqüentes foram os motociclistas e os ciclistas. Nas violências (11,68%), as agressões foram os tipos mais freqüentes. Quanto à natureza da lesão, 2280 (91,10%) vítimas tinham registro de pelo menos uma lesão. Os tipos mais freqüentes foram: contusão, corte, perfuração ou laceração e um agrupamento de outras lesões não constantes na ficha FCVE. Nesse agrupamento predominaram o trauma (sem outra especificação) e as escoriações. Os segmentos corpóreos mais atingidos foram: membros superiores, membros inferiores e cabeça/pescoço. A média de lesões por vítima foi de 1,06 e todas as vítimas analisadas receberam alta do PS sem demandar internação para tratamento.

Palavras chave – causas externas, lesões, informações, urgência e emergência.

Fogaça,LF. Information on Victims of External Causes assisted at Emergency Rooms and Discharged. Araras, São Paulo [Dissertation]. Guarulhos (SP): University Guarulhos; 2007.

Abstract

This is a descriptive and retrospective study of quantitative approach of victims of external causes who were assisted at Emergency Rooms (ER). External causes include accidents and violence in general and are described as transportation accidents, homicides, falls, suicides and others, according to what is stated in the International Classification of Diseases - ICD-10. These illnesses are regarded as public health issues, burdening the health system and resulting in high costs. Usually, the victims who are assisted and discharged have an Ambulatory Care Form (ACF), which is filled out at the Emergency Room. Nevertheless, these data are not included in any accessible information system. Therefore, the aim of this study is to analyze quantitatively the items comprised in the Records of the Epidemiologic Vigilance Center (REVC) / State Department of Health of São Paulo), based on the data described in the ACF of victims of external causes assisted in the ER of the town of Araras and discharged from it, and to analyze the data obtained concerning variables which are significant from the epidemiologic point of view, as well as the types of external causes (accidents and violence) and injuries. The study was performed in June and July 2006. The forms were read and transcribed from the ACF to the REVC, making sure that the forms of the same victim were not multiplied. No item was left blank and a negative sign was inserted in order to avoid unanswered items. The population studied consisted of 2503 victims assisted in the ER and later discharged. Gender, age, town of residence were filled out 100%; type of injury, 98.24%; part of the body affected, 94.85%; type of external causes 57.45%; aggressor 9.42%; means of getting to the hospital 9.23%; location of the occurrence, 7.19%. Race, profession, level of education, suspicion of mistreatment and intentionality were equal to zero. Males were predominant in relation to females by a 1.8:1 ratio. Ages from 10 to 39 years (59.81%) were frequent and most of the victims came from their own municipality (97%). In the accident category, falls (33.59%) ranked first, followed by other accidents (27.96%) and transportation accidents (22.53%). Under the fall category, most occurred from the height of the victim itself. Under other accidents, the study showed: foreign bodies, accidental impact against objects or people, cuts, perforations or dog bites. Under transportation accidents, the most frequent victims were motorcyclists and cyclists. Under violence (11.68%), aggressions were the most frequent type. As for the number of injuries, 2280 (91.10%) victims reported at least one injury. The most frequent types were: contusions, cuts, perforations or lacerations and a set of other injuries that had not been included in the REVC records. In this group, traumas (with no other specification) and excoriations were predominant. The most affected body segments were: upper limbs, lower limbs, head and neck. The injury-per-victim average was 1.06 and all the victims analyzed were discharged from the ER with no requirement to stay in the hospital for treatment.

Keywords: External causes, injuries, information, urgency and emergency

Fogaça, LF. Informações sobre Víctimas de Causas Externas Atendidas em Guardiãs Hospitalares y Liberadas. Araras,SP. [dissertação]. Guarulhos (SP): Universidad Guarulhos;2007.

Resumen

Se trata de un estudio descriptivo, retrospectivo de abordaje cuantitativa, sobre víctimas de causas externas, atendidas en Guardias Hospitalares (GH). Las causas externas engloban los accidentes y violencias, de una forma general, y son descritas como accidentes de transporte, homicidios, caídas, suicidios y otros, conforme consta en la Clasificación Internacional de Enfermedades -10. Son consideradas problemas de salud pública, sobrecargan el sistema de salud y resultan en costos elevados. Las víctimas atendidas y liberadas en general, tienen una Ficha de Atendimiento Ambulatorial (FAA), rellena en la GH. Sin embargo, estos datos no se incluyen en ningún sistema de informaciones que pueda ser consultado. Son, por lo tanto, objetivo de este estudio el análisis cuantitativo de los ítems de relleno de la Ficha del Centro de Vigilancia Epidemiológica/Secretaría de Estado de la Salud de São Paulo (FCVE), con base en los datos descritos en las FAA, de las víctimas de causas externas atendidas en la GH de Araras y liberadas, y analizar los datos obtenidos sobre algunas variables importantes desde el punto de vista epidemiológico, tipos de causas externas (accidentes y violencias) y lesiones. El estudio se realizó durante los meses de junio y julio de 2006. Las fichas fueron leídas y transcritas de la FAA para las FCVE, tomando el cuidado de no haber multiplicación de las fichas de la misma víctima. Ningún ítem quedó en blanco tomando el cuidado de colocar señal de negativo evitando el ítem sin respuesta. La población estudiada fue de 2503 víctimas atendidas en la GH y a seguir liberadas. Sexo, edad, municipio de residencia fueron rellenos en un 100%; tipos de lesiones en un 98,24%; parte del cuerpo lesionada en un 94,85%; tipos de causas externas en un 57,45%; agresor en un 9,42%; como llegó al hospital en un 9,23%; local de ocurrencia del evento en un 7,19%. Color, profesión, escolaridad, sospecha de malos tratos y intencionalidad fue igual a cero. El sexo masculino predominó en relación al femenino, en un 1,8:1. Las fajas de edades de 10 a 39 años (59,81%), fueron las más frecuentes y la mayoría de las víctimas, proveniente del propio municipio (97%). En agrupamiento de accidentes, las caídas (33,59%) quedaron en primer lugar, seguidas de otros accidentes (27,96%) y accidentes de transporte (22,53%). En las caídas, la mayoría fue de la propia altura. En otros accidentes se destacaron cuerpos extraños, impacto accidental contra objeto o persona, corte o perforación y mordida de can. En los accidentes de transporte, las víctimas más frecuentes fueron los motociclistas y los ciclistas. En las violencias (11,68%), las agresiones fueron los tipos más frecuentes. Cuanto a la naturaleza de la lesión, 2280 (91,10%) víctimas tenían registro de por lo menos una lesión. Los tipos más frecuentes fueron: contusiones, corte, perforaciones o laceraciones y otras varias lesiones no constantes en la ficha FCVE. En este grupo predominaron el trauma (sin otra especificación) y las escoriaciones. Los segmentos corpóreos más alcanzados fueron: miembros superiores, miembros inferiores y cabeza/cuello. La media de lesiones por víctima fue de 1,06 y todas las víctimas analizadas recibieron alta de la GH sin demandar internación para tratamiento.

Palabras clave – causas externas, lesiones, informaciones, urgência y emergência.

SUMÁRIO

1 – INTRODUÇÃO	01
1.1 – A mortalidade por causas externas	04
1.2 – A morbidade hospitalar por lesões/causas externas	08
1.3 – O problema das causas externas em vítimas atendidas no PA e PS e liberadas	11
2- OBJETIVOS	16
3 – MÉTODOS	18
3.1 – Tipo de estudo	19
3.2 – Local do estudo	19
3.3 – População alvo	20
3.4 – Instrumento coleta de dados	20
3.5 – Procedimento de coleta de dados	26
3.6 – Tratamento estatístico	27
4 – RESULTADOS E DISCUSSÕES	28
4.1 – Identificação das vítimas	34
4.2 – Informações sobre como a vítima chegou ao hospital e local da ocorrência do evento	37

4.3 – Tipo de causas externas	39
4.4 – Informação sobre as lesões	45
5 – CONCLUSÕES, CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES .	
.....	49
5.1 – Conclusões	50
5.2 – Considerações Finais e Recomendações	52
6 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA	54
7 – ANEXOS	59
Anexo 1	60
Anexo 2	61
Anexo 3	62
Anexo 4	63

Lista de Tabelas

- Tabela 1 - Preenchimento das variáveis do formulário FCVE, segundo dados registrados na FAA, das vítimas de causas externas ou lesão. PS/Araras, 2006.**
..... 31
- Tabela 2 - Vítimas de causas externas ou lesões, atendidas e liberadas segundo sexo e idade. PS/ Araras, 2006..... 34**
- Tabela 3 - Vítimas de causas externas ou lesões atendidas e liberadas, segundo os municípios de residência das mesmas. PS/ Araras, 2006..... 36**
- Tabela 4 - Vítimas de causas externas ou lesões atendidas e liberadas segundo os tipos de acidentes / violências. PS/ Araras, 2006..... 39**
- Tabela 5 - Vítimas de causas externas ou lesões, atendidos e liberados segundo os tipos de violências (N=168). PS/ Araras, 2006..... 44**
- Tabela 6 - Vítimas de causas externas ou lesões, atendidos e liberados segundo sua natureza. PS/ Araras, 2006..... 45**

Listas de Figuras

- Figura 1 - Vítimas de causas externas ou lesões, segundo o meio utilizado para chegar ao hospital. PS/ Araras, 2006..... 37**
- Figura 2 - Vítimas de causas externas ou lesões, atendidos e liberados segundo o local de ocorrência. PS/ Araras, 2006. (N=2503)..... 38**
- Figura 3 - Vítimas de causas externas ou lesões, atendidos e liberados segundo os tipos de queda(N=483). PS/ Araras, 2006..... 41**
- Figura 4 - Vítimas de causas externas ou lesões, atendidos e liberados segundo outros tipos de acidentes (N=402). PS/ Araras, 2006..... 42**
- Figura 5 – Qualidade das vítimas de acidentes de transporte, nos atendidos e liberados (N=324). PS/ Araras, 2006..... 43**
- Figura 6 - Vítimas de causas externas ou lesões, atendidos e liberados segundo especificação do agrupamento outros “não especificadas na FCVE” (N=454). PS/ Araras, 2006..... 46**
- Figura 7 - Lesões das vítimas de causas externas, atendidos e liberados segundo a parte do corpo atingida. PS/ Araras, 2006..... 47**

1 - INTRODUÇÃO

As causas externas englobam os acidentes e violências, de uma forma geral, e são descritas como acidentes de transporte, homicídios, quedas, suicídios e outros, conforme consta na Classificação Internacional de Doenças - CID – 10¹. São consideradas problemas de saúde pública, sobrecarregam o sistema de saúde e resultam em custos elevados.

Por envolverem questões de ordem social, política, econômica e cultural, os acidentes se constituem em importante problema de saúde pública. Essa relevância ocorre não somente devido à elevada mortalidade, mas também devido à incapacidade e ao alto custo conseqüentes às lesões não mortais.

O grande impacto do fenômeno da violência nos dias atuais tem levado ao estudo dos seus determinantes, à mensuração de sua magnitude e à caracterização de suas vítimas. Não só a violência declarada como tal, mas também aquelas que, muitas vezes, estão disfarçadas nas chamadas causas acidentais de trauma têm sido estudadas, juntamente com os acidentes de transporte e de trabalho.²

A contextualização destas causas externas e, conseqüentemente, das lesões resultantes, precisa ser estudado, posto que integram, em grande parte, o âmbito da violência por toda a sociedade.³

Levados adiante com o intuito de conhecer o problema, principalmente nas áreas de mortalidade e morbidade, sendo esta última, em geral, restrita a pacientes internados, evidenciam a ausência de dados sobre vítimas atendidas nos serviços de urgência e emergência, sendo, a seguir, liberadas, tanto no Brasil como em outros países.³

Estima-se que, nos países desenvolvidos, para cada óbito por lesões, 30 vítimas são hospitalizadas e 300 são tratadas em serviços de emergência e depois liberadas.⁴

Há, no Brasil, um sistema integrado para o atendimento dos casos de urgência e emergência voltada às vítimas de causas externas, em diferentes fases de implantação ou desenvolvimento. O socorro à vítima vem sendo feito por meio do serviço pré-hospitalar, sendo que, ainda muitas vezes, ela é transportada para o hospital por carro particular.

Esta vítima atendida no Pronto Atendimento (PA) ou no Pronto Socorro (PS) passará por pelo menos uma dessas etapas: será internada ou liberada, após o atendimento, se não ocorrer o óbito. Se internada, ela poderá evoluir para alta ou ser transferida para outro hospital ou ir a óbito.

1.1 – A mortalidade por causas externas

A mortalidade é estudada, mundialmente, por meio de sua causa básica, e o documento oficial é a Declaração de Óbito. Tratando-se de causas externas, a causa básica é definida como decorrente de circunstâncias causadoras das lesões, envenenamentos e outros efeitos adversos e encontra-se classificada no capítulo XX da CID-10. Exemplo: Pedestre traumatizado em colisão com automóvel, “pick-up” ou caminhonete – (V03) ¹.

Dados estimados mostram que, no ano de 1998, 5,8 milhões de pessoas morreram em todo mundo, devido a lesões originadas das causas externas, o que correspondeu a uma taxa de 97,9 óbitos por 100.000 mil habitantes; mostram também que os homens são as maiores vítimas e que as causas externas de maior número de mortes são os acidentes de transporte e as lesões auto-infligidas. ³

Para dados de mortalidade, existe um banco de dados, padronizado e em nível nacional, referenciado por número de óbitos por município. Trata-se de um sistema implantado pelo Ministério da Saúde, desde 1975 ⁵, denominado Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM/MS) e gerido atualmente pela Secretaria de Vigilância em Saúde. Na Declaração de Óbito são, geralmente, informadas as características relativas a tempo, pessoa, lugar e as condições básicas associadas ao evento

Para a Organização Mundial Saúde, 88,0% dos óbitos por acidentes de transporte ocorre nos países com predomínio de baixa e média renda. Chama a atenção que não somente os fatores de risco são maiores, mas também as dificuldades relativas à falta de recursos econômicos e acesso à assistência médica. Todos esses fatores contribuem para elevação da mortalidade. ⁶

Todos os dias, cerca de 16 mil pessoas morrem no mundo, vítimas de lesão corporal por causas externas em geral. Para cada um dos mortos, milhões de outros seres são lesados e muitos deles ficam com seqüelas permanentes, devido a acidentes não fatais. ⁷

As causas externas têm se mostrado importantes agentes de mortalidade tanto nos países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento. Estima-se que, em 2000, mais de 16 milhões de pessoas morreram como resultado de violência, e que menos de 10% dessas mortes ocorreram em países de renda alta. ⁸

O Sistema de Estatística Vital dos Estados Unidos da América do Norte, nos dados consolidados de 1999, apresenta as lesões não intencionais em quinto lugar na lista das dez causas mais importante de mortes do país, classificadas segundo a CID-10.

Nos Estados Unidos, em 2003, as principais causas de morte por lesão foram os acidentes de trânsito com veículos a motor, os envenenamentos acidentais, as quedas não intencionais, os suicídios por arma de fogo e os homicídios, em ordem decrescente.⁹

Na cidade de Los Angeles, considerada um local com altos índices de homicídios nos Estados Unidos, o coeficiente de mortalidade por essa causa, em 1996, para a população geral, foi 14,0 / 100.000 habitantes. No entanto, quando se considera o grupo afro-americano do sexo masculino, a taxa chega 164,2 / 100.000 habitantes. E esse valor ainda é bem menor que o observado nos homens residentes na cidade de São Paulo, que é 222,7 / 100.000 habitantes.¹⁰

No Brasil, as causas externas têm um cenário desfavorável, mostrando principalmente os acidentes de trânsito e homicídios como geradores de óbitos, lesões e incapacidades em variados graus. Entre 1991 e 1998, a taxa de mortalidade por homicídios no Brasil cresceu de 20,9 para 25,9 óbitos por 100.000 habitantes. Com relação à taxa de mortalidade específica por essas causas, os acidentes obtiveram o primeiro lugar, 53,47 acidentes fatais para cada 100.000 habitantes, seguidos pelos homicídios (24,97) e os suicídios (4,29), ocupando em seqüência, o segundo e terceiro lugares.

Na região Sudeste a situação é mais grave: houve aumento de 27,0 para 35,9. No global, as causas externas no país passaram de 69,5 para 72,7 óbitos por 100.000 habitantes.³

Ainda no Brasil, no ano de 2000, ocorreram 118.367 mortes por causas externas, o que representa 12,5% do total de mortes. Os dados provenientes do SIM/MS destacam os homicídios liderando, com 38,3% do total e coeficiente alto: 26,7/100.000 habitantes, seguidos dos acidentes de transporte 25,0%. É mostrado, ainda, o predomínio do sexo masculino, ou seja, a mortalidade foi de 69,7/ 100.000 habitantes nos homens e 21,8/ 100.000 habitantes nas mulheres.⁶

Analisando os principais tipos de óbitos por causas externas no Brasil, verificou-se que, no início da década de 80, as taxas de mortalidade por homicídios,

que eram inferiores às resultantes de acidentes de trânsito, tiveram posição inversa a partir da década de 90, com um aumento de quase 100% em 20 anos.¹¹

Cabe mencionar que, no Brasil, as taxas de mortalidade por causas externas predominam nas faixas etárias mais jovens da população, ou seja, dos cinco até os 39 anos. Em 1991, estas taxas foram responsáveis por, praticamente, 65,0% das mortes na faixa etária 15 aos 19 anos, e de 59,0% na dos 20 aos 29 anos. Em 1998, a proporção dos óbitos entre 15 a 19 anos subiu para 68%. Na cidade de São Paulo, atingiu o montante de 84,0% para os homens, sendo maior que 80% na região Sudeste.¹¹

Mas, a faixa etária da outra extremidade não deve ser esquecida. Dados censitários de 2000 mostram que o percentual de envelhecimento da população brasileira vem aumentando, como também as ocorrências de determinados grupos de agravos. Em relação às causas externas no Brasil, em 2000, houve 13.383 (11,4%) mortes de indivíduos com idades iguais ou superiores a 60 anos. Nessas mortes por causas externas, o acidente de transporte foi o mais freqüente, com 27,5% e coeficiente de 25,3/ 100.00 habitantes. O menor índice recaiu em suicídios, com 7,5% e coeficiente de 6,9/ 100.000 habitantes.¹²

As mortes relacionadas ao transporte ocuparam o segundo lugar na mortalidade por causas externas no Brasil, no ano 2000, com 29.640 vítimas fatais (25,0% do total), cujo coeficiente foi 17,5 / 100.000 habitantes.

Em relação ao município de São Paulo, no ano de 1999, os óbitos ocorridos em residentes permitiram verificar que as causas externas ocuparam o segundo lugar dentre o total das causas de morte. Pelos dados provenientes do Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade no município de São Paulo (PRO-AIM), o percentual de mortes por causas externas foi de 14,2%.

No tocante às mortes por causas externas, segundo o sexo e o tipo de acidente ou violência, constatou-se que os homicídios totalizaram 5.899 (64,6%) vítimas, com coeficiente de 59,4 / 100.000 habitantes.¹³

O Município de São Paulo pode ser considerado um bom exemplo, pois no ano 2001 as mortes por homicídios representaram 62,4% do total de óbitos por causas externas.¹⁴

As mortes violentas no município de Araras/ SP também apresentaram proporções altas. Em 2002 a mortalidade proporcional por causas externas foi de 11,2% e localizou-se em terceiro lugar entre as causas de morte mais freqüentes.

Em relação aos coeficientes de mortalidade por tipos de causas externas, as mortes por acidentes de transporte foram de 22,3/ 100.000 habitantes, superando aquelas devido a homicídios, correspondentes a 17,6/ 100.000 habitantes ¹⁵ .

Os índices de mortalidade apontam importantes limitações, quando se procura conhecer o panorama global dos problemas trazidos à saúde, em razão de causas externas. Numa comparação, pode se afirmar que é retratado apenas o cume do “iceberg” que desponta na superfície das águas, ou seja, a sua maior proporção não pode ser visualizada, pois se encontra submersa

Para cada morte por acidentes, ocorrem muitas outras lesões que resultam em hospitalizações, tratamentos em serviços de emergências, atendimento médico em geral. ¹⁶

Por outro lado, é importante mencionar que a morbidade hospitalar, se enfocada nas vítimas internadas, tem sido mais bem elucidada. Contudo, faltam, entre outras, fontes de informação que permitam a identificação das causas externas cuja gravidade não leva à internação ou à morte, mas apenas ao atendimento no PA ou PS e conseqüente liberação por alta, ou tratamento e evolução no domicílio

Além disso, apesar de os acidentes e as violências apresentarem proporções quase epidêmicas no Brasil/ 1997, do ponto de vista da mortalidade e da morbidade, eram escassos aos esforços para se tentar estimar o seu impacto econômico no país. ¹⁷

1.2 – A morbidade hospitalar por lesões / causas externas

Embora seja comum, nos estudos de morbidade, a presença de mais de um diagnóstico, costuma-se utilizar somente o diagnóstico principal. No caso da morbidade por acidentes e violências - causas externas - consideram-se diagnóstico principal as lesões, envenenamentos e outros efeitos adversos associados, decorrentes desse evento: em síntese, o motivo do atendimento ou internação hospitalar. Esses diagnósticos encontram-se classificados no capítulo XIX da CID - 10¹.

Por outro lado, no Brasil, dada a importância de conhecer o que ocasionou aquela lesão, ou seja, a sua causa externa, convencionou-se que, na morbidade hospitalar, fosse também codificado o diagnóstico secundário, que se encontra classificado no capítulo XX da CID-10¹. Exemplo: Diagnóstico principal – fratura de crânio (S02), (codificado no capítulo XIX), Diagnóstico secundário – pedestre traumatizado em colisão com automóvel (V03).

Para o levantamento do número de vítimas internadas – morbidade hospitalar – , é preenchido um impresso: Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) que, entre outros dados, mostra o impacto econômico dos acidentes e da violência no Brasil, medido diretamente por meio dos gastos hospitalares, considerando que esses dados representam entre 70 a 80% das internações realizadas no país. Dados fornecidos pelo Ministério Saúde, relativos a 2000, mostram que, no Brasil, o número dessas internações por causas externas é de aproximadamente 600.000/ ano, ou seja, de 6%, acarretando um alto índice de atendimento.

Embora se saiba que o valor apresentado em reais está bastante subestimado, é importante assinalar que hospitalizações por causas externas representam um gasto dia de 60% superior à média geral das demais internações.¹⁸

O Sistema de Internações Hospitalares do Sistema de Saúde (SIH/SUS), alimentado com os dados provenientes do AIH, tem possibilitado importantes análises quanto à morbidade hospitalar. Conforme já mencionado, a partir de 1997, as internações relacionadas com lesões e envenenamentos (capítulo XIX da CID – 10¹) tiveram o acréscimo do tipo de causa externa como diagnóstico secundário (capítulo XX da CID -10¹).

As informações sobre morbidade hospitalar por causas externas referem-se àquelas cujas lesões são mais graves, que levam à internação hospitalar e são úteis para dimensionar o problema no âmbito pessoal/ familiar e no da organização da assistência médica. ²

Nos Estados Unidos, segundo os dados do National Ambulatory Medical Care Survey – CDC do NCHS, o número de vítimas, em 1999, de acidentes por causas externas em geral, foi de 37 milhões e 611 mil, atendidas nos departamentos de emergências, onde predominaram as causas não intencionais. As quedas e acidentes de trânsito foram os motivos principais. ⁹

No Brasil, no ano 2000, o total de internações foi de 9.023.370. O percentual de pacientes hospitalizados por traumatismos ou envenenamentos representou, para o SUS, 7,7% das internações por todas as causas, com exclusão dos partos. Foram 693.961 hospitalizações por causas externas. No Estado de São Paulo, o total de internações por essas mesmas causas correspondeu a 9,8% (168.364 casos), no montante de 1.724.047 internações por todas as causas.

19

Em 2000, as causas externas representam 5,2% do total das internações realizadas no país. Destas internações estão, em primeiro lugar, as quedas (42,8%), seguindo-se os demais acidentes (28,4%) e os acidentes de transporte (18,2%), ocupando, assim, o segundo e o terceiro lugares.

No Brasil, apesar de os registros dos serviços de saúde serem insuficientes e não sistematizados, refletindo as distintas realidades, os dados de internação oficiais disponíveis para 1999 mostram que as lesões e envenenamentos encontram-se como um motivo importante desta demanda hospitalar, sendo que a proporção de acidentes (quedas, acidentes de transporte e demais) superou, em todas as faixas etárias, a proporção de internações por agressões e por lesões auto provocadas voluntariamente, fato esse observado para o Brasil como um todo e para as várias regiões. ²⁰

Pode-se, também, observar, através dos dados da SIH/SUS, que, nas internações hospitalares, as quedas predominaram atingindo quase a metade das internações por causas externas. Os acidentes de transportes aparecem em segundo lugar, com proporções próximas a 20%, e as agressões físicas atingem cerca de 6%. É importante salientar que se trata de um perfil diferente do observado

na mortalidade, em que o predomínio recai sobre os homicídios, seguido pelos acidentes de transporte. ¹⁹

Quedas foram muito freqüentes em idosos internados. Nas internações por causas externas, indivíduos com 60 anos ou mais, segundo lesão e tipo de causas externas, no Brasil, em 2000, elas ocuparam o primeiro lugar, com 48.940 hospitalizações. Sob a ótica da natureza das lesões, 68,3% foram devido às fraturas. ¹⁴

De um modo geral, pesquisas brasileiras que apresentam dados, enfocando, principalmente, a morbidade por causas externas, são escassas. Nos EUA, já existem estudos que oferecem informações com grande detalhamento a este respeito. O National Center for Injury Prevention and Control – NCIPC ²¹ mostra que os problemas ocasionados pelas causas externas apresentam diversos padrões de ocorrência relacionados com:

- consumo de bebidas alcoólicas,
- traumas e óbitos relacionados a bicicleta,
- violência contra a criança,
- segurança da criança em veículos a motor,
- lesões por mordedura de cães,
- queda de idosos,
- violência entre cônjuges,
- acidentes de transporte,
- intoxicações,
- violência na escola,
- violência sexual,
- suicídios,
- violência entre jovens.

1.3- O problema das causas externas em vítimas atendidas no PA e PS e liberadas

Sabe-se que existem limitações para o reconhecimento de toda a abrangência dos problemas trazidos à saúde, por violências e acidentes. Faltam, entre outras, fontes de informação que permitam a identificação dos eventos, cuja gravidade não leva à internação ou a morte. Estas causas externas carecem de um estudo mais apurado, com base em informações fidedignas³.

Faz-se imperioso esclarecer e documentar, com precisão, as vítimas que procuram o serviço de urgência e emergência.

Embora os acidentes ocorram com pessoas de todas as regiões e países, há grande variabilidade segundo idade, sexo, fatores ambientais, socioeconômicos e culturais predisponentes. A epidemiologia dos acidentes é, portanto, uma questão complexa, influenciada de forma direta ou indireta por esses fatores que, diferindo de área para área, são responsáveis pelas variações dessas ocorrências em regiões urbanas e rurais de diversos países.²²

Um recente estudo, a partir da base de dados NEISS – AIP (National Electronic Injury Surveillance System: All Injury Program), pertencente ao Consumer Product Safety Commission (CPSC), nos Estados Unidos da América (EUA), estimou que, em 2000, lesões não fatais provocadas por causas externas, tratadas em serviços de emergência, ocorreram em cerca de 31 milhões de pessoas. Estes números permitiram afirmar que por volta de 10% da população dos EUA receberam tratamento, em serviço de PA e PS, para algum tipo de agravo devido às causas externas.²¹

Finalmente, no ano de 2001, o Governo Brasileiro, considerando a necessidade de definição, no setor da saúde, de uma política decisiva no sentido de redução da morbimortalidade por acidentes e violências, cuja magnitude e transcendência provocam um forte impacto na população, resolveu aprovar a proposta da Política Nacional sobre a temática, aprovada pelo grupo de gestores e Conselho Nacional de Saúde – Portaria MS/GM nº 737 de 16/05/01, que se encontra em fase de implementação.

A “Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências” assinala que “não existem sistemas de informação epidemiológica

relacionados aos atendimentos em PA e PS, das vítimas atendidas e liberadas, que contemplem estudos mais apurados relativos a acidentes e violências”.¹⁹

No nosso meio, as vítimas atendidas e liberadas, em geral, têm uma ficha de atendimento preenchida na unidade de assistência. Entretanto, esses dados não são incluídos em nenhum sistema de informações passível de ser acessado. Assim, as informações sobre essa parcela de vítimas, no Brasil, são incompletas. Julga-se que todas as informações das vítimas devam ser computadas em um banco de dados, constituindo um valioso material para se refletir sobre as causas determinantes, tais como: padrão de morbidade da população, demanda pelos serviços do SUS, convênio do SUS, grau de risco ou agravo em saúde, informações essas indispensáveis para conhecer a estrutura e comportamento da população

Assim, as vítimas de causas externas atendidas no Município de Araras e liberadas imediatamente após o atendimento não são integradas em nenhum banco de dados, seja do município, Estado ou Nação. Situação similar deve ocorrer em todo o território nacional, embora, provavelmente, todos os municípios tenham nos seus respectivos serviços de saúde, a ficha de atendimento regularmente preenchida por ocasião da passagem da vítima pelo local.

Algumas indagações permanecem sem resposta. Quais são as características das vítimas de causas externas que chegam ao PA ou PS, sendo liberadas, após o atendimento? Como elas chegam ao PA e ao PS? Quais são os tipos de causas externas mais freqüentes? Quais são as características das suas lesões?

Mesquita Filho³, na sua tese de doutorado, criou e testou um questionário com o objetivo de trazer informações sobre vítimas de causas externas atendidas em PA e, assim, permitir identificar suas características, bem como os tipos de causas externas e a natureza de suas lesões. Seu estudo aprofunda o conhecimento envolvido nos acidentes e violências, bem como fornece importantes subsídios para a melhoria do atendimento, do planejamento e da elaboração, implantação e avaliação de ações e políticas de saúde necessárias para o enfrentamento dessa importante questão.

Dentre os índices por ele levantados, destacam-se as causas externas, com maior ocorrência, classificadas dentro de “outras causas externas de traumatismos acidentais”, com 73,2%. A seguir, os acidentes de transporte (13,7%) e agressões (10,8%), ambos com maior ocorrência nos finais de semana.³

Detalhando o grupo de “outras causas externas de traumatismos acidentais”, o autor encontrou a predominância dos traumatismos com objetos cortantes (21,6% das ocorrências), seguidos de quedas acidentais, com 20,5%, e a exposição a forças mecânicas animadas (aí representadas principalmente pelas mordeduras provocadas por cães), com 14,5%.³

Embora limitado a um PA de um município de cerca de 110.000 mil habitantes, é relevante enfatizar que os tipos de causas externas levantadas na população atendida nesse Serviço apresentam especificidades diferentes daquelas relativas às vítimas internadas.

Mais recentemente, Oliveira²³ na sua tese de doutorado defendida em (Fevereiro de) 2007, analisou além da mortalidade e da morbidade hospitalar (internação) por causas externas, em Cuiabá, dados de vítimas de Pronto Socorro, naquele município.

No tocante ao Pronto Socorro, criou e testou um instrumento de coleta de dados, acrescentando e aprofundando o conhecimento sobre causas externas. Em relação aos resultados obtidos, mostra e confirma que há diferenças no perfil das vítimas que são atendidas no pronto socorro, se comparadas aos internados e aos que foram a óbito.

Conforme mencionado anteriormente, na mortalidade por causas externas predominam os homicídios e os acidentes de transporte. Na morbidade hospitalar, limitada às internações por tipos de causas externas, as quedas atingem quase metade de todas as hospitalizações deste grupo e, em segundo lugar, com aproximadamente 20%, aparecem os acidentes de transporte⁶. É preciso, ainda, salientar que estima-se que somente cerca de 20% ou menos das vítimas atendidas em PA ou PS são internadas.

Oliveira²³, por sua vez constatou que do total de vítimas atendidas no pronto socorro, somente 8,4% foram internadas.

Assim, quais seriam as características da grande maioria de vítimas que são atendidas no PA e PS, que não necessitam de internações hospitalares? E, sobretudo, quais são os tipos de causas externas que acometem essa população, e como se distribuem de acordo com algumas variáveis epidemiológicas, como sexo, idade, local e circunstâncias da ocorrência, dentre outras?

Por todo o exposto, constata-se que há uma grande lacuna quanto à totalidade de informações que compõem o universo de vítimas de causas externas.

Considerando-se que, como mencionado anteriormente, os dados das vítimas atendidas no PA ou PS existem “in loco”, sem uniformização e inserção em banco de dados, julga-se factível utilizar essas informações como base para preenchimento de uma ficha padronizada, em nível nacional.

Nesse sentido, dentre as pesquisas em andamento, há um estudo multicêntrico de morbidade por causas externas nas emergências hospitalares * , cujos objetivos são: conhecer a magnitude do problema e identificar os tipos de acidentes e violências atendidos nesses serviços. A pesquisa em pauta utiliza método prospectivo de coleta de dados e conta com instrumento especificamente construído e testado para a mesma (Anexo 1). Ele foi inicialmente aplicado em cinco PA e PS do Estado de São Paulo e depois estendido para mais de uma dezena de serviços de emergência, no território nacional. ²⁴

Dessa forma, optou-se por utilizar esse instrumento padronizado (Anexo 1) e testá-lo com dados já registrados nas fichas dos PA e PS, na ocasião dos atendimentos das vítimas.

O conhecimento da magnitude e das características das vítimas de causas externas, abrangendo a totalidade de atendidos em PA ou PS, poderá fornecer importantes subsídios para o planejamento e implementação dos programas de prevenção dessas ocorrências, em conformidade com a “Política Nacional de Redução de Mortalidade por Acidentes e Violências” em desenvolvimento no Brasil. ¹⁹

Na Política Nacional incluem-se: promoção da adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis; monitorização da ocorrência de acidentes e de violências; sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré hospitalar; assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e de violências; estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e reabilitação, capacitação de recursos humanos; e apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisa. ¹⁹

A Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências ¹⁹, tem como uma de suas diretrizes a monitorização da ocorrência de

* Sub-projeto do Projeto “Contribuição do setor saúde no atendimento às vítimas e prevenção da violência” de Mello Jorge MHP, Koizumi MS, Gawryszewski VP, Villela WV. Processo Fapesp nº 01/02768-6 do Programa de Pesquisas em Políticas Públicas, 2004. ²⁵

acidentes e violências. Um dos itens desta diretriz é a efetivação da especificação do tipo de causa externa na fichas de atendimento utilizadas nos PA e PS.

2 - OBJETIVOS

OBJETIVOS

2.1 Analisar quantitativamente os itens do preenchimento da Ficha do Centro de Vigilância Epidemiológica / Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (FCVE) com base nos dados descritos nas fichas das vítimas de causas externas atendidas no pronto socorro de Araras e liberadas.

2.2 Analisar os dados obtidos quanto a:

- sexo, idade, raça, profissão, escolaridade e tipo de saída;
- informações sobre como chegou ao hospital e o local de ocorrência do evento;
- tipos de causas externas (acidentes e violências);
- lesão e a parte do corpo atingida.

3 - MÉTODOS

3.1 – Tipo de estudo

Estudo descritivo, retrospectivo, de abordagem quantitativa.

3.2 – Local do Estudo

Este estudo foi realizado no pronto socorro da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Araras, de nome fantasia: Hospital São Luis, tendo sido utilizadas as fichas de atendimento ambulatorial (FAA) (Anexo 2), de vítimas de causas externas.

Araras, é uma cidade do interior do Estado de São Paulo, que se encontra a 170 km da capital, pela rodovia Anhanguera ou entroncamento pela Bandeirantes ou SP-191 (Rodovia Wilson Finardi), que favorece a filtragem destas 3 rodovias no município de Araras (anexo 3).

Araras foi elevada à vila, pela lei nº 29, de 24/03/1871, e em 02/04/1879 tornou-se município, contando hoje com uma infra-estrutura de boa qualidade.

Pelo IBGE/05, a população de Araras é de aproximadamente 114.682 habitantes. A área do município é de 643 km quadrados, o PIB é de 12,701 , o clima é quente e seco, e 100% das residências são favorecidas com saneamento básico, como água e esgoto. O PIB, a preço de mercado corrente, em 2002, foi de R\$ 1.384.385,00. O índice de desenvolvimento educacional é de 0,894, sendo 0,828 em Desenvolvimento Humano, com classificação nacional em 152º lugar/ IDH-M-2000.

É um pólo industrial e multi-setorizado, em que convivem empresas multinacionais e brasileiras de grande porte, sendo muitas de portes médios e pequenos e de diversos segmentos.

Em 2003, contava com três hospitais, totalizando 1201 leitos em 2003, sendo 892 disponibilizado pelo SUS. Para os atendimentos de urgência e emergência, existem dois prontos socorros privados e dois municipais.

Araras têm desenvolvido variado modelo de industrialização e de tecnologias. Existem dois Centros Universitários, escolas, hotéis, opções de lazer, enfim, há todo um conjunto de condições favorecendo o desenvolvimento da cidade. Por apresentar todas essas características, Araras é uma cidade com grande movimento de pessoas e, conseqüentemente, intenso trânsito de veículos, o que implica congestionamentos em certos horários e locais concorridos.

Definido o local do estudo e obtida a autorização formal da Instituição da Santa Casa de Misericórdia de Araras, para a coleta de dados, o presente projeto foi submetido à apreciação e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Hermínio Ometto – UNIARARAS nº 164/2006.(Anexo 4).

3.3 – População alvo

Fizeram parte da pesquisa as fichas FAA das vítimas que foram levadas ao pronto socorro municipal, com lesões causadas por causas externas, conforme classificação efetuada pelo CID-10 nos capítulos XIX e/ou XX que se referem às causas externas. As fichas de pessoas que, apesar de atendidas, não foram englobadas nos diagnósticos dos capítulos XIX e/ou XX da CID 10, foram excluídas.

3.4 – Instrumento de Coleta de Dados

O critério para seleção de casos para a pesquisa foram os dados encontrados nas Fichas de Atendimento Ambulatorial (FAA) (Anexo 2), do pronto socorro de Araras, fontes primárias sobre as vítimas de causas externas nesse município.

Estas fichas, são subdivididas em duas partes: a primeira é da identificação do pacientes, preenchidas por uma escriturária, utilizando algum documento de identidade, fornecido pela vítima ou acompanhante. Na segunda parte da FAA constam: tipo de atendimento, motivo do atendimento e descrição do

exame clínico, exames complementares realizados/solicitados, diagnóstico principal e conduta. Este espaço é preenchido pelo médico que atendeu a vítima, podendo haver registro ou outras informações sobre a vítima, feitos pelo enfermeiro ou outro profissional do setor.

A FCVE (Anexo 1) é constituída por um formulário de perguntas fechadas, e apenas uma aberta. Este formulário está dividido em três partes:

- na primeira constam os dados pessoais da vítima do acidente/ violência e como chegou ao hospital.

- na segunda, as informações sobre os tipos de causas externas de acordo com dados do capítulo XX da CID 10¹.

Esse capítulo XX, trata das causas externas de morbidade e de mortalidade (V 01 – Y 98).

Foram utilizados os seguintes agrupamentos:

V01 – V 99 – acidentes de transporte

W 00 – W 19 - quedas

W 00 – X 59 – outras causas externas de lesões acidentais

X 60 – X 84 – lesões auto provocadas voluntariamente

X 85 – Y 09 – agressões

Y10 – Y 34 – eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada

Y35 – Y 36 – intervenções legais e operações de guerra

Y40 – Y 84 – complicações de assistência médica e cirúrgica

Y 85 – Y 89 – seqüelas de causas externas de morbidade e mortalidade

Y 90 – Y 98 – fatores suplementares relacionados com as causas de morbidade e mortalidade classificadas em outra parte.

- na terceira parte, as informações sobre os tipos de lesões e localização corpórea, conforme dados do capítulo XIX da CID 10¹.

Incluem os critérios de classificação da CID 10¹, capítulo XIX, para lesões, envenenamento e algumas outras conseqüências de causas externas (S 00 – T 98): traumatismo cabeça, pescoço, tórax, abdômen, ombro, cotovelo, punho,

quadril, joelho, tornozelo, múltiplas regiões do corpo, queimaduras e corrosões, intoxicação por drogas, medicamentos e substância biológicos.

Este capítulo utiliza a seção **S** para codificação dos diferentes tipos de traumatismos afetando uma única localização anatômica e a seção **T** para a codificação dos traumatismos afetando localizações anatômicas múltiplas ou localização não especificada, assim como queimaduras e algumas outras conseqüências de causas externas.

O capítulo XIX traz os seguintes agrupamentos:

S 00 – S 09 – traumatismo da cabeça

S 10 – S 19 – traumatismo do pescoço

S 20 – S 29 – traumatismo do tórax

S 30 – S 39 – traumatismo abdome, dorso, coluna lombar e da pelve

S 40 – S 49 – traumatismo do ombro e braço

S 50 – S 59 – traumatismo do cotovelo, e antebraço

S 60 – S 69 – traumatismo do punho e da mão

S 70 – S 79 – traumatismo quadril e da coxa

S 80 – S 89 – traumatismo joelho e da perna

S 90 – S 99 – traumatismo tornozelo e do pé

T 00 – T 07 – traumatismo múltiplas regiões do corpo

T 08 – T 14 – traumatismo de localização não especificada do tronco, membro ou outra região do corpo

T 15 – T 19 – efeito de penetração de corpo estranho através de um orifício natural

T 20 – T 32 – queimaduras e corrosões

T 33 – T 35 – efeitos de frio (geladura)

T 36 – T 50 – intoxicação por drogas, medicamentos e substâncias biológicas

T 51 – T 65 – efeitos tóxicos de substâncias de origem predominantemente não medicinal

T 66 – T 78 – outros efeitos de causas externas e os não especificados

T 79 – Algumas complicações precoces de traumatismos.

T 80 – T 88 – complicações de cuidados médicos e cirúrgicos, não classificados em outra parte.

T 90 – T 98 – seqüelas de traumatismos, de intoxicações e outras conseqüências de causas externas.

Existe também, na ficha, o tipo de saída (alta) e um espaço para observações e especificação de qualquer informação importante, ou que não pode ser classificada nos itens anteriores.

A FCVE está subdividida em cinco grupos de variáveis especificando cada variável, seu código e atributos ou categoria das variáveis.

1 – Variável relativa à identificação das vítimas:

- **sexo:** 1 – masculino, 2 – feminino e 9 – ignorado.

- **idade:** em anos – idade em anos

- **cor ou raça:** 1 – branca, 2 – preta, 3 – parda, 4 – amarela, 5 – indígena e 9 – ignorado.

- **profissão:** - descrita.

- **município de residência:** – descrita.

- **escolaridade:** 1 – analfabeto, 2 – 1º grau, 3 – 2º grau, 4 – superior, 8 – não se aplica e 9 – ignorado.

2 – Variável relativa em como chegou ao hospital e o local de ocorrência do evento;

- **como chegou ao hospital:** 1 – andando/ônibus, 2 – veículo particular, 3 – polícia, 4 – resgate/ambulância, 5 – helicóptero, 8 – outros(especificar) e 9 – ignorado.

- **local de ocorrência do evento:** 1 – casa, 2 – escola, 3 – via pública (rua), 4 – via pública (rodovia), 5 – local do trabalho, 6 – bar, 7 – evento esportivo, 8 – outros (especificar) e 9 – ignorado.

3 – Variável do tipo de causas externas (acidentes / violências):

Acidentes:

- **acidente transporte:** 1 – ocupante do veículo, 2 – motociclista, 3 – pedestre/atropelado, 4 – ciclista e 5 – outros (especificar).
- **queda:** 6 – própria altura, 7 - queda do leito/sofá/berço, 8 – queda em ou de escada e 9 – outras alturas (especificar).
- **queimadura:** 10 – fogo e 11 – substâncias / objeto quente.
- **outros acidentes:** 12 – sufocação, 13 – afogamento, 14 – intoxicação acidental, 15 – corpo estranho, 16 – instrumento cortante / perfurante, 17 – queda de objetos sobre a pessoa, 18 – impacto acidental contra objeto ou pessoa, 19 – mordida de cão, 20 – acidente com máquinas e 21 – outros (especificar).

Violência

- **agressão / homicídio:** 22 – agressão física / espancamento, 23 – instrumento cortante (FAB), 24 – arma de fogo (FAF), 25 – violência sexual e 26 – outros (especificar).
- **suicídio / tentativa:** 27 – envenenamento / intoxicação de substâncias, 28 – arma de fogo e 29 – outros (especificar).
- **suspeita maus tratos:** 30 – negligência / abandono e 31 – violências psicológicas.
- **agressor:** 1 – familiar, 2 – conhecido e 3 – desconhecido

4 – Variável sobre a natureza da lesão e parte do corpo atingida:]

- **natureza da lesão:** 1 – fratura, 2 – entorse/luxação, 3 – corte, perfuração e laceração, 4 – contusão, 5 – queimadura, 6 – TCE, 7 – lesão em órgãos internos do abdome, 8 – lesão em órgãos internos do tórax, 9 – lesão em vasos sanguíneos (hemorragia), 10 – lesão em nervos, 11 – intoxicação, 12 – não há lesão, 13 – outros (especificar) e 99 – ignorado.
- **parte do corpo atingida:** 1 – cabeça/face/pescoço, 2 – tórax, 3 – abdome e quadril, 4 – coluna/ medula, 5 – membros superiores, 6 – membros inferiores, 7 – não se aplica e 9 – ignorado.

5 – Variável do tipo de saída:

- **tipo de saída:** 1 – alta, 2 – internado / transferido para outro hospital, 3 – óbito, 4 – evasão e 9 – ignorado.

3.5 – Procedimento de Coleta de Dados

Os dados foram coletados pelo pesquisador durante o mês de Julho do ano 2006. Na Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Araras foi reservado uma mesa e cadeira no setor de faturamento, para o pesquisador – autor deste trabalho, realizar a coleta de dados.

O setor de faturamento registra gastos e débitos nas fichas das vítimas atendidas tanto no PS do SUS quanto pelo convênio, realizando a cobrança. Todas as fichas são resgatadas ao término de 24 horas, diariamente, pelas escriturárias, que as colocam em ordem crescente, agrupando-as.

Depois de efetuado o custo nas fichas, elas são, encaminhadas ao setor dos prontuários no Serviço de Arquivo Médico e Informação em Saúde (SAMIS) da instituição.

Foi feito um levantamento referente ao mês de Junho, dia-a-dia, lendo cada um dos casos e identificando as vítimas de causas externas e as vítimas com outras queixas, lembrando que apenas as de causas externas fizeram parte do estudo.

Durante o mês de Julho/ 2006, foram avaliadas as FAA de todos os atendimentos diários efetuados no PS. Esse levantamento era realizado das 8 h. até por volta das 14 horas. As fichas foram lidas pelo pesquisador diariamente na sala do faturamento onde realizava a leitura de cada uma delas certificando quais eram as vítimas de causas externas.

Assim, as fichas selecionadas para o estudo foram separadas. Paralelamente as fichas eram anotadas em uma lista de ordem numérica crescente, à partir de 01, anotando o número da FAA, iniciais da vítima, idade, sexo, como chegou ao local e local da ocorrência.

Após esse procedimento, o FCVE foi preenchido iniciando pelo número 01 da lista de vítima de causas externas.

Nos itens em que não houve dados para preenchimento, foi colocado o sinal negativo “(-)”, de forma que nenhum permanecesse em branco, e ocorresse a pressuposição de ter havido falta de verificação.

O pesquisador executou a revisão de cada ficha, para que não ocorressem erros ou omissões no preenchimento. No caso de falhas, o pesquisador efetuou as correções necessárias.

3.6 – Tratamento Estatístico

Os dados coletados foram processados eletronicamente e os resultados estão apresentados em forma de números absolutos, proporções e taxas, e organizados em tabelas e figuras.

4 - RESULTADOS E DISCUSSÃO

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A população deste estudo foi composta por 2503 FAA das vítimas de causas externas, atendidas pelo serviço de pronto socorro da Santa Casa de Misericórdia de Araras,SP, entre junho e julho de 2006.

Conforme descrito em Métodos, foram examinadas somente as fichas dos atendidos e liberados. Posteriormente, procurou-se no mesmo serviço, levantar o número de internações por lesões ou causas externas, no período analisado. Como só foi possível obter o número total de internações por mês, optou-se por obter estes dados no site www.datasus.gov.br.²⁵ Desta forma, foi possível verificar que, no Município de Araras, no mês junho houve 53 internações e no mês de julho 56, totalizando 109 internações.

Considerando que, o pronto socorro de Araras, local do presente estudo é o hospital de referência para trauma, acredita-se que a grande maioria, que precisou ser internada logo após o evento, o foi neste serviço. Assim, esta pesquisa, não englobou a totalidade da morbidade hospitalar por causas externas na cidade de Araras,SP, mas contemplou um vasto contingente das vítimas desse agravo. Para apontar um resultado global do problema, seria preciso levantar também os dados referentes a atendimentos de emergência nos serviços privados do município, mais aqueles prestados no pronto socorro municipal, localizado na zona leste.

Feita essa ressalva, verificou-se que o percentual de internações por causas externas ficou em 4,17%. Este percentual foi inferior ao encontrado por Oliveira²³ em Cuiabá, que foi de 8,4% internações.

Na tabela 1 são apresentados os resultados obtidos em relação ao preenchimento dos dados na FCVE com base nos registros na FAA.

Para facilitar a leitura e a análise dos resultados obtidos, os dados foram agrupados da seguinte forma:

- 4.1 – identificação das vítimas;
- 4.2 – informações sobre como a vítima chegou ao hospital e local da ocorrência do evento;
- 4.3 – tipo de causas externas;
- 4.4 – informações sobre as lesões.

Para que um sistema de informações funcione adequadamente, são necessários instrumentos de coleta de dados confiáveis. Quando se diz que determinados dados oferecem confiabilidade, provavelmente existe a manutenção da estabilidade dos resultados obtidos com um mesmo instrumento, nas mãos de diferentes pesquisadores e de diferentes avaliadores³. A confiabilidade, então, mede a estabilidade e a consistência da coleta de dados e da avaliação²⁶.

A opção para o uso do instrumento - FCVE – neste trabalho foi devido a algumas características e possibilidades em termos da sua praticidade, da acurácia da informação a partir dos recursos disponíveis - FAA - para a realização do trabalho.

A tabela 1 apresenta as variáveis (que serão) discutidas neste capítulo. Mostra a distribuição das variáveis em análise e as quantidades obtidas (preenchimento). Cumpre mencionar que a quinta variável, ou seja, tipo de saída estava totalmente preenchida como alta. Este era um resultado esperado, visto que, somente foram examinadas as FAA de vítimas que foram atendidas no PS e a seguir liberadas.

Tabela 1: Preenchimento das variáveis do formulário FCVE, segundo dados registrados na FAA, das vítimas de causas externas ou lesão. PS/Araras, 2006.

Variáveis		preenchimento				TOTAL	
		SIM		NÃO		N	%
		N	%	N	%		
	sexo	2503	100	-	-	2503	100
	Idade	2503	100	-	-	2503	100
1 – identificação das vítimas	cor	-	-	2503	100	2503	100
	profissão	-	-	2503	100	2503	100
	município	2503	100	-	-	2503	100
	escolaridade	-	-	2503	100	2503	100
2 – Informação sobre a ocorrência do evento	como chegou ao hospital	231	9,23	2272	90,77	2503	100
	local de ocorrência do evento	180	7,19	2323	92,81	2503	100
3- tipo de causas externas	Acidentes/ Violência.	1438	57,45	1065	42,55	2503	100
4 - Identificação da lesão	natureza da lesão	2459	98,24	44	1,76	2503	100
	parte do corpo atingida	2374	94,85	129	5,15	2503	100
5. Tipo de Saída	alta	2503	100	-	-	2503	100

Na primeira variável, que é à identificação das vítimas, observamos que os itens referentes a sexo e idade atingiram o preenchimento de 100% da população, que foi de 2503 vítimas de causas externas. Inversamente, na variável referente à cor/raça, profissão e escolaridade, observamos que 100% dos itens não foram preenchidos.

Variáveis como ocupação, estado civil, escolaridade e cor/raça não são facilmente obtidas mesmo com outros métodos de preenchimento. No estudo realizado em Cuiabá, que utilizou a entrevista para preenchimento da ficha de notificação, os campos em branco ou identificado como ignorado atingiram proporções entre 25,4% e 32,8%, nessas variáveis, Inversamente, idade e sexo estavam quase totalmente preenchidos, com abstenção de 0,6 e 0,1%, respectivamente ²³.

É importante assinalar que as variáveis sexo e idade são primordiais nos estudos epidemiológicos e essenciais para subsidiar as ações preventivas. No presente estudo, estava totalmente preenchida. Quanto às variáveis cor/raça, profissão e escolaridade, embora importantes nas pesquisas epidemiológicas, acreditam que sua coleta rotineira, talvez, não seja essencial.

Na segunda variável observamos que apenas 9,23% das vítimas foram identificadas quanto a como chegaram ao hospital. O não preenchimento que foi de 90,77%, faz com que se desconheçam quais são os meios de transporte mais utilizados num município que conta com os serviços de SAMU e Resgate. Na pesquisa feita no pronto socorro de Cuiabá, essa variável estava em branco ou ignorado em 25,8% das fichas preenchidas.

Na identificação do local da ocorrência do evento verificamos registro de apenas 7,19%; portanto, não preenchidos foram 92,81% dos casos. É importante assinalar a importância do local da ocorrência, pois sua falta dificulta as ações preventivas específicas.

Com relação à terceira variável, apenas um pouco mais da metade dos casos (57,45%) dos acidentes e violências foi registrado, havendo inúmeras fichas sem anotações por parte de qualquer membro da equipe de profissionais envolvidos. Ao contrário, na quarta variável, em 98,24% havia identificação do tipo de lesão. No tocante à parte corpórea atingida houve preenchimento de 94,85% dos casos, complementando dados da quarta variável.

Para a utilização dos dados registrados nas FAA em Sistema de Vigilância Epidemiológica em Causas Externas, será necessário aprimorar o preenchimento da variável tipo de causas externas. Nunca é demais reafirmar que a prevenção do agravo é feita identificando o que ocasionou aquela lesão, ou seja, identificando os tipos de causas externas.

Um outro ponto que chamou a atenção foi o não preenchimento dos dados relativos à suspeita de maus tratos e intencionalidade, cujos itens constam na ficha FCVE. Quanto ao agressor houveram as seguintes identificações: 6 como sendo familiares e 7 como conhecidos, ou seja, 9,42% do total de vítimas de agressão. Acreditamos que essas são, também, variáveis importantes a serem pesquisadas utilizando métodos apropriados e que na coleta rotineira de pronto socorro elas poderiam ser dispensadas.

A análise epidemiológica dos dados obtidos nas fichas FAA é apresentada a seguir.

4.1 – Identificação das Vítimas

A tabela 2 aponta as vítimas de causas externas, por sexo e idade.

Tabela 2: Vítimas de causas externas ou lesões, atendidas e liberadas, segundo sexo e idade. PS/ Araras, 2006.

idade (anos)	N	Sexo		N	%	N	Total %
		Masculino %	Feminino %				
menos de 1	32	1,99		33	3,70	65	2,60
01 a 09	157	9,74		88	9,88	245	9,79
10 a 19	303	18,80		148	16,62	451	18,02
20 a 29	436	27,05		177	19,87	613	24,49
30 a 39	308	19,11		125	14,03	433	17,30
40 a 49	174	10,79		112	12,57	286	11,42
50 a 59	117	7,25		83	9,31	200	7,99
60 ou mais	85	5,27		125	14,02	210	8,39
Total	1612	100		891	100	2503	100

No presente estudo, foram identificadas 1612 (64,40%) vítimas homens e 891 (35,60%) mulheres, numa razão de 1,8:1.

Esse resultado é semelhante aos de outros estudos. Um deles realizado em dois serviços de urgência e emergência de hospitais públicos do Rio de Janeiro, identificou 69,3% vítimas do sexo masculino e 30,7% do feminino²⁷. No pronto socorro de Cuiabá, a proporção de homens foi de 67,15% e de mulheres 32,9% numa razão masculino/feminino de 2,0:1²³. No pronto atendimento de Pouso Alegre, a proporção masculina (70,8%) superou a feminina (29,2%) numa razão de 2,4:1.

Em uma pesquisa norte americana de indivíduos atendidos em pronto socorro, no ano 2000, verificou-se que a razão entre sexos masculino e feminino foi de 1,4:1, um pouco abaixo da razão deste estudo ²⁸.

Em relação à idade, os dados da tabela 2 mostram que as faixas etárias de 10 a 39 anos foram as predominantes (59,81%) e que dentre elas a de maior proporção foi a de 20 a 29 com 24,4%. O sexo masculino preponderou nessas três faixas de idade.

Esses resultados estão em consonância com as demais pesquisas em PA e PS no tocante ao sexo ^{3 23}. Em relação à idade, em Pouso Alegre, os menores de 39 anos somaram 77,6% e a faixa mais atingida, também, foi a de 20 a 29 anos com 21,3% ³. No Cuiabá, foi de 79% e 27,3%, respectivamente ²³.

Parcela não menos importante foi detectada nas faixas etárias extremas. Os menores de 10 anos somaram 12,39% e aqueles com 60 anos ou mais, 8,39%. É importante ressaltar que, nessas faixas etárias, a proporção feminina supera ou é eqüitativa à masculina. Tais resultados, também foram constatados por outros autores ^{3 23}.

Cumprir lembrar que às variáveis raça, profissão e escolaridade não foram analisadas por ausência de dados (tabela 1).

Tabela 3 – Vítimas de causas externas ou lesões, atendidas e liberadas, segundo os municípios de residência das mesmas. PS/ Araras,2006.

Município	N	%
Araras	2428	97,0
Leme	18	0,71
Conchal	13	0,51
Rio Claro	6	0,23
Cordeirópolis	5	0,2
Limeira	5	0,2
São Paulo	4	0,15
Americana	3	0,12
Porto Ferreira	2	0,07
Santa Lucia	2	0,07
Santos	2	0,07
Outros	15	0,67
Total	2503	100

Os dados da **tabela 3** são de grande importância para o uso epidemiológico das informações sobre a taxa de usuários que procuram tratamento no pronto socorro. A colocação do código do município de residência é obrigatória, pois assim são obtidas as informações sobre os municípios de origem das vítimas atendidas.

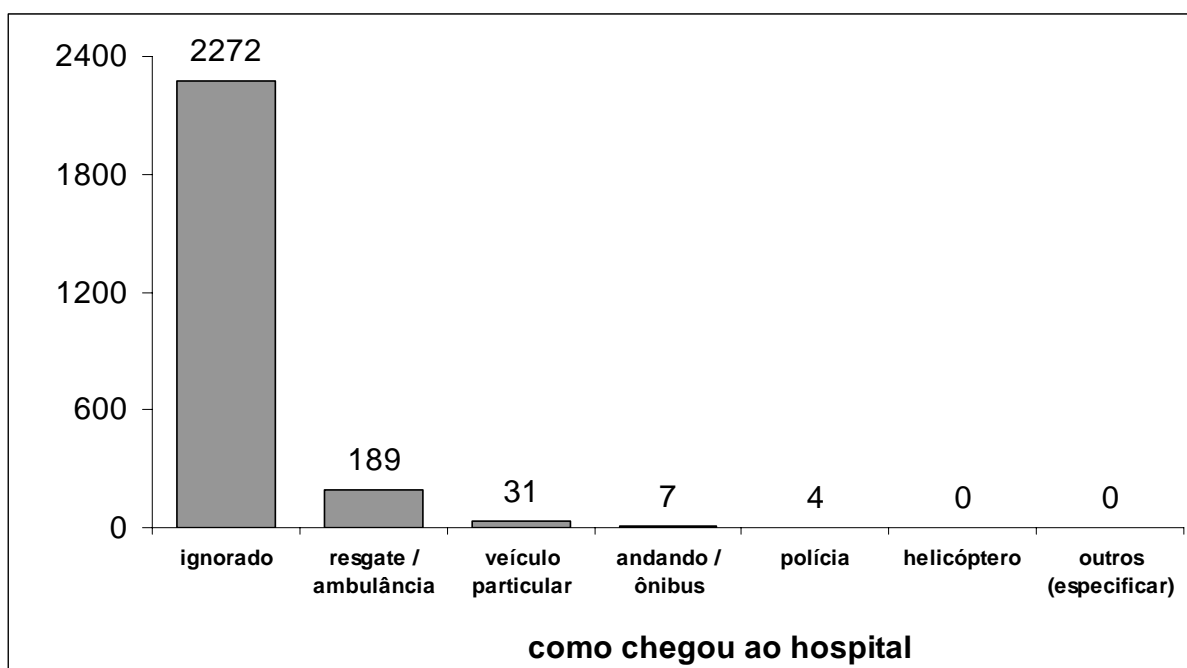
Vê-se que é muito alta, em relação à população do próprio município, pois as vítimas de causas externas residentes em Araras totalizaram 2428 (97%) vítimas. Acredita-se que a facilidade do acesso colabora para que mesmo as vítimas de lesões de pequena gravidade procurem o atendimento.

Com exceção de Leme e Conchal, respectivamente com 18 e 13 vítimas atendidas e liberadas, todas as demais não ultrapassaram a casa de um dígito (6 a 2 vítimas por município). Em outros, foram agrupados os 15 municípios com uma vítima: Taquaritinga, Uberlândia, São Pedro, Casa Branca, Guarujá, Pindorama, Itapevi, Luis Antonio, Montes Claros, Artur Nogueira, Pouso Alegre, Pirassununga, Catanduva, São Caetano do Sul e Vinhedo.

A seguir, apresenta-se na Figura 1 os meios utilizados para chegar ao hospital, identificadas no presente estudo.

4.2 – Informações sobre como a vítima chegou ao hospital e local da ocorrência do evento.

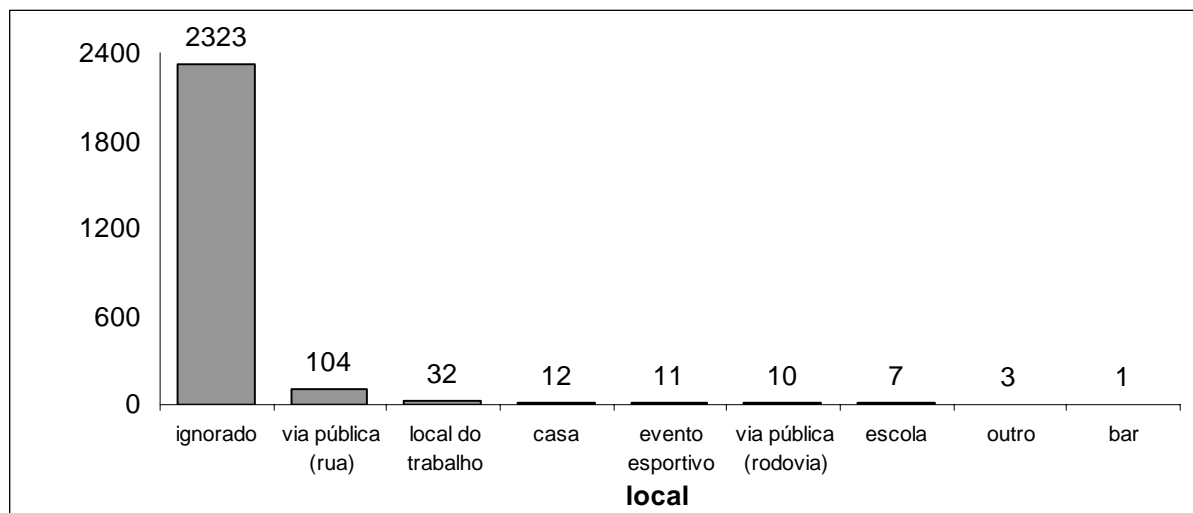
Figura 1: Vítimas de causas externas ou lesões, atendidas e liberadas, segundo o meio utilizado para chegar ao hospital. PS/ Araras, 2006.



Na figura 1 verifica-se que na grande maioria, o local de ocorrência das causas externas das vítimas, atendidas e liberadas, foi ignorado, totalizando 2272 vítimas. Os serviços de resgate/ambulância foram identificados como meio utilizado em 189 vítimas. Por se tratar de número muito reduzido não permitiu nenhuma análise. Situação equivalente se aplica ao uso de veículo particular. Todavia, é importante salientar que esta é uma das variáveis que precisa ser rotineiramente melhor investigada, dada as diferenças no perfil das vítimas de PA e PS, conforme já constatado por outros pesquisadores brasileiros ^{3 23}.

A seguir, apresenta-se na Figura 2 o local da ocorrência, identificadas no presente estudo

Figura 2: Vítimas de causas externas ou lesões, atendidas e liberadas, segundo o local de ocorrência. PS/ Araras, 2006. (N=2503).



Quanto ao local da ocorrência, verificou-se, também, que predominou o ignorado. Tal fato prejudica a análise epidemiológica e, especialmente, a vigilância de causas externas, já que muitas ações são direcionadas pelo local de ocorrência desses agravos.

A via pública foi identificada em 104 casos, um número irrisório de identificação do local da ocorrência, seguido do local de trabalho com 32 vítimas.

Embora o número de ocorrências identificadas como no local de trabalho tenha sido muito pequeno, cumpre mencionar que o registro de acidentes do trabalho, com informações detalhadas, “requer estudos interdisciplinares específicos; práticas de vigilância com busca ativa de casos, identificação e implementação de serviços de referência; análises epidemiológicas”²⁸.

Outros estudos, utilizando diferentes métodos de coleta de dados, demonstraram a importância da identificação do local de ocorrência. De um total de 380 vítimas, pesquisadas em um PA de Pouso Alegre, a residência foi identificada em 152 casos, seguida pela via pública (rua) com 102 vítimas e local do trabalho com 48 vítimas³. Similarmente, no PS de Cuiabá, a residência foi o local predominante (44,1%) e em seguida, a via pública (34,8%)²³.

4.3 – Tipos de Causas Externas

Como já mencionado na tabela 1 os tipos de causas externas ou lesões foram registrados em 1438 (57,45%) vítimas. Na tabela 4, a seguir, estão os tipos de acidentes/violências descritos nas FAA..

Tabela 4: Vítimas de causas externas ou lesões, atendidas e liberadas, segundo os tipos de acidentes / violências. PS/ Araras, 2006.

	tipos	N	%
Acidentes	acidente transporte	324	22,53
	queda	483	33,59
	queimaduras	61	4,24
	outros acidentes	402	27,96
Violência	agressão física/ espancamento	138	9,60
	suicídio / tentativa	30	2,08
Total		1438	100

A tabela 4 mostra que os agrupamentos de acidentes estão em maiores variedades de eventos e subtotal somaram 1270 (88,32%) vítimas.

As quedas foram identificadas como as mais freqüentes com 483 (33,59%) vítimas, seguido de outros acidentes com 402 (27,965) e em terceiro lugar os acidentes transporte com 324 (22,53%) vítimas.

No presente estudo, as quedas foram analisadas separadamente no conjunto dos acidentes, pois havia evidências de que estavam entre as causas mais freqüentes^{3 23}.

No estudo sobre o perfil epidemiológico das vítimas das causas externas em Cuiabá, que comparou dados de mortalidade, morbidade hospitalar (internações) e morbidade nos serviços de emergência, foi constatado que o agrupamento outros acidentes alcançaram as maiores freqüências seja entre os internados (82,7%), seja nos atendidos no PS (67%). Nesse conjunto, as quedas predominam com 41,9% e 48,9% de vítimas ²³.

Na pesquisa realizada em Pouso Alegre ³, outras causas externas de lesões acidentais (73,2%) e acidentes de transporte (13,7%) foram os mais freqüentes. Nas outras causas, as ocorrências por contato com objeto cortante, quedas acidentais e mordedura de cão foram preponderantes.

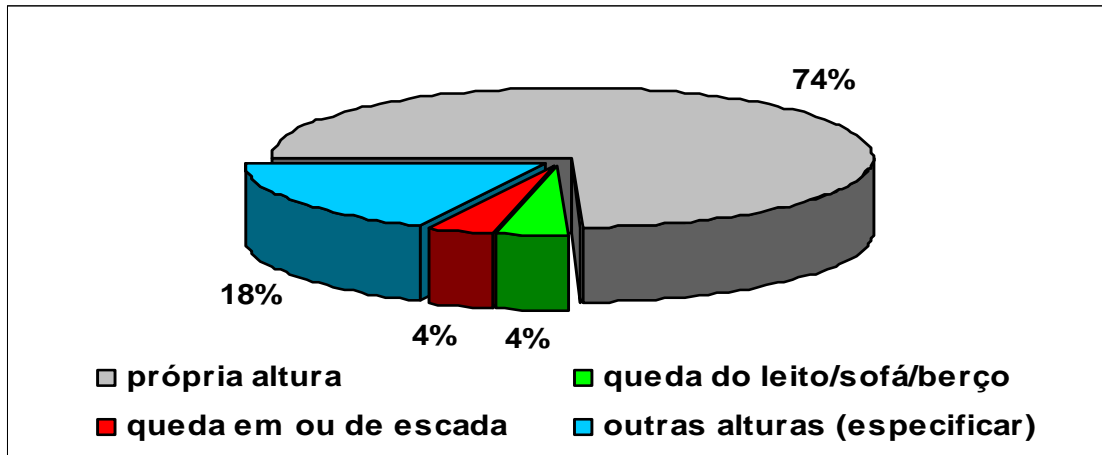
No agrupamento violências, as agressões físicas/ espancamento foram as mais freqüentes com 138 (9,6%) vítimas, seguido de suicídio/ tentativa com 30 (2,08%) vítimas.

Verificou-se, portanto, que diferentemente da mortalidade por causas externas onde a agressão (homicídios) é a causa mais freqüente de morte, no PS elas aparecem em freqüência baixa, mas não desprezível (9,6%). Tal resultado é colaborado por outros autores ^{3 23}.

Em relação às queimaduras, neste estudo, das 61 vítimas identificadas, 30 (49,18%) estavam registradas como queimaduras com fogo e 31 (50,82%) à base de substâncias e objeto quente. Cumpre lembrar que, todas as vítimas do presente estudo foram atendidas e depois liberadas, ou seja, não demandaram internação. Esse fato pressupõe que, nesse grupo de vítimas, as queimaduras teriam sido de menor gravidade.

A seguir, apresenta-se na figura 3 os tipos de quedas identificadas no presente estudo.

Figura 3: Vítimas de causas externas ou lesões, atendidas e liberadas, segundo os tipos de queda (N=483). PS/ Araras, 2006.

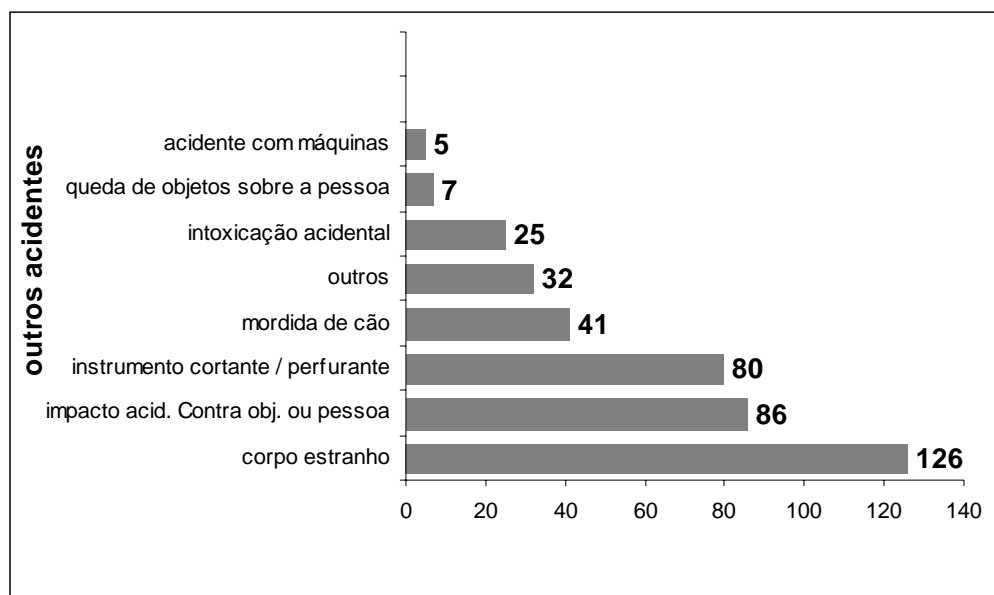


Na figura 3 é demonstrada a especificação dos tipos de quedas. Do total das quedas, 359 (74%) vítimas, foram registradas como queda da própria altura. Observou-se que, em geral, que os tipos de quedas encontravam-se especificadas nas FAA.

É sempre bom esclarecer que as quedas podem acontecer em qualquer ambiente, determinando diferentes prevenções ou diminuição da gravidade.

A seguir, apresenta-se na Figura 4 os outros tipos de acidentes, identificadas no presente estudo.

Figura 4: Vítimas de causas externas ou lesões, atendidas e liberadas, segundo outros tipos de acidentes. PS/ Araras, 2006.(N=402).



As vítimas de causas externas agrupadas como outros tipos de acidentes, totalizaram 402 (27,96%).

Algumas especificações mais freqüentes estão descrita a seguir

- corpo estranho: 126 (31,34%) vítimas, correspondendo a ocorrências registradas no período, relativas, principalmente, a grão de “poeira”, inseto e produtos químicos.

- impacto acidental / acidente contra objeto ou pessoa: 86 (21,40%) vítimas;

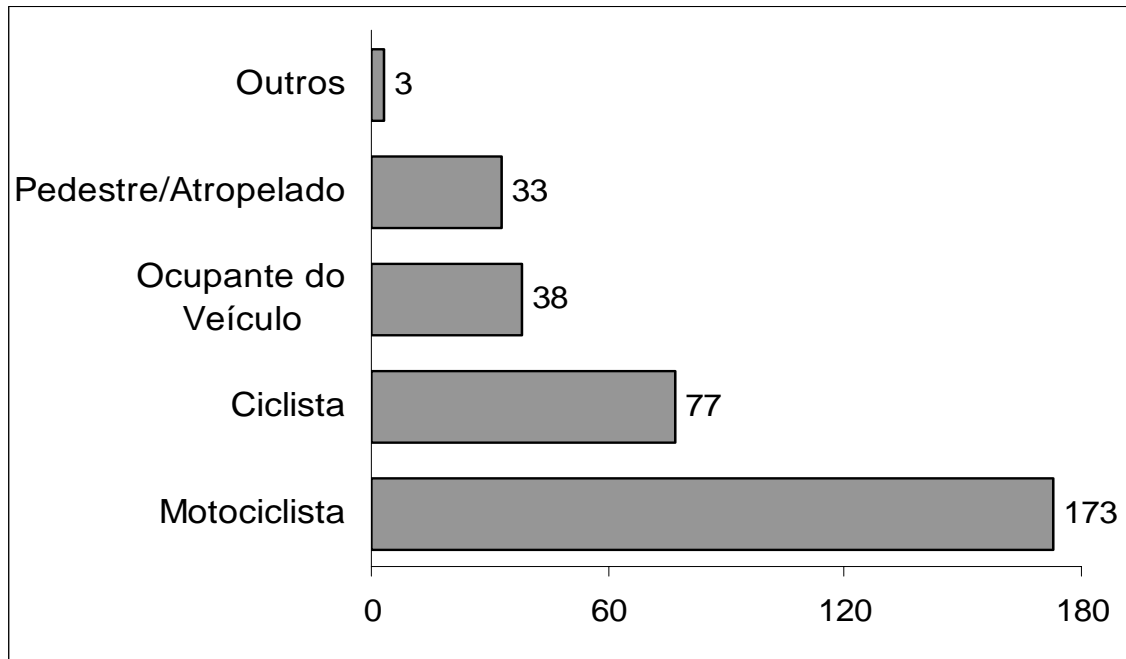
- instrumento cortante /perfurante: 80 (19,90%) vítimas, envolvendo vidros, facas e outros tipos de materiais;

- mordida de cão: 41 (10,2%) vítimas.

Embora as quedas já tenham sido destacadas do agrupamento “outros tipos de acidentes”, os resultados aqui obtidos, mostram que, ainda existem outros bastante freqüentes como presença de corpo estranho. Todavia, outras pesquisas em PA e PS são necessárias para melhor visualização desses eventos.

A figura 5 mostra os tipos de vítimas identificados nos acidentes de transporte.

Figura 5: Qualidade das vítimas de acidentes de transporte, nos atendidos e liberados (N=324). PS/ Araras, 2006.



A maior parte das vítimas de acidentes de transporte foi composta por motociclistas, totalizando 173 (53,40%) vítimas. Os ciclistas, a seguir, somaram 77 (23,77%). Os ocupantes de outros veículos e os pedestres apresentaram freqüências menores, 38 (11,73%) e 33 (10,17%), respectivamente.

No PS de Cuiabá ²³ os motociclistas predominaram (49,1%) seguidos dos acidentes (21,1%), ou seja, apresentaram distribuição próxima ao deste estudo. Já, no estudo desenvolvido no PA de Pouso Alegre ³, os resultados diferiram. Os ciclistas ocuparam o primeiro lugar com 75,0%, seguido de motociclistas e pedestres com 9,6% cada um. Em terceiro lugar, foram identificados os motoristas ou passageiros de veículo a motor com 5,8%.

Tais resultados apontam para a necessidade de investigar mais cuidadosamente esses usuários de veículos de duas rodas, tendo como objetivo as medidas de prevenção específicas.

A tabela 5 apresenta os tipos de violências registradas na FAA.

Tabela 5: Vítimas de causas externas ou lesões, atendidas e liberadas, segundo os tipos de violências (N=168). PS/ Araras, 2006.

Violências	N	%
agressão física / espancamento	138	82,14
tentativa de suicídio - (envenenamento / intox. subst.)	27	16,07
- outros	3	1,79
total	168	100

Os dados da tabela 5 detalham os tipos de violência e mostram que as agressões físicas e espancamento foram identificadas como a causa mais freqüente.

As tentativas de suicídio apareceram em menor número e estavam descritas como devido envenenamento ou intoxicação, totalizando 27 (16,07%) vítimas. Um fato que chamou a atenção foi o registro de intoxicação por “cocaína” na maioria dessas vítimas. Em outros, foram identificados três tentativas de suicídio tendo como meios utilizados, a arma de fogo, o enforcamento e a ingestão de cacos de vidro.

4.4 – Informação sobre as lesões

Além do conhecimento da causa externa, conforme consta no capítulo XX da CID-10, é importante, para fins de notificação, que se faça a classificação da lesão (capítulo XIX), para codificar sua natureza e localização anatômica.

Tabela 6: Vítimas de causas externas ou lesões, atendidas e liberadas, segundo sua natureza. PS/ Araras, 2006.

Natureza	N	%
contusão	533	21,3
corte, perfuração / laceração	498	19,9
Outros *	454	18,13
fratura	303	12,11
entorse / luxação	281	11,23
TCE	146	5,83
não há lesão	133	5,31
queimadura	64	2,56
intoxicação	46	1,84
ignorado	44	1,75
lesão em órgãos internos do abdome	1	0,04
Total	2503	100

* não especificada na FCVE

Os dados da tabela 6 mostram que do total de vítimas, 223 (8,91%) ou não tinham lesão descrita na FAA (133) ou constava como ignorado (44) ou intoxicação (46). Desta forma, foram identificadas 2280 (91,10%) vítimas com lesões descritas nas FAA.

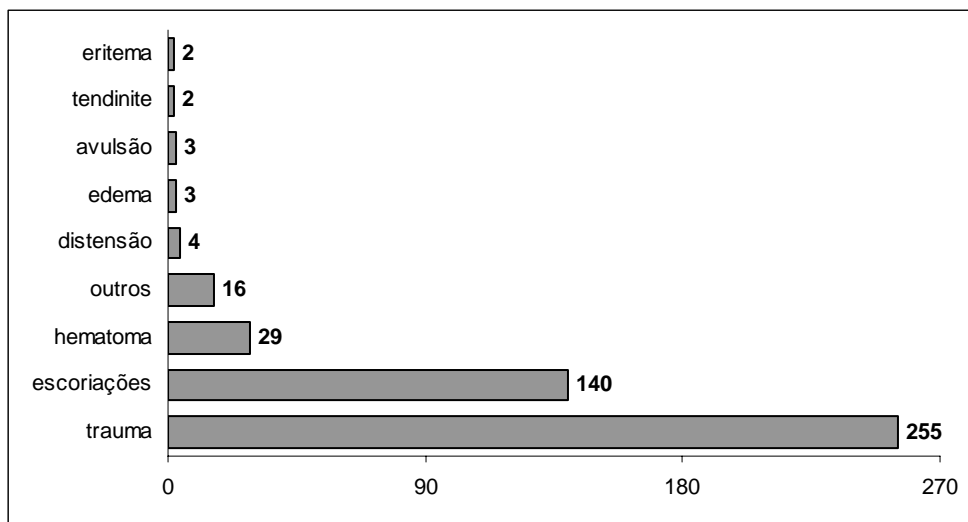
Segundo a natureza da lesão, para todos os tipos de causa externas, as contusões foram as mais freqüentes com 533 (21,3%) vítimas, seguido de corte,

perfuração e lacerações com 498 (19,9%) e em terceiro lugar, as não especificadas nas FCVE com 454 (18,13%) vítimas.

Em outro estudo, os ferimentos (corte) com 1149 (39,7%) vítimas, seguido de traumatismo superficial com 471 (16,3%) vítimas, e em terceiro lugar outra natureza com 469 (16,2%) vítimas, foram os mais freqüentes ²³. Resultados semelhantes também foram verificados em vítimas atendidas em PA, onde os ferimentos apareceram em primeiro lugar com 382 (66,4%) vítimas, seguido de traumatismo superficial com 114 (19,8%) e luxações com 30 (5,2%) ³.

Um grande número de lesões correspondendo a 454 (18,13%) vítimas estava especificado nas fichas do PS, mas não constavam na FCVE. Para sua análise, apresenta-se a seguir a figura 6, desdobrando o que foi agrupado como outros.

Figura 6: Vítimas de causas externas ou lesões, atendidas e liberadas, segundo especificação do agrupamento outros “não especificadas na FCVE” (N= 454). PS/ Araras, 2006.

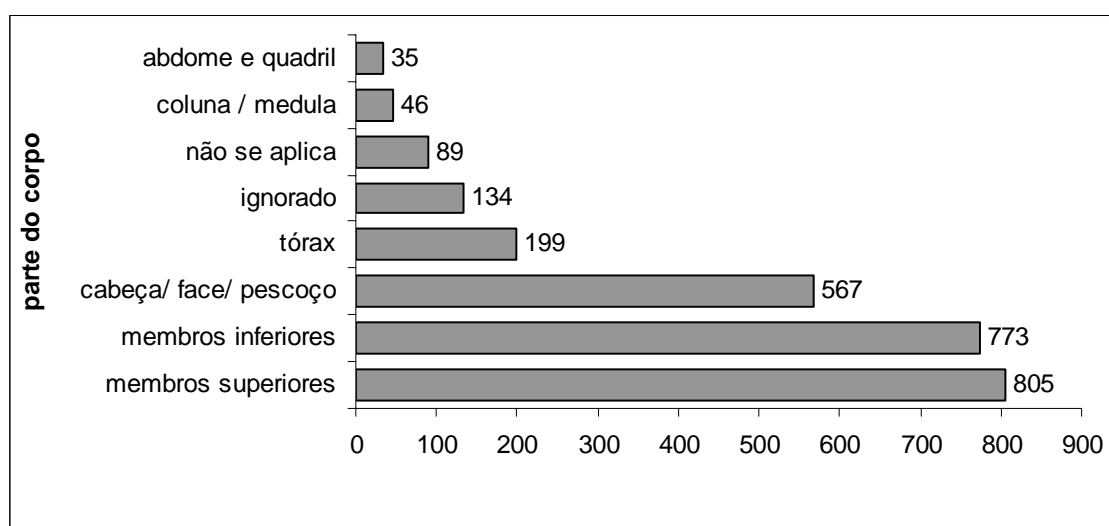


Os traumas sem outras especificações foram as lesões mais freqüentes com 255 vítimas. As escoriações ficaram em segundo lugar com freqüência bem menor.

A lesão descrita como trauma, foi bastante freqüente no presente estudo. Entretanto, de certa forma, ela pode ser questionada quanto à sua especificidade. Poderia ser melhor analisada quanto à adequação para definir o tipo de lesão.

A figura 7 mostra os segmentos corporais mais atingidos por lesões.

Figura 7: Lesões das vítimas de causas externas, atendidas e liberadas, segundo a parte do corpo atingida. PS/ Araras, 2006.



As três regiões mais atingidas foram: membros superiores (30,40%), membros inferiores (29,19%) e cabeça , face e pescoço (21,41%) conforme mostram os dados da Figura 7.

Outros estudos feitos em PA ou PS, também, apresentaram a localização corpórea das lesões. Num deles, foi verificado que os agravos mais comuns estavam localizados em membros superiores (32,8%), membros inferiores (30,5%) e cabeça (26,9%)²³.

No outro estudo, os resultados são semelhantes, mas com proporções diferentes entre os três mais comuns de lesões ocasionados por causas externas. As lesões em membros superiores obtiveram 40%, da cabeça 27,9% e membros inferiores 23,2%³.

Outros estudos mostram também que essas são as localizações mais importantes de lesões, envenenamentos e outras conseqüências de causas externas, causadas em geral por ferimentos e traumatismos^{29 30}.

Há, portanto, concordância quanto às partes do corpo mais frequentemente atingidas nas vítimas que são atendidas nesses serviços.

Destacam-se , ainda, nos dados da figura 7 que, o total das áreas corpóreas atingidas por lesões foi de 2425 (excetuadas 223 computadas como não se aplica e ignorado). Isso ocorreu porque uma pequena parcela das vítimas tinha registro de dois ou três locais com lesões.

Assim, considerando-se que, 2280 (91,10%) vítimas tinham registro de lesão e foram computadas 2425 lesões, a média de lesões por vítima foi de 1,06.

Nas pesquisas feitas em PA e PS^{3 23} tal como neste estudo, a totalidade ou a grande maioria das vítimas, apresentava uma lesão, foi atendida e recebeu alta. Nessa lógica, de um modo geral, observaram-se indicativos de que, as lesões apresentadas pelas vítimas devem ser de menor gravidade, visto que não demandaram internação para tratamento. Por outro lado, esse grande número de atendimento em serviços de emergências poderia ser diminuído, se medidas de prevenção primária das causas externas que as originaram forem efetivas.

5 - CONCLUSÕES, CONSIDERAÇÕES FINAIS E ALGUMAS RECOMENDAÇÕES.

5.1 – Conclusões

Os resultados desta pesquisa, que analisou 2503 vítimas de causas externas atendidas no PS de Araras, junho /julho de 2006 e a seguir liberadas, permitiram as conclusões apresentadas a seguir.

Em relação aos itens preenchidos na ficha em estudo (FCVE) utilizando os dados registrados nas fichas do PS (FAA), foram obtidos os seguintes percentuais:

- sexo, idade e município de residência = 100%
- cor, profissão e escolaridade = zero
- como chegou ao hospital = 9,23%
- local de ocorrência do evento = 7,19%
- tipos de causas externas = 57,45%
- tipos de lesões = 98,24%
- parte do corpo atingida = 94,85%
- suspeita de maus tratos e intencionalidade = zero
- agressor = 9,42%

Constatou-se que, para a utilização rotineira dos dados da FAA, em vigilância epidemiológica de causas externas, minimamente, os registros dos itens como chegou ao hospital, local de ocorrência do evento e tipos de causas externas precisa ser melhorado.

Na análise epidemiológica dos dados das vítimas atendidas e liberadas verificou-se que:

- o sexo masculino predominou em relação ao feminino, na razão de 1,8:1. Somente nas faixas etárias extremas, o feminino foi superior ou equivalente ao masculino.

- as faixas etárias de 10 a 39 anos (59,81%) foram as mais freqüentes. Nesse grupo, a maior proporção recaiu em 20 a 29 anos (24,4%).

- a maioria das vítimas era proveniente do próprio município (97%).

- das 2503 vítimas, 1438 (57,45%) tinham registro do tipo de causa externa.

- o agrupamento dos acidentes foi preponderante com quedas (33,59%) em primeiro lugar, seguido de outros acidentes (27,96%) e acidentes de transporte (22,53%). Nas quedas, a maioria foi da própria altura. Em outros acidentes destacaram-se: corpo estranho, impacto accidental contra objeto ou pessoas, corte ou perfuração e mordedura de cão. Nos acidentes de transporte, as vítimas mais freqüentes foram os motociclistas e os ciclistas.

- nas violências (11,68%) as agressões foram os tipos mais freqüentes.

- quanto à natureza da lesão, 2280 (91,10%) vítimas tinham registro de pelo menos uma lesão. Os tipos mais freqüentes foram: contusão, corte, perfuração ou laceração e um agrupamento de outras lesões não constantes na ficha FCVE. Nesse agrupamento predominaram o trauma (sem outra especificação) e as escoriações.

- os segmentos corpóreos mais atingidos foram: membros superiores, membros inferiores e cabeça/pescoço.

- a média de lesões por vítima foi de 1,06. Todas as vítimas analisadas receberam alta do PS sem demandar internação para tratamento.

5.2 – Considerações finais e recomendações

Inexistem, no município de Araras/ SP, estudos que aprofundem a avaliação, tanto da qualidade dos dados de atendimento hospitalar de pessoas liberadas, como do perfil da morbidade hospitalar por causas externas.

Os dados gerados neste estudo são importantes e poderão subsidiar autoridades e gestores da área da saúde e de outras, que com ela tenham interfaces, para o desenvolvimento de políticas de prevenção e de contenção de violências³. A relevância das informações obtidas neste estudo deve-se à ênfase na necessidade de se implantar um sistema de informações sobre vítimas de causas externas, que são atendidas e liberadas, que possa trazer subsídios para a melhoria na saúde pública.

As informações propiciam o aprofundamento da análise da situação vigente na área da saúde e de outros fenômenos contemporâneos da nossa sociedade, que interferem nesse setor.

É fundamental saber quais são as pessoas mais vulneráveis às causas externas e as razões para tal, conhecendo-se desde as que vivem em situação de risco, como as vítimas de lesões mais leves. São necessárias ações integrais, tanto por parte do setor da saúde, como as intersetoriais, envolvendo áreas afins, para o equacionamento desta problemática.

Em síntese, esta pesquisa pretende contribuir para a ampliação do conhecimento sobre o perfil das vítimas de acidentes e violências. Também se espera que o perfil epidemiológico identificado na pesquisa auxilie na elaboração de políticas públicas com a missão de estabelecer prioridades, metas e ações adequadas à magnitude do problema.

Até a realização desta pesquisa, não havia no município de Araras, estudos que aprofundassem o perfil de vítimas por causas externas apenas utilizando-se do serviço, sem precisar da internação.

Esse quesito é importante para elaborar um diagnóstico que incluísse dados de morbidade referente a vítimas atendidas e liberadas. Foi encontrada mais facilidade do que dificuldades para a realização da pesquisa de campo.

As FAA representam uma ótima fonte complementar de informações para a vigilância em saúde, monitoramento de agravos de relevância epidemiológica e avaliação do desempenho de serviços de saúde.

Tendo em vista que, não foram encontrados outros estudos que tenham utilizado a transcrição de dados registrados nas FAA, para uma ficha de Vigilância Epidemiológica (FCVE), a comparação com resultados de outras pesquisas ficou dificultada ou prejudicada. Replicar este estudo em outros PS seria recomendável tanto para análise quantitativa de preenchimento dos itens como para traçar os perfis das vítimas que são atendidas e a seguir liberadas.

Em relação aos itens (como chegou e onde ocorreu o evento) que tiveram um preenchimento mínimo, recomendamos a inclusão obrigatória desses itens nas FAA. Seu preenchimento poderia ficar a cargo da escrituraria juntamente com os dados de identificação da vítima.

Os tipos de causas externas, também, precisam ser melhorados quanto ao preenchimento tanto do ponto de vista quantitativo como qualitativo. Tal como nos bancos de dados de morbidade hospitalar (internações) do Sistema de Internação Hospitalar do Sistema de Saúde (SIH/SUS), poderiam ser criados dois campos obrigatórios. Um para o diagnóstico principal (lesão, envenenamento e outras causas) e o outro, para o diagnóstico secundário (tipo de causa externa).

Finalizando esta pesquisa foi uma contribuição para a ampliação do conhecimento sobre o atendimento hospitalar a acidentes e violência, em pronto socorro, e sobre a qualidade dos dados nele existentes. Espera-se o perfil epidemiológico identificado na pesquisa auxilie os formuladores de políticas públicas na sua nobre missão de estabelecer prioridades, metas e ações adequadas para a promoção do bem-estar dos cidadãos.

6 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS Organização Mundial da Saúde. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde, décima revisão. 2ª ed. São Paulo, EDUSP, 1995.
2. Melione LPR. Morbidade Hospitalar por Causas Externas no Sistema único de Saúde em São José dos Campos, SP [Dissertação de Mestrado]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública de Universidade de São Paulo; 2003.
3. Mesquita Filho M. Vítimas de Causas Externas Atendidas em Serviço de Urgência e Emergência – Subsídios ao Desenvolvimento de Sistema de Informações [Tese de Doutorado]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2003.
4. [OMS] Organização Mundial da Saúde. Manual de Vigilância das lesões. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; 2004.
5. Mello Jorge MHP. Situação atual das estatísticas oficiais relativas à mortalidade por causas externas. Revista Saúde Pública 1990; 24:217-23.
6. Gawryszewski VP, Koizumi MS, Mello Jorge MHP. As causas externas no Brasil no ano 2000 : comparando a mortalidade e a morbidade. Cadernos de Saúde Pública 2004; 20:109-118.
7. WHO 2000b. World Health Organization. Injury pyramide. Available from URL: www.who.int/violence_injury_prevention/injury/injurypyramid.htm
8. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JÁ, Zwi AB, Lozano R, editors. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002.

9. CDC – NCHS 2001. Center for Disease Control and Prevention – National Center for Health Statistic. Hyattsville, Maryland, 2001. Available from: URL: www.cdc.gov/nchs/fastats/injury.htm
10. Demetriades D, Murray J, Sinz B, Myles D, Chan L, Sathyaragiswaran L et al. Epidemiology of major trauma and trauma deaths in Los Angeles County. J am coll surg oct 1998;187:373-83.
11. Mello Jorge MHP, Gawryszewski VP, Latorre MRD. I Análise dos dados de mortalidade. In: Mello Jorge MHP, Laurenti R. Acidentes e Violência no Brasil. Revista de Saúde Pública, 1997; 31(supl.): 5-25.
12. Gawryszewski VP, Mello Jorge MHP, Koizumi MS. Mortes e internações por causas externas entre os idosos no Brasil: o desafio de integrar a saúde coletiva e atenção individual. Revista da Associação Medica Brasileira 2004; 50(1): 97-103.
13. Gawryszewski VP, Mello Jorge, MHP. Mortalidade violenta no município de São Paulo nos últimos 40 anos. Revista Brasileira Epidemiologia 2000; 3(1-3):50-69.
14. Gawryszewski VP, Hidalgo NT, Valencich DMO. A queda nas taxas de homicídios no Estado de São Paulo e apresentação dos dados de mortalidade por causas externas em 2004. Bol Epidemiol Paul 2005; 2(21): 11-3.
15. Ministério da Saúde. Informações de saúde [acessado no dia 02 de dezembro de 2005, para informações do ano 2005] Disponível em <http://portalsaude.gov.br>
16. WHO 2000d. World Health Organization. Injury pyramide. Available from: URL: www.who.int/violence_injury_prevention/injury/injurypyramid.htm

17. Iunes RF. Impacto econômico das causas externas no Brasil: um esforço de mensuração. *Revista de Saúde Pública* 1997; 31(S4): 38-46.
18. Mello Jorge MHP, Koizumi MS. Gastos governamentais do SUS com internações hospitalares por causas externas: análise no Estado de São Paulo 2000. *Revista Brasileira Epidemiologia* 2004; 7(2): 228-238.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Portaria MS/GM nº 737 de 16 de maio de 2001. Publicado no DOU nº 96.Seção 1e.Legislação de Saúde nº 8 – de 18/05/01: 62 p. Brasília; 2001.
20. Brasil. MS 2000b. Ministério da Saúde – DATASUS – Ministério da Saúde ?SE/Datasus – Sistemas de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS,1999. Disponível em URL: [http:// www.datasus.gov.br/cgi/sim/dxmap.htm](http://www.datasus.gov.br/cgi/sim/dxmap.htm)
21. National Center For Injury Prevention and Control (NCIPC) – Injury fact book 2001- 2002. 1ª ed. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention (CDC); 2001.
22. Bwibo NO, Children and accidents.*Epidemiology and prevention. Tropical and geographical medicine* 1993;45(5):223-6.
23. Oliveira LR. Subsídios para a implantação de um Sistema de Vigilância de Causas Externas no Município de Cuiabá/MT – Universidade São Paulo – Faculdade Saúde Pública 2006 – Tese de Doutorado.
24. Mello Jorge MPH, Koizumi MS, Gawryszewski VP, Villela WV – Sub projeto do Projeto “Contribuição do setor saúde no atendimento às vítimas e prevenção da violência” [relatório – processo FAPESP nº 01/02768-6] São Paulo.2004.

25. Brasil. MS. Ministério da Saúde – DATASUS – Ministério da Saúde/SE/datasus – Sistemas de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS [acessado durante o dia 21 de Fevereiro de 2007]. Disponível em URL: <http://www.datasus.gov.br/cgi/sim/dxmap.htm>
26. Almeida Filho N & Rouquayrol MZ . Introdução à epidemiologia.3ed.Rio de Janeiro,Medsi,2002,293p.
27. Deslandes SF, Silva MFP – Análise da mortalidade hospitalar por acidentes de trânsito em hospitais públicos do Rio de Janeiro,RJ, Brasil. Revista de Saúde Pública 34,2000,p.367-72.
28. Machado JMN, Gómez CM – Acidentes de trabalho: uma expressão da violência social. Cadernos de Saúde Pública 10(supl.1):1994,p.74-86.
29. Andrade SM. Acidentes de transporte terrestre em Londrina-Paraná: análise das vítimas, dos acidentes e das fontes de informação [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 1998.
30. Mesquita Filho M. A morbidade por acidentes de trânsito em Pouso Alegre, Minas Gerais [dissertação de mestrado]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo;1998.
-

7 - ANEXOS

Anexo 1

Vigilância Epidemiológica de Acidentes e Violências no Estado de São Paulo
Estudo Multicêntrico - ficha de coleta de dados

Hospital:

1. Grajaú 3. HC Ribeirão Preto 5.1 Stª. Casa Ortopedia 5.3 Stª. Casa Ps Infantil 6.
 2. Pedreira 4. HC FMUSP 5.2 Stª. Casa PS Central 5.4 Stª Casa DOGI Data ____/____/____

Identificação	Registro ou número de identificação _____
	Sexo: <input type="checkbox"/> 1. Masc. <input type="checkbox"/> 2. Fem. <input type="checkbox"/> 9. Ignorado Idade _____ Data de Nascimento ____/____/____
	Cor ou Raça: <input type="checkbox"/> 1. Branca <input type="checkbox"/> 2. Preta <input type="checkbox"/> 3. Parda <input type="checkbox"/> 4. Amarela <input type="checkbox"/> 5. Indígena <input type="checkbox"/> 9. Ignorado
	Profissão: _____ Distrito ou município de residência: _____
	Escolaridade: <input type="checkbox"/> 1. Analfabeto <input type="checkbox"/> 2. 1º Grau <input type="checkbox"/> 3. 2º Grau <input type="checkbox"/> 4. Superior <input type="checkbox"/> 8. Não se aplica <input type="checkbox"/> 9. Ignorado
Como chegou ao hospital	<input type="checkbox"/> 1. Andando / ônibus <input type="checkbox"/> 2. Veículo particular <input type="checkbox"/> 3. Polícia <input type="checkbox"/> 4. Resgate / ambulância
	<input type="checkbox"/> 5. Helicóptero <input type="checkbox"/> 6. Outros (especificar) _____ <input type="checkbox"/> 9. Ignorado

Informações Sobre o Acidente ou Violência.

Local de ocorrência do evento:	<input type="checkbox"/> 1. Casa <input type="checkbox"/> 2. Escola <input type="checkbox"/> 3. Via Pública (rua) <input type="checkbox"/> 4. Via Pública (rodovia)
	<input type="checkbox"/> 5. Local de trabalho <input type="checkbox"/> 6. Bar <input type="checkbox"/> 7. Evento Esportivo <input type="checkbox"/> 8. Outro _____ <input type="checkbox"/> 9. Ignorado
Acidentes	(Importante não deixe sem preencher)
	Ac. Transporte: <input type="checkbox"/> 1. Ocupante do veículo <input type="checkbox"/> 2. Motociclista <input type="checkbox"/> 3. Pedestre / atropelamento <input type="checkbox"/> 4. Ciclista <input type="checkbox"/> 5. Outros (especificar) _____
	Queda: <input type="checkbox"/> 6. Própria altura <input type="checkbox"/> 7. Queda do leito/sofá/berço <input type="checkbox"/> 8. Queda em ou de Escada <input type="checkbox"/> 9. Outras Alturas (especificar) _____
	Queimaduras: <input type="checkbox"/> 10. fogo <input type="checkbox"/> 11. Substância / objeto quente
	Outros acidentes: <input type="checkbox"/> 12. Sufocação <input type="checkbox"/> 13. Afogamento <input type="checkbox"/> 14. Intoxicação acidental <input type="checkbox"/> 15. Corpo estranho <input type="checkbox"/> 16. Instrumento cortante/Perfurante <input type="checkbox"/> 17. Queda de objetos sobre a pessoa <input type="checkbox"/> 18. Impacto acidental contra objeto ou pessoa <input type="checkbox"/> 19. Mordida de cão <input type="checkbox"/> 20. Acidente C/ Máquinas <input type="checkbox"/> 21. Outros _____
	Violença
	Agressão / homicídio: <input type="checkbox"/> 22. Agressão física / espancamento <input type="checkbox"/> 23. Instrumento cortante (FAB, faca etc.) <input type="checkbox"/> 24. Arma de fogo (FAF) <input type="checkbox"/> 25. Violência sexual <input type="checkbox"/> 26. Outros _____
Suicídio / tentativa <input type="checkbox"/> 27. Envenenamento / intoxicação de substâncias <input type="checkbox"/> 28. Arma de Fogo <input type="checkbox"/> 29. Outros _____	
Suspeita de maus tratos: <input type="checkbox"/> 30. Negligência / abandono <input type="checkbox"/> 31. Violência psicológica	
Intencionalidade ignorada ou não informado: <input type="checkbox"/> 99 Ignorado	
Agressor (somente para as vítimas de agressão): <input type="checkbox"/> 1. Familiar <input type="checkbox"/> 2. Conhecido <input type="checkbox"/> 3. Desconhecido	

Lesões	Considerar somente o diagnóstico principal
	Natureza da Lesão: <input type="checkbox"/> 1. Fratura <input type="checkbox"/> 2. Entorse / Luxação <input type="checkbox"/> 3. Corte, perfuração, laceração <input type="checkbox"/> 4. Contusão <input type="checkbox"/> 5. Queimadura <input type="checkbox"/> 6. TCE <input type="checkbox"/> 7. Lesão em órgãos internos do abdome <input type="checkbox"/> 8. Lesão em órgãos internos do tórax <input type="checkbox"/> 9. Lesão em vasos sanguíneos (hemorragias) <input type="checkbox"/> 10. Lesão em nervos <input type="checkbox"/> 11. Intoxicação <input type="checkbox"/> 12. Não há lesão <input type="checkbox"/> 13. Outros _____ <input type="checkbox"/> 99. Ignorado
Parte do Corpo Atingida	(MARCAR MAIS DE UM SEGMENTO, SE NECESSÁRIO)
	<input type="checkbox"/> 1. Cabeça / face / pescoço <input type="checkbox"/> 2. Tórax <input type="checkbox"/> 3. Abdome e quadril <input type="checkbox"/> 4. Coluna / medula <input type="checkbox"/> 5. Membros superiores <input type="checkbox"/> 6. Membros inferiores <input type="checkbox"/> 7. Não se aplica <input type="checkbox"/> 9. Ignorado

Tipo de Saída: 1. Alta 2. Internado / transferido para outro hospital 3. Óbito 4. Evasão 9. Ignorado Data ____/____/____

Observações: _____

Anexo 2

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



IRM. DR. SANTA CASA MIS. DE RARARS
C.N.P.J. 44.215.341/0001-50
PRAÇA DR. NARCISO COMES, 49
RARARS - S. P.

NÚMERO/ORDEM :
 Cód. UNIDADE :
 MATRÍCULA :
 DATA ATEND. :
 HORÁRIO :

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME _____
 EST. _____ R.G. _____ DATA NASC. _____ SEXO MASC. FEM.
 END. _____
 BAIRRO _____
 MUNICÍPIO _____ Cód. MUNICÍPIO 0361

TIPO DE ATENDIMENTO

URGÊNCIA / EMERGÊNCIA PRIMEIRA CONSULTA CONSULTA RETORNA

ATEND. NO ANO NA UNIDADE ACID. DE TRABALHO (COMUNICAR CAT.)

TIPO	ID.	P.R.
1. PROCED.	ESPEC.	2. PROCED.
4. PROCED.	ESPEC.	5. PROCED.
		3. PROCED.
		6. PROCED.

MOTIVO DO ATENDIMENTO E DESCRIÇÃO DO EXAME CLÍNICO

EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS / SOLICITADOS

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

CONCLUIÇÃO

Anexo 3

