

**ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE  
VITÓRIA – EMESCAM  
MESTRADO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E DESENVOLVIMENTO LOCAL**

**LETÍCIA TEIXEIRA CORRÊA**

**ACIDENTES E VIOLÊNCIAS EM UM HOSPITAL DO SUL DO ESPÍRITO SANTO:  
DISCUTINDO MORBIDADES E FATORES ASSOCIADOS À LUZ DA POLÍTICA  
NACIONALDE REDUÇÃO DA MORBIMORTALIDADE POR ACIDENTES E  
VIOLÊNCIAS**

**VITÓRIA, ES**

**2022**

LETÍCIA TEIXEIRA CORRÊA

**ACIDENTES E VIOLÊNCIAS EM UM HOSPITAL DO SUL DO ESPÍRITO  
SANTO: DISCUTINDO MORBIDADES E FATORES ASSOCIADOS À LUZ DA  
POLÍTICA NACIONAL DE REDUÇÃO DA MORBIMORTALIDADE POR  
ACIDENTES E VIOLÊNCIAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia, EMESCAM, como requisito para a obtenção do grau de Mestra em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Luciana Carrupt Machado Sogame

**Co-Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Roberta Ribeiro Batista Barbosa

**Área de concentração:** Políticas Públicas, Saúde, Processos Sociais e Desenvolvimento Local.

**Linha de Pesquisa:** Políticas de Saúde, Integralidade e Processos Sociais.

VITÓRIA, ES

2022

Dados internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
EMESCAM – Biblioteca Central

---

C824a Corrêa, Letícia Teixeira  
Acidentes e violências em um hospital do sul do Espírito Santo : discutindo morbidades e fatores associados à luz da Política Nacional de Redução da Morbimortabilidade por acidentes e violências / Letícia Teixeira. Corrêa - 2023. 71 f.: il.

Orientadora: Profa. Dra. Luciana Carrupt Machado Sogame

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local  
– Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória,  
EMESCAM, 2023.

1. Mortalidade – acidentes – violência. 2. Morbidade – unidade hospitalar (ES). 3. Política de Saúde. 4. Serviços hospitalares.. I. Sogame, Luciana Carrupt Machado. II. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM. III. Título.

CDD 304.640981

---

**LETÍCIA TEIXEIRA CORRÊA**

**ACIDENTES E VIOLÊNCIAS EM UM HOSPITAL DO SUL DO ESPÍRITO  
SANTO: DISCUTINDO MORBIDADES E FATORES ASSOCIADOS À LUZ DA  
POLÍTICA NACIONAL DE REDUÇÃO DA MORBIMORTALIDADE POR  
ACIDENTES E VIOLÊNCIAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia, EMESCAM, como requisito para a obtenção do Grau de Mestra em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovada em 30 de março de 2022

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Luciana Carrupt Machado Sogame  
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória  
(Orientadora)

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Roberta Ribeiro Batista Barbosa  
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória  
(Coorientadora)

---

Prof. Dr. César Albenes de Mendonça Cruz  
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória  
(Membro interno)

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Gracielle Karla Pampolim Abreu  
Universidade Federal do Pampa – UNIPAMPA  
(Membro externo)

Dedico a meus pais pelo cuidado, carinho, amor e todo apoio, vocês são o motivo e fonte de toda minha inspiração

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus minha eterna gratidão, por sempre ter estado ao meu lado e me sustentado, por me permitir superar os desafios com muita simplicidade, seriedade e fé.

A meus pais, meu irmão, minha cunhada, minha avó e meus tios, sempre estiveram ao meu lado me apoiando durante meus estudos e ao cultivo de bons valores. Agradeço muito a vocês, meu porto seguro, fazem da minha vida alegria mesmo em dias difíceis, cansativos. Amo muito vocês!

Ao meu tio Eli Nunes Corrêa, que infelizmente entrou para a estatística da violência, quero deixar registrado o quanto você faz falta por aqui, e que jamais será esquecido por nós, sua família, ficará eternizado também por meio dessas linhas e em meu coração. Te amamos para sempre!

A minha sobrinha Manoela que ainda está a caminho, você mesmo que ainda dentro da barriga da sua maezinha já transbordou nosso lar de alegria e amor, obrigado por ter chegado por aqui, já lhe amamos muito.

A minha equipe de trabalho que atuei durante quase todo meu mestrado no hospital Santa Casa de Misericórdia Cachoeiro, e a minha atual equipe deposito aqui minha gratidão, vocês sempre depositaram confiança no meu trabalho, nos meus estudos e a cada dia através de atos pude ver alegria e companheirismo de todos que ali estavam.

Aos meus amigos que sempre me incentivaram no decorrer de toda minha vida acadêmica, confiando no meu potencial, em especial minha amiga e irmã de coração Cristiane Bittencourt, meu amigo de longas datas e jornadas Lucas José Fiório, aos amigos de estudos e viagem que fizeram meus dias produtivos e felizes, Juliana, Gilbania, Glauco e Beth. Agradeço aos demais colegas de classe que me ajudaram a crescer como profissional e pessoa.

Ao hospital Santa Casa de Misericórdia Cachoeiro que me possibilitou oportunidade de desenvolver esse processo através de seu banco de dados, fonte de informações

dessa pesquisa, e oportunidade de agregar novas experiências.

A Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Vitória (EMESCAM) que ao longo dessa jornada por meio dos professores dessa instituição me estimularam aos estudos e ao cultivo de bons valores éticos desde o primeiro dia de aula.

A minha professora e coorientadora Dra. Roberta Ribeiro Batista Barbosa, pela contribuição em todas as etapas, suas considerações e sugestões fizeram a diferença para que eu pudesse continuar minha caminhada, jamais irei esquecer todo cuidado, atenção e profissionalismo durante a análise dos dados, foi uma alegria muito grande poder tê-la nesse projeto.

A minha professora e orientadora querida, Dra. Luciana Carrupt Machado Sogame, que Deus não poderia ter me concedido melhor, meu exemplo de dedicação, suas orientações sempre assertivas, incentivando, mostrando minhas deficiências que necessitavam serem melhoradas, sem a qual essa conclusão seria impossível.

A todos os pacientes que tive o prazer de contribuir em seu processo de recuperação e minha atuação profissional, são por eles todo meu esforço, em especial meu respeito e gratidão a todos os participantes desta pesquisa, sem eles nada disso seria possível. Agradeço imensamente a todos que contribuíram diretamente e indiretamente em todos esses anos que pra mim foram ímpares, a oportunidade de crescimento profissional e pessoal, simplesmente fizeram toda a diferença para que eu pudesse chegar até aqui.

Posso dizer que não foram fáceis, muitas coisas aconteceram no meio do caminho, mas Deus sustentou a todo o momento, então a Ele toda a honra, toda a glória e minha eterna gratidão, por ter me concedido a realização de um grande sonho.

A Deus toda a honra, e toda glória, sem Ele jamais chegaria até aqui, obrigada senhor por ter me segurado pela mão em todos os momentos.

Muito obrigada com todo amor e carinho.

“Não considere seus estudos como uma obrigação, mais como uma oportunidade invejável de aprender o desconhecido”.

Albert Einstein

## RESUMO

O surgimento dos acidentes e violências no Brasil, originados por fatores inerentes do ponto de vista das relações sociais, impulsionou a necessidade da criação de estratégias e ações do sistema de saúde que foram direcionadas para a resolução dos decorrentes agravos à saúde e morbimortalidade das vítimas. Diante disso, a pesquisa objetivou analisar os fatores associados a complicações hospitalares de pacientes vítimas de acidentes ou violências no hospital referência em trauma do sul do Espírito Santo à luz da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Desenvolveu-se um estudo de coorte retrospectiva de 317 vítimas admitidas, no período de julho 2018 a dezembro de 2018, na Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim (SCMCI). Coletou-se as seguintes informações: sexo, idade, causas da admissão, tipo de acidente, tipo de violência, origem, local da internação, nível de consciência, tipo de intervenção, natureza da cirurgia, tipo de cirurgia, desenvolvimento de complicações hospitalares, tipos de complicações, local do desenvolvimento da complicação hospitalar, alta e óbito. Para associação do perfil sociodemográfico com o desenvolvimento de complicações (desfecho) durante a internação hospitalar foi utilizado o teste de Qui-Quadrado ou o Exato de Fisher, foi adotado nível de significância de  $p < 0,05$  com intervalo de confiança de 95% (IC 95%) para todas as análises. Todas as informações foram registradas em formulário próprio elaborado para esse fim. Quanto aos resultados da pesquisa, verificou-se, no perfil de admissão na SCMCI, que a maioria eram adultos (65%), do sexo masculino (72,6%), oriundos do Polo Cachoeiro (74%), sendo ocorrências de predomínio acidental (85%), dentre os tipos de acidentes, 53% foram por quedas, seguidas pelos acidentes de transporte terrestre (32%). Dentre os tipos de violência, os espancamentos representaram 36%, seguidos pelas agressões (29%). A maioria dos pacientes apresentaram nível neurológico preservado (86%), com indicação de internação nas unidades de enfermarias (81%), as vítimas necessitaram de procedimentos e intervenção (92%), em sua grande maioria, cirúrgicas (64,7%). Do total da amostra, 29 vítimas evoluíram a óbito (9%), sendo a ocorrência mais evidenciada os óbitos das internações nas Unidades de Terapia Intensiva. A associação com o desenvolvimento das complicações hospitalares com  $p < 0,05$  foram encontradas em vítimas que apresentavam alterações do nível

neurológico, os tipos de intervenção (clínica/cirúrgica), a utilização da ventilação mecânica invasiva e o desfecho do paciente (alta/óbito). Sendo assim, existe a necessidade do desenvolvimento de ações que visem diminuir a ocorrência dos acidentes e violência, devido a essas ocorrências, por si só, já são marcadores de morbimortalidade, em virtude da gravidade das lesões. Portanto, é necessário obter um olhar diferenciado para a região e o contexto apresentado, partindo da análise de políticas públicas locoregionais.

**Palavras-chave:** Causas Externas. Mortalidade. Serviço Hospitalar. Política de Saúde.

## ABSTRACT

The emergence of accidents and violence in Brazil, originated by inherent factors from the point of view of social relations, drove the need to create strategies and actions of the health system that were directed to the resolution of the resulting health problems and morbidity and mortality of victims. Therefore, this research aimed to analyze the factors associated with hospital complications of patients who were victims of accidents or violence in the reference hospital for trauma in southern Espírito Santo in the light of the National Policy to Reduce Morbidity and Mortality from Accidents and Violence. A retrospective cohort study of 317 victims admitted, in the period from July 2018 to December 2018, at Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim (SCMCI) was developed. The following information was collected: gender, age, causes of admission, type of accident, type of violence, origin, place of hospitalization, level of consciousness, type of intervention, nature of surgery, type of surgery, development of hospital complications, types of complications, place of hospital complication development, discharge and death. For association of the sociodemographic profile with the development of complications (outcome) during hospital stay, the chi-square test or Fisher's exact test was used, and a significance level of  $p < 0.05$  with a 95% confidence interval (95% CI) was adopted for all analyses. As for the results of the research, the profile of admission to the SCMCI showed that most were adults (65%), male (72.6%), from the Cachoeiro Pole (74%), and predominantly accidental occurrences (85%), among the types of accidents, 53% were caused by falls, followed by land transport accidents (32%). Among the types of violence, beatings represented 36%, followed by assaults (29%). Most patients had neurological level preserved (86%), with indication of hospitalization in the wards units (81%), the victims needed procedures and intervention (92%), mostly surgical (64.7%). Of the total sample, 29 victims died (9%), the most common occurrence being deaths in the Intensive Care Units. The association with the development of hospital complications, with  $p < 0.05$ , was found in victims who presented neurological level changes, the types of intervention (clinical/surgical), the use of invasive mechanical ventilation and the patient's outcome (discharge/death). Thus, there is a need to develop actions aimed at reducing the occurrence of accidents and violence, since it is in itself a marker of morbidity and mortality, due to the severity of the injuries. Therefore, it is necessary to have a different look at the region and the context presented, starting with the analysis

of locoregional public policies.

**Keywords:** External Causes. Mortality. Hospital Service. Health Policy.

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição de óbitos por tipos de causas externas no Espírito Santo entre os anos de 2001 a 2019.....	45
Gráfico 2 - Distribuição de óbitos por tipos de causas externas no Sul do Espírito Santo entre os anos de 2001 a2019.....	45
Gráfico 3 - Distribuição percentual de atendimentos por acidentes e violências em serviços sentinelas de urgência e emergência, segundo tipo de ocorrência, em 23 capitais de estadosbrasileiros e no Distrito Federal (2017) .....	47

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil Sociodemográfico das vítimas atendidas por acidentes e violências no Hospital Santa Casa de Misericórdia Cachoeiro, no período de julho a agosto de 2018.....	42
Tabela 2 – Tipos de acidentes e violências de vítimas atendidas no Hospital Santa Casa de Misericórdia Cachoeiro, no período de julho a agosto de 2018.....	46
Tabela 3 - Dados das internação das vítimas de acidentes e violência atendidas no Hospital Santa Casa de Misericórdia Cachoeiro, no período de julho a agosto de 2018 .....	49
Tabela 4 - Associação das variáveis de internação com as complicações das internações dos pacientes atendidos no Hospital Santa Casa de Misericórdia Cachoeiro, no período de julho a agosto de 2018.....	50

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

SUS	Sistema Único de Saúde
TABNET	Tecnologia da Informação a Serviço do SUS
ATT	Acidentes de Transporte Terrestre
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
SESA	Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
PDR	Plano Diretor de Regionalização do Espírito Santo
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
ECG	Escala de Coma de Glasgow
EMESCAM	Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgênero
MV (SOUL MV)	Sistema de informação hospitalar
SCMCI	Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim
VMI	Ventilação Mecânica Invasiva
VNI	Ventilação Mecânica não Invasiva
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
SDSN	<i>Sustainable Development Solutions Network</i>
ONU	Organização das Nações Unidas
ES	Espírito Santo
PNRMAV	Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CTB	Código de Trânsito Brasileiro
VIVA	Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>17</b>
<b>2 METODOLOGIA.....</b>	<b>25</b>
2.1 LOCAL DO ESTUDO DA PESQUISA DE CAMPO.....	25
2.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA DE CAMPO .....	26
<b>2.2.1 Critérios de inclusão e exclusão .....</b>	<b>25</b>
2.3 MÉTODO/PROTOCOLO DA PESQUISA DE CAMPO .....	27
<b>2.3.1 Perfil sociodemográfico das vítimas de acidentes e violência .....</b>	<b>27</b>
<b>2.3.2 Variáveis do atendimento das vítimas de acidentes e violências internadas no hospital SCMCI.....</b>	<b>27</b>
2.4 ASPECTOS ÉTICOS .....	28
2.5 ANÁLISE DE DADOS .....	29
<b>2.5.1 Análise descritiva .....</b>	<b>28</b>
<b>2.5.2 Análise inferencial.....</b>	<b>28</b>
<b>3 POLÍTICA NACIONAL DE REDUÇÃO DA MORBIMORTALIDADE POR ACIDENTES E VIOLÊNCIAS .....</b>	<b>29</b>
3.1 MONITORIZAÇÃO DA OCORRÊNCIA DE ACIDENTES E VIOLÊNCIAS ...	33
3.2 SISTEMATIZAÇÃO, AMPLIAÇÃO E CONSOLIDAÇÃO DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR.....	34
3.3 ASSISTÊNCIA INTERDISCIPLINAR E INTERSETORIAL ÀS VÍTIMAS DE ACIDENTES E DE VIOLÊNCIAS.....	36
3.4 REDE ASSISTENCIAL E A CAPACITAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE E O SISTEMA DE VIGILÂNCIA DE VIOLÊNCIAS E ACIDENTES (VIVA).....	36
3.5 REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA (RUE).....	39
<b>4 ACIDENTES E VIOLÊNCIAS EM UM HOSPITAL DO SUL DO ESPÍRITO SANTO .....</b>	<b>42</b>
4.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DAS VÍTIMAS ATENDIDAS NO HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA CACHOEIRO.....	42
4.2 ASSISTÊNCIA ÀS VÍTIMAS INTERNADAS NO HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA CACHOEIRO .....	48
4.3 ASSOCIAÇÃO DAS VARIÁVEIS DE INTERNAÇÃO COM AS COMPLICAÇÕES DAS INTERNAÇÕES DOS PACIENTES ATENDIDOS NO HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA CACHOEIRO.....	49

<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>54</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>58</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>64</b>
APÊNDICE A - FORMULÁRIO PARA IDENTIFICAÇÃO DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO. DE VÍTIMAS DE ACIDENTES OU VIOLÊNCIA.....	64
APÊNDICE B FORMULÁRIO PARA IDENTIFICAÇÃO PERFIL, TIPO DE TRANSPORTE, ASSISTÊNCIA PRÉ HOSPITALAR DAS VÍTIMAS DE ACIDENTESOUVIOLÊNCIA E DESFECHO A ÓBITOS .....	65
APÊNDICE C - CARTA DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA.....	67
<b>ANEXOS .....</b>	<b>68</b>
ANEXO A - ESCALA DE COMA DE GLASGOW .....	67
ANEXO B- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP .....	69

## 1 INTRODUÇÃO

Os acidentes e violência, também conhecidas como causas externas, representam, no Brasil, grande parte das internações hospitalares, e são compreendidas como um grave problema de saúde pública devido à morbimortalidade que estes ocasionam nos indivíduos. Os acidentes, segundo Sogame, Machado e Duarte Neto (2021), estão ligados a eventos não intencionais e evitáveis, podendo gerar lesões físicas ou emocionais, e ocorrem em ambientes doméstico, sociais, no trabalho, no trânsito, na escola, nos esportes e até mesmo, durante momentos de lazer.

Enquanto a violência no ponto de vista social pode ser compreendida considerando as inter-relações humanas entre pessoas, famílias, grupos, classes e nações, com o intento de prejudicar, ferir, mutilar ou matar o outro, estas agressões estão correlacionadas a aspectos físicos, psicológicos, ou até mesmo, espirituais (MINAYO, 2007).

Os acidentes e as violências compõem lesões provocadas por eventos de transporte, homicídios, agressões, afogamentos, quedas, envenenamentos, queimaduras, suicídios, lesões provocadas por circunstâncias ambientais (SOARES *et al.*, 2020).

Os acidentes e violências figuram entre os principais problemas de saúde pública e não só no Brasil como no mundo, e representam um importante desafio para o padrão de morbidade da população, devido a necessidade de suporte dos serviços médico-hospitalares e em função do alto índice de internações e sequelas físicas temporárias ou até mesmo permanente (BRASIL, 2021). Em 2002, no Brasil, os traumas decorrentes de acidentes e violência representavam a principal causa de morte e incapacidades em indivíduos na faixa etária de 5 a 29 anos (LENTSCK; SATO; MATHIAS, 2019). Com o tempo, a incidência continuou em ascensão, sendo possível identificar, no ano de 2005, 127.633 óbitos por acidentes e violências, posteriormente foi verificado 131.032 óbitos em 2007, 138.697 em 2009 e, em 2011, esse número representou um total de 145.842 (BRASIL, 2021a). Em 2014 este aumento persiste,

chegando a um total de 156.942 e em 2017, 158.657 óbitos (BRASIL, 2021b). De acordo com Soares, Bermudez e Merchan-Hamann (2021), em 2017, os óbitos por acidentes e violência no Brasil equivalem a 12,3%, valores superiores se comparados a outros países como: as Américas (9,5%), Ásia (8,5%), África (7,5%) e Europa (5,6%).

De acordo com o boletim epidemiológico da Secretaria de Saúde do Estado do Espírito Santo, estatisticamente, os resultados dos acidentes e violências vem ocupando um relevante destaque no ranking da mortalidade, sendo que, a partir do ano de 2015, passaram a ocupar o terceiro lugar (ESPÍRITO SANTO, 2019). Conforme os dados disponíveis no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), em 2017, ao se comparar o total de mortalidade por acidentes e violências no estado do Espírito Santo com o total de mortalidade da região sudeste, percebe-se que o índice de óbitos por acidentes e violências foi de 3.782, correspondendo a um percentual de 6,88% em relação a mortalidade total da região, seguindo em 2018 de 3.409 (6,44%) e em 2019 de 3.302 (6,33%) (BRASIL, 2021c).

Segundo o boletim epidemiológico de 2019, no ano de 2018 verificou-se, como grupo vulnerável para mortalidade em vítimas de acidentes e violência no estado do Espírito Santo, os indivíduos com idades entre 05 a 49 anos, tendo atingido um percentual de 14,39%. Destacam-se os óbitos por acidentes e violências entre indivíduos jovens, com faixa etária de 15 a 19 anos e de 20 a 29 anos, representando respectivo percentual de letalidade geral entre os jovens entre 81,6 e 73,2% da população entre os casos notificados (ESPÍRITO SANTO, 2019).

Em um mesmo recorte de tempo, a região Sul do estado do Espírito Santo apresentou mortalidade por acidentes e violências em 2006 de 78,52/100 mil habitantes, e em 2011 teve um aumento para 85,18/100 mil habitantes e, em 2016, houve um pequeno aumento de óbitos a cada 100 mil habitantes, chegando a 87,39/100 mil (ESPÍRITO SANTO, 2017). Porém, realizando uma análise comparativa dos períodos de 2006, 2011 e 2016, por todas as causas na tábua geral de mortalidade, representou uma taxa de 13,11%, 13,49% e 13,37%, respectivamente, ou seja, uma mínima variação neste intervalo de tempo e com poucas variações na mortalidade (ESPÍRITO SANTO, 2017).

Segundo o boletim epidemiológico da secretaria estadual de saúde do Espírito Santo os acidentes e violências no ano de 2018 ocupavam o terceiro lugar no ranking das cinco principais causas de óbito no estado do Espírito Santo, a região sul representava a cada 100 mil habitantes no período, sendo o mais prevalente, sendo os acidentes de transporte (27,89%), seguido por homicídios (20,96%) e quedas (18,83%) (ESPÍRITO SANTO, 2019).

Entende-se que, tanto os acidentes quanto a violência refletem nas questões de ordem social, no que se refere a violência, podemos dizer que a mesma ocasiona diversidades nas relações sociais, desenvolve padrões de exploração, dominação, opressão e dissemina, no meio social, prejuízos na saúde, estando presente principalmente na população de cor/raça parda e preta, pertencentes aos segmentos empobrecidos da sociedade e moradores das periferias (TRUGILHO, 2020).

De acordo com o IPEA (2018), na população brasileira, indivíduos de 01 a 49 anos, sofrem com impactos provocados pelas causas externas. Os homicídios se destacaram entre os sujeitos jovens, negros e do sexo masculino e representaram, no Brasil, no ano de 2016, um total de 62.517 vítimas, conforme levantamento do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) (IPEA, 2018). Além da maior ocorrência em indivíduos do sexo masculino (61,5%), a Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinelas de Urgência e Emergência (Viva Inquérito) constatou que, no ano de 2017 a faixa etária prevalente das pessoas vitimadas pela violência estava entre 20 e 59 anos (59,2%) e com características raciais negras (69,7%). Comparativamente à população atendida por violência e por acidentes destaca-se em indivíduos com idade inferior a 10 anos de idade (15,4% e 7,8%) e mais de 60 anos de idade (11,1% e 3,7%), e pela menor participação de indivíduos que pertencem a alguma população em situação de vulnerabilidade (BRASIL, 2017).

As ocorrências provocadas pelos acidentes e violência ocasionam agravos à saúde, impactando na qualidade de vida dos indivíduos e de seus familiares, acarretando ônus direto ao setor econômico e ao setor de saúde (DESOUZA *et al.*, 2018). Observa-se graves consequências no ponto de vista psicológico, social e funcional das vítimas

de acidentes e violência, visto que, as lesões decorrentes dessas causas influenciam no convívio social, como também, em aspectos funcionais na execução das atividades da vida diária.

Para Minayo (2007), a ocorrência dos acidentes e violências, no que se refere às sequelas causadas, repercutem com altos custos emocionais e financeiros com a utilização do sistema de saúde, aumento dos gastos com emergência, assistência e reabilitação e custos sociais, devido às necessidades de aparato dos cofres públicos por motivo de afastamentos no trabalho. Desse modo, entendemos que, tanto a violência quanto os acidentes são problemas de saúde pública, que precisam urgente de ações a fim de prevenir, recuperar e reabilitar esses pacientes (MINAYO, 2018; BRASIL, 2002).

Segundo Viana (2013), a violência está presente na sociedade e requer transformação das relações sociais, medidas e ações necessitam ser implementadas com o objetivo de minimizar a opressão, o preconceito, a exploração, e a discriminação em sua totalidade. De acordo com Minayo (2006), para o enfrentamento da violência faz-se necessária a elaboração de políticas e práticas específicas para o setor da saúde, uma vez que estas podem afetar a integridade individual ou coletiva, sendo assim, a violência é um fenômeno sócio-histórico que representa um grave problema de saúde pública. Sendo assim, para Minayo (2018), a elaboração de estratégias e ações no âmbito do Sistema Único de Saúde deve ser vista como prioridade na saúde pública no que se refere a vítimas de violência.

A entrada oficial da violência na pauta do setor saúde no Brasil aconteceu de forma progressiva, inicialmente foram discutidos os principais tópicos como: violência contra a criança e o adolescente, violência de gênero, violência contra a pessoa idosa, violência no trânsito, violência no trabalho, e atualmente a violência de etnia, seguidos da violência contra os portadores de deficiência e pessoas com outras orientações sexuais como: Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgênero (LGBT) (BRASIL, 2001).

Podemos ressaltar ainda, a entrada da violência no setor saúde no Brasil tomou pauta em 2001, após 13 anos da instituição do SUS por meio do Ministério da Saúde que através da PNRMAV sendo considerada uma prioridade na pauta do setor saúde

(BRASIL, 2001; WOH, 1996).

O atendimento que compõe o contexto assistencial de urgência e emergência da maioria das vítimas de acidentes e violências, devido ao fato dos danos causados à saúde física das vítimas, no período de 2008 a 2013, foram responsáveis por mais de 5 milhões de internações hospitalares, com destaque para as causas de origem acidental, que representaram mais de 70% das todas as internações (NERY *et al.*, 2018).

No Brasil, as internações, registradas em 2017, advindas da violência, sejam elas interpessoais ou autoprovocadas, foram 307.367, e desse total, 71,8% das vítimas notificadas eram do sexo feminino, 46,5% eram adolescentes, na faixa etária de 10 a 19 anos, ou jovens adultos, com faixa etária de 20 a 29 anos, sendo que destes, 22,2% foram por lesões auto-provocadas (BRASIL, 2021d). Já ao se considerar os registros de 2018, verificou-se 1.183.884 internações hospitalares em decorrência de acidentes e violências, tendo estas um representativo de 10% de todas as internações hospitalares, sendo as internações mais recorrentes as vítimas de quedas (34,9%), seguidas dos acidentes de transporte terrestre (15,5%) (BRASIL, 2021e).

As internações hospitalares, no Espírito Santo, por acidentes e violências, em 2018, registraram um aumento de 2,04 vezes se comparado com outros períodos, ou seja, aumentaram de 6,560 em 2008 para 14,951 internações em 2018. Esse aumento das internações gerou um significativo aumento dos custos do Sistema Único de Saúde no estado (ESPÍRITO SANTO, 2019).

Os acidentes e violências por sua vez, apresentam muitas vezes graves lesões e com isso a necessidade de intervenções clínicas e dispositivos invasivos para manutenção da vida do paciente, com isso, esses indivíduos ficam mais expostos a riscos de complicações hospitalares, podendo acarretar a maior probabilidade de óbito (ARAUJO *et al.*, 2022).

A assistência hospitalar tem por finalidade proporcionar um suporte básico de vida às vítimas de acidentes e violência, como também, oferecer tratamentos clínicos, cirúrgicos e/ou intensivos, dependendo da gravidade e da necessidade de cada

vítima, com condutas terapêuticas corretivas e/ou preventivas às complicações decorrentes de todo o processo (NERY *et al.*, 2018). Diante do exposto, a presente pesquisa se propõe a responder a seguinte pergunta: Quais os fatores associados ao desenvolvimento de morbidades de pacientes vítimas de acidentes e violências em um hospital de referência em trauma da região do sul do Espírito Santo?

A temática a ser pesquisada parte da necessidade em responder a questionamentos levantados a partir de observações não sistemáticas realizadas ao longo da atuação profissional como Fisioterapeuta assistencial e na gestão da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do hospital Santa Casa de Misericórdia Cachoeiro de Itapemirim-ES.

Considerando-se a presença dos acidentes e violências no cotidiano do Estado do Espírito Santo, e a minha atuação profissional na assistência e na gestão enquanto fisioterapeuta da UTI, tornou-se esta temática o objeto de pesquisa nesta dissertação de mestrado. Destaca-se que os acidentes e violências figuram entre os principais problemas de saúde pública, não só no Brasil como no mundo. De acordo com o DATASUS, no período de janeiro de 2020 a novembro de 2020, as internações hospitalares por causas externas em Cachoeiro de Itapemirim ocuparam o segundo lugar no Estado, ficando atrás somente da Grande Vitória (BRASIL, 2020).

Em 2012, inicio minha trajetória como profissional fisioterapeuta. Uma das primeiras experiências foi na unidade de internação (enfermarias), onde eram admitidos pacientes vítimas de acidentes e violência e, aos finais de semana, realizava plantão no pronto-socorro de em um hospital de grande porte, porta aberta e referência em trauma. Nesse hospital tive a oportunidade de participar do atendimento às vítimas de acidentes e violências, desde a porta aberta no pronto socorro na hora de estabilização dessas vítimas, nas unidades de internação com pacientes mais estáveis, até nas unidades de terapia intensiva com pacientes críticos, onde foi possível observar a necessidade de compreender a atenção das vítimas de acidentes e violências em um aspecto amplo. Inicialmente sem saber ao certo como seria possível, pois eu era recém-formada, mas entendia que o atendimento inicial às vítimas seria primordial para o seu desfecho.

Realizei pós-graduação em Fisioterapia em Terapia Intensiva adulto e como

fisioterapeuta assistencial fui muito feliz em contribuir na recuperação desses indivíduos, trilhei buscando qualificação, cursos, entre outros mecanismos que fortalecessem o conhecimento técnico e habilidades para uma assistência qualificada, e, em 2016, tive a oportunidade de coordenar a UTI deste hospital. Em uma perspectiva de formação e qualificação profissional, realizei a pós-graduação em Regulação e Auditoria em Saúde e passei a compreender que a gestão da assistência tem lugar fundamental para garantir a qualidade assistencial.

No último ano desta pós-graduação tive a oportunidade de buscar conhecimento, e me disponibilizei para viver um sonho e me desafiar e iniciei o mestrado, o que me proporcionou integrar a equipe do corpo docente da graduação de Fisioterapia da Faculdade São Camilo na função de preceptora, sendo esta no campo de estágio no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim, no setor da Unidade de Terapia Intensiva, que até o momento continuo exercendo função de preceptoria.

Considerando esse contexto, a pesquisa foi desenvolvida no hospital Santa Casa de Misericórdia Cachoeiro de Itapemirim (SCMCI), que atende em média 200 pacientes/mês vítimas de causas externas, sendo registrado que, cerca de 80% dos casos são em decorrência de acidentes motocilísticos. Destaca-se que, atualmente, 85% de todos os procedimentos dessa assistência são realizados aos pacientes do SUS e que o hospital é considerado o maior hospital filantrópico que realiza tratamento de trauma no Espírito Santo (HISTÓRIA, 2020).

Aprofundar-se neste campo de conhecimento não se limita somente a identificar os fatores que influenciam a morbimortalidade, como também compreender e discriminar as principais morbidades decorrentes da internação hospitalar, e a repercussão deste cenário na saúde individual, coletiva e os prejuízos na qualidade de vida das vítimas de acidente e violência, sejam danos físicos ou mentais. Observa-se a necessidade de implantações e investimentos no âmbito dos serviços hospitalares, de reabilitação e de saúde mental para oferecer suporte aos indivíduos vítimas de acidente e violência.

Dessa forma, a pesquisa agregará informações e dados ao meio científico, proporcionando, a sociedade local, uma maior conscientização a respeito do assunto,

favorecendo o entendimento do contexto dos fatores que contribuem para morbimortalidade por acidentes e violência e os serviços de saúde ofertados em um hospital do Sul do Espírito Santo, instigando os gestores de saúde a elevar o desempenho em sua administração para lidar com ferramentas da gestão que possibilitem a criação de estratégias e ações implementadas para a solução desses possíveis problemas.

Sendo assim, para responder a pergunta proposta, traçou-se como objetivo geral: analisar os fatores associados a complicações hospitalares de pacientes vítimas de acidentes ou violências no hospital referência em trauma do sul do Espírito Santo à luz da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Como Objetivos Específicos têm-se: conhecer o processo histórico que culminou com a implantação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências e seus desdobramentos na atualidade para a assistência hospitalar. Para isto, os objetivos específicos fundamentam-se em caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico de pacientes vítimas de acidentes e violências; Identificar os tipos de ocorrência dos acidentes e violências e as complicações desenvolvidas durante a internação hospitalar; Associar o perfil sociodemográfico, clínico e os tipos de ocorrência dos acidentes e violências com o desenvolvimento de complicações durante a internação hospitalar de pacientes assistidos no hospital referência em trauma do sul do Espírito Santo.

O resultado da presente dissertação é apresentado em cinco capítulos. O primeiro capítulo é composto por elementos textuais introdutórios ao estudo e os objetivos propostos. O segundo refere-se ao método aplicado para desenvolver e alcançar os objetivos propostos. O terceiro apresenta o processo histórico de construção da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências bem como suas diretrizes, e o quarto capítulo apresenta os resultados da pesquisa de campo realizada no hospital Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro, que caracteriza o perfil e os fatores associados ao desenvolvimento de complicações hospitalares das vítimas de acidentes e violências. Por fim, apresenta-se as considerações finais e as referências bibliográficas utilizadas para escrever essa dissertação.

## 2 METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma pesquisa aplicada, explicativa, quantitativa e é realizado em três momentos: em um primeiro momento foi realizada uma pesquisa bibliográfica utilizando artigos extraídos dos bancos de dados PubMed, Lilacs, Medline a partir dos descritores *External Causes, Mortality, Morbidity e Hospital Care*. O período de busca dos artigos e documentos compreendeu desde o ano de 1970 até 2021, em português, inglês e espanhol.

No segundo momento efetuamos uma classificação dos principais documentos de cunho nacional ou internacional, artigos, leis, portarias, decretos e normas relacionados à Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência. Por fim, o terceiro momento foi caracterizado por uma pesquisa de coorte retrospectiva, por meio de análise de prontuários dos pacientes do hospital da Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim.

De posse dos dados coletados, procedeu-se a organização e análise dos dados para alcance dos objetivos da pesquisa.

### 2.1 LOCAL DO ESTUDO DA PESQUISA DE CAMPO

O estudo foi realizado em um hospital filantrópico de Cachoeiro de Itapemirim, Espírito Santo, referência na prestação de serviços ao paciente vítima de acidente e violência para a região sul do Estado, dessa forma, o contato assistencial ao mesmo ocorre de forma constante. A instituição atende em regime de 24hs a população de 650 mil habitantes e possui 208 leitos destinados às assistências do Sistema Único de Saúde (SUS), especializado em traumatologia. Destaca-se que é o único hospital referência no Sul do Estado do Espírito Santo que presta serviço a rede de urgência e emergência de alta complexidade (HISTÓRIA, 2020).

De acordo a Secretaria de Saúde do Espírito Santo (2011), O Plano Diretor de Regionalização do Espírito Santo (PDR) define que a região sul-capixaba abrange os seguintes municípios, sendo 26 ao todo: Alegre, Alfredo Chaves, Anchieta, Apiacá, Atílio Vivacqua, Bom Jesus do Norte, Cachoeiro de Itapemirim, Castelo, Divino de São Lourenço, Dolores do Rio Preto, Guaçuí, Ibitirama, Iconha, Irupi, Itapemirim, Lúna, Jerônimo Monteiro, Marataízes, Mimoso do Sul, Muniz Freire, Muqui, Piúma, Presidente Kennedy, Rio Novo do Sul, São José do Calçado e Vargem Alta. Esses municípios são agrupados em três regiões para facilitar as ações de saúde pública, a saber:

- a) Polo Cachoeiro que compreende as cidades de Castelo, Cachoeiro de Itapemirim, Atílio Vivacqua, Vargem Alta, Rio Novo do Sul, Muqui, Mimoso do Sul, Jerônimo Monteiro, Apiacá, Presidente Kennedy e Bom Jesus do Norte;
- b) Região do Caparaó que compreende Guaçuí, Alegre, Muniz Freire, Irupi, Lúna, Ibitirama, Divino São Lourenço, Dolores do Rio Preto e São José do Calçado;
- c) Região Metrópole expandida Sul que compreende Marataízes, Alfredo Chaves, Anchieta, Iconha, Itapemirim e Piúma.

O pronto-socorro dispõe de 22 leitos, sendo 3 leitos de urgência, 6 leitos de semi-intensiva e 13 leitos de internação. Os setores de internação clínica e cirúrgica (enfermarias) do SUS dispõem de 115 leitos, e de convênios abrange um total de 17 leitos. A UTI destinada aos pacientes do SUS é composta por 25 leitos, e a de pacientes que utilizam planos de saúde e/ou particular compreende um total de 8 leitos (HISTÓRIA, 2020).

## 2.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA DE CAMPO

O universo da amostra envolveu vítimas de acidentes ou violência admitidos na instituição, no período de julho de 2018 a dezembro de 2018. Inicialmente foram obtidas informações de 348 pacientes e destes, foram elegíveis para a pesquisa 317 pacientes após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão expostos a seguir.

### 2.2.1 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos na amostra sujeitos admitidos no pronto-socorro, vítimas de acidentes ou violência, de ambos os sexos, idade a partir dos 14 anos, devido a contratualização com idade inferior ser em outro hospital do Sul do Estado. Os sujeitos excluídos da pesquisa foram os pacientes cujos prontuários não apresentaram dados informativos necessários, e participantes que foram transferidos para outra instituição durante o período de internação.

### 2.3 MÉTODO/PROTOCOLO DA PESQUISA DE CAMPO

As informações de interesse para a realização da pesquisa foram extraídas do sistema de Informação (SOUL MV), que reúne um conjunto de soluções e aperfeiçoa os dados dos pacientes internados na instituição, concedendo um *status* de Hospital Digital, que possibilitou a visualização dos dados referente à história clínica do paciente, tratamento, com garantia de confiabilidade das informações e segurança dos dados do paciente. Foram coletadas 28 variáveis que estão descritas na ficha de coleta presentes nos Apêndices A e B.

#### 2.3.1 Perfil sociodemográfico das vítimas de acidentes e violência

Inicialmente, foi autorizada a realização da pesquisa através da carta de autorização da instituição coparticipante para realização da pesquisa (APÊNDICE C), e de responsabilidade dos pesquisadores, mediante a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (ANEXO A).

Para caracterizar o perfil dos pacientes vítimas de acidentes ou violências, foram coletados de prontuários informações através de um formulário (APÊNDICE A), sendo registrados os seguintes dados: Sexo (masculino e feminino); Faixa etária/ciclo de vida: Adolescentes (14 aos 19 anos), Adulto (20 aos 59 anos); Idoso (60 a 80 anos); Idoso longevo (a partir de 81 anos); Causas da Admissão (acidente ou violência); Tipo de Acidente (Acidentes terrestres, quedas, outros, não informado); Tipo de Violência (espancamento, vítima de projétil de arma de fogo, vítima de arma branca, intoxicação) e Origem (Polo Cachoeiro, Polo Caparaó, Região Metrópole Expandida do Sul, Outros Municípios ou Estados).

### **2.3.2 Variáveis do atendimento das vítimas de acidentes e violências internadas no hospital SCMCI**

Para caracterizar o perfil das vítimas internadas no hospital foi coletado do prontuário eletrônico as seguintes informações: local da internação (UTI ou Enfermaria); nível de consciência no momento da admissão do paciente (normal ou alterado) por meio do Glasgow<sup>1</sup>; tipo de Intervenção (clínica, cirúrgica); natureza da cirurgia (eletiva ou urgência); tipo de cirurgia (ortopédica, neurológica, abdominal, torácica, combinadas, outros); desenvolvimento de complicações durante a internação (sim ou não); tipos de complicações (respiratórias, cardiovasculares, renais, neurológicas, outras complicações); local do desenvolvimento da complicação (Enfermaria ou UTI); alta e óbito. Todas as informações foram registradas em formulário próprio elaborado para esse fim (APÊNDICE B).

## **2.4 ASPECTOS ÉTICOS**

A instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante da presente pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutado.

O presente estudo faz parte de uma pesquisa primária intitulada “Perfil sociodemográfico e morbidades de vítimas de acidentes e violências no hospital do sul do Espírito Santo: representação de custos hospitalares” apresentada ao comitê de ética (CEP) da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM), sendo aprovado sob o número do parecer: 3.729.410 (ANEXO

---

<sup>1</sup>A Escala de Coma de Glasgow (ECG) consiste em avaliar o nível de consciência de uma pessoa, trata-se de um método bastante confiável e aplicado, sua avaliação é baseada em três parâmetros: abertura ocular, resposta motora e verbal. A abertura ocular é avaliada pelo score de 1 a 4 (1- nenhuma; 2- a dor; 3- a voz; 4- espontânea), resposta motora de 1 a 6 (1- nenhuma; 2- extensão anormal; 3- flexão anormal; 4- movimento de retirada; 5- localiza a dor; 6- obedecer aos comandos), e resposta verbal de 1 a 5 (1- ausente; 2- palavras incompreensíveis; 3- palavras inapropriadas; 4- confusa; 5- orientada), reatividade pupilar (inexistente -2; unilateral -1; bilateral 0). A somatória dos score de todos os parâmetros definirá a escala do paciente, sendo que, de 3 a 8 pontos é considerada grave, com indicação à intubação imediata, 9 a 12 pontos é moderada e de 13 a 15 é leve, valores iguais a 15 foram considerados normais (GUSMÃO; FRAGA, 2016).

A).

Será assegurado o sigilo das informações obtidas mediante a não identificação nominal dos participantes da pesquisa, os quais serão identificados numericamente precedidos pela letra P (P01, P02, etc.). Em todas as etapas do estudo serão respeitadas as normas estabelecidas nas Diretrizes e Normas regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Resolução 466/12, e a guarda das informações ficará sob responsabilidade dos pesquisadores responsáveis durante o período de cinco anos.

## 2.5 ANÁLISE DE DADOS

Os dados quantitativos foram tabulados em planilha do *Software Microsoft Excel* e analisados de forma descritiva e inferencial.

### 2.5.1 Análise descritiva

As informações obtidas foram reportadas de frequências absolutas e relativas para variáveis qualitativas.

### 2.5.2 Análise inferencial

Para associação do perfil sociodemográfico, clínico e os tipos de ocorrência dos acidentes e violências com o desenvolvimento de complicações (desfecho) durante a internação hospitalar foi utilizado o teste de Qui-Quadrado ou o Exato de Fisher se uma ou mais frequência esperada for menor que 5.

Foi adotado nível de significância de  $p < 0,05$  com intervalo de confiança de 95% (IC 95%) para todas as análises.

### **3 POLÍTICA NACIONAL DE REDUÇÃO DA MORBIMORTALIDADE POR ACIDENTES E VIOLÊNCIAS**

O desejo do crescimento econômico da União foi acompanhado, na década de 1960, com a propagação e aumento nos índices de acidentes e violências (GARCIA FILHO; SAMPAIO, 2014). Porém, este crescimento, sem critérios políticos e que parte de um planejamento de forma não categórica, contribuiu com o aumento da desigualdade e da insegurança social, e assim, a criminalidade se torna mais evidente (VIERA, 2019).

A década de 1970 foi marcada pela instabilidade do setor de saúde, e a partir de então, foram necessárias novas medidas de enfrentamento para a realidade emergente, as quais se dão através da implementação da reforma sanitária. O Brasil passou a adotar alternativas para fortalecer o setor público e tornar a saúde um direito do cidadão (ROSA; SAES; ABULAEC, 2012).

O desejo pelo crescimento econômico persistia e, na década de 1980, a busca pela expansão, de forma desenfreada, do setor industrial, favoreceu a transferência da população rural para os grandes centros urbanos, resultando em um crescimento desordenado das periferias e, como consequência disto, há a intensificação da desigualdade social (VIEIRA; DUARTE NETO; SOGAME, 2019). Desse modo, a distribuição populacional acarretou em condições de habitação desigual e favoreceu o aumento da mortalidade ocasionada por acidentes e violências (SMARZARO, 2005), que se tornaram a segunda causa de óbito no país, perdendo somente para as doenças circulatórias, configurando-se assim, um grave problema de saúde pública: (MELLO JORGE; GAWRYSZEWSKI; LATORRE, 1997; MELLO JORGE; KOIZUMI, 2004).

Nesse momento histórico passam-se a discutir estratégias para a diminuição desses registros, isto ocorre durante a VIII Conferência Nacional de Saúde<sup>2</sup> e que, somado a

---

<sup>2</sup>A VIII Conferência foi um marco histórico que envolveram Estados e Municípios, com iniciativa dos movimentos sociais para que estivesse sendo entregue ao congresso os principais documentos visando a Seguridade Social na Constituição Federal do Brasil de 88 e da Lei Orgânica (1990). Nesse momento

criação das Ações Intergradas em Saúde (AIS), enfraqueceram o modelo curativo na década de 1980. Essas ações visavam a universalização do cuidado em saúde, e neste momento iniciava a descentralização da saúde (ROSA; SAES; ABULAEC, 2012). Esse movimento culminou com a implantação do SUS por meio da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990).

De acordo com Gomide *et al.* (2012), o SUS foi organizado visando o cuidado da saúde em níveis de atenção, sendo estes, classificados em: assistência básica, média e alta complexidade aos usuários, objetivando a melhor programação e planejamento das ações e serviços. A política parte do princípio que, quanto mais se investe em prevenção primária, menor será a probabilidade da receita destinada a assistência às vítimas, assim como, a garantia dos processos e demandas que envolvem a proteção dos indivíduos, também será maior (BRASIL, 2002).

No Brasil, com a implantação do SUS, na década de 1990, começou a ser implantado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), coordenado pelo Ministério da Saúde que, em 1994, sofreu reestruturação e virou o Programa Saúde da Família (PSF), criado com o objetivo estratégico de reorientação dos serviços de atenção à saúde, no qual reorganizou-se a prática assistencial, onde foram estabelecidos novos serviços de saúde, bem como a relação de vínculo com a comunidade (BRASIL, 2006).

A promoção de saúde é fundamentada em visar estratégias de comportamentos com ambientes seguros e saudáveis, em mobilizar a sociedade e a mídia, trazendo luz a importância de discutir os acidentes e as violências e com isso fortalecer a implantação das ações intersetoriais relacionadas ao tema (BRASIL, 2002).

A luz dos princípios do SUS<sup>3</sup>, foi homologada a Política Nacional de Redução da

---

histórico preconizou-se a descentralização da saúde, e estabeleceu-se um ampliado conceito de saúde fomentada pela equidade e universalização com base nos problemas da população brasileira. Esses princípios foram traduzidos em todas as políticas públicas de saúde, especialmente políticas no combate a violência (MINAYO, 2018).

<sup>3</sup> Podemos destacar os princípios do SUS como: a universalidade que vem garantir a saúde como um direito de todos e o dever do Estado, independentemente de sexo, raça, ocupação ou outras características sociais ou pessoais; a equidade com objetivo de diminuir as desigualdades e tratar desigualmente os desiguais, investindo melhor onde há maior carência, apesar de todos os indivíduos terem o mesmo direito aos serviços, porém, nem todos são iguais; a integralidade parte do princípio

Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV), por meio da Portaria MS/GM nº 737, de 16 de maio de 2001, publicada no DOU nº 9620 seção 1e, de 18 de maio de 2001 (BRASIL, 2001a). Nesta publicação consta a delimitação de seus objetivos como:

A presente Política Nacional, instrumento orientador da atuação do setor saúde nesse contexto, adota como expressão desses eventos a morbimortalidade devida ao conjunto das ocorrências acidentais e violentas que matam ou geram agravos à saúde e que demandam atendimento nos serviços de saúde (BRASIL, 2002, p. 7).

De acordo com Brasil (2002), podemos citar os princípios básicos que regem a PNRMAV sendo eles:

Saúde como um direito humano fundamental e essencial para o desenvolvimento social e econômico; o direito e o respeito à vida, os valores éticos da cultura, da saúde e a promoção da saúde embasando todos os planos, programas, projetos e atividades de redução da violência e dos acidentes (BRASIL, 2002, p. 24).

A PNRMAV parte do princípio que, quanto mais se investe na prevenção primária, o atendimento às vítimas é menor já que, haverá redução das mesmas (BRASIL, 2002). Para a realização e cumprimento do seu plano foram instituídas diretrizes que visam orientar, ou redefinir as ferramentas operacionais que a tornarão efetiva através de planos, programas, projetos e atividades (BRASIL, 2002). Entre as diretrizes tem-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 à reabilitação;
- capacitação de recursos humanos;

---

em considerar os indivíduos como um todo, atendendo suas necessidades e, para que isto seja possível, é importante a integração de ações e promoção da saúde, tratamento e a reabilitação. Dentro dos princípios ainda podemos destacar os organizacionais, onde podemos citar as formas de concretização do SUS na prática, com a Regionalização e a Hierarquização, os níveis crescentes de complexidade planejados a partir de critérios epidemiológicos, e com definição e conhecimento da população a ser atendida; a Descentralização e Comando Único, nas três esferas de governo, sendo que, no SUS, a responsabilidade pela saúde é descentralizada até o município, ou seja, cada esfera de governo é autônoma e soberana nas suas decisões e atividades, respeitando os princípios e a participação da sociedade, além da participação popular, onde a sociedade deve participar diariamente do sistema, por meio dos Conselhos e das Conferências de Saúde, com estratégias, controle e avaliação da execução da política de saúde (BRASIL, 2018).

- apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (BRASIL, 2002, p. 25).

A seguir apresenta-se como algumas dessas diretrizes foram sendo implantadas para o cumprimento do que está estabelecido na PNRMAV.

### 3.1 MONITORIZAÇÃO DA OCORRÊNCIA DE ACIDENTES E VIOLÊNCIAS

Atendendo ao que é preconizado pelo SUS, a diretriz de monitorização da ocorrência de acidentes e violências tem como meta superar as dificuldades relacionadas à informação relativa das vítimas de acidentes e violências. Com o objetivo de melhorias nesse aspecto, foram adotadas medidas capazes de realizar diagnóstico da incidência de modo contínuo e padronizado, por meio dos Sistemas de Informação Ambulatorial e Hospitalar (SIA e SIH / SUS), que garantem a monitorização e a promoção dos registros das causas externas (BRASIL, 2001b).

No que diz respeito aos registros das ocorrências dos acidentes e violências de forma abrangente, os sistemas de informação, no que se refere à morbimortalidade, é importante ressaltar a monitorização dos seguintes fatores: a promoção de auditoria da qualidade de informação dos sistemas; a elaboração de normas destinadas a padronizar as fichas de atendimento pré-hospitalar e hospitalar, de forma a permitir o fornecimento do perfil epidemiológico do paciente atendido, incluindo tipos de lesões e tipos de causas externas e da identificação do acidente de trabalho (BRASIL, 2001c).

A monitorização das ocorrências de causas externas proporcionou a criação de ações de vigilância epidemiológica, estimulando-se experiências locoregionais e a junção de esforços com o objetivo de potencializar os recursos disponíveis (BRASIL, 2001d). Segundo Silva *et al.* (2017), as ações para este objetivo nasceram por meio da Portaria MS/GM nº 1.356, de 23 de junho de 2006, por meio do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), sendo composto por dois segmentos: Vigilância de Violência Interpessoal e Autoprovocada do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (VIVA/SINAN) e Vigilância de Acidentes em Unidades de Urgência e Emergência (VIVA INQUÉRITO).

No que se refere ao sistema VIVA, o mesmo foi idealizado no ano de 2006 pela Coordenação Geral e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde, em concordância com a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, a Rede Nacional de Núcleos de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde, e a Política Nacional de Promoção da Saúde (SILVA *et al.*, 2017). É importante ressaltar que, o sistema VIVA é uma ferramenta indispensável para a obtenção das informações dos casos de menor gravidade, com informações seguras no que se refere aos vários tipos de violência, sendo estas: doméstica e sexual, a violência autoprovocada, o trabalho infantil e a negligência/abandono, bem como informações sobre os infratores das violências (SILVA *et al.*, 2017). As notificações do sistema VIVA segundo Pinto *et al.* (2020) não registram somente os casos de violência, mas também os casos de acidentes, e com isso, traz a luz, de forma significativa, este cenário dos acidentes e violências, uma virtude de notificar as principais causas de mortalidade no país.

Sendo assim, a cobertura oferecida pelo sistema de notificação permitiu delinear o perfil das vítimas de acidentes e violência, tornando possível o estabelecimento do modelo de Vigilância por inquérito nas urgências e emergências das principais portas de entradas hospitalares, seguindo os critérios técnicos, de gestão e adesão ao projeto VIVA, sejam nas capitais ou nos municípios (BRASIL, 2019).

### 3.2 SISTEMATIZAÇÃO, AMPLIAÇÃO E CONSOLIDAÇÃO DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Com a evolução nas mudanças demográficas, epidemiológicas e sociais que ocorreram em todo mundo, veio a preocupação com a assistência às urgências, e a necessidade de organização dos sistemas a fim de diminuir a morbimortalidade, neste sentido, surgiu também, a necessidade de mudanças na sistematização da assistência, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar (MACHADO; SALVADOR; O'DWYER, 2011).

Ao analisarmos o atendimento pré-hospitalar, podemos citar que houve uma demora na organização para este tipo de atendimento, mesmo com o aumento da mortalidade em decorrência de causas externas. Destaca-se o fato de que estavam relacionadas

as autoridades sanitárias, onde delegaram tal atividade ao Corpo de Bombeiros, sendo este responsável pelas ações de resgate às vítimas (LOPES; FERNANDES, 1999). Entretanto, no ano de 1990, foi implantado o Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma e a Emergência (SIATE), que inspirou, no Brasil, a criação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), o qual até os dias de hoje presta serviço à população (MONTALTI, 2012; SANTOS, 2017).

Com o objetivo de mudar a realidade da organização da assistência à urgências, foi publicada a Portaria GM/MS nº 2.923, em 1998, que determinou investimentos nas áreas de assistência às urgências (hospitalar e extra-hospitalar). No anseio de consolidar o atendimento pré-hospitalar, foi estabelecida a Portaria nº 2.048, de 05 de novembro de 2002, aprovando os princípios e diretrizes dos sistemas estaduais de urgência e emergência, englobando temas como: a elaboração dos Planos Estaduais de Atendimento às Urgências e Emergências, Regulação Médica das Urgências e Emergências, Atendimento Pré-hospitalar, Atendimento Pré-hospitalar Móvel, Atendimento Hospitalar, Transporte Inter-hospitalar e, ainda, a criação de Núcleos de Educação em Urgências (BRASIL, 2002).

É importante destacar que, o SAMU apresenta-se como o principal mecanismo de organização, coordenação e regularização do atendimento pré-hospitalar nacional, subsidiando um sistema regionalizado e hierárquico de saúde. Iniciado no ano de 2003, este serviço representa a vertente de atendimento pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, que tem como propósito melhorar o acesso e a qualidade do atendimento às urgências e emergências médicas no país (MACHADO; BAPTISTA; NOGUEIRA, 2011).

Desde então, o SAMU 192 tem se expandido pelo Brasil, com uma projeção para 140 serviços implantados (TENÓRIO; SCÁRDUA; BARBOSA, 2006). Tal ação garantiu o financiamento e o custeio para a organização e implantação do serviço, assim como de suas Centrais de Regulação Médica e Núcleo de Educação em Urgências nos municípios e estados que atendessem os termos exigidos para o convênio, e com isso, fortaleceu o sistema nacional brasileiro de atendimento às urgências médicas (BRASIL, 2006).

No Espírito Santo (ES), o SAMU foi inaugurado no ano de 2006, porém, somente em 2007, passou a dar assistência a toda população da Região Metropolitana da Grande Vitória (RMGV-ES) (TENÓRIO; SCÁRDUA; BARBOSA, 2006; STORCH, 2007). No ano de 2020, o SAMU 192 ES passou a atuar em todos os 20 municípios da Região Metropolitana do Espírito Santo (ES), e em 2 municípios da Região Sul do ES, totalizando 57,2% da população do Estado do Espírito Santo, na cobertura de 10 Unidades de Suporte Avançado (USAs) e 26 Unidades de Suporte Básico (USBs), além do apoio aeromédico, assistia, há época, aproximadamente, 2.299.740 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2020).

Destacamos que, o município de Cachoeiro de Itapemirim-ES, local da presente pesquisa, passou a contar com a assistência da base do SAMU 192 somente no ano de 2021, por meio do Programa SAMU para todos, do governo do estado (ESPIRITO SANTO, 2021). Este programa, segundo Vieira *et al.* (2020), tinha como objetivo expandir seus serviços a todos os 78 municípios do estado do Espírito Santo, atendendo assim, todo o Estado até o ano de 2021.

Até o presente ano (2022), o programa SAMU para Todos expandiu seus serviços para 71 municípios, atingindo 96,76% da população, aumentando a cobertura para 3.932.762 habitantes (ESPÍRITO SANTO, 2021). Ainda assim, no ano de 2022 o programa não atende 100% da população capixaba.

O SAMU realiza os atendimentos pré-hospitalares destes pacientes que sofrem acidentes ou violências. A falta da abrangência em alguns municípios, atualmente 3,24% da população, causa a demora ou o não atendimento especializado em tempo hábil. Isto pode acarretar em prejuízos à saúde do paciente e dificultar atendimentos posteriores para a equipe que recebe este cidadão no ambiente hospitalar. Esta equipe é descrita abaixo no tópico assistência interdisciplinar e intersensorial (ESPIRITO SANTO, 2021).

### 3.3 ASSISTÊNCIA INTERDISCIPLINAR E INTERSETORIAL ÀS VÍTIMAS DE ACIDENTES E DE VIOLÊNCIAS

A assistência interdisciplinar e intersetorial referem-se a assistência de toda equipe

multidisciplinar que atenderá o paciente no momento da admissão hospitalar. Esta equipe é composta por todos os colaboradores do hospital.

O atendimento interdisciplinar aos pacientes vítimas de acidentes e violências seguirão os mecanismos de informação, orientação e apoio ao paciente e de sua família como sujeitos da ação de recuperação. As equipes que compõe a assistência deverão ser capacitados e orientados, por meio de normas específicas, sobre o tratamento das vítimas de causas externas, com o objetivo de padronizar condutas e garantir a segurança desses indivíduos, e reduzir custos (BRASIL, 2005).

Isto será possível através da base na Rede de assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e de violências, que visa a estruturação e a organização da rede de serviços do SUS, de forma que possa diagnosticar as causas externas entre os indivíduos e acolher demandas, prestando-lhes atenção de qualidade e resolutiva, de forma digna desde o primeiro nível de atenção (BRASIL, 2011; ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2010).

É importante destacar que a partir da instituição da Rede de Atenção às Urgências amplia-se o conceito de saúde e a participação interdisciplinar e intersetorial no atendimento as vítimas de acidentes e violências, portanto, os departamentos de urgência e emergência necessitam de uma assistência qualificada, que seja capaz de dar respostas rápidas, e que facilitem a comunicação e as tomadas de decisões de forma assertiva, uma vez que irão prestar cuidados de acordo com a complexidade técnica exigida pelos pacientes críticos, que são vítimas de causas externas (SILVA *et al.*, 2017).

#### 3.4 REDE ASSISTENCIAL E A CAPACITAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE E O SISTEMA DE VIGILÂNCIA DE VIOLÊNCIAS E ACIDENTES (VIVA)

O processo de desenvolvimento do setor saúde vem quebrando paradigmas e, segundo Minayo *et al.* (2018), faz-se necessário compreender e acompanhar os efeitos gerados pelos acidentes e violências, bem como trazer a luz quais ações políticas e assim como considerar os problemas relacionados aos serviços médicos

hospitalares. Para as vítimas de acidentes e violência que necessitam de hospitalização faz-se necessário considerar a gravidade de suas lesões, dessa forma, é fundamental, por meio da rede de urgência e emergência, obter a compreensão da organização do sistema de saúde (GOMIDE *et al.*, 2012).

De acordo com o item 3.3 desta dissertação, é impreterível que o profissional de saúde que presta assistência ao paciente tenha conhecimento das normativas, protocolos, e todo as diretrizes voltadas para o atendimento. A rede assistencial capacitada presta atenção requerida pelos usuários e também auxilia nas ações de prevenção, tornando-se possível a capacitação dos recursos humanos através da:

promoção de treinamento a informação de vigilância epidemiológica por causas externas; criação da disciplina de emergência nos cursos da área de saúde; complementação curricular para técnicos de enfermagem a serem homologados pelo MEC; implementação de currículo mínimo padronizado, homologado pelo MEC, para a formação de profissionais, voltados ao atendimento pré-hospitalar; capacitação de recursos humanos para atuar na área de prevenção de acidentes e de violências, promoção de comportamentos e ambientes saudáveis, de acordo com as características sociais e culturais; capacitação de conhecimentos e técnicas de educação e comunicação em saúde (BRASIL, 2005a, p. 37-38).

A capacitação desses profissionais deve seguir as recomendações da PNRMAV, assim como suas diretrizes, que reforça a necessidade da capacitação permanente de recursos humanos na saúde para o desenvolvimento da assistência interdisciplinar da população. A capacitação desses profissionais é fundamental na garantia da sobrevivência e redução das sequelas e agravos à saúde ocasionados pelos acidentes ou violências (SOUSA; TELES; OLIVEIRA, 2020).

Podemos destacar, para o fortalecimento da cultura de educação em saúde, a importância do Programa de Pesquisa para o Sistema Único de Saúde (PPSUS) no fortalecimento da Política de Recursos Humanos, e seu apoio ao desenvolvimento dos estudos e pesquisas referentes aos vários aspectos relacionados a acidentes e a violências (BRASIL, 2005b).

O PPSUS visa a gestão compartilhada em saúde, sendo uma iniciativa de descentralização de fomento à pesquisa em saúde nas Unidades Federativas (UF), que promove desenvolvimento científico e tecnológico para atender as peculiaridades

e especificidades, sendo os objetivos do Programa: (1) financiar pesquisas em temas prioritários para a saúde da população de cada UF; (2) contribuir para a redução das desigualdades regionais no campo da ciência, tecnologia e inovação em saúde; (3) promover a aproximação dos sistemas de saúde, ciência e tecnologia locais (BRASIL, 2005c).

Por meio deste programa, no ano de 2018, o grupo de estudos da Rede de Atenção de Urgência e Emergência do Estado do Espírito Santo, do qual faço parte, teve como produto de pesquisa as causas externas e outros acidentes de transportes terrestres, o mesmo foi contemplado por meio do edital FAPES/CNPq/Decit-SCTIE-MS/ SESA Nº 03/2018 – PPSUS, os resultados desta pesquisa podem ser consultados por meio do livro “Geotecnologia no serviço de atendimento móvel de urgência no Espírito Santo: mapeamento para política pública e tomada de decisão” (SOGAME; MACHADO; DUARTE NETO, 2021).

Destaca-se também o papel do Sistema de Vigilância de Violência e Acidentes (VIVA) foi implantado em 2006 com intuito de coletar dados e gerar informações sobre violências e acidentes a fim de criar políticas públicas que possibilite a prevenção de tais fatos (BRASIL, 2014). Este sistema é constituído por dois elementos: I – Vigilância das violências domésticas, sexuais e outras violências interpessoais (VIVA, Sinan) e II – Vigilância de violências e acidentes em unidades sentinela de urgência e emergência (VIVA, Inquérito). Nesta dissertação utilizamos o VIVA para comparar informações. Sendo este um importante instrumento desta pesquisa.

### 3.5 REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA (RUE)

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) corresponde a organização de ações e serviços de saúde, em diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (MENDES, 2011).

Especificamente a Rede de Atenção às Urgências (RAU) tem como objetivo garantir o cumprimento das diretrizes da PNRMAV, e conta com os seguintes componentes: Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde, Atenção Básica em Saúde, SAMU 192 e

suas Centrais de Regulação Médica das Urgências, Salas de Estabilização, Força Nacional do SUS, UPAs 24h e o conjunto de serviços de urgência 24 horas, Hospitalar e Atenção Domiciliar (BRASIL, 2011).

Para atender os indivíduos em diferentes especialidades, a Rede de Urgência e Emergência (RUE) visa oferecer condições de atendimentos aos pacientes vítimas de acidentes e violência nos diversos níveis de complexidade, sejam por meio de intervenções clínicas ou cirúrgicas, traumatológicas, e é composta por diferentes pontos de atenção, de forma a dar assistência as diversas ações no atendimento às urgências, o principal objetivo da RUE está em reordenar a atenção à saúde em situações de urgência e emergência de forma coordenada, qualificada e resolutiva (BRASIL, 2013).

Podemos destacar as seguintes estratégias como prioritárias na RUE:

- Qualificação das portas hospitalares de urgência e emergência e da emergência, estratégias para a RUE;
- Qualificação da atenção ao paciente crítico ou grave por meio da qualificação das unidades de terapia intensiva;
- Organização e ampliação dos leitos de retaguarda clínicos;
- Criação das unidades de internação em cuidados prolongados (UCP) e de hospitais especializados em cuidados prolongados (HCP);
- Qualificação da atenção por meio da organização das linhas de cuidados cardiovascular, cerebrovascular e traumatológica;
- Definição da atenção domiciliar organizada por intermédio das equipes multidisciplinares de atenção domiciliar (Emad) e das equipes multidisciplinares de apoio (Emap);
- Articulação entre os seus componentes. É fundamental a participação de atores de outros segmentos sociais para a proposição de políticas públicas intersetoriais efetivas e eficientes, envolvendo conselhos de saúde, gestores, trabalhadores, prestadores, usuários, conselhos de classe, instituições de ensino, setores da Educação, Segurança Social, Transportes e outros. A seguir, serão apresentadas algumas informações valiosas para a organização da RUE, além de seus componentes e dos aspectos principais dos seus normativos, de forma a orientar os gestores de saúde que desejem implantar/implementar esta rede, bem como trabalhadores, prestadores de serviço e usuários (BRASIL, 2013a, p.14-15).

Para consolidar essas ações de vigilância e prevenção de violências e de promoção da saúde e da cultura da paz no SUS, e para atender o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Vigilância em Saúde, o Distrito Federal e os municípios vêm financiando esta política junto aos estados e municípios, com objetivo de incentivar a implantação da RUE, e o fortalecimento da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, fomentando às ações de vigilância,

prevenção e redução das violências e dos acidentes (BRASIL, 2013b).

Vale somente ressaltar que, para a garantia do acesso aos pacientes vítimas de acidentes e violências são diversos os desafios, porém, para Minayo *et al.* (2018), a implantação da PNRMAV existente garantiu muitos avanços no atendimento as vítimas. Esta mesma autora relata a importância dos investimentos em saúde para a manutenção e avanços que resultem em melhorias no sistema de informação pré-hospitalar e hospitalar, tudo para garantir a melhor logística e facilitar o acesso aos usuários do SUS.

Os serviços médicos hospitalares seguem as orientações e legislações específicas, em detrimento da organização dos atendimentos, com fluxo de pacientes organizado de acordo com a prioridade do cuidado, sejam nas redes de urgências ou emergência hospitalar (PAIVA *et al.*, 2017). No que se refere a organização do sistema de atendimento hospitalar, foco da presente pesquisa, faz-se importante compreender os fluxos desta assistência, a classificação de gravidade, e a principal porta de acesso das vítimas de acidentes e violências, a necessidade de intervenções especializadas (DESLANDES; MINAYO; LIMA, 2008).

## 4 ACIDENTES E VIOLÊNCIAS EM UM HOSPITAL DO SUL DO ESPÍRITO SANTO

A seguir apresentam-se os resultados da pesquisa de campo, utilizando dados do sistema hospitalar informatizado MV, para verificar o perfil e as complicações hospitalares das vítimas de acidentes e violências atendidas no pronto-socorro do hospital Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim - ES.

### 4.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DAS VÍTIMAS ATENDIDAS NO HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA CACHOEIRO

Inicialmente, 348 pacientes foram elegíveis para a pesquisa, destes, foram excluídos 27 devido informações incompletas em prontuário, 3 por transferência e 1 paciente por evasão, participando do presente estudo 317 pacientes. A Tabela 1 apresenta o perfil sociodemográfico das vítimas estudadas.

Tabela 1 – Perfil Sociodemográfico das vítimas atendidas por acidentes e violências no Hospital Santa Casa de Misericórdia Cachoeiro, no período de julho a agosto de 2018

<b>Variáveis</b>	<b>N=317 (100%)</b>
<b>Sexo</b>	
Masculino	230 (72,6%)
Feminino	87 (27,4%)
<b>Ciclo de Vida</b>	
Adolescente	20 (6,3%)
Adulto	206 (65%)
Idoso	69 (21,8%)
Idoso Longevo	22 (6,9%)
<b>MacroRegião</b>	
Polo Cachoeiro	233 (74%)
Polo Caparaó	36(11%)
Região MetrÓpole Expandida do Sul	42 (13%)
Outros municípios ou Estados*	6 (2%)
<b>Causas externas</b>	
Acidentes	270 (85%)
Violência	47 (15%)

Fonte: elaborada pela autora (2022)

\*Outros Municípios ou Estados: Nova Iguaçu – RJ.

Ao analisar a Tabela 1 pode-se observar uma predominância do sexo masculino, pertencentes do Polo Cachoeiro e com ciclo de vida adulto, tendo como causa principal da internação os acidentes.

É importante salientar que, apesar disso, os estudos demonstram a maior frequência do sexo masculino em vítimas de acidentes, e com isso a necessidade de estabelecer políticas públicas de educação no trânsito, segurança em saúde, objetivando assim, a diminuição desta tendência (SCHOELLER *et al.*, 2011).

Vale ainda destacar que, Sogame, Machado e Duarte Neto (2021), em seu estudo, verificou que 71% das vítimas de acidentes e violências eram do sexo masculino, isso pode ser explicado pelo padrões socioculturais: direção perigosa em altas velocidades e agressividade em realização de manobras arriscadas no trânsito, atitudes intempestivas e perigosas que denotam pouco cuidado com o próprio corpo.

Os atendimentos das ocorrências de acidentes e violências apresentavam a mesma faixa etária adulta, porém, os indivíduos pertencentes ao sexo masculino evoluíram com maior gravidade das lesões, principalmente por estes eventos estarem relacionados aos acidentes de transportes terrestres (ATT), enquanto no sexo feminino apresentaram-se lesões menos graves (SOGAME; MACHADO; DUARTE NETO, 2021).

A análise das vítimas de acidentes e violências por idade é evidenciada no Brasil entre a faixa etária de 20 a 49 anos, e apresentam, como decorrência, as complicações e óbitos (GONSAGA *et al.*, 2012; HIDALGO-SOLÓRZANO *et al.*, 2005).

Vale destacar que, as vítimas de acidentes e violências pertenciam, em maior proporção, ao Polo Cachoeiro, uma das causas pode ser “o fato de que a região composta pelo Polo Cachoeiro (PDR-2011) é caracterizada por grande concentração populacional (210.589 habitantes), sendo responsável por 30% da população sul capixaba e 57% do polo Cachoeiro [...]” (REBOUÇAS, 2021, p. 51). Outra observação importante é o fato da cidade de Cachoeiro ser ligada a várias rodovias, isso também é reafirmado pelo DATASUS/SIM (apud REBOUÇAS, 2021), que reitera que os óbitos por acidentes aumentaram entre os anos 2000 e 2010, devido ao aumento da frota de veículos nacionais e também pela falta de fiscalização rodoviária.

Rebouças (2021), ao realizar um levantamento de óbitos causados por acidentes e

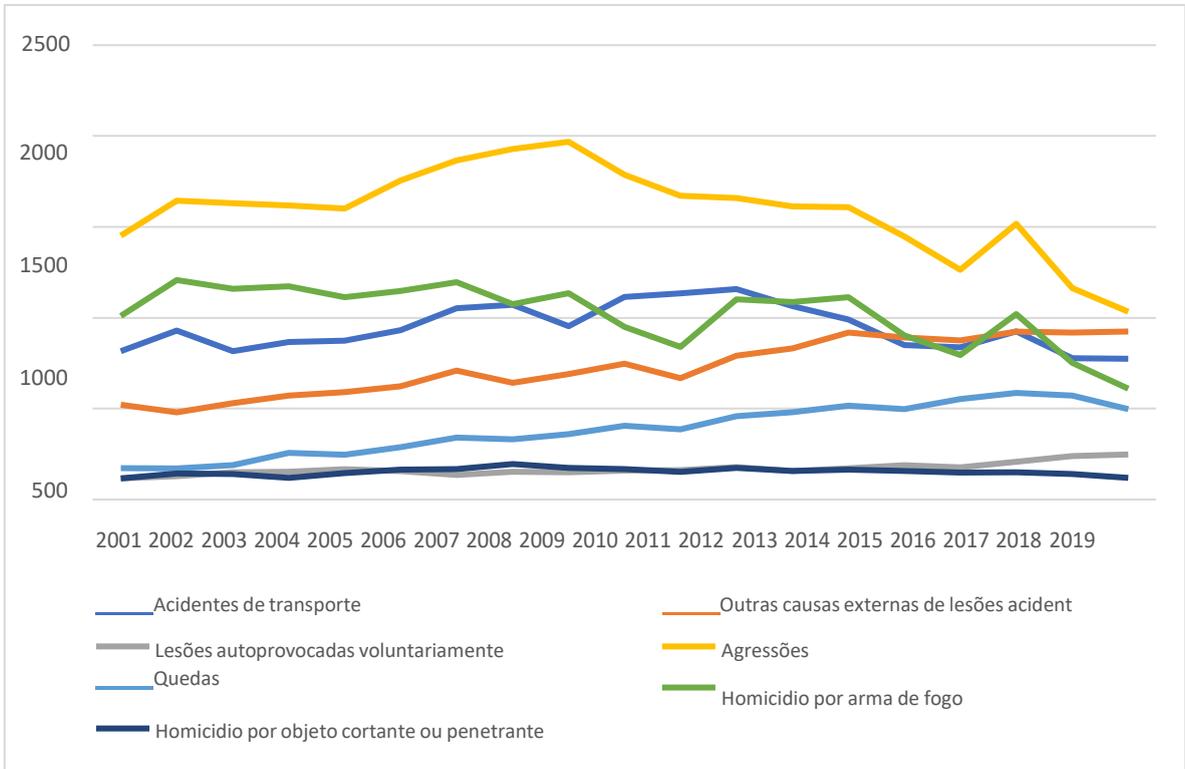
violências no banco de dados do DATASUS, considerando os dados do SIM, dentre a região Sudeste, o que inclui a cidade de Cachoeiro de Itapemirim-ES, local deste presente estudo, constatou que as repercussões graves na saúde das vítimas de acidentes e violências não foram causadas apenas por ATT e quedas, na região sudeste destaca-se outras causas externas, como lesões acidentais traumáticas, eventos de intenção indeterminada e acidentes de transportes (REBOUÇAS, 2021, p. 36).

Os Gráficos 1 e 2 demonstram que o território onde ocorrem os acidentes e violências interferem na natureza e no tipo da ocorrência, fato este que pode ser observado nos respectivos Gráficos, sendo que, o Gráfico 1 demonstra que, no estado do Espírito Santo, considerando este como um todo, as agressões são a maior ocorrência, entretanto, ao se comparar com o Gráfico 2, na região Sul Capixaba, a maior ocorrência passa a ser os acidentes de transporte terrestre, seguidos de lesões autoprovocadas voluntariamente, e a agressão vem em terceiro lugar de maior ocorrência.

Vale ressaltar que, todas as variáveis foram analisadas através dos testes de associação, porém, as mesmas não obtiveram nenhuma associação com o desenvolvimento das complicações hospitalares.

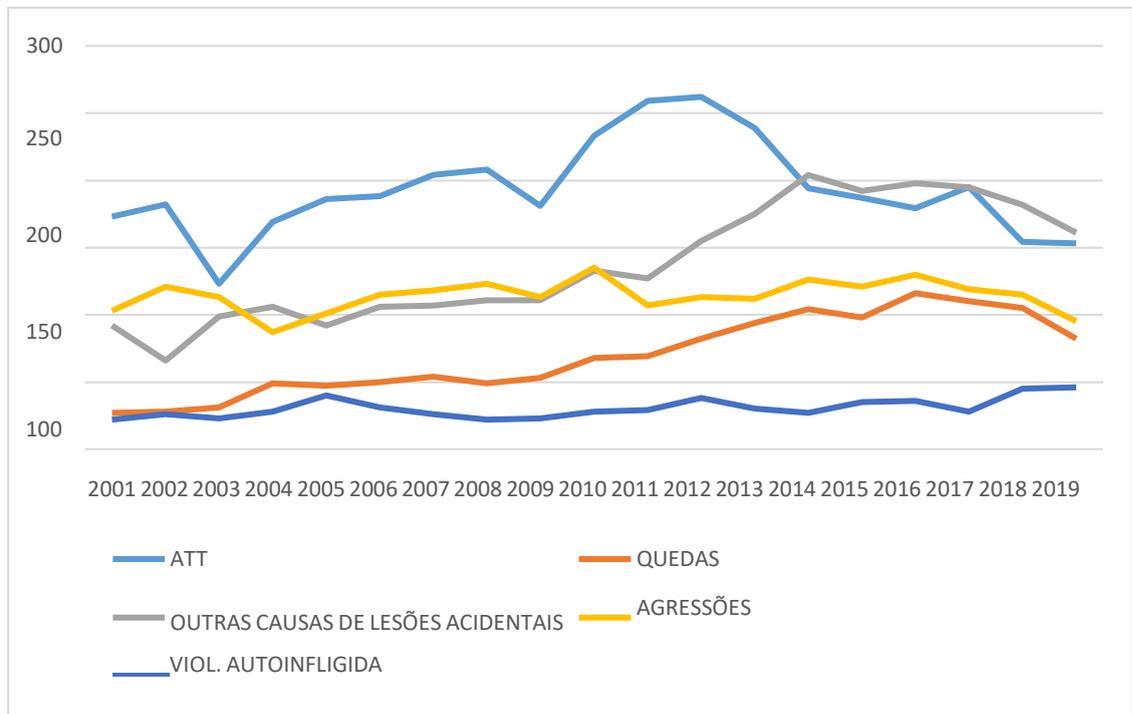
Dessa forma, podemos considerar que a região altera a natureza dos acidentes e da violência em vítimas que evoluem para óbito.

Gráfico 1 - Distribuição de óbitos por tipos de causas externas no Espírito Santo entre os anos de 2001 a 2019



Fonte: Elaborado por Rebouças (2021). Dados extraídos do Ministério da Saúde. DATASUS, Estatísticas vitais, óbitos por causas externas no Espírito Santo, 2001 a 2019 (BRASIL, 2021f).

Gráfico 2 - Distribuição de óbitos por tipos de causas externas no Sul do Espírito Santo entre os anos de 2001 a 2019.



Fonte: Elaborado por Rebouças (2021a).

Legenda: ATT: Acidente de transporte terrestre. Outras causas de lesões acidentais: exposição a forças mecânicas inanimadas; afogamento e submersão acidentais; outros riscos acidentais à respiração; exposição acidental a outros fatores e aos não especificados.

Vale destacar que, os acidentes e violência possíveis causas e fatores associados, como as rupturas sociais, as condições de incidir sobre as relações humanas, o território no qual esses indivíduos moram, se é no campo ou na cidade, o processo de desenvolvimento socioeconômico, infraestrutura, entre outros (TRUGILHO, 2020; REBOUÇAS, 2021). A vista disto, todos esses aspectos devem ser levados em consideração, pois podem influenciar na morbimortalidade por tipos de acidentes e violência.

Na Tabela 2 apresentam-se os dados referentes aos tipos de acidentes e violências das vítimas atendidas no hospital Santa Casa de Misericórdia.

Tabela 2 – Tipos de acidentes e violências de vítimas atendidas no Hospital Santa Casa de Misericórdia Cachoeiro, no período de julho a agosto de 2018

<b>Variáveis</b>	<b>N= 317 (100%)</b>
<b>Tipos de Acidentes</b>	<b>n=270 (85%)</b>
Acidentes Terrestres (ATT)	86 (32%)
Queda	142 (53%)
Outros	40 (14%)
Não Informado	2 (1 %)
<b>Tipos de Violência</b>	<b>n=47 (15%)</b>
Espancamento	17 (36%)
Vítima de arma branca	8 (17%)
Vítima de projétil de armas de fogo	12 (26%)
Intoxicação Exógena	8 (17%)
Outros*	2 (4%)

Fonte: elaborada pela autora (2022).

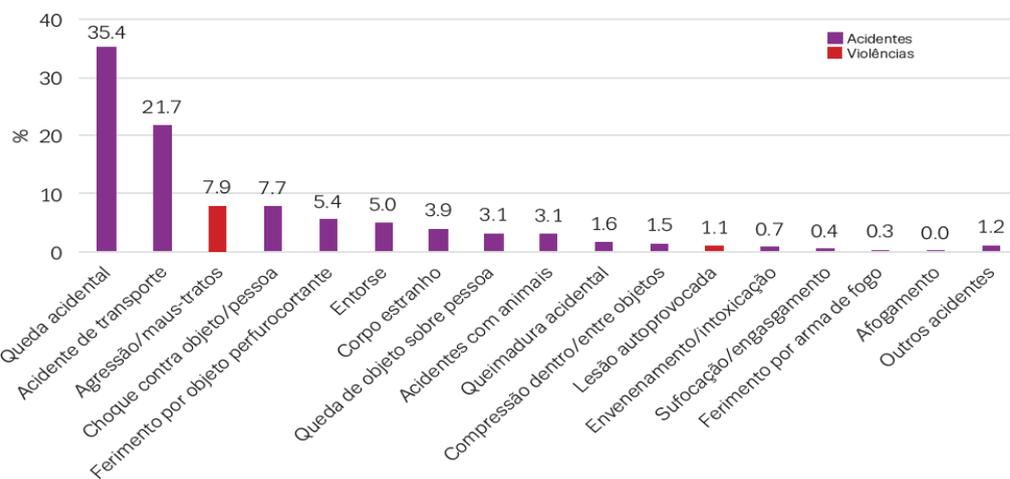
\*Outros Tipos de Acidentes: Lesão por marreta; Lesão por máquina; Capotamento; Acidente sem Colisão; Coice de vaca; Esmagamento; Explosivos.

Os dados da Tabela 2 apresentam os acidentes como a principal ocorrência, trazendo como destaque a queda na maior proporção, assim como o estudo de Meschial *et al.* (2018), que descreve em sua pesquisa a queda como a principal fator dentre as vítimas de acidentes. Por outro lado, podemos comparar a presente pesquisa aos resultados verificados por Ferreira, Oliveira e Coutinho (2019), estes, ao analisarem o DATASUS, constataram que, no período de 2012 a 2017, no estado de Sergipe, as

quedas foram o principal fator para a internação seguida pelos ATT, corroborando com os dados encontrados nessa pesquisa. Portanto, faz-se necessário a elaboração de políticas públicas que visem diminuir esta incidência, por meio de práticas educativas destinadas a prevenção e promoção da saúde.

Resultados semelhantes aos encontrados por Ferreira, Oliveira e Coutinho (2019) foram identificados na pesquisa de Rebouças (2021) por meio dos dados do VIVA inquérito 2017, neste, a queda representou a principal ocorrência (35,2%) em diversos locais do Brasil, sendo um total de 23 capitais brasileiras e o Distrito Federal, incluindo o Espírito Santo, nesse contexto, vale ressaltar que, as quedas por acidentes de trânsito foram excluídas, seguida de acidente de transporte (22%).

Gráfico 3 - Distribuição percentual de atendimentos por acidentes e violências em serviços...sentinelas de urgência e emergência, segundo tipo de ocorrência, em 23 capitais de estados brasileiros e no Distrito Federal (2017)



Fonte: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes(Viva) (2019).

Das vítimas atendidas por violência nesta pesquisa, o espancamento foi a principal ocorrência. Vale ressaltar a pesquisa de Rebouças (2021) que, ao analisar os tipos das vítimas de violência, encontrou como principal ocorrência de admissão hospitalar na cidade de Cachoeiro de Itapemirim-ES as vítimas por arma branca (36%) e por projétil de arma de fogo (36%). Resultado semelhante com a pesquisa de Rebouças (2021) foram encontrados por Piovezan *et al.* (2018), que em seu estudo descreveram as internações hospitalares por violência no período de 2013 a 2016, na cidade de

Barbacena, Minas Gerais, apontando como maior incidência a violência física (81,4%).

Nesta pesquisa o mesmo apresentou destaque na ocorrência, vale ressaltar a repercussão social que a violência ocasiona nos indivíduos, trazendo a necessidade de investigar melhor as questões sociais que podem estar relacionadas a essas ocorrências. Segundo Trugilho (2020), o cenário violento pode estar relacionado as características urbanas de áreas em desenvolvimento econômico e urbanização, sendo este, reflexo da violência. Demandando assim, a construção de políticas sociais que visem também atender a esse público.

#### 4.2 ASSISTÊNCIA ÀS VITÍMAS INTERNADAS NO HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA CACHOEIRO

A seguir apresentaremos os dados da Tabela 3, que representa as características clínicas dos pacientes atendidos no hospital Santa Casa de Misericórdia, em um total de 317 pacientes, observou-se, através da Escala de Coma de Glasgow, uma menor criticidade neurológica dos pacientes, sendo que esses, em sua grande maioria, apresentaram uma escala neurológica normal, 221 pacientes realizaram algum tipo de intervenção e, em sua grande maioria, foram submetidos a procedimentos cirúrgicos, sendo a cirurgia eletiva a mais comum, considerando que a cirurgia mais frequente foi a ortopédica, seguida da neurológica.

Tabela 3 - Dados das internação das vítimas de acidentes e violência atendidas no Hospital Santa Casa de Misericórdia Cachoeiro, no período de julho a agosto de 2018

<b>Variáveis</b>	<b>N= 317</b>
<b>Nível de consciência</b>	
Estado neurológico preservado	273 (86%)
Estado neurológico alterado	34 (11%)
Não Informado (NI)	10 (3%)
<b>Procedimento e intervenção</b>	
Sim	291 (92%)
Não	26 (8%)
<b>Tipo de Intervenção</b>	
Clínica	112 (35,3%)
Cirúrgica	205 (64,7%)
<b>Unidade de Internação</b>	
UTI	60 (19%)
Enfermaria	257 (81%)
<b>Complicações</b>	
	<b>66 (21%)</b>
<b>Desfecho</b>	
Alta	288 (91%)
Óbito	29 (9%)

Fonte: Elaborada pela autora (2022).

Conforme pode-se observar na Tabela 3, a maioria das vítimas de acidentes e violência foram internadas na enfermaria, entretanto, destaca-se que, desses 317 indivíduos, 60 vítimas tiveram complicações e necessitaram de internação na UTI.

Ao se considerar o total das complicações, 21% evoluíram com complicações hospitalares durante a internação, sendo que destes, 80% apresentaram como principal agravante as complicações respiratórias (pneumonia, traqueobronquite, broncoaspiração, broncopneumonia, síndrome do desconforto agudo grave - SDRA), verificada em 21 indivíduos.

A maioria dos pacientes tiveram alta hospitalar (Tabela 3), entretanto, ao se considerar o óbito, é importante ressaltar que a maioria ocorreu na UTI (97%). Das vítimas de acidentes e violência que evoluíram a óbito, podemos destacar um predomínio do sexo masculino (55%), a principal causa são as vítimas de acidentes (66%), e o tipo mais comum de acidentes que cursaram com óbito foram as quedas (34%), seguidos dos ATT (24%), frente a isso, vale salientar que, as quedas causam repercursões graves na saúde das vítimas, assim como os ATT.

Esses resultados divergem com os achados no estudo de Rebouças (2021), pois apesar do expressivo aumento das quedas, sendo 66,67% em 10 anos, na pesquisa de Rebouças (2021) as quedas são a 4ª causa de óbitos, dentre as 5 estudadas pelo autor, por outro lado, os ATT, nesta pesquisa vêm apresentando um declínio na mortalidade, porém, ainda ocupam a primeira causa na incidência de óbitos por acidentes.

Destaca-se que, ao analisar óbitos provenientes de acidentes e violência no ano de 2019, no Espírito Santo, e com isso a participação da região Sul Capixaba, verificou-se que, o total de óbitos por lesões acidentais, lesões autoprovocadas, agressões e quedas foram de 72.474, sendo este percentual correspondente ao anos de de 2001 a 2019, e deste total podemos ressaltar que, a região sul capixaba foi responsável por 10.347 óbitos no mesmo período, representando um percental de 14% do total de óbitos por acidentes e violências no Estado (REBOUÇAS, 2021).

#### 4.3 ASSOCIAÇÃO DAS VARIÁVEIS DE INTERNAÇÃO COM AS COMPLICAÇÕES DAS INTERNAÇÕES DOS PACIENTES ATENDIDOS NO HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA CACHOEIRO

Na Tabela 4 estão detalhadas as principais associações das variáveis de perfil e internação com o desenvolvimento das complicações hospitalares.

Tabela 4 - Associação das variáveis de internação com as complicações das internações dos pacientes atendidos no Hospital Santa Casa de Misericórdia Cachoeiro, no período de julho a agosto de 2018

Variáveis	Complicações		P
	Sim n = 66	Não n = 251	
<b>Sexo</b>			
Masculino	48 (73%)	182 (72%)	0,730
Feminino	18 (27%)	69 (28%)	
<b>Ciclo de Vida</b>			
Adolescente	4 (6%)	16 (6%)	0,104
Adulto	43 (65%)	163 (65%)	
Idoso	14 (21%)	55 (22%)	
Idoso Longevo	5 (8%)	17 (7%)	

<b>Município</b>			
Polo Cachoeiro	46 (70%)	184 (73%)	0,156
Polo Caparaó	8 (12%)	33 (13%)	
Região Metrópole Expandida do Sul	7 (11%)	31 (12%)	
Outros municípios ou Estados	5 (7%)	3 (2%)	
<b>Causas externas</b>			
Acidentes	56 (85%)	213 (85%)	0,698
Violência	10 (15%)	38 (15%)	0,698
<b>Escala de Coma de Glasgow</b>			
Estado neurológico preservado	55 (84%)	210 (84%)	<b>0,000*</b>
Estado neurológico alterado	11 (16%)	41 (16%)	
<b>Tipo de Intervenção</b>			
Clínica	23 (34%)	89 (35%)	<b>0,009*</b>
Cirúrgica Ortopédica	32 (48%) <sup>a</sup>	123 (49%)	
Cirúrgica Torácica	3 (5%)	7 (3%)	
Cirúrgica Neurológica	3 (5%)	10 (4%)	
Cirúrgica Abdominal	3 (5%)	12 (5%)	
Outras	2 (3%)	10 (4%)	
Cirurgias			
Eletiva			
Urgência			
<b>Uso de Ventilação Mecânica</b>			
Sim	9 (14%)	33 (13%)	<b>0,000*</b>
Não	57 (86%)	218 (87%)	
<b>Desfecho</b>			
Alta	60 (91%)	227 (90%)	<b>0,000*</b>
Óbito	6 (9%)	24 (10%)	

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

Legenda: conforme a tabela acima, o teste de associação foi realizado pelo teste do Qui-Quadrado, onde o valor com significância apresentava  $p < 0,05$ .

<sup>a</sup>: resíduo ajustado  $> 1,96$

Como observado na tabela acima, pode-se identificar que as características sociais dos indivíduos, bem como, os tipos de ocorrência sofrida por eles, não tiveram associação com a ocorrência de complicações hospitalares. Nessa pesquisa foi observada associação ( $p < 0,05$ ) referente as complicações hospitalares com as alterações no estado neurológico, pacientes submetidos a cirurgias ortopédicas, unidade de internação e o desfecho clínico dos pacientes.

O nível de consciência é fundamental para avaliar as alterações do estado neurológico, neste presente estudo, os resultados apresentaram associação com as complicações hospitalares. Vale ressaltar que, assim como essa pesquisa, Melo *et al.* (2019) associaram o nível de consciência com o prognóstico das vítimas. A partir

dessas informações destacamos o estudo de Morgado e Rossi (2011), que descrevem os riscos da pontuação do nível da escala de coma de glagow (ECG), em virtude da necessidade de proteção de vias aéreas, e com isso, medidas invasivas, acarretando em aumento da incidência da intubação orotraqueal e início da ventilação mecânica invasiva, sendo este um fator relevante, que está associado ao aumento dos riscos de complicações hospitalares.

Vale ressaltar que, por si só, os acidentes e violência são um expressivo indicador de morbimortalidade, sendo, a variável dependente, desse estudo, as complicações hospitalares. De acordo com os autores Fernández *et al.* (2012) e Ong *et al.* (2009), os pacientes, vítimas de causas externas, que são encaminhados para UTI, apresentam, como consequência desta internação, maior mortalidade e pior sobrevida após a alta.

A necessidade de manutenção de vida das vítimas de acidentes e violências, muitas vezes são acompanhadas da necessidade de métodos artificiais, como por exemplo, a utilização da ventilação mecânica para manter estável a função pulmonar. A ventilação mecânica invasiva é acompanhada de mecanismos que afetam a defesa do trato respiratório, e isso é um fator que favorece a incidência das complicações hospitalares, como neste presente estudo... encontrou associação significativa entre a utilização da ventilação mecânica com o desenvolvimento das complicações hospitalares. Podemos destacar os estudos de Gomes e Santos (2016) e Melo *et al.* (2015), que também associaram a utilização da ventilação mecânica (VM) com o desenvolvimento das complicações hospitalares, em virtude da VM afetar os mecanismos de proteção dos indivíduos e isto ocasionar danos, acarretando em infecções, ocasionando, principalmente, complicações respiratórias.

De acordo com Silva *et al.* (2018), uma das principais complicações hospitalares foram as infecções de sítio cirúrgico. Vale destacar que, os resultados encontrados neste estudo também apresentaram o desenvolvimento de complicações hospitalares dos pacientes submetidos à intervenção cirúrgica, sendo  $p=0,009$ . Ainda podemos destacar que, as cirurgias ortopédicas, apesar de ser apresentada como principal intervenção entre os acidentes, não se associaram com o desenvolvimento de complicações.

Com relação do desfecho do atendimento das vítimas de acidentes e violência, os resultados encontrados nesta pesquisa apontaram que as complicações hospitalares estavam associadas a ocorrência de óbitos ( $p=0,000$ ). Outros trabalhos encontraram relação da associação de complicações hospitalares com a ocorrência de óbitos em pacientes vítimas de acidentes e violência, como também encontrado no estudo de Stahlschmidt *et al.* (2018). Essa associação se dá principalmente porque nas vítimas estudadas verificou-se o desenvolvimento das infecções do trato respiratório, que podem evoluir para um quadro de sepse, que está ligada a um aumento na mortalidade hospitalar.

Embora os dados tenham sido coletados por meio de prontuário eletrônico, observou-se a falta de padronização no registro da evolução clínica pelas diversas especialidades, ocasionando subnotificação de informações importantes, o que dificultou o levantamento de alguns dados e possíveis associações causais e de prognóstico com os eventos relacionados as causas externas.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os acidentes e violências ainda representam um grande problema de saúde pública, tendo diversas consequências nos indivíduos de forma individual e coletiva, e com isso a necessidade das ações de prevenção e enfrentamento fazem-se necessárias, principalmente pela sobrecarga que os mesmos geram no setor saúde.

Vale destacar que, as causas externas, ainda são uma problemática inerente ao sistema de saúde e, dessa forma, em 16 de maio de 2001, por meio da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade de Acidentes e Violências surge um plano de ação e instrumentos orientadores afim de diminuir as ocorrências dos acidentes e violências.

Nesse momento surgiram as diretrizes com ações fundamentadas visando orientar, ou redefinir as ferramentas operacionais que a tornaram efetivas através de planos, programas, projetos. As diretrizes visam a garantia da 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 à reabilitação, capacitação de recursos humanos, apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

Para atender ao que é preconizado pelo SUS, com o objetivo de melhorias na monitorização das ocorrências de acidentes e violência, foram adotadas medidas capazes de realizar diagnóstico da incidência por meio dos Sistemas de Informação Ambulatorial e Hospitalar (SIA e SIH / SUS), a monitorização e a promoção dos registros dos acidentes e violência foi padronizada de modo contínuo.

A monitorização das ocorrências dos acidentes e violência proporcionou a criação de ações de vigilância epidemiológica, com essas ações nasceu, por meio da Portaria MS/GM nº 1.356, de 23 de junho de 2006, por meio do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), a Vigilância de Violência Interpessoal e Autoprovocada do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (VIVA/SINAN) e Vigilância de

Acidentes em Unidades de Urgência e Emergência (VIVA INQUÉRITO).

É importante ressaltar que, o sistema VIVA é uma ferramenta indispensável para a obtenção das informações dos casos de menor gravidade, com informações seguras no que se refere aos vários tipos de violência. Sendo assim, a cobertura oferecida pelo sistema de notificação permitiu delinear o perfil das vítimas de acidentes e violência, tornando possível o estabelecimento do modelo de Vigilância por inquéritos nas urgências e emergências.

Visando atender as recomendações das diretrizes no que se refere ao atendimento pré-hospitalar, podemos citar que houve uma demora na organização para este tipo de atendimento, mesmo com o aumento da mortalidade em decorrência de causas externas. Entretanto, no ano de 1990 foi implantado o Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma e a Emergência (SIATE), que inspirou no Brasil a criação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), o qual, até os dias de hoje, presta serviço à população. É importante destacar que o SAMU apresenta-se como o principal mecanismo de organização, coordenação e regularização do atendimento pré-hospitalar nacional, subsidiando um sistema regionalizado e hierárquico de saúde. Na região sul capixaba, esse serviço foi instalado em 2021, data posterior a realização dessa pesquisa.

Outra diretriz importante é a assistência interdisciplinar e intersetorial refere-se a assistência de toda equipe multidisciplinar que atenderá o paciente no momento da admissão hospitalar. Esta equipe é composta por todos os colaboradores do hospital.

As Rede de assistência interdisciplinar e intersetorial, que prestam assistência as vítimas de acidentes e violência, necessitam de uma assistência qualificada, que seja capaz de dar respostas rápidas, e que facilitem a comunicação e as tomadas de decisões de forma assertiva, uma vez que irá prestar cuidados de acordo com a complexidade técnica exigida pelos pacientes crítico.

Os serviços médicos hospitalares seguem as orientações e legislações específicas, em detrimento da organização dos atendimentos, com fluxo de pacientes organizado de acordo com a prioridade do cuidado, sejam nas redes de urgências ou emergência

hospitalar.

Embora muitas ações já foram instituídas e executadas, as políticas e ações vinculadas e sistematizadas da assistência, sejam nas urgências e emergências, e até mesmo nas UTI, favorecem o funcionamento, visando gerar estratégias eficientes para a diminuição destas ocorrências.

É importante destacar que a presente pesquisa foi de grande relevância para mim enquanto pesquisadora, principalmente por compreender todo o processo da construção da política, assim como, o contexto da mortalidade por acidentes e violências no estado do Espírito Santo, como também, a realidade local da região sul capixaba. A partir desta realidade, como pesquisadora e profissional atuante do setor hospitalar às vítimas de acidentes e violência, busquei responder à problemática norteadora desta pesquisa de forma fundamentada em verificar as complicações hospitalares das vítimas de acidentes e violências, assim como, identificar o perfil das vítimas e a incidência de complicações hospitalares no hospital Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim-ES.

A partir da realização desse estudo e os resultados dessa pesquisa, influenciarão o desenvolvimento de minha prática profissional (clínica e de gestão), com a inserção de protocolos, rotinas e treinamentos a fim de diminuir as complicações hospitalares que possam aumentar a mortalidade dos indivíduos internados.

Dos 317 pacientes incluídos na amostra, admitidos no hospital, a maioria era do sexo masculino, no ciclo de vida adulto, procedentes do Polo Cachoeiro, vítimas de acidentes. Observou-se a queda da própria altura como acidente mais comum, enquanto ao se considerar as violências, a maioria eram vítimas de arma branca ou projétil de arma de fogo. A maioria dos pacientes que apresentaram complicações hospitalares encontravam-se internados na Unidade de Terapia Intensiva, e a principal complicação identificada foi a de causas respiratórias, tendo como destaque a pneumonia associada à ventilação mecânica.

Verificou-se que os resultados dessa pesquisa que tiveram associação com o desenvolvimento das complicações hospitalares foram: as alterações do nível

neurológico, por meio da escala de coma de glasgow, tipo de intervenção (clínica/cirúrgico), a utilização da ventilação mecânica e desfecho do paciente (alta/óbito).

É importante destacar que, muitas vítimas de acidentes e violência não apresentam um desfecho favorável, acabam cursando com complicações hospitalares no decorrer da internação, e muitos, como consequência, evoluem ao óbito. Apesar dos dados representarem que a grande maioria dos pacientes receberam alta, vale destacar que, muitos desses indivíduos acabam tendo diversas sequelas físicas e emocionais, e cursam com longos períodos de reabilitação em virtude das graves repercussões que os acidentes e as violências ocasionam nas vítimas.

Desse modo, é necessário obter um olhar diferenciado às vítimas de acidentes e violências, principalmente devido a probabilidade de complicações respiratórias, que aumentam consideravelmente a morbimortalidade desses indivíduos.

De posse destes resultados, vale ressaltar que, como autora desta pesquisa, encontrei muitos desafios e dificuldades para tornar possível uma amostra de maior significância devido a deficiência nas informações dos prontuários eletrônicos, além disso, a dificuldade de acesso ao setor de coleta de dados, visto que o referido hospital se tornou referência em covid. Devido a estes fatores, foi necessário realizar algumas adaptações, como, redefinir os objetivos e métodos utilizados para a conclusão do estudo em tempo hábil.

Como profissional de saúde, espero e almejo encontrar, futuramente, uma realidade distinta da atual, principalmente, por saber também, como cidadã, a necessidade de melhorias que tragam à luz a temática, contribuindo assim, com o meio científico, com a sociedade e com a possibilidade de outros novos projetos que, a partir deste, possam ter a oportunidade de serem realizados.

## REFERÊNCIAS

ARAUJO, D. R. et al. Fatores associados a mortalidade por causas externas em unidade de terapia intensiva. **Rev O Mundo da Saúde**, p. 15, 2022. DOI: 10.15343/0104-7809.202246458474p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília : Ministério da Saúde, 1990.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 737, de 16 de maio de 2001**. Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violência (PNRMAV). Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0737\\_16\\_05\\_2001.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0737_16_05_2001.html). Acesso em: 25 fev. 2022.

BRASIL. **Regulação médica das urgências**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/regulacao\\_medica\\_urgencias.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/regulacao_medica_urgencias.pdf). Acesso em: 28 nov. 2021.

BRASIL. **Portaria nº 396, de 04 de março de 2011**. Institui o Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade de Rede de Saúde (Quali-SUS-Rede) e suas diretrizes operacionais gerais. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0396\\_04\\_03\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0396_04_03_2011.html). Acesso em: 28 outubro. 2021.

BRASIL. **Viva: Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes**. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva\\_vigilancia\\_violencia\\_acidentes\\_2013\\_2014.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_vigilancia_violencia_acidentes_2013_2014.pdf). Acesso em: 25 fev. 2022. Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Síntese de evidências para políticas de saúde: reduzindo a morbimortalidade por acidentes de trânsito em Sobral, Ceará**. Brasília : Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Viva Inquérito**. 2017. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2019/dezembro/05/viva-inquerito-2017.pdf>. Acesso em: 01/11/2021

BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS**: Internações hospitalares e valor total das internações decorrentes de acidentes de transporte, na Região da Grande Vitória, período 2019. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/fies.def>. Acesso em: 29 out. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Banco de dados do Sistema Único de Saúde – DATASUS**. Disponível em: [Tabnet.datasus.gov.br/Cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/Fies.def](http://Tabnet.datasus.gov.br/Cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/Fies.def). Acessado: 26 jan. 2020.

BRASIL, **Ministério da Saúde, Plano Nacional de Saúde**. Disponível em:

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano\\_nacional\\_saude\\_2020\\_2023\\_2ed.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_2020_2023_2ed.pdf). Acesso em: 17 jun. 2021.

BARROS, C. de S. et al. Caracterização dos acidentes de transporte terrestre ocorridos em rodovias federais. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 25, n. 1, p. 35-40, 2018.

DESLANDES, S. F.; MINAYO, M. C. de S.; LIMA, M. L. C. de. Atendimento de emergência às vítimas de acidentes e violências no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 24, n.6, p. 430-440, 2008.

ESPÍRITO SANTO (ES). Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Diretor de Regionalização – PDR – ES**. Vitória, ES: SESA, 2011.

ESPÍRITO SANTO (ES). Secretaria de Estado da Saúde. **Boletim epidemiológico: vigilância das doenças e agravos não transmissíveis-DANTS**. Vitória, ES: SESA, 2017.

ESPÍRITO SANTO (ES). Secretaria de Estado da Saúde. **Boletim epidemiológico: uma análise da situação de saúde**. Vitória, ES: SESA, 2019.

ESPÍRITO SANTO (ES). **Programa SAMU para Todos**. Instituto Capixaba de Ensino Pesquisa e Inovação em Saúde. Disponível em: [icepi.es.gov.br/programa-samu-para-todos](http://icepi.es.gov.br/programa-samu-para-todos). Acesso em: 18 jan. 2022.

FERNÁNDEZ, B. U. et al. Relación entre mortalidad hospitalaria y edad en pacientes con trauma encéfalo craneano moderado y grave. **Rev aNaCEM**, v. 6, n. 1, p. 18-22, 2012.

FERREIRA, J. L.; OLIVEIRA, H. C. C.; COUTINHO, M. L. Análise das taxas de internações hospitalares por causas externas em Sergipe, 2012-2017. In: CONGRESSO NACIONAL DE ENFERMAGEM-CONENF. **Anais eletrônico**. Sergipe, 2019. Disponível em: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:eIWPgoKOhKMJ:https://eventos.set.edu.br/conenf/article/viewFile/9416/4275+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>. Acesso em: 25 jan. 2022.

GARCIA FILHO, C.; SAMPAIO, J. J. C. Interfaces entre a história da violência e a constituição do território no Ceará: um esforço de síntese e periodização. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n.4, p. 1209-1221, 2014.

GONSAGA, R. A. et al. Avaliação da mortalidade por causas externas. **Rev. Col. Bras Cir.**, v. 39, n. 4, p. 263-7, 2012.

GOMES, R. H. S.; SANTOS, R. S. Avaliação da capacidade e comprometimento funcional em pacientes traqueotomizados de um hospital público de Curitiba. **Rev. CEFAC**, Curitiba-PR. v.18, n.1, p.120-128. Jan/Fev. 2016.

GOMIDE, M. F. S. et al. Perfil de usuários em um serviço de pronto atendimento. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 45, n. 1, p. 31-38, 2012.

GUSMÃO, S. N. S.; FRAGA, S. M. F. Traumatismo cranoencefálico no adulto: In: PIRES, M. T. B.; STARLINGS, S. B. **Erazo: Manual em Urgência em Pronto-Socorro**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. p. 397-404.

HIDALGO-SOLÓRZANO, E. C. et al. Factores asociados com la gravedad de lesiones ocurridas en la vía pública en Cuernavaca, Morelos, México. **Salud Pública Méx**, v. 47, n. 1, p. 30-8, 2005.

HISTÓRIA. **Santa Casa de Misericórdia Cachoeiro**, 2020. Disponível em: <https://www.santacasacachoeiro.org.br/quem-somos/historia.asp/>. Acesso em: 20 out. 2020.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Atlas da Violência 2018**. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: [http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?Option=com\\_content&view=article&id=33410&Itemid=432](http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?Option=com_content&view=article&id=33410&Itemid=432). Acesso em: 20 jan. 2021.

LENTSCK, M. H.; SATO, A. P. S.; MATHIAS, T. A. de F. Panorama epidemiológico de dezoito anos de internações por trauma em UTI no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 53, p. 83 - 84, 2019.

LOPES, S. L. B.; FERNANDES, R. J. Uma breve revisão do atendimento médico pré-hospitalar. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 32, n. 4, p. 381-387, 1999.

MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W. de F.; NOGUEIRA, C. de O. Políticas de saúde no Brasil nos anos 2000: a agenda federal de prioridades. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 521-532, 2011.

MACHADO, C. V.; SALVADOR, F. G. F.; O'DWYER, G. Mobile Emergency Care Service: analysis of Brazilian policy. **Rev Saúde Pública**, v. 45, n. 3, 2011.

MELO, T. C. et al. Utilização da escala de coma de Glasgow para detecção precoce de complicações. In: CONGRESSO GAÚCHO DE TERAPIA INTENSIVA, 9, 2019, Gramado. **Anais...** Gramado/RS: FAURGS, 2019.

MELO, E. M. et al. Evolução clínica dos pacientes em uso de ventilação mecânica em unidade de terapia intensiva. **Rev enferm UFPE**, Recife, v. 9, n. 2, p. 610-16, Fev. 2015.

MELLO JORGE, M. H. P. de; Gawryszewski, V. P.; LATORRE, M. do R. De O. I - Análise dos dados de mortalidade. **Rev. Saúde Pública**, v. 31, 4 Suplemento, p. 5-25, 1997.

MELLO JORGE, M. H. P. de ; KOIZUMI, M. S. Gastos governamentais do SUS com internações hospitalares por causas externas: Análise no Estado de São Paulo, 2000. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 7, n. 2, 2004.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il

MINAYO, M. S. C. **Violência e saúde**. 20<sup>o</sup> ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

MINAYO, M. C. de S. The inclusion of violence in the health agenda: historical trajectory. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11 (Sup), p. 1259-67, 2007.

MINAYO, M. C. de S. et al. Institucionalização do tema da violência no SUS: avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 2007-2016, 2018.

MESCHIAL, W. C. et al. Elderly victims of falls seen by prehospital care: gender differences. **Rev. bras. epidemiol.**, v. 17, n. 1, 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1415-790X201400010002ENG>.

MONTALTI, E. Disciplina de cirurgia do trauma consolida vocação para pesquisa. **Jornal da Unicamp**, 22 a 28 de outubro de 2012. Disponível em: <http://www.unicamp.br/unicamp/sites/default/files/jornal/paginas/ju543pag6-7x.pdf>. Acesso em: 25 set. 2021.

MORGADO, F. L.; ROSSI, L. A. Correlação entre a escala de coma de glasgow e os achados de imagem de tomografia computadorizada em pacientes vítimas de traumatismo cranioencefálico. **Radiologia Brasil.**, v. 44, n. 1, p. 35–41. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rb/v44n1/10.pdf>. Acesso em: 20 de jan. 2021.

NERY, A. A. et al. Internações hospitalares por causas externas no município de Jequié, Bahia, Brasil. **Revista Uruguaya de Enfermería**, v. 13, n. 1, p. 46-56, 2018.

ONG, A. W. et al. Characteristics and outcomes of trauma patients with ICU lengths of stay 30 days and greater: a seven-year retrospective study. **Crit Care**, v. 13, n. 5, R 154, 2009. DOI: 10.1186/cc8054.

PAIVA, D. R. et al. Inserção e atuação de fisioterapeutas residentes em um serviço de emergência hospitalar: relato de experiência. **Revista Pesquisa em Fisioterapia**, v. 7, n. 2, p.255-260, 2017.

PINTO, I. V. Et al. Agressões nos atendimentos de urgência e emergência em capitais do Brasil: perspectivas do VIVA Inquérito 2011, 2014 e 2017. **Rev. bras. epidemiol.**, v. 23, Supl. 01, p. 12, 2020. DOI: 10.1590/1980-549720200009.supl.1.

REBOUÇAS, L.J.F. **Mortalidade por causas externas da região sul capixaba: discutindo a realidade de um hospital de referência comocaminho para (re)orientação de políticas públicas**. 2021. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local) - Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia. Disponível em: <https://emescam.br/mestrado/dissertacoes-defendidas/>. Acesso em: 11 mar. 2022.

ROSA, T. C. S.; SAES, S. G.; ABULEAC, F. L. A Constituição de 1988 e as políticas públicas em saúde no Brasil. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, v. 1, n. 1, p. 35-49, 2012.

SANTOS, M. D. S. **Serviço de Atendimento Móvel de Urgências-SAMU/DF: atendimentos relacionados aos acidentes de motocicletas.** Orientador: Jonas Lotudo Brants. 2017 43 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Saúde Coletiva e Bacharel Sanitarista) – Universidade de Brasília, 2017.

SCHOELLER, S. D. et al. Características das vítimas de acidentes motociclísticos atendidas em um centro de reabilitação de referência estadual do sul do Brasil. **Acta Fisioterapia**, Santa Catarina, v.18, n. 3, p.141-45, 2011.

SESA. **Governo do Estado expande atendimento do Samu 192 para mais 11 municípios da região sul.** Disponível em: <https://www.es.gov.br/Noticia/governo-do-estado-expande-atendimento-do-samu-192-para-mais-11-municipios-da-regiao-sul>. Acesso em: 10 dez. 2021.

SILVA, M. M. A. da et al. Perfil do inquérito de violências e acidentes em serviços sentinelade urgência e emergência. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, p. 183-194, 2017.

SILVA, A. D. et al. Vítimas de acidente motociclístico atendidas em hospital público de ensino. **Rer. Mineira de Enfermagem**, v. 22, e-1075, 2018. Disponível em: [https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/en\\_e1075.pdf](https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/en_e1075.pdf). Acesso em: 25 set. 2021.

SMARZARO, D. C. **A informação sobre mortes por causas externas: estudo do preenchimento da causa básica de óbito em um serviço de medicina legal no Espírito Santo 2000 - 2002.** 2005. 90 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, RJ, 2005.

SOARES FILHO, A. M.; BERMUDEZ, P. X.; MERCHAN-HAMANN, E. Frequência e fatores associados ao registro inespecífico de óbitos por causas externas no Brasil: estudo transversal, 2017. **Epidemiol. Serv. Saúde** [online], v. 30, n. 2, e. 2020452, 2021.

SOGAME, L. C. M.; MACHADO, W. C.; DUARTE NETO, C. Mapeamento dos acidentes eviolências na população assistida pelo serviço de atendimento móvel de urgência do Espírito Santo. **Anais do Encontro Internacional e Nacional de Política Social**, v. 1, n. 1, 2021.

SOUSA, B. V. N.; TELES, J. F.; OLIVEIRA, E. F. Perfil, dificuldades e particularidades no trabalho de profissionais dos serviços de atendimento pré-hospitalar móvel: revisão integrativa. **Enfermería Actual de Costa Rica** [online], n. 338, p. 245-260, 2020.

STAHLSCHMIDT, A. et al. Preditores de mortalidade intra-hospitalar em pacientes submetidos a cirurgias não eletivas em um hospital universitário: uma coorte prospectiva. **Rev Bras Anesthesiol.**, v. 68, n. 5, p. 492-8, 2018. DOI: 10.1016/j.bjan.2018.04.001.

STORCH, R. Guarapari vai contar com o serviço do SAMU 192. **Governo do Estado do Espírito Santo**, 27 de dezembro de 2007. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/guarapari-vai-contar-com-servico-do-samu-192>. Acesso em: 30 out. 2021.

TENÓRIO, G.; SCÁRDUA, C.; BARBOSA, F. SAMU 192 lançado oficialmente nesta segunda. **Governo do Estado do Espírito Santo**, 13 de fevereiro de 2006. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/samu-192-lancado-oficialmente-nesta-segunda>. Acesso em: 30 out. 2021.

TRUGILHO, S. M. A violência como manifestação da questão social com rebatimentos na saúde. In: ENCONTRO INTERNACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL, 8, 2020, Vitória (ES). **Anais...** Vitória: 2020.

VIERA, L. F.; DUARTE NETO, C.; SOGAME, L. C. M. Violências e acidentes nos idosos assistidos no atendimento pré-hospitalar no Espírito Santo, Brasil. **Texto & Contexto**, Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 161-173, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Health Assembly**: Prevention of violence: public health priority (WHA 49,25). Geneva: WHO, 1996. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/178941/WHA49\\_1996-REC-1eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/178941/WHA49_1996-REC-1eng.pdf). Acesso em: 10 jun. 2021.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A - FORMULÁRIO PARA IDENTIFICAÇÃO DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO. DE VÍTIMAS DE ACIDENTES OU VIOLÊNCIA

Identificação do participante: \_\_\_\_\_

Data da coleta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

VARIÁVEL	INFORMAÇÃO
<b>PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO</b>	
<b>MUNICÍPIO (Qual?)</b>	( ) Pólo Cachoeiro ( ) Região Caparaó ( ) Região Metrópole Expandida do Sul ( ) Outras regiões
<b>SEXO</b>	( ) masculino ( ) Feminino
<b>IDADE / ANOS</b>	( ) Adolescente ( ) Adulto ( ) Idoso ( ) idoso longevo
<b>CAUSAS DA ADMISSÃO</b>	( ) Acidente ( ) Violência
<b>TIPO DE ACIDENTE</b>	( ) Colisão carro/carro ( ) Colisão moto/carro ( ) Colisão bicicleta/automóvel ( ) Atropelamento ( ) Queda
<b>TIPO DE VIOLÊNCIA</b>	( ) Espancamento ( ) Vítima de projétil de arma de fogo ( ) Vítima de arma branca
<b>CLASSIFICAÇÃO DA GRAVIDADE</b>	
<b>ESCALA DE COMA DE GLASGOW</b>	
<b>INTERVENÇÃO, ENCAMINHAMENTO E TEMPO DE ESPERA</b>	
<b>TIPO DE INTERVENÇÃO</b>	( ) Clínica ( ) Cirúrgica Ortopédica ( ) Cirúrgica Neurológica ( ) Cirúrgica Abdominal ( ) Cirúrgica Torácica
<b>INDICAÇÃO DE UTI</b>	( ) sim ( ) não
<b>INDICAÇÃO DE INTERNAÇÃO ENFERMARIA</b>	( ) sim ( ) não
<b>TEMPO DE ESPERA NA ENFERMARIA PARA A UTI (em horas)</b>	
<b>TEMPO DE ESPERA NO PRONTO SOCORRO ATÉ INTERNAÇÃO NA UTI APÓS SOLICITAÇÃO DA VAGA (em horas)</b>	

**APÊNDICE B FORMULÁRIO PARA IDENTIFICAÇÃO PERFIL, TIPO DE TRANSPORTE, ASSISTÊNCIA PRÉ HOSPITALAR DAS VÍTIMAS DE ACIDENTESOUVIOLÊNCIA E DESFECHO A ÓBITOS**

Identificação do participante: \_\_\_\_\_

Data da coleta: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

<b>PERFIL SOCIO DEMOGRÁFICO, TIPO DE TRANSPORTE E ASSISTÊNCIA PRÉ HOSPITALAR</b>	
<b>Variável</b>	<b>INFORMAÇÃO</b>
<b>Sexo</b>	<input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> Feminino
<b>Idade</b>	<input type="checkbox"/> Adolescente <input type="checkbox"/> Adulto <input type="checkbox"/> Idoso <input type="checkbox"/> idoso longevo
<b>Município de Origem</b>	
<b>Causas da admissão</b>	<input type="checkbox"/> Acidente <input type="checkbox"/> Violência <input type="checkbox"/> outros. Quais?
<b>Tipo de acidente</b>	<input type="checkbox"/> Acidente de transporte terrestre <input type="checkbox"/> Queda <input type="checkbox"/> Outros Quais: _____ <input type="checkbox"/> Não informado
<b>Tipo de violência</b>	<input type="checkbox"/> Agressão física <input type="checkbox"/> Vítima de projétil de arma de fogo <input type="checkbox"/> Vítima de arma branca <input type="checkbox"/> Violência autoinfligida
<b>Transporte pré-hospitalar</b>	<input type="checkbox"/> Carros próprios <input type="checkbox"/> Ambulância Municipal <input type="checkbox"/> Corpo de Bombeiros

	<input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Não informado
<b>Assistência médica pré-hospitalar</b>	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> Não informado
<b>Presença de embriaguez?</b>	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> NI
<b>Sinais de uso de entorpecentes ou Drogas ilícitas?</b>	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> NI
<b>Desfecho óbito?</b>	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não

## APÊNDICE C - CARTA DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA



Rua Dr. Raulino de Oliveira, 67 - Centro  
Cx. Postal 45 - CEP 29300-150  
Cachoeiro de Itapemirim - ES  
28 2101-2121 - 28 2101-2126 - 2101-2146

[www.santacasacachoeiro.org.br](http://www.santacasacachoeiro.org.br)  
[diretoria@santacasacachoeiro.org.br](mailto:diretoria@santacasacachoeiro.org.br)

O “Hospital Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim” autoriza a realização da pesquisa intitulada: **ACIDENTES E VIOLÊNCIAS EM UM HOSPITAL DO SUL DO ESPÍRITO SANTO: Discutindo Morbidades, Fatores Associados e a Política de Saúde**, de responsabilidade os pesquisadores “Letícia Teixeira Corrêa” mediante a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, sob orientação da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Luciana Carrupt Machado Sogame da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM.

Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutado, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

---

**Raphael Luzório Fernandes**

**Diretor de Ensino e Pesquisa**

Assinatura e carimbo do responsável institucional

DATA \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

## ANEXOS

## ANEXO A - ESCALA DE COMA DE GLASGOW

VARIÁVEIS		ESCORE
Abertura ocular	Espontânea	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
Resposta verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensivas	2
	Nenhuma	1
Resposta motora	Obedece comandos	6
	Localiza dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1
<b>TOTAL MÁXIMO</b>	<b>TOTAL MÍNIMO</b>	<b>INTUBAÇÃO</b>
15	3	8

## ANEXO B- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

ESCOLA SUPERIOR DE  
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE  
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -  
EMESCAM



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E MORBIDADES DE VÍTIMAS DE ACIDENTES E VIOLÊNCIAS EM UM HOSPITAL DO SUL DO ESPÍRITO SANTO: Representação de Custos hospitalares.

**Pesquisador:** LETICIA TEIXEIRA CORREA

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 25317019.5.0000.5065

**Instituição Proponente:** Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória -

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.729.410

#### Apresentação do Projeto:

O presente trabalho trata-se de uma pesquisa primária que dará origem a duas dissertações do programa de mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local. Os acidentes e as violências, também conhecidos como causas externas de morbidade e mortalidade, representam no Brasil um problema de saúde pública de ampla dimensão e transcendência. A pesquisa parte da necessidade em aprofundar-se o conhecimento do perfil sociodemográfico dos pacientes vítimas de acidente e violência, assim como, as principais morbidades decorrentes da internação hospitalar, e a repercussão deste cenário na representação dos custos de um hospital referência em trauma do Sul do Espírito Santo. Os objetivos deste trabalho consistem em avaliar os fatores que favorecem o aumento do custo durante a internação hospitalar, assim como, caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico, identificar os tipos de ocorrência dos acidentes e violências, verificar o tempo de espera por vaga, discriminar as principais morbidades decorrentes da internação, identificar os custos e verificar a associação do perfil sociodemográfico e morbidades aos custos hospitalares. Trata-se de uma pesquisa aplicada, explicativa, quantitativa que se realizará no primeiro momento pesquisa bibliográfica, seguidos após da classificação dos principais documentos e coleta de dados retrospectivos, por meio de análise de prontuário e banco de dados do setor de custos do hospital. O estudo será realizado em um hospital filantrópico de Cachoeiro de Itapemirim Espírito Santo, de grande porte (197 leitos), que mantém

**Endereço:** EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa  
**Bairro:** Bairro Santa Luiza **CEP:** 29.045-402  
**UF:** ES **Município:** VITORIA  
**Telefone:** (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br

ESCOLA SUPERIOR DE  
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE  
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -  
EMESCAM



Continuação do Parecer: 3.729.410

seu atendimento dedicado a 90% de pacientes do sistema único de saúde (SUS), e estima-se, aproximadamente, 300 participantes vítimas de acidentes e violência, no período de julho de 2018 a julho de 2019. Serão adotados como critérios de Inclusão sujeitos admitidos no pronto socorro, vítimas de acidentes e violência, de ambos os sexos, idade (a partir dos 14 anos devido contratualização com idade inferior ser em outro hospital do Sul do Estado), e atendimento primário e secundário. E como critérios de exclusão pacientes cujos prontuários não apresentarem dados informativos necessários, e participantes que forem transferidos durante o período de internação.

**Objetivo da Pesquisa:**

**OBJETIVO PRIMÁRIO:**

Avaliar os fatores que favorecem o aumento do custo de internação hospitalar de pacientes vítimas de acidentes e violências no Hospital referência em trauma do Sul do Espírito Santo.

**OBJETIVO SECUNDÁRIO:**

- Caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico de pacientes vítimas de acidentes e violências.
- Identificar os tipos de ocorrência dos acidentes e violências nos pacientes assistidos.
- Verificar o tempo entre admissão no pronto socorro até a internação na unidade de terapia intensiva.
- Discriminar as principais morbidades decorrentes da internação hospitalar.
- Identificar os custos decorrentes da internação na Unidade de Terapia Intensiva do paciente vítima de acidente e violência.
- Verificar a associação do perfil sociodemográfico e morbidades aos custos hospitalares.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**RISCOS:**

A pesquisa possui um risco mínimo, tendo em vista que será realizada consulta de prontuários e dados contidos no sistema da instituição hospitalar.

**BENEFÍCIOS:**

A pesquisa agregará informações e dados ao meio científico, proporcionando a sociedade local uma maior conscientização a respeito do assunto. Assim, ampliam-se tanto a sua discussão no contexto das políticas públicas de saúde, e melhorias a assistência de pacientes assistidos no setor hospitalar.

**Endereço:** EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa  
**Bairro:** Bairro Santa Luíza **CEP:** 29.045-402  
**UF:** ES **Município:** VITÓRIA  
**Telefone:** (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br

**ESCOLA SUPERIOR DE  
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE  
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -  
EMESCAM**



Continuação do Parecer: 3.729.410

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa de caráter relevante, com adequado embasamento científico.

Todos os instrumentos de avaliação que serão utilizados pelos pesquisadores estão adequados conforme proposta de pesquisa, isto é, garantem que as informações serão obtidas somente através das planilhas de custos e prontuários do sistema institucional. Os pesquisadores garantem sigilo das informações obtidas mediante a não identificação nominal dos participantes da pesquisa, os quais serão identificados numericamente precedidos pela letra P (P01, P02, etc.). Em todas as etapas do estudo serão respeitadas as normas estabelecidas nas Diretrizes e Normas regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Resolução 466/12, e a guarda das informações ficará sob responsabilidade dos pesquisadores responsáveis durante o período de cinco anos.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos de apresentação obrigatória estão adequados.

- Carta de anuência: devidamente assinada e carimbada pela instituição coparticipante.
- Folha de rosto: assinada e carimbada pela proponente.
- Cronograma de execução: adequado, conforme proposta detalhada no projeto.
- Orçamento financeiro: as despesas serão custeadas pelo pesquisador.
- Projeto detalhado: adequado e completo.
- TCLE: os pesquisadores solicitam dispensa do TCLE, pois trata-se de uma pesquisa retrospectiva com análise de planilhas de custos e prontuários dos pacientes que evoluíram para alta ou óbito durante internação. Informa-se que os pacientes que tiveram alta não possuem seguimento ambulatorial, o que impossibilita o acesso, aos mesmos, para a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

**Recomendações:**

Recomenda-se aprovação.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há pendência.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Projeto aprovado por decisão do CEP. Conforme a norma operacional 001/2013:

- riscos ao participante da pesquisa deverão ser comunicados ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
- ao final de cada semestre e ao término do projeto deverá ser enviado relatório ao CEP por meio

<b>Endereço:</b> EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa			
<b>Bairro:</b> Bairro Santa Luiza	<b>CEP:</b> 29.045-402		
<b>UF:</b> ES	<b>Município:</b> VITORIA		
<b>Telefone:</b> (27)3334-3586	<b>Fax:</b> (27)3334-3586	<b>E-mail:</b> comite.etica@emescam.br	