

Vigilância de violências e acidentes em serviços sentinelas de urgência e emergência

Viva Inquérito – Capitais e Distrito Federal, Brasil, 2011

Introdução

As lesões decorrentes de acidentes (traumas no trânsito, envenenamento, afogamento, quedas, queimaduras, entre outros) e violências (agressões, homicídios, suicídios ou tentativas, abusos físicos, sexuais, psicológicos e negligência) representam, no Brasil, a terceira causa de morte entre crianças de 0 a 9 anos de idade, passando a ocupar a primeira posição na população de adultos jovens (10 a 39 anos), decrescendo para a sexta posição entre os idosos (60 ou mais anos de idade).¹ É comum que as vítimas sejam atingidas por sequelas permanentes ou não, que podem resultar em incapacidade para o trabalho ou outras atividades rotineiras e absenteísmo, gerando custos com o pagamento de pensões e tratamentos de saúde, o que torna esses agravos um importante problema de Saúde Pública.^{2,3} Por este motivo, as causas externas (acidentes e violências) tornaram-se objeto de vigilância e prevenção em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), sob a coordenação do Ministério da Saúde.

O Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva)⁴ é constituído por dois componentes: I Vigilância de violência doméstica, sexual e/ou outras violências interpessoais (Viva Sinan); e II Vigilância de violências e acidentes em unidades de urgência e emergência (Viva Inquérito). A notificação é compulsória para ambos os componentes em situações de violências envolvendo crianças, adolescentes, mulheres e idosos, conforme determinam as Leis de nº 8.069/1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente),⁵

nº 10.778/2003 (Notificação de Violência contra a Mulher)⁶ e nº 10.741/2003 (Estatuto do Idoso).⁷

Destaca-se que a vigilância de violências e acidentes não se detém a somente obter informações sobre o comportamento desses agravos. Ela tem o objetivo de subsidiar ações de enfrentamento dos determinantes e condicionantes das causas externas em uma perspectiva intersetorial e com base no direito à saúde e à vida, incentivando a formação de redes de atenção e proteção às pessoas vítimas de violências e acidentes, buscando, dessa forma, garantir atenção integral às vítimas, promoção da saúde e cultura de paz.⁸

Histórico da vigilância de violências e acidentes em serviços sentinelas de urgência e emergência

O Ministério da Saúde implantou o sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva) em 2006, com o objetivo de analisar a tendência das violências e acidentes e descrever o perfil das vítimas de violências (interpessoais ou autoprovocadas) e de acidentes (trânsito, quedas, queimaduras, entre outros) atendidas em unidades de urgência e emergência selecionadas. O Viva Inquérito foi realizado nos anos de 2006 e 2007, a partir de quando passou a ser periódico, tendo sido realizado em 2009 e 2011.

No ano de 2006, a pesquisa foi realizada em 65 serviços selecionados de 34 Municípios e no Distrito Federal, abrangendo 23 unidades da Federação, totalizando 46.795 atendimentos registrados. Em 2007, o número de serviços passou para 82 unidades de urgência e emergência distribuídas em 35 Municípios e no Distrito Federal, em um total de 24 unidades da Federação, com uma amostra de 59.683 atendimentos.

Em 2009, a pesquisa incluiu 136 serviços de urgência e emergência situados no Distrito Federal, capitais de Estados e Municípios selecionados, os quais já haviam participado dos inquéritos anteriores, com uma amostra de 54.531 atendimentos. Nesse ano, foram acrescentados Municípios dos estados do

Espírito Santo, Mato Grosso, Rio Grande do Sul e Santa Catarina, para permitir a comparação entre capitais e Municípios do interior dos Estados. Ainda em 2009, a pesquisa realizada em Teresina-PI abrangeu todas os serviços de urgência e emergência da rede pública, enquanto em Campinas-SP foram incluídas todas as unidades de urgência e emergência para permitir um comparativo entre os serviços públicos e privados.

Viva Inquérito 2011: 24 capitais e Distrito Federal

Em 2011, o VIVA Inquérito foi realizado em 24 capitais, no Distrito Federal (DF) e em 11 municípios selecionados, durante um período de 30 dias consecutivos entre setembro e outubro, em turnos de 12 horas selecionados mediante sorteio probabilístico.

Nas capitais e no DF, a pesquisa ocorreu em 71 serviços habilitados para o atendimento de urgência e emergência no âmbito do SUS. A população de estudo foi composta pelas vítimas de causas externas que procuraram atendimento nos serviços de urgência e emergência incluídos no estudo.

Entre os municípios selecionados, dois não conseguiram executar o inquérito devido a questões locais relacionadas a aspectos técnico-operacionais e

de gestão: Manaus-AM e Sorocaba-SP. Mantiveram-se as localidades que já haviam sido convidadas a participar do inquérito em anos anteriores.

Os atendimentos foram classificados em dois grupos: violências; e acidentes. Foram consideradas as definições constantes da 10ª Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), referentes ao capítulo XX – Causas externas de morbidade e mortalidade.

Excluindo-se os casos com tipo de ocorrência não informada (n=40; <0,01%), foram registrados 47.455 atendimentos, dos quais 42.958 (90,5%) devidos a causas acidentais e 4.497 (9,5%) classificados como eventos resultantes de violência. Os indivíduos do sexo masculino representaram a maior proporção de atendimentos, variando de 64,2% para os acidentes a 70,3% para as violências. Entre os atendimentos por acidentes, a faixa etária mais prevalente foi a de 20 a 39 anos (39,3%), seguida do estrato de 40 a 59 anos (18,8%). As pessoas de 20 a 39 (56,9%) anos de idade foram as vítimas mais acometidas por violências. Crianças (0 a 9 anos) e idosos (≥60 anos) apresentaram, proporcionalmente, maior frequência entre os atendimentos por acidentes (15,7% e 8,3%, respectivamente) do que por violências (4,1% e 3%). Atendimentos envolvendo pessoas com cor da pele parda e branca apresentaram maior frequência para

© 1969. Ministério da Saúde.

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

Comitê editorial

Jarbas Barbosa da Silva Jr. (editor geral), Sônia M. F. Brito, Marcus Quito, Cláudio Maierovitch P. Henriques, Deborah C. Malta, Dirceu B. Greco, Guilherme Franco Netto, Elisete Duarte, Eunice de Lima, Marta Roberta Santana Coelho, Carlos Estênio Freire Brasilino.

Equipe editorial

Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviço/SVS/MS: Deborah Carvalho Malta (editora científica), Gilmara Lima Nascimento e Luciana M. V. Sardinha (editoras assistentes) e Alisson Leandro Aragão Meneses (secretário executivo).

Colaboradores

Alice Cristina Medeiros das Neves (DANTPS/SVS), Ana Amélia Galas Pedrosa (SMS/Teresina/PI), Anna Paula Bise Viegas

(DANTPS/SVS), Márcio Dênis Medeiros Mascarenhas (DANTPS/SVS), Marta Maria Alves da Silva (DANTPS/SVS), Otaliba Libânio de Moraes Neto (UFG), Regina Tomie Ivata Bernal (DANTPS/SVS), Rosane Aparecida Monteiro (USP).

Distribuição impressa e eletrônica

Núcleo de Comunicação/SVS

Revisão de texto

Ermenegildo Munhoz Junior

Diagramação

Fred Lobo (Nucom/SVS)

Normalização

Coordenação-Geral de Documentação e Informação/Editora MS

ambos os tipos de evento, porém a proporção de pessoas com pele parda e preta foi maior entre as violências (55,3% e 17,2%, respectivamente) do que entre os acidentes (50,6% e 14,2%). Quanto à escolaridade, a maior proporção de atendimentos por acidentes foi observada

entre os indivíduos que referiram ter concluído de 9 a 11 (31,0%) e 5 a 8 (26,6%) anos de estudo. Entre os atendimentos por violência, as maiores proporções também foram identificadas entre aqueles com 5 a 8 (31,8%) e 9 a 11 (28,8%) anos de estudo (Tabela 1).

Tabela 1 – Atendimentos por violências e acidentes em serviço sentinelas de urgência e emergência em 24 capitais e no Distrito Federal. Brasil, setembro a outubro de 2011

Características	Acidentes (n=42.958)		Violências (n=4.497)		TOTAL (n=47.455)	
	n	%	n	%	n	%
Sexo						
Masculino	27.904	64,2	3.181	70,4	31.085	64,8
Feminino	14.975	35,7	1.306	29,4	16.281	35,1
Sem informação	79	0,1	10	0,2	89	0,2
Faixa etária – ciclos da vida (em anos)						
0-9	7.057	15,7	181	4,1	7.238	14,6
10-19	7.665	17,7	809	17,4	8.474	17,7
20-39	16.999	39,3	2.578	56,9	19.577	40,9
40-59	7.789	18,8	746	17,4	8.535	18,7
60 e mais	3.308	8,3	130	3,0	3.438	7,8
Sem informação	140	0,3	53	1,2	193	0,4
Raça/cor						
Branca	12.573	32,7	990	25,0	13.563	32,0
Preta	5.615	14,2	762	17,2	6.377	14,4
Amarela	779	1,6	70	1,3	849	1,6
Parda	23.531	50,6	2.616	55,3	26.147	51,0
Indígena	262	0,6	27	0,6	289	0,6
Sem informação	198	0,4	32	0,6	230	0,4
Escolaridade (em anos de estudo)						
0-4	11.169	25,4	991	21,9	12.160	25,1
5-8	11.089	26,6	1.413	31,8	12.502	27,1
9-11	13.337	31,0	1.322	28,8	14.659	30,8
12 e mais	2.805	6,6	224	5,4	3.029	6,5
Não se aplica ^a	3.035	7,1	65	1,2	3.100	6,6
Sem informação	1.523	3,3	482	10,9	2.005	4,0

Fonte: Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde.

a) Quando a vítima era pessoa com idade inferior a seis anos ou portadora de deficiência mental grave.

As vítimas de acidentes utilizaram mais frequentemente o veículo particular (52,2%) e unidades de assistência pré-hospitalar (24,5%) como meios de locomoção para chegar ao hospital. Entre as vítimas de violência, os meios de locomoção mais utilizados foram unidades de assistência pré-hospitalar (37,2%) e veículo particular (36,8%) (Figura 1).

Entre os tipos de ocorrência mais frequentes, lideraram as quedas (30,9%), seguidas por acidentes de transporte (26,2%) e agressões (8,4%). Outros acidentes (sufocação; corpo estranho; afogamento; envenenamento/intoxicação; ferimento por objeto perfurocortante; ferimento por arma de fogo; acidentes com animais; quedas de objetos sobre

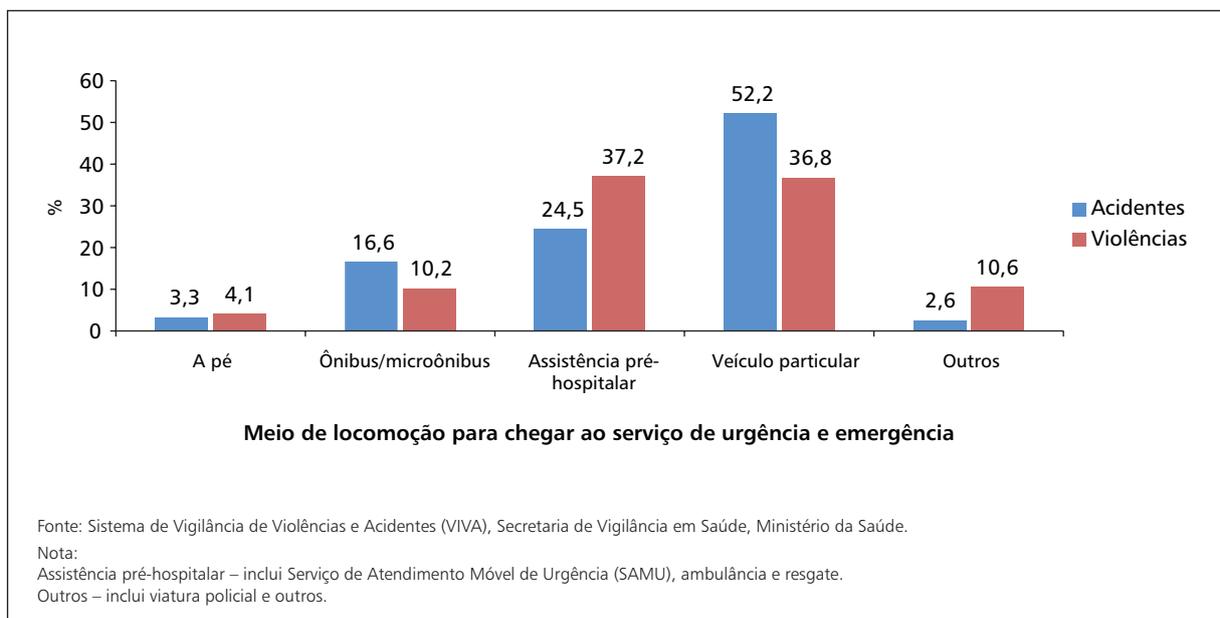


Figura 1 – Distribuição de atendimentos por violências e acidentes em serviços sentinelas de urgência e emergência, segundo meio de locomoção por tipo de ocorrência, em 24 capitais e no Distrito Federal, Brasil, 2011.

pessoa; choque contra objetos/pessoas; entorse; compressão dentro/entre objetos) corresponderam a 31,6% das ocorrências (Figura 2).

Os eventos acidentais foram mais frequentes no período diurno, aumentando a partir das 6 horas até atingir o primeiro pico por volta das 11 horas. Verifica-se maior frequência de acidentes no período

da tarde, seguindo assim até 21h aproximadamente. Ou seja, no período diurno, os eventos acidentais apresentaram maior ocorrência. Os eventos violentos, embora com tendência de aumento em sua frequência durante o dia, apresentaram proporção de ocorrência superior aos acidentes durante a noite e madrugada, com frequência máxima por volta das 24h (Figura 3).

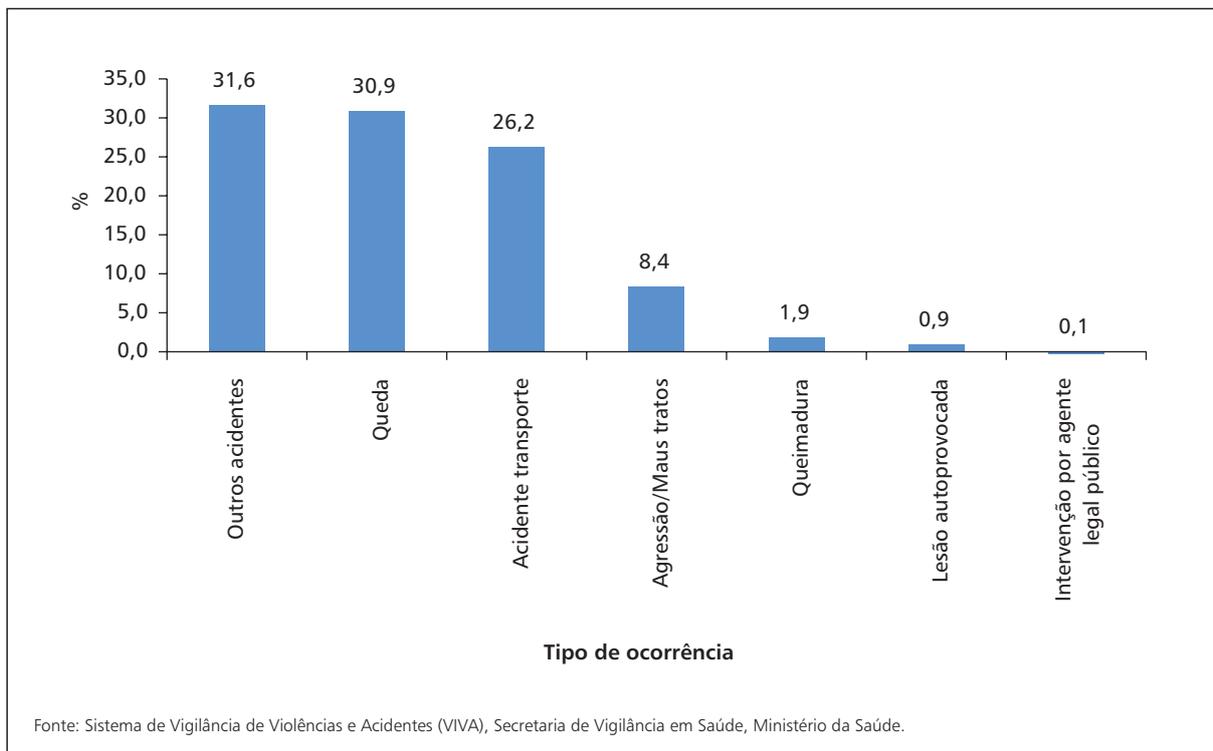


Figura 2 – Distribuição de atendimentos por violências e acidentes em serviços sentinelas de urgência e emergência, segundo tipos de ocorrência, em 24 capitais e no Distrito Federal. Brasil, 2011.

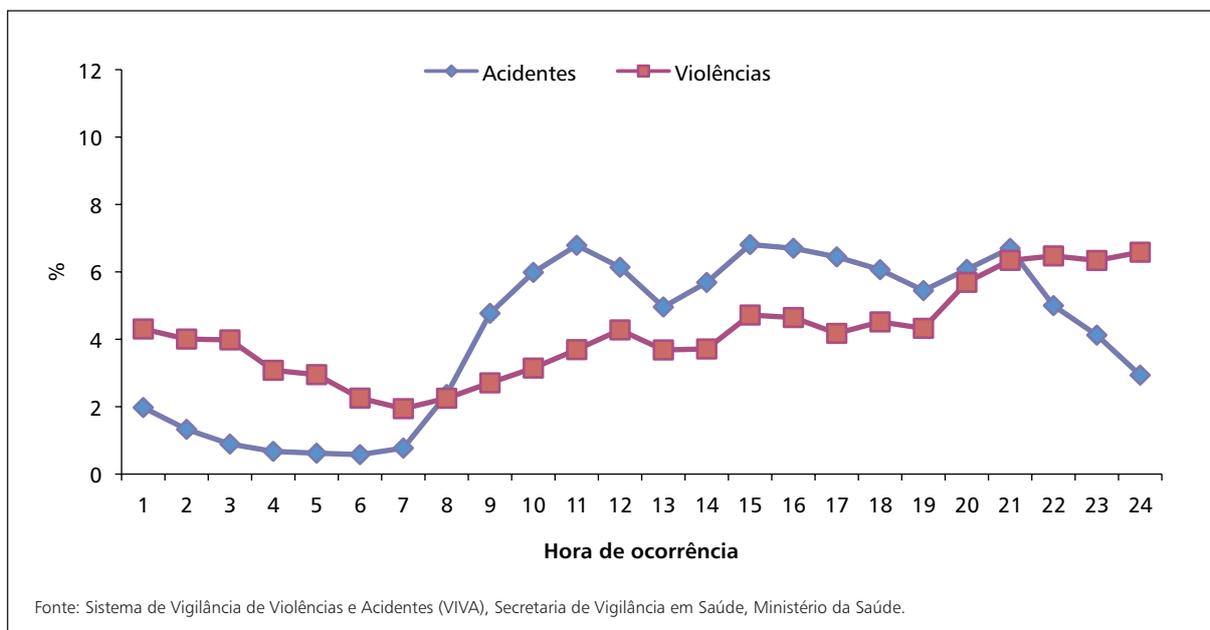


Figura 3 – Distribuição de atendimentos por violências e acidentes em serviços sentinelas de urgência e emergência, segundo hora de ocorrência, em 24 capitais e no Distrito Federal. Brasil, 2011.

Quanto ao dia do atendimento, percebeu-se que a maior frequência de atendimentos ocorreu durante o sábado e o domingo, quando as proporções de atendimentos decorrentes de violência superaram os atendimentos por causas acidentais. Ao contrário, durante o período que vai de segunda-feira a sexta-feira, a frequência de atendimentos por eventos acidentais foi superior à frequência observada para os atendimentos resultantes de violências (Figura 4).

A proporção de atendimentos de pacientes vítimas de causas externas que haviam recebido atendimento prévio em outros serviços de urgência e emergência foi de 0,7% em Boa Vista-RR e 0,9% em Florianópolis-SC. As capitais onde se percebeu maior frequência de atendimento prévio para as vítimas de causas externas foram Belo Horizonte-MG (7,4%) e Porto Alegre-RS (9,2%) (Figura 5).

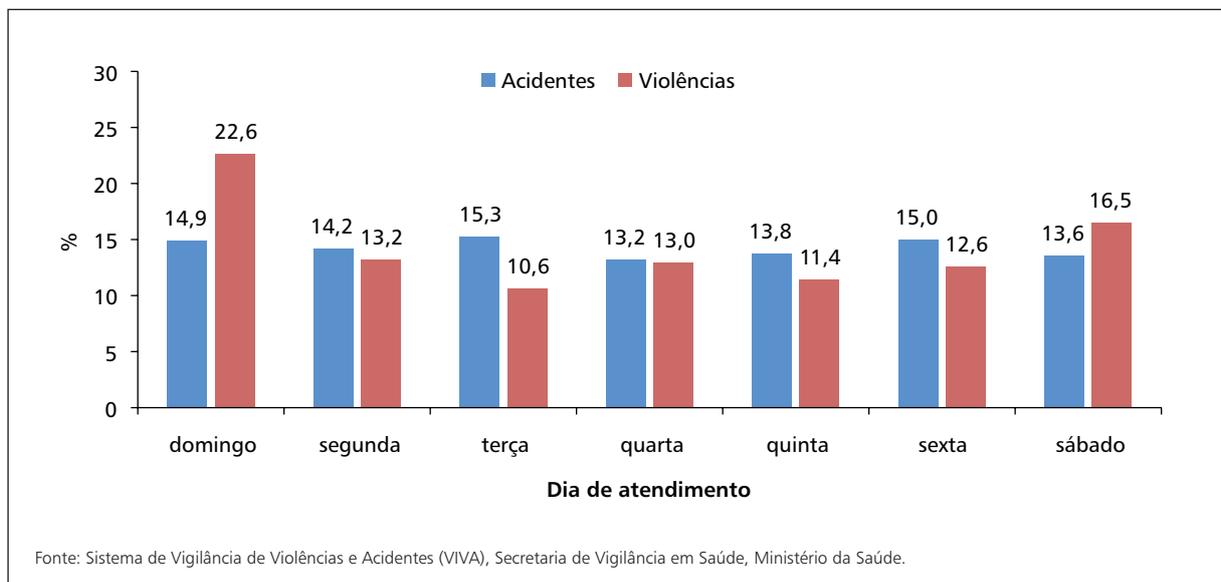


Figura 4 – Distribuição de atendimentos por violências e acidentes em serviços sentinelas de urgência e emergência, segundo dia de atendimento, em 24 capitais e no Distrito Federal. Brasil, 2011.

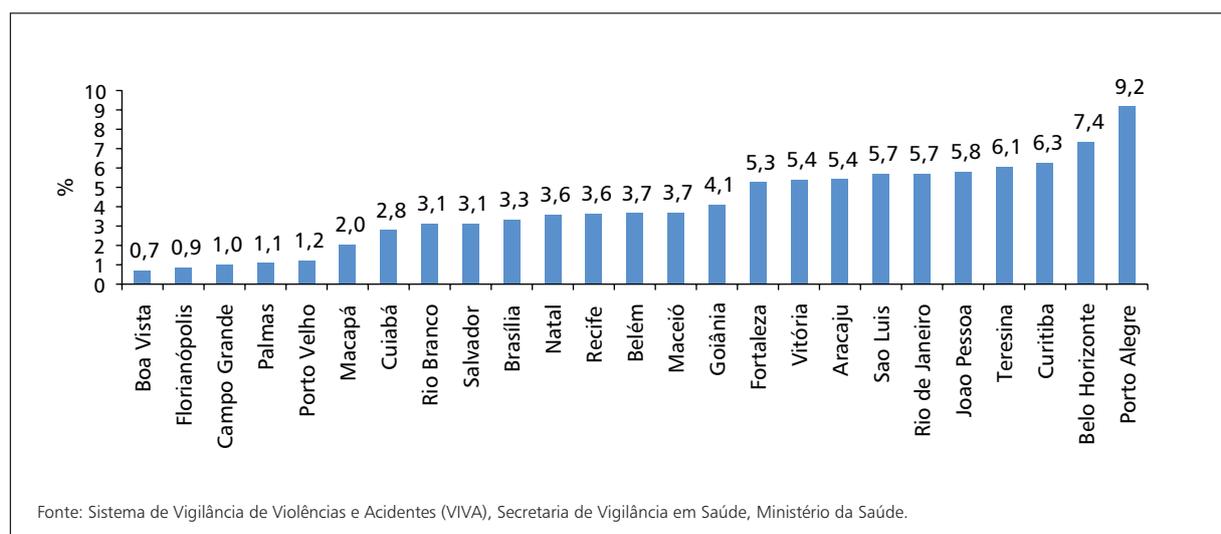


Figura 5 – Distribuição de atendimentos por violências e acidentes em serviços sentinelas de urgência e emergência segundo o atendimento prévio em outro serviço em 24 capitais e no Distrito Federal. Brasil, 2011.

Considerações finais

Os acidentes e as violências representam a terceira causa de morte na população geral e a primeira na população de 1 a 39 anos de idade. Esses agravos causam grande impacto sobre a saúde das pessoas, provocando lesões, causando adoecimento ou mortes. Em muitas situações, as vítimas podem ter sequelas temporárias ou permanentes, que se refletem no absenteísmo, no aumento dos custos com o pagamento de pensões, auxílio-doença e tratamentos de saúde.

O Ministério da Saúde, além da implementação das ações de vigilância e divulgação dos resultados do Viva, tem buscado, continuamente, o desenvolvimento de ações de enfrentamento das violências. Essas ações têm sido implementadas e articuladas pelas Secretarias de Estado e Secretarias Municipais de Saúde, por meio da Rede de Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde, implantada pela Portaria GM/MS nº 936, de 18/05/2004.

Esses esforços do SUS demonstram que o objetivo final do Viva é desenvolver ações de vigilância e prevenção de violências e acidentes, de promoção da saúde e da cultura de paz, de atenção e proteção às pessoas em situação de violência, embasado nos dados dos próprios serviços de saúde, para que os articuladores de políticas públicas possam realmente conhecer e atender às necessidades da população brasileira. O Viva é, pois, uma importante ferramenta de gestão na construção de políticas públicas saudáveis e integrais, que possibilitem a não violação de direitos humanos.

Referências

1. World Health Organization. Injuries. [cited 2011 jul 19]. Available from: <http://www.who.int/topics/injuries/en/>
2. Ministério da Saúde (Brasil); Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
3. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria MS/GM n. 737, de 16 de maio de 2001. Dispõe sobre a política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências. Diário Oficial da União. 2001 maio 18.
4. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de análise de situação de saúde. Viva: Vigilância de violências e acidentes: 2008 e 2009. Brasília; Ministério da Saúde, 2010.
5. BRASIL. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União. 1990. jul 13.
6. BRASIL. Lei n. 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Diário Oficial da União. 2003 nov 25.
7. BRASIL. Lei n. 10.741, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União. 2003 out 3.
8. Gawryszewski VP, Silva MMA, Malta DC, Mascarenhas MDM, Costa VC, Matos SG, Morais-Neto OL, Monteiro RA, Gazal CC, Magalhães ML. A proposta da rede de serviços sentinela como estratégia da vigilância de violências e acidentes. *Ciência & Saúde Coletiva* 2007; 11 Supl.: 1269-78.