



0 UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
INSTITUTO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA

**CAMILA FERNANDES MESQUITA**

VIVA INQUÉRITO NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO:  
perfil das vítimas de violências e acidentes atendidas em serviços  
de urgência e emergência no período de 2006 a 2014

Rio de Janeiro

2019

CAMILA FERNANDES MESQUITA

VIVA INQUÉRITO NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO:  
perfil das vítimas de violências e acidentes atendidas em serviços  
de urgência e emergência no período de 2006 a 2014

Monografia apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial para a obtenção do título Especialista em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria de Lourdes Tavares Cavalcanti

Rio de Janeiro

2019

## FOLHA DE APROVAÇÃO

CAMILA FERNANDES MESQUITA

VIVA INQUÉRITO NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO:  
perfil das vítimas de violências e acidentes atendidas em serviços  
de urgência e emergência no período de 2006 a 2014

Monografia apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial para a obtenção do título Especialista em Saúde Coletiva.

Aprovada em: 09 de setembro de 2019.

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria de Lourdes Tavares Cavalcanti (Orientadora)  
IESC/UFRJ

---

Ma. Silvana Costa Caetano  
Gerência de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis  
GVDANT/CVE/SUBPAV/SMS

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Gerusa Belo Gibson dos Santos  
IESC/UFRJ

## AGRADECIMENTOS

Agradeço à toda minha família pelo suporte e carinho, em especial aos meus pais Renata e Lino, pelo incentivo, investimento e estímulo à minha educação acima de tudo.

Ao meu namorado e companheiro Fabiano, pelo carinho, apoio e paciência.

À Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, e às pessoas com quem convivi ao longo desses dois anos, principalmente aos meus queridos colegas de turma e em especial a Milene. A experiência de uma construção compartilhada com a participação de amigos foi a melhor e maior experiência da minha formação acadêmica.

À coordenadora da residência Bia, por ser uma eterna mãezona para todos nós, sempre carinhosa e atenta a nossas dificuldades.

Agradeço à minha orientadora Lourdinha por aceitar sem hesitar o meu convite e desafio em realizar este trabalho em tempo hábil para sua conclusão.

Aos preceptores dos campos de estágio por onde passei, por me proporcionarem a experiência da prática no trabalho para o SUS e agregar tanto em minha formação profissional. Cito as três pessoas que foram mais próximas a mim: Alessandra, Eliane e Silvana.

Agradeço à CAP 5.1, lugar de enorme aprendizado e que contribui para a formação e qualificação de muitos profissionais na saúde pública. Especialmente a Eliane, a quem admiro e tive a honra de trabalhar e ter presenciado sua paixão, luta e compromisso com o SUS.

Agradeço à GVDANT, pela equipe maravilhosa que tem, com pessoas queridas e super competentes, sempre prontas para trabalhar e passar seus conhecimentos. Agradeço em especial a Denise, Marina, Gabriela e Silvana, pessoa generosa, com enorme coração e principal motivadora deste trabalho.

Agradeço à todos os professores que passaram pela minha formação em Saúde Coletiva, que mesmo sem saber foram tão importantes para minha educação e construção de mundo.

E à todos que direta ou indiretamente fizeram parte deste processo de vida e da minha formação.

o que pode ser mais forte  
que o coração da gente  
que se quebra em tantas partes  
e ainda bate

**Rupi Kaur**

## RESUMO

MESQUITA, Camila Fernandes. **Viva Inquérito no município do Rio de Janeiro: tendência e perfil das vítimas de violências e acidentes atendidas em serviços de urgência e emergência.** Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

Este trabalho tem o objetivo de analisar os resultados da Pesquisa do Viva Inquérito no município do Rio de Janeiro no período de 2006 a 2014, caracterizando o perfil de atendimento das vítimas de violências e acidentes atendidas nos serviços de urgência e emergência do município. A metodologia consistiu em uma análise descritiva de caráter exploratório, com dados disponibilizados pelo DATASUS. O Viva Inquérito é um componente da vigilância sentinela do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) que é realizado periodicamente. De maneira geral o perfil dos atendimentos nas urgências e emergências dos hospitais do município do Rio de Janeiro é de casos de acidentes, predominando as quedas e acidentes de transporte, sendo indivíduos do sexo masculino, pardos, na faixa etária de 20 a 39 anos e com escolaridade de 9 a 11 anos. Os meios de locomoção mais utilizados para chegar até a emergência foram os transportes coletivos e os veículos particulares. A maior parte das ocorrências ocorreram tanto na residência como em via pública. As lesões mais comuns foram o corte/laceração, a parte do corpo mais atingida foi a cabeça/face e a maioria das vítimas receberam alta em 24 horas. Os resultados da pesquisa colaboram para a qualificação do atendimento e execução de ações de intervenção para a redução da morbimortalidade por causas externas, além de trazer subsídios para o planejamento e elaboração de políticas públicas intersetoriais no enfrentamento das violências e acidentes.

Palavras-chave: Inquéritos epidemiológicos. Causas externas. Acidentes. Violência. Serviço hospitalar de emergência. Monitoramento epidemiológico. Vigilância em saúde pública. Saúde pública.

## ABSTRACT

MESQUITA, Camila Fernandes. **Viva Inquérito no município do Rio de Janeiro: tendência e perfil das vítimas de violências e acidentes atendidas em serviços de urgência e emergência.** Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

This paper aims to analyze the results of the Viva Survey Survey in the city of Rio de Janeiro from 2006 to 2014, characterizing the profile of care provided to victims of violence and accidents attended in the city's urgency and emergency services. The methodology consisted of a descriptive exploratory analysis, with data provided by DATASUS. The Viva Inquiry is a component of the sentinel surveillance of the Violence and Accident Surveillance System (VIVA), which is carried out periodically. In general, the profile of urgent and emergency care in hospitals in the city of Rio de Janeiro is one of accident cases, predominantly falls and transport accidents. with 9 to 11 years of schooling. The most used means of transportation to reach the emergency were public transport and private vehicles. Most of the occurrences occurred both at home and on public roads. The most common injuries were cuts/lacerations, the most affected body part was the head/face and most victims were discharged within 24 hours. The research results contribute to the qualification of care and implementation of intervention actions to reduce morbidity and mortality from external causes, in addition to providing subsidies for the planning and elaboration of intersectoral public policies in the fight against violence and accidents.

Keywords: Health surveys. External causes. Accidents. Violence. Emergency service, hospital. Epidemiological monitoring. Public health surveillance. Public health.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Quantidade de serviços, cidades e atendimentos do Viva Inquérito .....	24
Tabela 2- Distribuição de entrevistas no Viva Inquérito por unidade e ano.....	27
Tabela 3 - Cronograma do Viva Inquérito.....	31
Tabela 4 - Ocorrência dos “Outros Acidentes” por ano (média) .....	46
Tabela 5 - Distribuição de “Outros Acidentes” por ano. Viva Inquérito, MRJ.....	47
Tabela 6 - Distribuição de atendimentos por queda por ano. Viva Inquérito, MRJ....	50
Tabela 7 - Distribuição de atendimentos por acidentes de transporte por ano. Viva Inquérito, MRJ .....	53
Tabela 8 - Distribuição de atendimentos por queimaduras por ano. Viva Inquérito, MRJ.....	55
Tabela 9 - Distribuição de atendimentos por agressão por ano. Viva Inquérito, MRJ	57
Tabela 10 - Distribuição de atendimentos por lesão autoprovocada por ano. Viva Inquérito, MRJ .....	59
Tabela 11 - Distribuição de atendimentos por intervenção legal por ano. Viva Inquérito, MRJ .....	61



## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Componentes do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes.....	22
Figura 2 - Fluxo do VIVA Inquérito .....	26

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição percentual média (%) segundo o tipo de atendimento no Viva Inquérito no município do Rio de Janeiro, por ano da pesquisa.....	34
Gráfico 2 - Distribuição percentual média (%) dos acidentes e violências no Viva Inquérito no município do Rio de Janeiro, por ano, no sexo masculino .....	35
Gráfico 3- Distribuição percentual média (%) dos acidentes no Viva Inquérito no município do Rio de Janeiro, segundo faixa etária e ano da pesquisa.....	36
Gráfico 4 - Distribuição percentual média (%) das violências no Viva Inquérito no município do Rio de Janeiro, segundo faixa etária e ano da pesquisa.....	37
Gráfico 5 - Distribuição percentual média (%) dos acidentes e violências no Viva Inquérito no município do Rio de Janeiro, segundo escolaridade (anos de estudo) .	38
Gráfico 6 - Distribuição percentual média (%) dos acidentes no Viva Inquérito no município do Rio de Janeiro, segundo raça\cor .....	39
Gráfico 7 - Distribuição percentual média (%) das violências no Viva Inquérito no município do Rio de Janeiro, segundo raça\cor .....	40
Gráfico 8 - Distribuição percentual média (%) segundo hora da ocorrência dos acidentes e violências no Viva Inquérito no município do Rio de Janeiro .....	41
Gráfico 9 - Distribuição percentual média (%) segundo dia da semana da ocorrência dos acidentes e violências no Viva Inquérito no município do Rio de Janeiro.....	42
Gráfico 10 - Distribuição percentual média (%) dos atendimentos no Viva Inquérito no município do Rio de Janeiro, segundo tipo da ocorrência .....	44

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
ASCOM	Assessoria de Comunicação
CGDANT	Coordenação Geral de Vigilância de Agravos e Doenças Não Transmissíveis
CID	Classificação Internacional de Doenças
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CVE	Coordenação de Vigilância Epidemiológica
DANT	Doenças e Agravos Não Transmissíveis
DANTPS	Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
e-SIC	Sistema Eletrônico do Serviço de Informações ao Cidadão
GVDANT	Gerência de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis
HEGV	Hospital Estadual Getúlio Vargas
HERF	Hospital Estadual Rocha Faria
HMLJ	Hospital Municipal Lourenço Jorge
HMMC	Hospital Municipal Miguel Couto
HMSA	Hospital Municipal Souza Aguiar
HMSF	Hospital Municipal Salgado Filho
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IESC	Instituto de Estudos em Saúde Coletiva
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais ou Transgêneros
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SIH-SUS	Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SMS-RJ	Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
SUBPAV	Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde

SUBHUE Subsecretaria de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência  
SUS Sistema Único de Saúde  
SVS Secretaria de Vigilância em Saúde  
UFRJ Universidade Federal do Rio de Janeiro  
VIVA Vigilância das Violências e Acidentes

## SUMÁRIO

<b>1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA .....</b>	<b>13</b>
1.1 JUSTIFICATIVA .....	14
1.2 OBJETIVO GERAL.....	16
1.3 OBJETIVO ESPECÍFICO .....	16
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>17</b>
2.1 CAUSAS EXTERNAS .....	17
2.2 VIGILÂNCIA DE VIOLÊNCIAS E ACIDENTES - VIVA.....	18
2.3 O VIVA INQUÉRITO.....	23
2.4 VIVA INQUÉRITO NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO .....	27
<b>3 METODOLOGIA .....</b>	<b>32</b>
<b>4 RESULTADOS DO VIVA INQUÉRITO .....</b>	<b>34</b>
4.1 OUTROS ACIDENTES.....	45
4.2 QUEDA.....	48
4.3 ACIDENTE DE TRANSPORTE .....	50
4.4 QUEIMADURA .....	54
4.5 AGRESSÃO .....	55
4.6 LESÃO AUTOPROVOCADA.....	59
4.7 INTERVENÇÃO LEGAL .....	60
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>63</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>66</b>
<b>ANEXO.....</b>	<b>72</b>
ANEXO A – FICHA VIVA INQUÉRITO 2006.....	73
ANEXO B – FICHA VIVA INQUÉRITO 2007 .....	74
ANEXO C – FICHA VIVA INQUÉRITO 2009.....	75
ANEXO D – FICHA VIVA INQUÉRITO 2011.....	76
ANEXO E – FICHA VIVA INQUÉRITO 2014.....	77
ANEXO F – FICHA VIVA INQUÉRITO 2017 .....	78

## 1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA

No início do mês de julho de 2017 comecei meu último campo de prática da Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva. Ele foi realizado na Gerência de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (GVDANT) da Coordenação de Vigilância Epidemiológica (CVE) da Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde (SUBPAV), localizada na Secretaria Municipal do Rio de Janeiro (SMS-RJ).

A GVDANT é responsável pela Vigilância das Violências e Acidentes (VIVA) na cidade do Rio de Janeiro, pelas análises epidemiológicas das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e pela morbimortalidade por acidentes de trânsito. Ela tem o objetivo de elaborar análises epidemiológicas da situação de saúde a partir dos sistemas de informações, conhecendo a distribuição, magnitude e tendência desses agravos e doenças para que seja possível identificar seus fatores de risco e subsidiar o planejamento de ações para sua prevenção e controle (RIO DE JANEIRO, [2017?]).

A vigilância epidemiológica, segundo a Lei nº 8.080 de 1990, consiste em “um conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos”. Constitui um importante instrumento para o planejamento e execução de ações de prevenção e controle dos agravos em todos os níveis de atenção à saúde.

A escolha deste campo se deu pela minha proximidade ao campo da vigilância epidemiológica, já que a Epidemiologia é um dos pilares da Saúde Coletiva, e matéria exaustivamente estudada durante a minha graduação em Saúde Coletiva no Instituto de Estudos em Saúde Coletiva – IESC/UFRJ. Também pelo meu interesse em utilizar os sistemas de informação, como o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), por exemplo, e realizar análises da situação de saúde. Destaca-se igualmente a importância do aprendizado sobre a questão da violência, que constitui um grande problema de saúde pública, principalmente no município do Rio de Janeiro.

Foi a partir deste campo que tive maior contato com a Pesquisa Nacional do Viva Inquérito, que estava se iniciando no mesmo momento em que ingressei no setor. Como a GVDANT é responsável pela coordenação da pesquisa no município

do Rio de Janeiro, participei de todo seu processo de desenvolvimento, desde a escolha dos pesquisadores até a análise do banco de dados e sua divulgação preliminar.

O Viva Inquérito é um componente do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes, na modalidade de inquérito. É realizado em serviços sentinelas de urgência e emergência de municípios selecionados, onde são levantadas informações sobre violências e acidentes atendidos nessas unidades. Inicialmente teve periodicidade anual e atualmente acontece a cada três anos, sendo a sexta e última pesquisa até então, ocorrida no ano de 2017 (BRASIL, 2009, 2010, 2013, 2017a).

Sendo assim, o tema em questão a ser estudado é a Vigilância de Violências e Acidentes, e dentro deste tema, o que se pretende estudar é a Pesquisa do Viva Inquérito no município do Rio de Janeiro no período de 2006 a 2014. Logo, o problema a ser investigado é qual a tendência e o perfil das pessoas atendidas em serviços de urgência e emergência do município do Rio de Janeiro que foram vítimas de violências e acidentes.

## 1.1 JUSTIFICATIVA

As causas externas de morbimortalidade correspondem aos acidentes e violências, identificadas pelo capítulo XX da 10ª revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde (CID-10), sendo considerados eventos passíveis de prevenção. Ainda assim, estão entre os principais problemas de saúde pública devido à sua gravidade e magnitude. Em publicação realizada pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde no ano de 2014, constatou-se que nos últimos 14 anos (2000 a 2013), a taxa de mortalidade no Brasil por causas externas aumentou 10,5% e a taxa de internação hospitalar por esse grupo de causa aumentou 31,4% (BRASIL, 2017a).

De acordo com o DATASUS, em 2017 as causas externas representaram a terceira causa de mortalidade geral brasileira, sendo a primeira causa entre crianças, jovens e adultos (1 até 49 anos), terceira causa na faixa etária de 50 a 59 anos e oitava causa entre a população acima dos 60 anos. No Brasil, ocorreram 158.657 óbitos por causas externas só no ano de 2017, o que corresponde a uma taxa de

mortalidade de 76,4 óbitos por 100 mil habitantes<sup>1</sup>. Além disso, foram registradas mais de 1 milhão de internações hospitalares por causas externas pagas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em 2017, sendo a taxa de internação hospitalar de 55,6 internações por 10 mil habitantes<sup>2</sup>. Entre as causas externas, os homicídios, acidentes de transporte e as quedas representam as principais causas de óbitos e internação (BRASIL, [2018c?], [2018d?]).

Os acidentes e as violências causam danos, lesões, sequelas, traumas e mortes com altos custos emocionais e sociais para população, e gastos com segurança pública. Além disso, também provocam prejuízos econômicos devido a ausência do trabalho, danos mentais e emocionais nas vítimas e familiares, e anos de produtividade e/ou vida perdidos (BRASIL, 2005).

Já para o sistema de saúde, as consequências são representadas pelo aumento do gasto com serviços de urgência e emergência, atenção especializada, reabilitação física, atendimentos psicológicos e assistência social, com procedimentos médicos mais custosos do que os atendimentos convencionais. De acordo com os registros do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS), é gasto aproximadamente 1,3 bilhão de reais por ano com internações por causas externas no SUS. À isso, acrescenta-se também os custos pré-hospitalares, como a atenção às urgências e pronto atendimentos, além de gastos com a previdência social (BRASIL, 2005, 2015).

Sendo assim, o impacto das causas externas no sistema de saúde e na economia demandam urgentemente a adoção de estratégias para seu controle e enfrentamento. Os sistemas de informação possibilitam o conhecimento sobre o perfil das pessoas acometidas pelo problema, sua frequência, causas e fatores associados. Com isso, há o planejamento mais adequado para as medidas de prevenção e redução dos riscos e danos, assim como a racionalização na aplicação dos recursos disponíveis (BRASIL, 2015).

Considerando estes argumentos, a relevância social desse estudo se justifica por ele enfatizar a importância da questão das causas externas para o setor saúde, bem como as ações de vigilância em saúde. Através da qualificação das informações deste agravo, é possível auxiliar a formulação de políticas públicas voltadas para a

---

<sup>1</sup> Cálculo a partir dos óbitos por ocorrência de causas externas, dividido pelo número da população estimada de 2017, utilizada pelo Tribunal de Contas da União (TCU) para determinação das cotas do Fundo de Participação dos Municípios (FPM).

<sup>2</sup> Cálculo a partir das internações por causas externas, dividido pelo número da população estimada de 2017, utilizada pelo TCU para determinação das cotas do FPM.



prevenção dos acidentes e violências e promoção da cultura da paz, buscando articular também com os demais setores e fomentar redes de atenção integral e de proteção social às pessoas vítimas de violências.

## 1.2 OBJETIVO GERAL

O objetivo geral do presente trabalho é descrever e analisar os dados decorrentes da Pesquisa do Viva Inquérito no município do Rio de Janeiro no período de 2006 a 2014.

## 1.3 OBJETIVO ESPECÍFICO

Caracterizar o perfil de atendimento das vítimas de violências e acidentes atendidas nos serviços de urgência e emergência do município do Rio de Janeiro no período de 2006 a 2014.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 CAUSAS EXTERNAS

Os acidentes e as violências constituem o grupo das causas externas, que está representado no capítulo XX da Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Podem ser classificados como eventos acidentais (acidentes de trânsito, quedas, afogamentos e outros tipos de acidentes) e como eventos intencionais (agressões e lesões autoprovocadas, por exemplo). Tanto os acidentes quanto as violências são eventos passíveis de prevenção.

Os acidentes são considerados eventos não intencionais e evitáveis, causadores de lesões que podem ser físicas e/ou emocionais. Podem ocorrer tanto no ambiente doméstico como nos outros ambientes sociais, como o do trabalho, do trânsito, da escola, do esporte e do lazer (BRASIL, 2001).

A violência é definida pela OMS como o “uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha a possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação”. Ao incluir a palavra “poder” em sua definição, abrange os atos resultantes de uma relação de poder, como as ameaças, intimidações, negligência e casos de omissão (OMS, 2002).

Para Minayo e Souza (1999) a violência é um fenômeno difícil de definir, por ser complexo, polissêmico e multicausal, e uma conceituação simples e fixa pode reduzi-la em uma má compreensão sobre o tema. Pode ser resultante das interações sociais, individual, político, social e/ou cultural.

Os acidentes e violências são fenômenos sociais antigos, presentes desde o início da humanidade. A violência, por exemplo, está registrada em vários documentos da antiguidade, inclusive na Bíblia, onde há diversos relatos de conflitos, sendo o caso de Caim e Abel o mais conhecido, em que um irmão assassina o outro (MINAYO, 2006).

O Brasil, embora considerado um país pacífico pelo imaginário da sociedade, sempre teve uma história de violência articulada à sua forma de colonização e de desenvolvimento. Os problemas culturais estruturantes e a crescente desigualdade

da sociedade brasileira se acumularam e deram forma a novas questões trazidas pela pós-industrialização e globalização (MINAYO, 2006).

A partir da década de 80 a mortalidade por causas externas passou a responder pela segunda causa de óbitos de mortalidade geral. A partir de então, a mortalidade por violências e acidentes se mantiveram no topo, revelando-se como um dos mais graves problemas de saúde pública a ser enfrentado (BRASIL, 2001).

## 2.2 VIGILÂNCIA DE VIOLÊNCIAS E ACIDENTES - VIVA

Com o objetivo de prevenir as violências e acidentes e promover a saúde e a cultura da paz, diminuindo seu impacto nas condições de saúde da população, o Ministério da Saúde vem mobilizando diversas áreas técnicas e articulando órgãos governamentais, instituições acadêmicas e organizações não governamentais durante os últimos anos. Contudo, foi somente com o lançamento da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, pela portaria nº 737 de maio de 2001, que essas articulações começaram a ganhar sustentabilidade. Nela são apresentados os princípios, objetivos, diretrizes, estratégias de implantação e mecanismos de acompanhamento e avaliação, com o propósito fundamental de reduzir a morbimortalidade das causas externas através de um conjunto de ações articuladas e sistematizadas.

A Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências propõe sete diretrizes para a formulação de políticas: 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; e apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

Como uma estratégia para instrumentalizar a política mencionada acima, foi criado em 2002 o “Programa de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito: Mobilizando a Sociedade e Promovendo a Saúde”. O objetivo do programa foi o de implementar ações de promoção da saúde e prevenção dos acidentes de trânsito em aglomerações urbanas selecionadas através da articulação e mobilização dos setores governamentais, não governamentais e da população.

Ainda em 2002 a Organização Mundial de Saúde (OMS) lança o primeiro Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, elaborado e revisado por especialistas e cientistas do mundo todo. Ele descreve a magnitude e impacto da violência, ampliando a consciência sobre o problema em escala global e reforçando a importância do reconhecimento de suas causas e consequências para a saúde pública. Durante todo o relatório são apresentadas estratégias de prevenção para lidar com os diversos tipos de violência e ao final traz nove recomendações de ações em nível local, nacional e internacional. Dentre essas recomendações, destacam-se a criação, implementação e monitoramento de um plano nacional de ação para prevenção da violência; o aprimoramento da capacidade de coleta de dados sobre a violência, e o apoio a pesquisas nessa área.

No mesmo sentido, dando suporte a implementação de ações de enfrentamento das causas externas, foi publicada a portaria nº 936 de maio de 2004 que estrutura a Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e os Núcleos de Prevenção à Violência em estados e municípios. Suas principais atribuições envolvem a qualificação da gestão no trabalho de prevenção e promoção da saúde e cultura da paz, articulação da rede de atenção integral às pessoas em situação de violência e formulação de políticas públicas intra e intersetoriais.

Em setembro de 2005 foi realizado em Brasília o I Seminário Nacional de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde onde se reuniram representantes das secretarias estaduais e municipais, instituições de ensino e pesquisa e profissionais técnicos do MS para construir e pactuar uma “Agenda Nacional de Prioridades em Doenças e Agravos Não Transmissíveis para o período de 2005 a 2007”. O documento organizou-se em quatro eixos principais de atuação para o enfrentamento dos acidentes e violências: vigilância de acidentes e violências; gestão; intervenção; e avaliação e apoio a pesquisas. O primeiro item se refere à estruturação de um sistema de vigilância através da ampliação e qualificação de atividades de monitoramento desses agravos.

Em março de 2006 é aprovada a Política Nacional de Promoção da Saúde pela portaria nº 687, no qual são priorizadas ações voltadas à redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito e em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas e ações de prevenção da violência e estímulo à cultura de paz, entre outras. Essa política tem o objetivo de promover a qualidade de vida e reduzir as vulnerabilidades e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes sociais.

Concomitante a estas publicações, também foram produzidos alguns marcos legais ao longo desses anos, que também contribuíram para a estruturação da vigilância das violências e acidentes. Alguns exemplos são a lei nº 8.069 de 1990 que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e determina que os casos de violência contra crianças e adolescentes sejam obrigatoriamente notificados; lei nº 10.741 de 2003 dispõe sobre o Estatuto do Idoso e prevê que os casos de violência contra os idosos sejam obrigatoriamente notificados; lei nº 10.778 de 2003 que estabelece a notificação compulsória dos casos de violência contra a mulher que forem atendidas em serviços de saúde; decreto 5.099 de 2003 que institui os serviços de referência sentinela para a notificação compulsória dos casos de violência contra a mulher; portaria nº 2.406 de 2004 em que institui o serviço, instrumento e fluxo para as notificações de violência contra a mulher; e a portaria nº 1.876 de 2006 que institui as diretrizes para a prevenção do suicídio.

O respaldo institucional dado pelo conjunto de políticas públicas, atuando de maneira articulada, representa o compromisso das autoridades brasileiras com o enfrentamento do problema dos acidentes e violências, o que resultou na sistematização e incorporação das ações preconizadas na estrutura do SUS. Assim, no que se refere à vigilância epidemiológica desses eventos, o monitoramento de dados e informações sobre mortalidade e morbidade torna-se fundamental. (BRASIL, 2009, p. 16).

Ainda em março de 2006, aconteceu o Seminário Temático de Vigilância de Acidentes e Violências em Serviços Sentinela, onde foi apresentado o “Projeto de Vigilância de Violências e Acidentes/Rede de Serviços Sentinelas de Violências e Acidentes” para estados e municípios selecionados. Estes, caso os gestores tivessem o interesse, fariam parte do projeto em que seria implantada a vigilância de acidentes e violências em serviços sentinela. Esta solução foi considerada por ser uma opção ágil e viável que apresentava grande potencial para gerar informações de qualidade (BRASIL, 2009).

Neste momento inicia-se então a primeira fase da implantação do VIVA, inicialmente em municípios previamente selecionados segundo alguns critérios, como o perfil epidemiológico, existência de serviços de emergência, participação em projetos de prevenção etc. Para a seleção dos serviços, houve um acordo entre as secretarias estaduais e municipais, além do próprio serviço ter que manifestar interesse em participar e ter estrutura e equipe para o desenvolvimento das atividades (GAWRYSZEWSKI *et al.*, 2006).

A estruturação do VIVA é respaldada pelas portarias nº 1.356 de 2006 e nº 1.384 de 2007, as quais instituíram incentivo financeiro para a vigilância de violências e acidentes. O VIVA foi estruturado em dois componentes: a vigilância contínua (VIVA Contínuo) e a vigilância por inquérito (VIVA Inquérito). Primeiramente os dois possuíam sistema próprio de informação para análise dos dados, e a partir de 2009 o VIVA Contínuo passou a integrar o SINAN por ser um sistema já consolidado e com abrangência nacional (BRASIL, 2009).

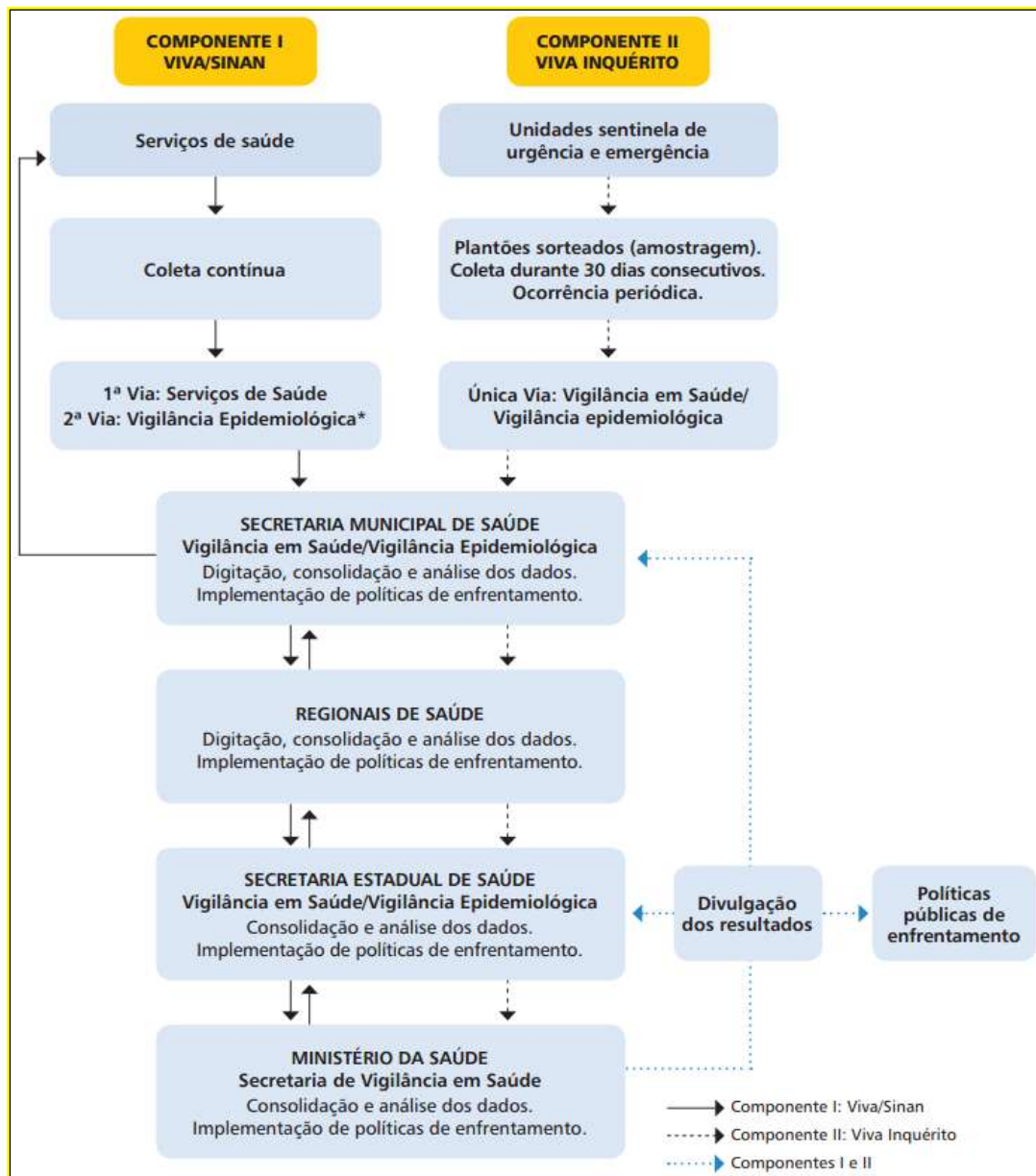
O Componente do VIVA Contínuo foi iniciado com as coletas de dados a partir do dia 1 de agosto de 2005, através da ficha específica de Notificação/ Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências Interpessoais. Inicialmente foi implantado em serviços de referência para violências, em 32 municípios selecionados como prioritários mais o Distrito Federal. Passou a integrar o SINAN em 2009 e a Lista de Notificação Compulsória em unidades sentinela em 2010, sendo denominado VIVA SINAN. Já em 2011, através da portaria nº 104/2011, a notificação compulsória da violência é universalizada para todo o território nacional, e não somente para as unidades sentinelas (BRASIL, 2009; 2017a).

O componente do VIVA Inquérito foi desenvolvido pela primeira vez no mês de setembro de 2006 por um inquérito pontual através de uma ficha específica de Notificação de Acidentes e Violências nas Unidades de Urgência e Emergência. Participaram 65 serviços sentinelas, localizados em 34 municípios e no Distrito Federal. Inicialmente foi anual, depois passou a ser bianual e a partir de 2011 passou a ser a cada três anos, tendo sido produzido até o momento nos anos: 2006, 2007, 2009, 2011, 2014 e 2017. Dessa forma, este componente é realizado por meio de inquéritos periódicos durante um mês em serviços de urgência e emergência selecionados (BRASIL, 2009).

Anteriormente ao VIVA, a vigilância epidemiológica das causas externas era realizada somente através da análise dos dados da declaração de óbito pelo SIM e da autorização de internação em hospitais públicos SIH-SUS. No entanto, esses sistemas só permitem o conhecimento dos casos de alta gravidade e grande magnitude. As ocorrências com demanda hospitalar de urgência e emergência e os serviços especializados em violência não são captados pelo SIM e SIH-SUS (BRASIL, 2009, 2010, 2013, 2017a).

A estrutura mais atualizada do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes encontra-se na figura abaixo (Figura 1), elaborada em 2017 pela publicação do Ministério da Saúde:

**Figura 1 - Componentes do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes**



Fonte: BRASIL (2017, p. 21).

Dessa maneira, o VIVA foi implantado especialmente com o objetivo de construir um diagnóstico mais sensível da situação, reconhecendo os casos menos graves que não causam mortes ou internações, e a ampliação do conhecimento sobre as formas de violência que costumam ser silenciadas e invisibilizadas. Ele

aparece como um complemento às análises epidemiológicas e apresenta mais detalhes sobre as características da vítima, do evento e do provável autor da agressão, criando um quadro mais completo do problema para a criação de políticas públicas para a prevenção e controle (BRASIL, 2009).

### 2.3 O VIVA INQUÉRITO

O VIVA Inquérito é um estudo descritivo de corte transversal, cujos dados são coletados durante 30 dias consecutivos entre os meses de setembro e novembro, em turnos alternados de 12 horas (diurno e noturno), através de sorteio probabilístico em serviços habilitados. A população é composta pelas vítimas de violências e acidentes atendidas em unidades de urgência e emergência do SUS de municípios selecionados. Setembro foi escolhido por ser considerado um mês típico, em que não há interferência de férias e festas de final de ano, período em que há um aumento dos atendimentos por causas externas. Por questões de organização local, a pesquisa foi estendida até o mês de novembro em alguns municípios, para garantir a coleta nos 30 dias contínuos (BRASIL, 2009, 2010, 2013, 2017a).

Os dados são coletados por meio de um formulário padronizado e codificado, dividida em alguns blocos, como dados pessoais e da ocorrência, semelhante a ficha de notificação do VIVA Contínuo. O formulário manteve a maioria das variáveis em todos os inquéritos, com apenas pequenas modificações ao longo dos anos. As entrevistas são realizadas por acadêmicos e profissionais de saúde previamente treinados e supervisionados por técnicos das secretarias municipais de saúde (BRASIL, 2009, 2010, 2013, 2017a).

Os atendimentos foram classificados em violências e acidentes, considerando as definições do capítulo XX (causas externas de morbidade e mortalidade) da CID-10. Os acidentes foram divididos em acidentes de transporte (V01-V99), quedas (W00-W19), queimaduras (W85-W99, X00-X19) e outros acidentes. As violências foram divididas em lesões autoprovocadas intencionalmente/tentativa de suicídio (X60-X84), agressões/maus-tratos (X85-Y09 e Y05-Y07) e intervenção legal (Y35-Y36) (BRASIL, 2009, 2010, 2013, 2017a).

Para a seleção das unidades são considerados alguns critérios, como a relevância do local para as causas externas, quantidade de atendimentos, complexidade e resolutividade do serviço. A tabela 1 apresenta o número de cidades



em que foi realizado o inquérito em cada ano, a quantidade de serviços de urgência e emergência selecionados e o número total de atendimentos coletados durante a pesquisa. Os dados sobre a quantidade de serviços e cidades participantes foram retirados dos livros do Ministério da Saúde sobre o VIVA nos quais são publicados os resultados da pesquisa. Já o número de atendimentos realizado em cada ano da pesquisa foi retirado da página do DATASUS. Vale ressaltar que o município do Rio de Janeiro participou de todos os inquéritos realizados (BRASIL, 2009, 2010, 2013, 2017a).

**Tabela 1 - Quantidade de serviços, cidades e atendimentos do Viva Inquérito**

	ANO DO VIVA INQUÉRITO				
	2006	2007	2009	2011	2014
SERVIÇOS	65	84	136	105	114
CIDADES <sup>3</sup>	35	37	36	36	36
ATENDIMENTOS	46.795	59.683	49.740	66.409	73.354

Fonte: BRASIL (2009, 2010, 2013, 2017a); BRASIL [2018b?].

No ano de 2006 o município de Alta Floresta (Mato Grosso) não foi contemplado com os recursos do incentivo para a realização do VIVA Inquérito, mas participou da implantação do componente VIVA Sentinela. Em 2007 os municípios de Cáceres (Mato Grosso) e Jaboatão dos Guararapes (Pernambuco) também não receberam o incentivo, mas participaram. Em 2009 a pesquisa também foi realizada em 15 serviços sentinelas em alguns municípios do interior do estado, com o objetivo de conhecer o perfil dos atendimentos em cidades com menor porte populacional<sup>4</sup>. Em 2011 os resultados da cidade de São Paulo foram analisados separadamente por não cumprirem os critérios de seleção propostos nos métodos da pesquisa e por problemas internos. Neste ano foi realizado também um estudo diferenciado em Teresina (Piauí), com a coleta de 100% das portas de entrada de urgência e emergência públicas localizadas no município, e em Campinas (São Paulo) com um estudo comparativo entre as unidades públicas e as privadas. Já em 2014 as capitais

<sup>3</sup> Em 2006 foram 21 capitais, 13 municípios e Distrito Federal. Em 2017 foram 22 capitais, 14 municípios e Distrito Federal. Em 2009 foram 23 capitais, 12 municípios e Distrito Federal. Em 2011 e 2014 foram 24 capitais, 11 municípios e Distrito Federal.

<sup>4</sup> Estes dados de 2009 não foram incluídos na página do DATASUS.

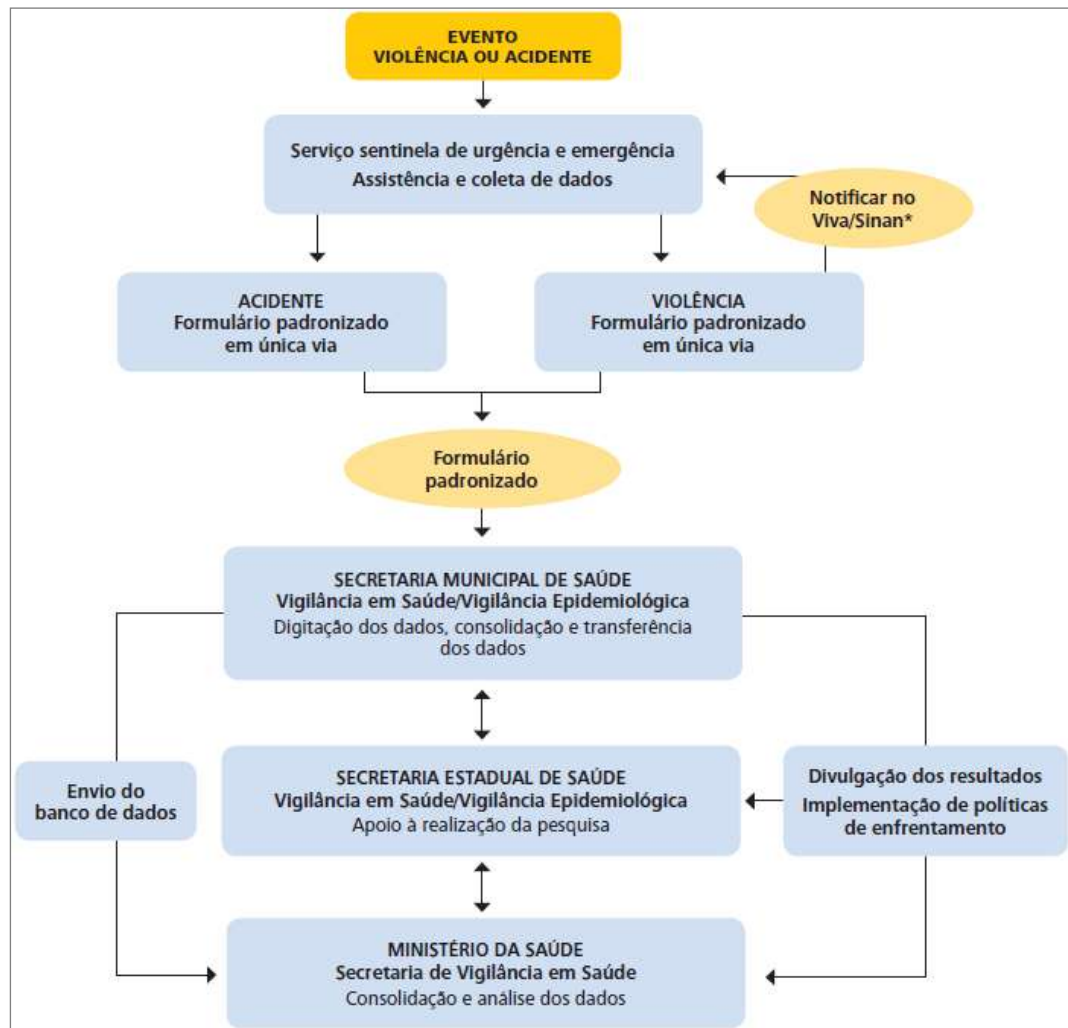
Florianópolis (Santa Catarina) e Cuiabá (Mato Grosso) não conseguiram realizar o inquérito devido a questões locais relacionadas a aspectos técnico-operacionais e de gestão (BRASIL, 2009, 2010, 2013, 2017a).

Para a definição do tamanho da amostra, a partir do ano de 2009 foi considerado o critério de precisão para estimativas de prevalências fixadas para o estudo, com coeficiente de variação abaixo de 30% e erro padrão menor que 3. Dessa forma, em 2009 a amostra variou de 750 a 1500 entrevistas, e nos próximos anos variou de 1500 a 2000, dependendo da localização geográfica (BRASIL, 2009, 2010, 2013, 2017a).

Todas as pesquisas foram aprovadas pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. A assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido foi substituída por consentimento verbal na hora da entrevista, já que a pesquisa se trata de uma ação específica da Vigilância em Saúde de âmbito nacional. Foi garantido total anonimato e privacidade dos participantes, assim como a liberdade de desistência a qualquer momento, sem prejuízos de qualquer forma (BRASIL, 2009, 2010, 2013, 2017a).

A coleta dos dados realizada pela pesquisa começa com a entrada da vítima de acidente ou violência no serviço de urgência e emergência, que passa pela entrevista da pesquisa através de uma pessoa qualificada anteriormente. Esta pessoa preenche um formulário padronizado que passa pela avaliação de um supervisor e é enviado para a Secretaria Municipal de Saúde, que envia o banco de dados para o Ministério da Saúde. A seguir está disposto o fluxo mais atualizado de como é realizada a pesquisa do VIVA Inquérito (figura 2).

**Figura 2 - Fluxo do VIVA Inquérito**



Fonte: BRASIL (2017a, p. 21).

Em caso do evento ser uma violência que seja objeto de notificação compulsória, isto é, um caso suspeito ou confirmado de violência doméstica, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal, violência homofóbica, violência contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT, o serviço deve ser orientado a preencher a ficha de notificação, que é registrada no SINAN.

Durante o ano de 2017, em meu campo de prática da residência na GVDANT, pude acompanhar todo o desenvolvimento da pesquisa do Viva Inquérito no município do Rio de Janeiro, participando de reuniões, visitas a hospitais, elaboração de materiais, limpeza e análise do banco de dados, bem como dando apoio a

inserção dos participantes da pesquisa. Abaixo relato a operacionalização da pesquisa do Viva Inquérito no município do Rio de Janeiro.

#### 2.4 VIVA INQUÉRITO NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

A metodologia do estudo é definida pela equipe nacional, responsável pela área técnica de acidentes e violências do Ministério da Saúde. A equipe municipal é responsável pela execução da pesquisa de campo e digitação dos dados. O município do Rio de Janeiro participou de todas as edições do VIVA Inquérito. Os dois primeiros inquéritos de 2006 e 2007 foram realizados somente no Hospital Municipal Souza Aguiar (HMSA). A partir do ano de 2009, a pesquisa foi ampliada para os hospitais municipais Lourenço Jorge (HMLJ), Miguel Couto (HMMC), Salgado Filho (HMSF) e os hospitais estaduais Rocha Faria (HERF) e Getúlio Vargas (HEGV). O Hospital Rocha Faria foi municipalizado em janeiro de 2016, passando a administração local para a responsabilidade do município. (BRASIL, 2009, 2010, 2013, 2017).

**Tabela 2- Distribuição de entrevistas no Viva Inquérito por unidade e ano**

UNIDADES DE EMERGÊNCIA	ANO VIVA INQUÉRITO				
	2006	2007	2009	2011	2014
HMSA	948	1515	449	383	722
HMLJ	-	-	310	242	667
HMMC	-	-	414	427	435
HMSF	-	-	292	327	736
HEGV	-	-	413	455	970
HERF	-	-	395	521	563
<b>TOTAL</b>	<b>948</b>	<b>1515</b>	<b>2273</b>	<b>2355</b>	<b>4093</b>

Fonte: Coordenação de Vigilância Epidemiológica. Gerência de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, 2017.

Antes do início da pesquisa, há uma etapa preparatória prevista, no qual é realizado o seu planejamento. Primeiramente, é estabelecido a definição das unidades de saúde participantes e a amostra dos atendimentos. Ainda no início do ano é solicitado pelo Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde (DANTPS/MS) para que a GVDANT envie a

listagem dos serviços de saúde que devem participar do inquérito, bem como o levantamento do número de atendimentos por causas externas nesses serviços no mês de setembro do ano anterior para a definição do cálculo da amostra.

Os profissionais que trabalham com a vigilância das doenças e agravos não transmissíveis (DANT) dos municípios selecionados são previamente capacitados para a pesquisa pela Coordenação Geral de Vigilância de Agravos e Doenças Não Transmissíveis (CGDANT) do Ministério da Saúde, com a finalidade de coordenar a pesquisa localmente em seu município. É realizado um curso preparatório em Brasília, com um representante responsável pelo VIVA Inquérito da SMS e um responsável pelo acompanhamento e apoio da execução da pesquisa da Secretaria Estadual de Saúde (SES). Neste momento também são discutidos os materiais e instrumentos que são utilizados durante a pesquisa.

Através de publicada no Diário Oficial da União, é autorizado repasse financeiro ao Distrito Federal, às Capitais e aos Municípios selecionados para a realização da pesquisa. Conforme os critérios relativos ao número de serviços de saúde participantes, em 2017 o Rio de Janeiro recebeu o valor de R\$ 59.000,00 para a contratação dos recursos humanos e materiais de apoio, referente aos 6 serviços selecionados.

A partir desta publicação, a pesquisa é divulgada pela CVE para seleção de currículos de profissionais que tenham interesse em participar e em seguida, são realizadas entrevistas com estes. Durante a análise dos currículos, um dos critérios para a seleção é a prioridade daqueles que já tivessem participado de edições anteriores da pesquisa ou tem maior experiência com a vigilância hospitalar. A equipe é composta por um supervisor e três pesquisadores para cada serviço de saúde. É contratado também um digitador para realizar as digitações das fichas.

Para a realização da pesquisa nas unidades de saúde é necessário contato prévio com a SES e com a Subsecretaria de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência (SUBHUE) da SMS através de e-mail e contato telefônico. Também faz parte da rotina o envio de ofício para os secretários da saúde dos municípios pelo Ministério da Saúde informando sobre a realização da pesquisa.

São realizados encontros com a equipe contratada para a apresentação da pesquisa e capacitação para a realização das entrevistas. Primeiramente é feito um encontro somente com os supervisores, e em seguida dois encontros também com os pesquisadores. No primeiro encontro, são apresentadas as informações e

objetivos da pesquisa, os plantões e turnos de cada hospital, as atribuições dos supervisores e entrevistadores, e distribuído e explicado o instrutivo para preenchimento da ficha. Nas capacitações seguintes, também é apresentada novamente a pesquisa, distribuído todo o material, e explicado mais detalhadamente sobre as entrevistas e preenchimento de cada campo do questionário.

Para o apoio da pesquisa no município, são elaborados pela Assessoria de Comunicação da SMS (ASCOM) materiais de comunicação, como: banner, cartazes A4 com informações da pesquisa, e camisetas com o símbolo do VIVA. A confecção de uma camisa com o símbolo do VIVA foi pensada para ajudar na sinalização e divulgação da pesquisa, tanto para a percepção dos usuários do serviço como dos funcionários, assim como para diferenciar os pesquisadores dos profissionais do hospital.

Os hospitais participantes são visitados pela equipe da coordenação da pesquisa (CVE/GVDANT) e equipe selecionada de supervisores e entrevistadores para aproximação com os contatos das emergências e sensibilização dos funcionários. Nesta ocasião, é feita a divulgação da pesquisa, apresentação da equipe de pesquisadores, comunicação dos dias e turnos das entrevistas, conhecimento do local para a atividade, autorização para circulação durante a pesquisa através da confecção de crachás e definição da evolução na emergência nas primeiras 24 horas.

O trabalho de campo da pesquisa ocorre durante todo o mês de setembro. Cada unidade realiza entrevistas em turnos de 12 horas, que são sorteados de acordo com a metodologia do MS. Em um total de 60 plantões, sendo 30 diurnos (7h às 18h59) e 30 noturnos (19h às 6h59), o número de turnos a ser sorteado em cada estabelecimento é obtido pela razão entre o tamanho mínimo da amostra de atendimentos por causas externas e a média de atendimentos por causas externas realizados no mesmo estabelecimento nos anos anteriores.

Dessa forma, os pesquisadores fazem as entrevistas e o supervisor da equipe realiza a conferência das fichas preenchidas, conclui a evolução dos casos nas 24 horas, preenche o diário de campo e leva as fichas para a equipe da GVDANT semanalmente. O diário de campo é uma ferramenta utilizada para o controle de qualidade da pesquisa, já que permite: verificar o total de pacientes atendidos pelo serviço e identificar pacientes atendidos que não foram abordados pela equipe de coleta, além de intercorrências que podem ter acontecido no dia. Conforme as fichas

chegam ao setor, os técnicos fazem uma segunda revisão de seu preenchimento, corrigindo campos em branco, opções incorretas e/ou seleções suspeitas. Todas as dúvidas são questionadas e discutidas com o responsável pelo preenchimento e os supervisores para a melhor qualificação possível de cada ficha.

A digitação das fichas começa a partir da segunda semana do mês, para que a entrega do banco de dados ao MS seja feita no prazo estipulado. Ela é realizada por um digitador que é contratado exclusivamente para realizar essa função no setor da CVE através do programa aperfeiçoado do *Epi Info*. No decorrer do mês, através da numeração das fichas, é acompanhado também a quantidade de entrevistas realizadas por cada serviço, que no final deve totalizar a meta de no mínimo 2000 entrevistas.

Com a finalidade de obter um diagnóstico mais completo e detalhado do banco de dados da pesquisa, é realizado o monitoramento da qualidade da informação. Para isso, durante e após o término da digitação, avalia-se novamente a completude dos dados, consistência e duplicidade das fichas através dos programas *tabwin* e *Epi Info*. A completude se refere ao preenchimento de todas as variáveis da ficha ou opções registradas como “ignorado”; a consistência é o grau de coerência de determinadas variáveis relacionadas com outra (por exemplo, sexo masculino e gestante); e duplicidade é o registro de mais de uma vez de um mesmo evento.

Após a avaliação da qualidade das informações, é realizada a consolidação do banco de dados, envio para o MS e análise do banco para posterior divulgação de relatórios com dados preliminares. Durante todo o processo, são preparados materiais de apoio e acompanhamento da pesquisa pela GVDANT, como organização de escalas dos hospitais, dos turnos realizados, do diário de campo, dos participantes, dos materiais, das entrevistas realizadas, acompanhamento da meta, entre outros.

De acordo com Mota, Almeida e Viacava (2011), quanto melhor a qualidade das informações epidemiológicas, maior o seu potencial de aplicação na formulação de políticas, ações de saúde e na avaliação das intervenções. Nesse sentido, a produção das informações sustenta-se primordialmente no trabalho do profissional que coleta e registra esses dados.

Na tabela 3 é exibido o cronograma de como é realizado o processo da pesquisa do VIVA Inquérito em cada mês do ano da pesquisa no município do Rio de Janeiro.

**Tabela 3 - Cronograma do Viva Inquérito**

VIVA INQUÉRITO	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Levantamento de atendimentos no mês de setembro por causa externa nos serviços selecionados	x											
Envio do levantamento solicitado pelo MS		x										
Capacitação de técnico da GVDANT pelo MS				x								
Elaboração e aprovação do Projeto pela SVS e SUBPAV				x								
Seleção de Recursos Humanos (Bolsistas: 18 Pesquisadores, 6 Supervisores e 1 Digitador)					x							
Liberação dos Aprovados na seleção						x						
Elaboração de material de apoio para divulgação da pesquisa							x					
Compra de material de escritório e material de consumo							x					
Reprodução de Material para treinamento de bolsistas							x					
Treinamento Teórico-prático da equipe da pesquisa								x				
Reuniões com os representantes das unidades e visita da equipe ao Hospital								x				
Execução do trabalho de campo									x			
Recebimento das fichas, correção e codificação									x	x		
Digitação das fichas									x	x		
Análise de Consistência									x	x	x	
Envio do Banco de Dados ao MS											x	
Relatório Preliminar MRJ - sujeito à revisão												x

Fonte: Coordenação de Vigilância Epidemiológica. Gerência de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, 2017.

A seguir serão apresentados os resultados dos inquéritos sobre atendimentos por violências e acidentes em serviços sentinelas de urgência e emergência do município do Rio de Janeiro, realizados nos anos de 2006, 2007, 2009, 2011 e 2014.



### 3 METODOLOGIA

O presente trabalho consiste em uma análise descritiva de caráter exploratório, tendo sido realizada a análise dos dados gerados pela Pesquisa do Viva Inquérito no município do Rio de Janeiro. Os anos utilizados para a análise são: 2006, 2007, 2009, 2011 e 2014. Esta escolha foi baseada nos anos em que a pesquisa foi realizada, e que seus dados estão disponíveis para acesso em domínio público, sendo que 2006 foi o primeiro ano em que a pesquisa foi realizada no país. Através da página eletrônica do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), o Ministério da Saúde (MS) possibilita o acesso público às informações sobre saúde da população brasileira.

O DATASUS é o órgão responsável por prover os sistemas de informação do SUS e suporte de informatização que são necessários para seu processo de planejamento, operação e controle. Isto é feito por meio da manutenção de bases de dados nacionais, apoio para a implantação de sistemas e também através da disseminação de informações essenciais às ações de saúde. A disponibilização dos dados possibilita o subsídio para análises da situação sanitária do país, tomadas de decisões baseadas em evidências, e a elaboração de ações, programas e políticas de saúde (BRASIL, [2008?]).

A informação em saúde serve como subsídio para a tomada de decisões tanto para os gestores e profissionais da saúde, mas também para todo cidadão, sendo fundamental para a democratização da saúde e controle social nos processos de gestão e na execução de políticas públicas de saúde (BRASIL, 2016). A lei nº 12.527, de 2011, regulamenta e assegura o direito fundamental de acesso dos cidadãos às informações públicas, que ficam sob guarda do Estado.

Foram utilizados os dados extraídos do banco do DATASUS, através do TABNET, uma versão para internet do programa de tabulação (TABWIN) do DATASUS, elaborado com a função de permitir a realização de tabulações rápidas dentro do próprio site. Este programa é aberto para o acesso a qualquer pessoa. Os anos disponíveis da Pesquisa do Viva Inquérito no DATASUS até o momento foram 2006, 2007, 2009 e 2011. Para o ano de 2014, seu resultado ainda não tinha sido liberado para consulta pelo TABNET, somente através da publicação “Viva: Vigilância de Violências e Acidentes: 2013 e 2014”, realizada pelo Ministério da Saúde. Dessa forma, foi feita uma solicitação do banco de dados para o MS através do Sistema

Eletrônico do Serviço de Informações ao Cidadão (e-SIC), para que assim fosse possível realizar os recortes necessários para a pesquisa em questão.

O e-SIC é uma página eletrônica que permite que qualquer pessoa encaminhe pedidos de acesso à informação para órgãos e entidades do Executivo Federal. Este é mais um meio proporcionado para o acesso dos cidadãos às informações públicas em virtude da lei nº 12.527 de 2011. Por possibilitar uma maior participação popular e controle social das ações governamentais, o acesso da sociedade às informações públicas permite a qualificação da gestão pública.

A solicitação de acesso à informação pelo e-SIC funciona através de um cadastro no endereço do sistema eletrônico, registro detalhado da informação que deseja e seleção do órgão específico (Ministério da Saúde, por exemplo). O sistema gera um número de protocolo e o órgão requisitado tem até 20 dias para responder o pedido, enviando a resposta para o e-mail cadastrado. O banco de dados do Viva Inquérito de 2014 foi enviado através de um arquivo com extensão “*dbf*”, tendo sido utilizado o programa *Epi Info* versão 7.2.2.6 para sua análise.

Para a análise do trabalho foi utilizado a medida de tendência da média aritmética para todas as variáveis dos anos da pesquisa. Ela foi obtida somando-se os valores dos cinco anos do Viva Inquérito (2006, 2007, 2009, 2011 e 2014) e dividindo o resultado pelo número total de pesquisas (5), representando o valor médio do conjunto de dados. A média é a medida mais utilizada, sendo ideal para representar distribuições normais ou assimétricas, por ter melhor propriedade de análise estatística (OPAS, 2010).

Sendo assim, a análise do trabalho compreende as cinco pesquisas do Viva Inquérito, nos respectivos anos: 2006, 2007, 2009, 2011 e 2014. É importante ressaltar que em 2017 ocorreu o sexto inquérito, no qual participei da organização no município do Rio de Janeiro, mas cujos resultados até o momento ainda não foram disponibilizados.

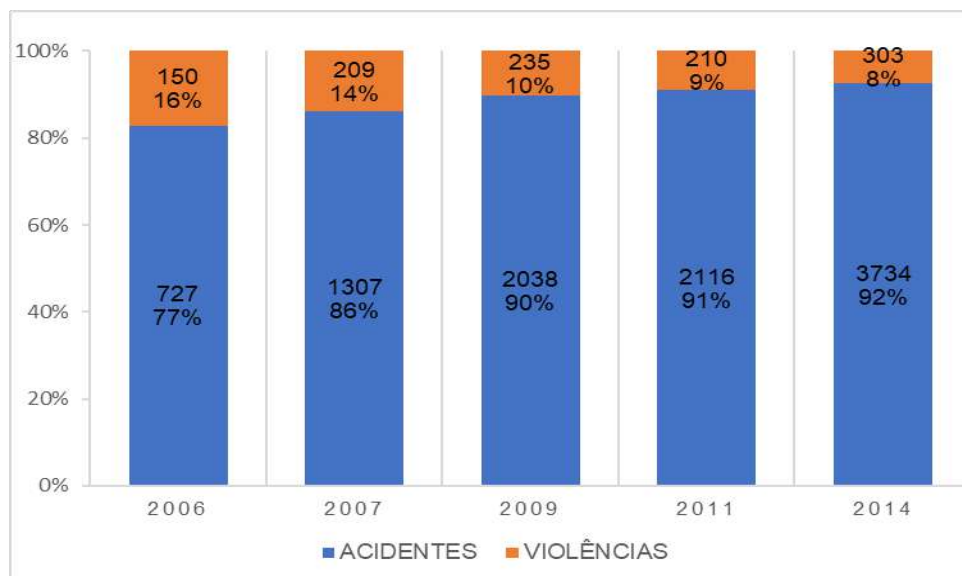
Os dados referentes à morbimortalidade por acidentes e violências no Brasil utilizados para a discussão dos resultados foram extraídos do SIM e do SIH-SUS. As informações referentes à população residente correspondem aos dados estimados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) disponibilizados na página do DATASUS. As taxas de mortalidade e internação hospitalar foram calculadas através do *Excel* e considerado os registros com informações ignoradas.

#### 4 RESULTADOS DO VIVA INQUÉRITO

Neste capítulo serão apresentados os dados do Viva Inquérito obtidos através do banco de dados do DATASUS nos anos de 2006 a 2011 e os dados de 2014 através do banco de dados enviado pelo Ministério da Saúde. Os dados se referem ao conjunto de serviços de urgência e emergência investigados no município em cada ano.

Em 2006 foram registrados 948 atendimentos no município, sendo 77% caracterizados como acidentes e 16% violências. Em 2007 foram 1518 atendimentos, com 86% de acidentes e 14% de violências. No ano de 2009 foram 2273 atendimentos, com 90% de acidentes e 10% de violências. No ano de 2011 foram 2326 atendimentos, com 91% de acidentes e 9% de violências. E no ano de 2014 foram 4037 atendimentos, com 92% de acidentes e 8% de violências (gráfico 1). Dessa forma, em média 87% dos casos foram caracterizados como acidentes e 11% como violência. Vale ressaltar que no ano de 2006 ocorreram 71 atendimentos (7,5%) sem informação sobre sua tipologia, em 2007 somente 2 (0,2%) e nos outros anos nenhum caso.

**Gráfico 1 - Distribuição percentual média (%) segundo o tipo de atendimento no Viva Inquérito no município do Rio de Janeiro, por ano da pesquisa**

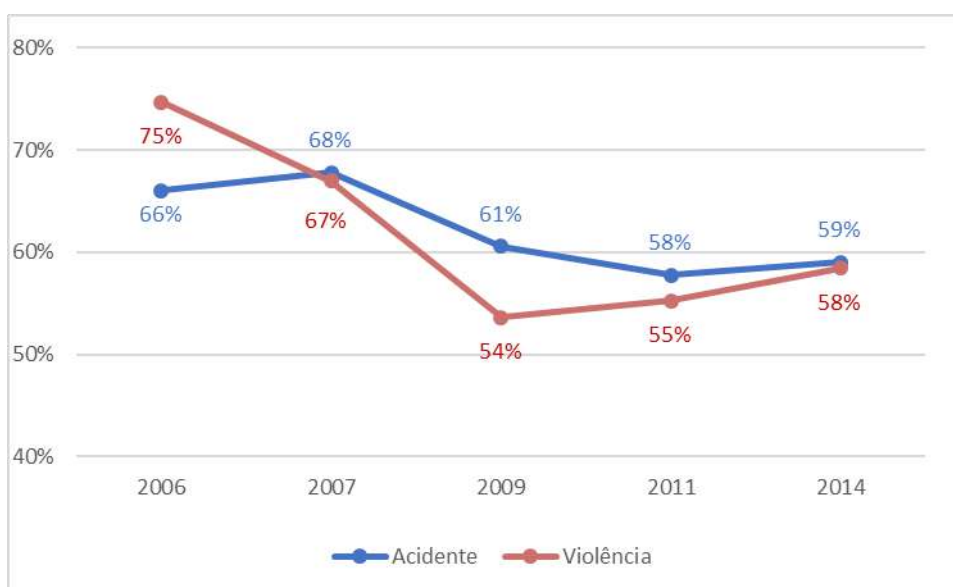


Fonte: DATASUS, (dados extraídos em 15 jan. 2018).

A grande maioria dos entrevistados residia no município do Rio de Janeiro, sendo a menor porcentagem no ano de 2007 (72%) e a maior no ano de 2014 (89%)<sup>5</sup>. Os outros municípios de residência com maior ocorrência foram: Duque de Caxias, Nova Iguaçu, Belford Roxo e São João de Meriti. Em todos os anos, os moradores de outros estados somaram menos de 1%.

Os indivíduos do sexo masculino representaram maior parcela dentre os atendimentos, diminuindo a proporção ao longo dos anos. Nos atendimentos em geral, o sexo masculino representou 67% em 2006, passando para 59% em 2014, com uma média de 62% em todas as pesquisas. Em 2006 a proporção de homens vitimados por acidentes foi de 66%, com um aumento para 68% em 2007 e diminuindo para 59% em 2014. Em relação aos eventos de violência, a proporção e queda da porção masculina é ainda maior, caindo de 75% em 2006 para 54% em 2009, mas retomando para 58% em 2014 (gráfico 2). A razão de masculinidade<sup>6</sup> para o total de acidentes analisados foi de 1,54, indicando que, para cada 100 mulheres acidentadas, ocorreram 154 acidentes masculinos. Já a razão de masculinidade para o total de violências analisadas foi de 1,53, valor muito próximo ao anterior.

**Gráfico 2 - Distribuição percentual média (%) dos acidentes e violências no Viva Inquérito no município do Rio de Janeiro, por ano, no sexo masculino**



Fonte: DATASUS (dados extraídos em 15 jan. 2018); BRASIL (2017a).

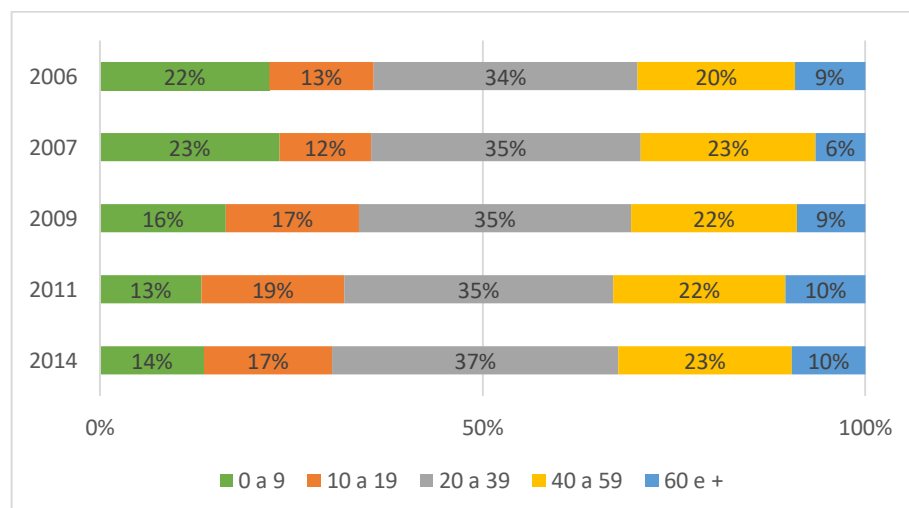
<sup>5</sup> Não foi possível obter informações acerca do município de residência no ano de 2011, pois o DATASUS apresentou um erro para esta variável.

<sup>6</sup> A razão de masculinidade indica o número de homens para cada grupo de 100 mulheres.

A prevalência do sexo masculino nos atendimentos do Viva Inquérito no município do Rio de Janeiro está em consonância com o cenário brasileiro: no ano de 2014, 70% das internações hospitalares por causas externas no SUS foram entre os homens. De acordo com o SIH-SUS, esta porcentagem foi de 65% para o município do Rio de Janeiro. A proporção masculina é ainda maior em relação à mortalidade por causas externas: 82% no Brasil e 72% no município do Rio de Janeiro. Segundo o Ministério da Saúde, as causas externas são a principal causa de óbito no sexo masculino até os 45 anos, se destacando a faixa etária dos 15 aos 34 anos. Em 2013, por exemplo, os homens morreram cinco vezes mais por causa de acidentes ou de violência do que as mulheres. Este perfil pode ser atribuído à maior frequência de homens em atividades laborais de maior risco, assim como ao maior consumo de bebidas alcoólicas, comportamentos agressivos e direção perigosa em veículos de transporte (BRASIL, 2008, 2015).

A análise dos atendimentos por faixa etária, evidencia maior proporção de adultos vítimas de acidentes e violências, sendo 38% a faixa de 20 a 39 anos e 22% a faixa de 40 a 59 anos. Somando estas duas faixas, correspondem a 60% dos atendimentos. As porcentagens se mantiveram próximas ao longo dos anos. Somente a faixa etária de 0 a 9 anos que passou de 20% em 2006 para 13% em 2014. Nos atendimentos por acidentes, a faixa mais prevalente foi de 20 a 39 anos, com média de 35%. A faixa de 0 a 9 anos reduziu de 22% a 14%, enquanto que a de 10 a 19 anos, aumentou de 13% para 17% (gráfico 3).

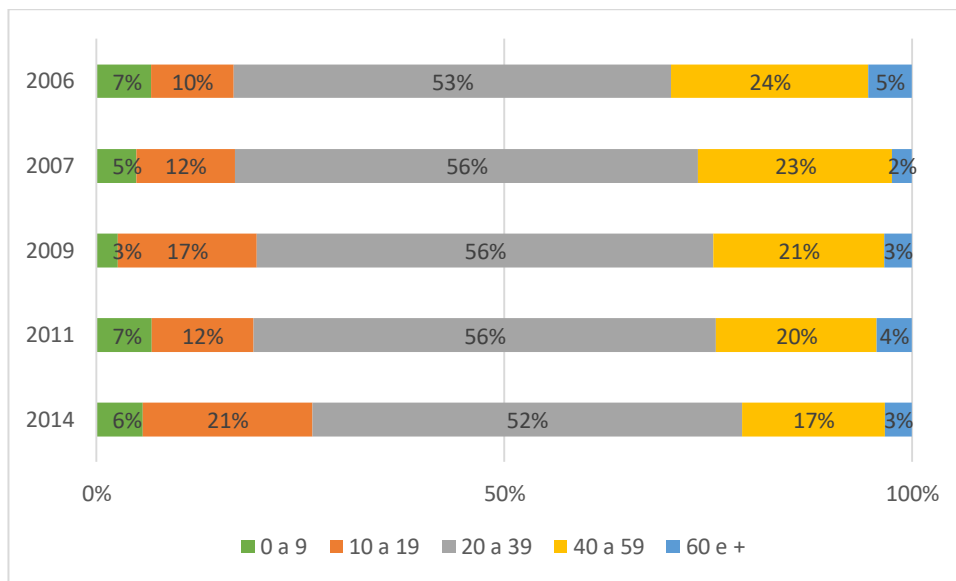
**Gráfico 3- Distribuição percentual média (%) dos acidentes no Viva Inquérito no município do Rio de Janeiro, segundo faixa etária e ano da pesquisa**



Fonte: DATASUS (dados extraídos em 15 jan. 2018).

A faixa de 20 a 39 anos também foi a que predominou nos atendimentos por violência, com mais da metade dos casos, alcançando uma média de 55%. A faixa de 10 a 19 anos apresentou relevância ao longo dos anos, aumentando de 10% em 2006 para 21% em 2014. Já a faixa de 40 a 59 anos, reduziu de 24% para 17% em 2014 (gráfico 4).

**Gráfico 4 - Distribuição percentual média (%) das violências no Viva Inquérito no município do Rio de Janeiro, segundo faixa etária e ano da pesquisa**

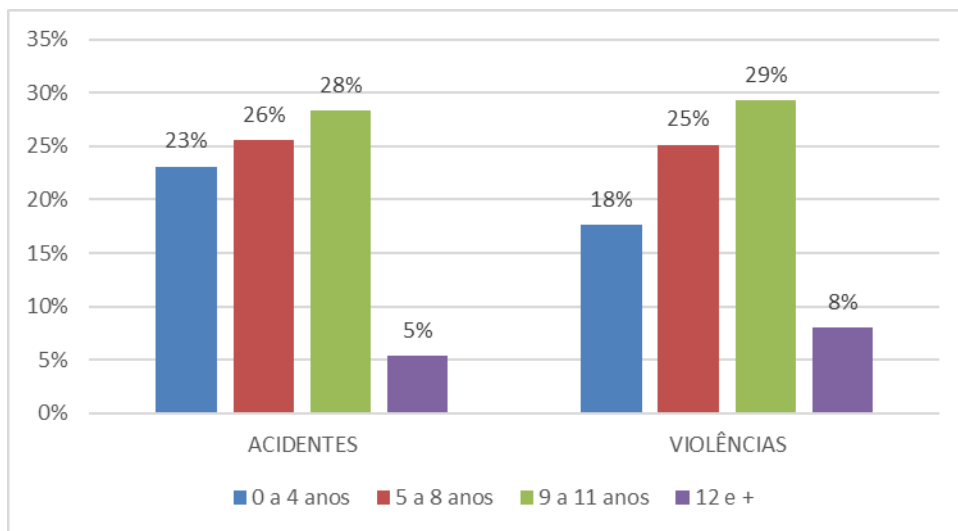


Fonte: DATASUS (dados extraídos em 15 jan. 2018)

Em concordância com a literatura, os adultos jovens são os principais acometidos pelas causas externas possivelmente pela maior exposição à situações de risco como a busca por emoções, acesso a armas e consumo de álcool e drogas (SOUZA; SILVA; CAVALCANTE, 2016; CAVALCANTI; MONTEIRO, 2008). De acordo com o SIH-SUS, as internações hospitalares pagas pelo SUS em 2014 foram mais prevalentes também na faixa etária dos 20 aos 39 anos, tanto no Brasil (36%) quanto no município do RJ (32%), valores bem próximos ao do Viva Inquérito. Em relação à mortalidade por causas externas, no Brasil permanece a prevalência da faixa etária de 20 a 39 anos (44%), mas no município do Rio de Janeiro, a maior proporção é da faixa de mais de 60 anos (35%), seguida da faixa de 20 a 39 anos (31%). Estas mortes são consideradas prematuras por atingirem o início de uma vida produtiva, trazendo consequências psicofísicas e socioeconômicas.

A escolaridade das vítimas acometidas pelos acidentes e violências apresentou-se baixa, tendo a grande maioria até 11 anos de estudo. Prevaleceu o grupo de pessoas com 9 a 11 anos de estudo, o que equivale ao ensino médio completo ou incompleto, ainda que os percentuais das categorias com menor escolaridade fossem bem próximos. Para o cálculo da escolaridade, foi utilizado as vítimas a partir dos 7 anos, idade mínima que se ingressa na escola. No gráfico 5 podemos perceber a distribuição da escolaridade por anos de estudo, no período de 2006 a 2014 separados por acidentes e violências.<sup>7</sup>

**Gráfico 5 - Distribuição percentual média (%) dos acidentes e violências no Viva Inquérito no município do Rio de Janeiro, segundo escolaridade (anos de estudo)**



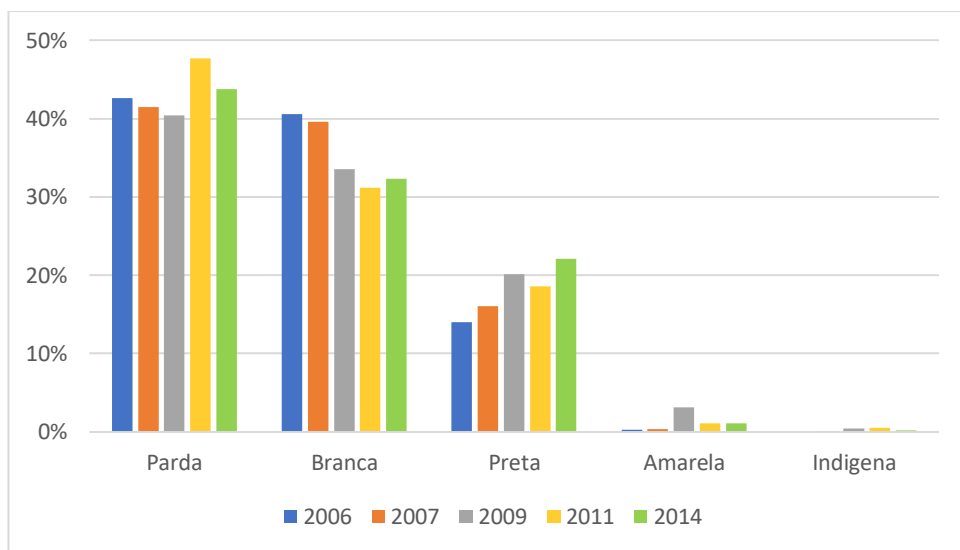
Fonte: DATASUS (dados extraídos em 15 jan. 2018).

Sabe-se que o nível de escolaridade influencia positivamente as práticas e comportamentos de promoção da saúde e negativamente a exposição a situações de risco, podendo afetar as práticas de autocuidado e a percepção em contextos sanitários coletivos. Dessa maneira, é um componente essencial a ser considerado na análise dos determinantes em saúde e na abordagem da população para o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde (SOUZA; SILVA; CAVALCANTE, 2016; SANTOS, 2012).

<sup>7</sup> O ano de 2006 foi excluído desta média (gráfico 5), pois apenas 3% dos atendimentos continham informações sobre sua escolaridade. Nos outros anos os atendimentos sem informações eram aproximadamente 9%.

Os atendimentos envolvendo pessoas com a raça/cor parda e branca apresentaram maior frequência para ambos os tipos de evento, com 43% e 35% respectivamente. No caso da pele branca, sua proporção caiu de 41% em 2006 para 32% em 2014; e a pele parda subiu de 41% para 44%. Nos acidentes, a raça/cor branca e parda são praticamente equivalentes, com leve diminuição da proporção da raça/cor branca e aumento da preta (gráfico 6).

**Gráfico 6 - Distribuição percentual média (%) dos acidentes no Viva Inquérito no município do Rio de Janeiro, segundo raça\cor**

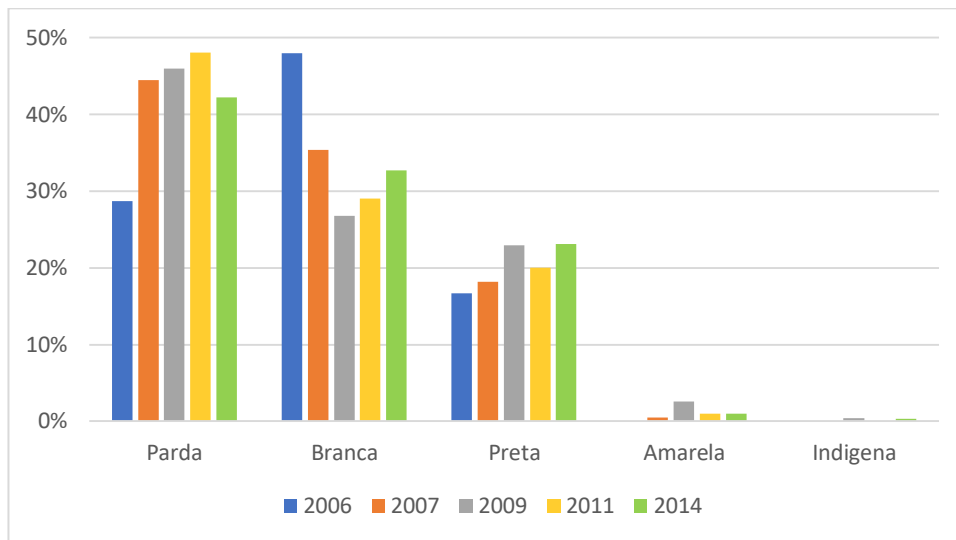


Fonte: DATASUS (dados extraídos em 15 jan. 2018).

Nas violências, a proporção da raça/cor parda e preta em relação a branca é considerável, ficando ainda maior se somado as duas (população negra). A única exceção é o ano de 2006, em que a porcentagem da raça/cor branca é maior, provavelmente devido a pesquisa deste ano ter sido realizada somente em um hospital (HMSA), sendo seu perfil diferente dos outros.



**Gráfico 7 - Distribuição percentual média (%) das violências no Viva Inquérito no município do Rio de Janeiro, segundo raça/cor**



Fonte: DATASUS (dados extraídos em 15 jan. 2018).

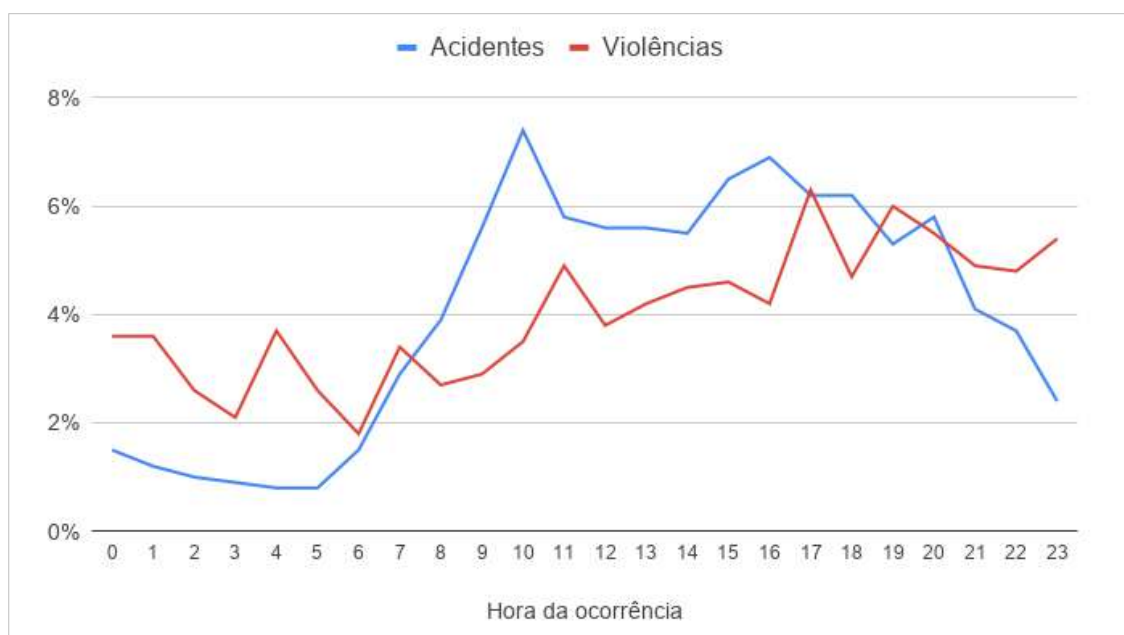
O Estatuto da Igualdade Racial através da lei nº 12.288 de 2010 considera a população negra como “o conjunto de pessoas que se autodeclaram pretas e pardas” de acordo com a definição de raça/cor utilizada pelo IBGE. Esta agregação justifica-se pelo padrão estatístico similar de suas características socioeconômicas comparado à população branca, acrescido de discriminações sofridas de ordem racial. A grande concentração de homicídios na população negra revela a magnitude da desigualdade racial no Brasil. A taxa de homicídios de negros aumentou 23% de 2006 a 2016, ao mesmo tempo que a taxa entre os não negros reduziu 7%. Em 2016, por exemplo, a taxa de homicídios de negros foi duas vezes e meia superior à de não negros (BRASIL, 2016c; CERQUEIRA, 2018).

A presença de algum tipo de deficiência (física, mental, visual, auditiva e outras deficiências/síndromes) foi relatada em cerca de 1% de todos os atendimentos em 2006, aumentou para 4% em 2011 e foi para 2% em 2014. Nos casos de acidentes o número de pessoas com deficiências foi mais frequente do que nas violências. Ainda que esta população não tenha apresentado uma proporção considerável no estudo, são conhecidos os acidentes e violências sofridos por esse grupo, que encontra-se em uma posição desfavorável e de grande vulnerabilidade em relação ao não portador de deficiência e pode ser multiplicada conforme a sua gravidade e/ou se pertencer a outro grupo de risco (mulher, criança, idoso etc.). Segundo o censo demográfico de 2000, 14,5% da população brasileira foi identificada como portadora

de algum tipo de deficiência, isto é, 24,5 milhões de pessoas (SANTOS, 2012; WILLIAMS, 2003). Entre os grupos de população vulnerável, variável que surgiu apenas no ano de 2014, foram observados alguns casos de ciganos (23), pessoas em situação de rua (14), quilombolas (10) e outras vulnerabilidades (14).

Os eventos acidentais foram mais frequentes no final da manhã e no período da tarde, aumentando a partir das 6h até atingir o primeiro pico, por volta das 10h, e o segundo por volta de 16h. Em média, 36% dos acidentes ocorreram no turno diurno (12h às 17h59). Como esta categoria abrange diferentes tipos de acidentes, como as quedas, choque contra objetos/pessoas e acidentes de transporte, este cenário pode estar relacionado por ser o horário de maior atividade, seja em casa, na rua ou no trabalho. Os eventos violentos, embora com oscilações durante o dia, apresentaram proporção superior aos acidentes durante a noite e madrugada, com frequência máxima por volta das 17h (gráfico 8). Em média, 31% das violências ocorreram no período da noite (18h às 23h59)<sup>8</sup>, período em que se intensifica as possibilidades de consumo de álcool, maior interação social nas ruas após a saída do trabalho, e/ou maior contato entre agressor e vítima dentro da residência.

**Gráfico 8 - Distribuição percentual média (%) segundo hora da ocorrência dos acidentes e violências no Viva Inquérito no município do Rio de Janeiro**

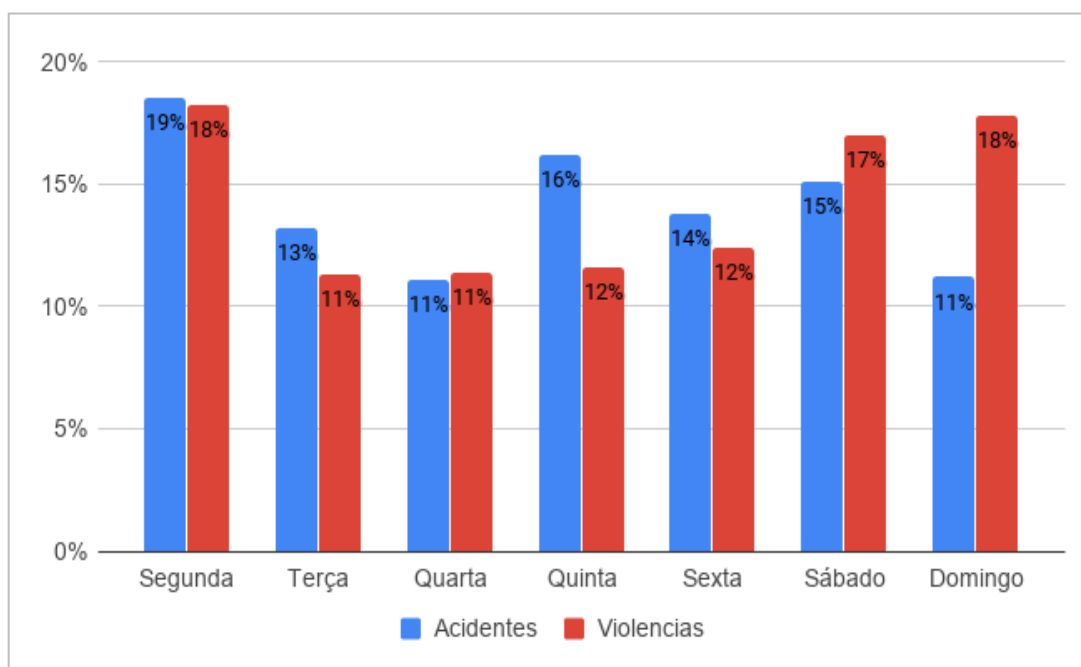


Fonte: DATASUS (dados extraídos em 15 jan. 2018).

<sup>8</sup> O ano de 2006 foi excluído desta média (gráfico 8), pois 53% dos atendimentos não continham essa informação.

Tanto os atendimentos por causas acidentais como os atendimentos por violência apresentaram maior ocorrência na segunda-feira. No entanto, nos dias de segunda a sexta-feira a frequência dos acidentes foi maior, enquanto que nos finais de semana (sábado e domingo), foi maior a ocorrência das violências (gráfico 9)<sup>9</sup>. O consumo de bebidas alcoólicas e uso de outras drogas é intensificado nos finais de semana, aumentando a possibilidade das agressões.

**Gráfico 9 - Distribuição percentual média (%) segundo dia da semana da ocorrência dos acidentes e violências no Viva Inquérito no município do Rio de Janeiro**



Fonte: DATASUS (dados extraídos em 15 jan. 2018).

Os meios de locomoção mais utilizados para chegar até o hospital foram os transportes coletivos (ônibus, van etc.), veículos particulares e as unidades de assistência pré-hospitalar (SAMU, ambulância e resgate). Dos atendimentos totais, a as médias<sup>10</sup> foram, respectivamente: 41%, 30% e 15%. Isto provavelmente se deve pela menor gravidade da maioria das ocorrências. As vítimas de acidentes utilizaram em grande maioria o transporte coletivo, chegando a média de 43% (46% em 2007 e

<sup>9</sup> Os anos de 2006 e 2007 não entraram para esta média (gráfico 9), pois nestes anos esta variável ainda não existia.

<sup>10</sup> O ano de 2006 foi excluído desta média, pois 76% dos atendimentos não continham essa informação. Nos outros anos os atendimentos sem informações foram somente entre 1% e 2%.

42% em 2014), sendo o veículo particular em segundo lugar, com 31% (22% em 2007 e 36% em 2014), e a unidade de assistência pré-hospitalar em terceiro com 15% (21% em 2007 e 12% em 2014). As vítimas de violência também utilizaram mais frequentemente os transportes coletivos (29%), veículos particulares (27%) e unidades de assistência pré-hospitalar (14%). No entanto, suas proporções foram distribuídas de forma mais equilibrada, tendo grande relevância também a viatura policial (13,2%) e a locomoção a pé (12,8%)<sup>11</sup>.

Em comparação com outros estudos do perfil de atendimentos do Viva Inquérito, o meio de locomoção mais frequente para ir ao hospital pelas vítimas de causas externas nas capitais brasileiras foi o veículo particular, tanto nos acidentes como nas violências, sendo esta última a utilização relevante também do transporte de assistência hospitalar.

Em relação ao local, ocorreram com maior frequência na residência (36%) e em via pública (33%). No caso dos acidentes, a maior prevalência ocorreu na residência (36%), já nas violências predominou a via pública (41%). A residência chama a atenção por ser o ambiente de maior permanência da maioria das pessoas, em especial as crianças e idosos. Este se assemelha aos achados na literatura: predominância do domicílio no caso dos acidentes e da via pública nos casos de violência (ANDRADE, 2012; NEVES, 2013). Os outros lugares com menor proporção, foram: comércio/serviços (10% para os acidentes e 4% para as violências), bares (8% para as violências e 1% para os acidentes), locais de prática esportiva (6% nos atendimentos gerais), escola (4%), indústrias/construção (4%), habitação coletiva (0,4%) e outros lugares (3%)<sup>12</sup>.

O tipo de ocorrência mais frequente durante o ano de 2006 a 2014 foi os outros acidentes (36%), que inclui o afogamento, corpo estranho, acidente com animais, choque contra objetos/pessoas, entorse, queda de objeto sobre pessoa, ferimento por objeto perfurocortante ou arma de fogo, entre outros. Em seguida, vieram as quedas (30%), os acidentes de transporte (18%), agressões e maus tratos (11%), queimaduras (3%), lesão autoprovocada (1%) e intervenção legal<sup>13</sup> (0,3%). Como pode-se perceber no gráfico 10, a categoria outros acidentes teve um grande

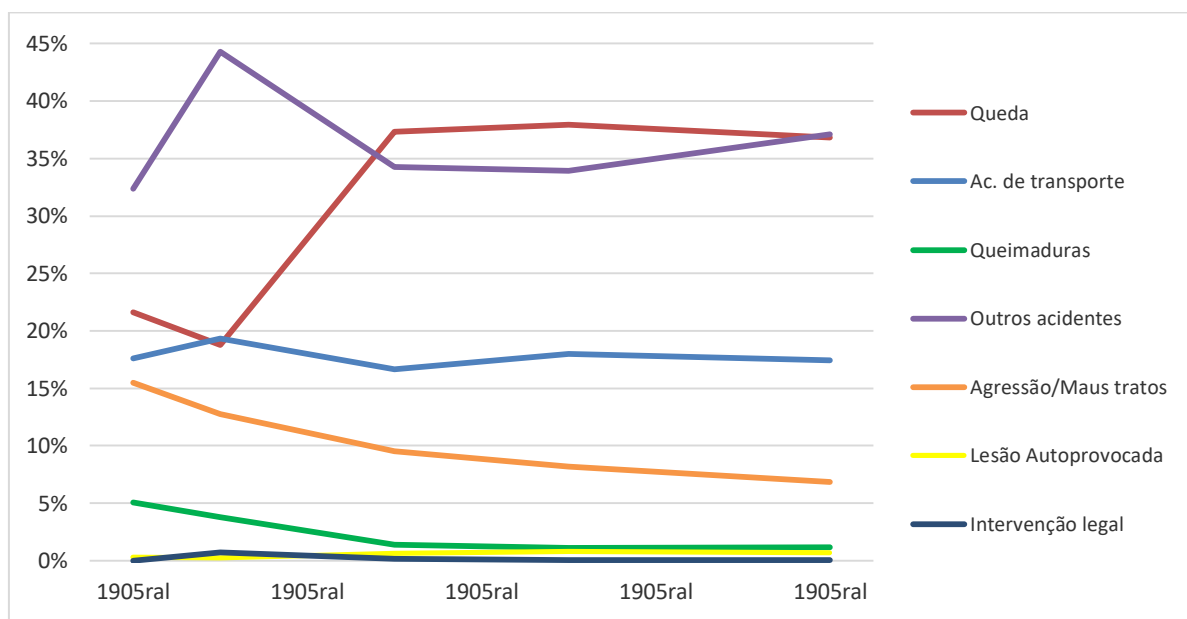
<sup>11</sup> O ano de 2006 não foi utilizado para estas médias pela grande falta de informações nesta variável (76%). Nos outros anos os atendimentos sem informações foram somente entre 1% e 2%.

<sup>12</sup> Para estas médias por local de ocorrência, não foi utilizado o ano de 2006 pela grande falta de informações (58%). Além disso, a variável "trabalho" não foi citada, pois esta só foi utilizada em 2006. Já as variáveis comércio/serviços e indústrias/construção não existiam em 2006.

<sup>13</sup> O ano de 2006 não contemplava a intervenção legal como variável.

aumento de sua frequência em 2007, mas nos anos seguintes voltou a se manter entre os 30% e 40%. Já as quedas tiveram um aumento de 20% em 2009, e a partir desse ano passaram a ficar em primeiro lugar, com um leve declínio em 2014, ficando com uma diferença de apenas 0,3%.

**Gráfico 10 - Distribuição percentual média (%) dos atendimentos no Viva Inquérito no município do Rio de Janeiro, segundo tipo da ocorrência**



Fonte: DATASUS (dados extraídos em 15 jan. 2018).

Comparado ao VIVA Inquérito no Brasil como um todo, as quedas foram o tipo de ocorrência mais frequente, com 33% de 2006 a 2014; seguido dos outros acidentes, com 31%. As quedas foram a principal causa dos atendimentos até 2009, sendo ultrapassado pelos outros acidentes em 2011 e 2014 por 0,1% e 0,7% respectivamente. Os acidentes de transporte somaram 25% dos atendimentos.

Em média, houve cerca de 23% dos atendimentos considerados como evento relacionado ao trabalho, variando de 32% entre os homens e 18% entre as mulheres<sup>14</sup>. Dentre os acidentes de trabalho, em 96% foram casos considerados como acidentais e somente 4% foram casos de violência. Cerca de 74% das vítimas eram do sexo masculino, e na faixa etária de 20 a 39 anos (57%). Vale observar que no total apareceram 6 casos na faixa de 0 a 9 anos, que indicam casos graves de trabalho infantil. Em relação ao tipo de ocorrência, a maioria (52%) foi em decorrência

<sup>14</sup> O ano de 2006 não foi utilizado para estas médias pela grande falta de informações nesta variável.

de “outros acidentes” (16% para corpo estranho e 9% para ferimento por objeto perfurocortante), seguido de queda (22%) e acidente de transporte (19%). As principais partes do corpo atingidas foram os membros superiores (30%), membros inferiores (29%) e cabeça/face (25%).

Em relação às lesões e evolução de todas as ocorrências registradas pelo Viva Inquérito no município do Rio de Janeiro, foram mais comuns os atendimentos em que a vítima apresentava corte/laceração (29%), entorse/luxação (19%) e contusão (18%). No entanto, o corte vem decaindo ao longo dos anos (32% em 2006 e 23% em 2014) e o entorse deu um salto de 3% em 2006 para 34% em 2014. Com relação à localização da lesão, as partes do corpo mais atingidas foram a região da cabeça/face (29%), membros inferiores (27%) e membros superiores (25%). A parte da cabeça/face apresentou um declínio de 26% de 2006 para 2014 enquanto a parte dos membros inferiores apresentou um aumento de 10%. Vale destacar que no ano de 2006 a parte do corpo atingida poderia ser assinalada por mais de uma opção, e nos anos seguintes, somente a parte principal.

Sobre a evolução dos casos, 80% das vítimas receberam alta, 7% foram encaminhados para a internação hospitalar, 3% foram para tratamento ambulatorial, 2% evadiram, 1% foram encaminhados para outro serviço e 0,6% foram a óbito. Além disso, 7% das ocorrências não continham informações sobre esta variável, sendo 22% no ano de 2006 e abaixo de 5% nos anos seguintes. Foi registrado um total de 45 óbitos nos atendimentos realizados, sendo 21 (47%) devido a agressão e/ou maus tratos, 12 (27%) por acidente de transporte, 4 por queda (9%), 4 por intervenção legal (9%), 3 por outros acidentes (7%) e 1 por suicídio (2%). A evolução é dada nas primeiras 24 horas após o atendimento inicial na unidade de emergência. O óbito antes das primeiras 24 horas de atendimento sugere a gravidade das lesões apresentadas.

#### 4.1 OUTROS ACIDENTES

A categoria “outros acidentes” (W00-X59) agrupam diferentes tipos de acidentes, sendo eles: sufocação/engasgamento; corpo estranho; afogamento; envenenamento/ intoxicação; ferimento por objeto perfurocortante; ferimento por arma de fogo; acidentes com animais; queda de objetos sobre pessoa; choque contra

objetos/pessoa; entorse (torção); compressão dentro/entre objetos; e outros que não se incluíam em nenhuma dessas categorias.

Dentre as ocorrências registradas como “outros acidentes”, as opções que predominaram variaram de acordo com o ano (tabela 4). Em 2006 não houve a distinção destes acidentes, ficando sem declaração sobre sua tipologia. Em 2007, mais da metade (52%) foram classificados como corpo estranho (26% de todos os acidentes) e 17% como ferimento por objeto perfurocortante (9% de todos os acidentes). Isto se deve pela pesquisa ter ocorrido somente em um serviço (HMSA) neste ano, sendo este considerado como referência para atendimentos a corpo estranho. Em sua entrada, este hospital mantém um mural com milhares de objetos estranhos engolidos pelos pacientes.

Nos outros anos as ocorrências foram mais diluídas entre as opções. Em 2009 predominou o choque contra objetos/pessoas (22%; 8% de todos os acidentes) e corpo estranho (18%). Em 2011 se destacou a entorse (26%; 10% de todos os acidentes) e choque contra objetos/pessoas (24%). Para o ano de 2014 predominou o choque contra objetos/pessoas (25%) e o entorse (21%).

**Tabela 4 - Ocorrência dos “Outros Acidentes” por ano (média)**

2007	2009	2011	2014
Corpo estranho (54,2%)	Choque contra objetos/pessoa (21,7%)	Entorse (torção) (25,6%)	Choque contra objetos/pessoa (25,2%)
Ferimento por objeto perfurocortante (17%)	Corpo estranho (18,4%)	Choque contra objetos/pessoa (23,8%)	Entorse (torção) (20,8%)
Choque contra objetos/pessoa (7,7%)	Ferimento por objeto perfurocortante (16,2%)	Ferimento por objeto perfurocortante (13,3%)	Corpo estranho (19,4%)
Queda de objetos sobre pessoa (5,7%)	Queda de objetos sobre pessoa (11,4%)	Corpo estranho (12,8%)	Queda de objetos sobre pessoa (10,7%)
Acidentes com animais (4,8%)	Entorse (torção) (10,9%)	Queda de objetos sobre pessoa (10%)	Ferimento por objeto perfurocortante (9,4%)
Entorse (torção) (2,5%)	Acidentes com animais (8,1%)	Acidentes com animais (6,1%)	Acidentes com animais (7,1%)
Compressão dentro/entre objetos (1,2%)	Compressão dentro/entre objetos (3,2%)	Compressão dentro/entre objetos (4,1%)	Compressão dentro/entre objetos (4,3%)

Fonte: DATASUS (dados extraídos em 15 jan. 2018).

Somando todos os anos e calculando a média do município do Rio de Janeiro, o corpo estranho foi a ocorrência mais frequente de 2007 a 2014, com 26%, resultado

relacionado a elevada quantidade no ano de 2007. Em seguida, aparece o choque contra objetos/pessoas com 20%, a entorse com 15% e ferimento por objeto perfurocortante com 14%. Analisando todos os atendimentos do Viva Inquérito no Brasil, predominou o ferimento por objeto perfurocortante (21%), seguido do choque contra objetos/pessoas (20%), entorse (13%), queda de objetos contra pessoa (12%) e corpo estranho (11%).

As ocorrências consideradas como “outros acidentes” predominaram entre os homens em todos os anos (67%), na faixa etária de 20 a 39 anos (37%) e 40 a 59 anos (22%), dentro da própria residência (40%) e em comércios/serviços (17%). O corte/laceração foi a lesão mais frequente (37%), seguido de entorse/luxação (19%). As partes do corpo mais atingidas foram os membros inferiores (30%), cabeça/face (27%) e membros superiores (26%). A grande maioria (87%) tiveram alta dentro de 24 horas e uma pequena parcela foi encaminhada para atendimento ambulatorial (4%) e para internação (2%).

Em média, 35% dos atendimentos considerados como “outros acidentes” foram considerados como eventos relacionados ao trabalho. Segundo sua categoria, a maioria destes acidentes de trabalho foram em consequência a corpo estranho (30%), seguido de ferimento por objeto perfurocortante (19%), queda de objetos sobre pessoa (15%), entorse (13%) e choque contra objetos/pessoa (10%). O ano de 2006 não foi utilizado para estas médias por falta de informação quanto a esta variável.

**Tabela 5 - Distribuição de “Outros Acidentes” por ano. Viva Inquérito, MRJ**

VARIÁVEIS	2006	2007	2009	2011	2014
<b>Sexo</b>					
Masculino	68%	72%	66%	64%	64%
Feminino	32%	28%	34%	36%	36%
<b>Faixa etária por ciclos da vida (anos)</b>					
0 a 9	20%	28%	16%	13%	16%
10 a 19	17%	10%	18%	20%	19%
20 a 39	35%	33%	40%	39%	39%
40 a 59	21%	24%	21%	22%	22%
60 e +	7%	5%	4%	6%	4%
<b>Local de ocorrência</b>					
Domicílio (Residência/habitação coletiva)	6%	47%	39%	37%	38%
Escola	1%	4%	3%	6%	6%
Local de pratica esportiva	1%	3%	10%	13%	13%
Comercio/serviços	-	15%	16%	19%	18%



Indústrias/construção	-	11%	8%	8%	6%
Via pública	3%	9%	15%	14%	15%
Outros	1%	9%	7%	3%	3%
<b>Tipologia</b>					
Corpo estranho	-	54%	18%	13%	19%
Ferimento por objeto perfurocortante	-	17%	16%	13%	9%
Acidentes com animais	-	5%	8%	6%	7%
Queda de objetos sobre pessoa	-	6%	11%	10%	11%
Choque contra objetos/pessoa	-	8%	22%	24%	25%
Entorse (torção)	-	3%	11%	26%	21%
Outros	-	7%	13%	7%	7%
<b>Natureza da lesão corporal</b>					
Sem lesão	15%	35%	6%	11%	22%
Corte/perfuração/laceração	57%	34%	37%	30%	26%
Contusão	7%	7%	13%	12%	9%
Entorse/luxação	3%	4%	18%	36%	33%
Outros	10%	20%	25%	10%	9%
<b>Parte do corpo atingida</b>					
Cabeça/face	24%	63%	25%	11%	12%
Membros superiores	26%	17%	30%	30%	26%
Membros inferiores	27%	10%	32%	41%	38%

Fonte: DATASUS (dados extraídos em 15 jan. 2018)

## 4.2 QUEDA

A queda acidental (CID W00-W19) é considerada como o “deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial com incapacidade de correção em tempo hábil, determinado por circunstâncias multifatoriais comprometendo a estabilidade” (PEREIRA *et al.*, 2002). Ela pode ser da própria altura (mesmo nível), de buraco, andaime, telhado, degrau, e outros.

O acidente por queda foi uma das ocorrências mais frequentes, com 22% em 2006, 19% em 2007, 37% em 2009, 38% em 2011 e 35% em 2014. Pode-se perceber no gráfico 10 que foi a principal causa dos atendimentos a partir de 2009, decaindo em 2014 por apenas 0,3% de diferença com o primeiro colocado (outros acidentes). O sexo masculino foi mais frequente, com 54%, sendo maior nos anos de 2006, 2007 e 2009 e o feminino nos anos de 2011 e 2014.

A faixa etária de 0 a 9 anos foi a mais afetada em 2006 e 2007, com 36% e 33% respectivamente, decaindo nos anos de 2009 com 22%, 17% em 2011, 15% em 2014 e com média de 27%. Novamente, esse cenário dos anos de 2006 e 2007 se deve em função da pesquisa ter ocorrido somente no HMSA. A faixa de 20 a 39 anos

obteve média de 23%, de 40 a 59 anos obteve 20%, 10 a 19 anos ficou com 15% e mais de 60 anos com 14%.

O tipo de queda mais frequente foi a queda do mesmo nível, com praticamente mais da metade dos casos em todos os anos (52% das quedas), chegando a 22% de todos os acidentes em 2009 e 2011. Os principais locais foram na residência e em via pública, chegando a 52% e 20% respectivamente no ano de 2014. Quanto à natureza da lesão, foram mais frequentes a entorse/luxação, contusão e corte/perfuração. Os locais do corpo mais afetados foram a cabeça/face, membros inferiores e membros superiores. A maioria dos acidentados (81%) obtiveram alta dentro de 24 horas, 7% foram encaminhados para internação hospitalar e 3% para tratamento ambulatorial. Além disso, ocorreram 4 óbitos no total.

Esses resultados têm um padrão semelhante a outros estudos do Viva Inquérito, em que para as vítimas de quedas predomina o sexo masculino, a faixa etária de 0 a 9 anos, cor de pele parda, ocorrência na residência, queda de mesmo nível, com entorse/contusão, nos membros (inferiores e superiores) e com evolução de alta. Entre 2000 e 2007, as quedas foram responsáveis por 42% das causas externas nas internações hospitalares no âmbito do SUS. Elas destacam-se como uma das principais causas de acidentes na infância, devido a curiosidade e falta de coordenação motora; e em idosos, pelas alterações fisiológicas em decorrência do envelhecimento e falta de estrutura adequada nas residências. Na faixa etária de 80 anos ou mais, a queda corresponde a 45% dos óbitos por causas externas no ano de 2000 a 2016 (MALTA *et al.*, 2012; RIBEIRO *et al.*, 2016).

Além disso, a queda também pode ocultar algumas situações de violências, principalmente violência doméstica, ao disfarçar a agressão como uma ocorrência acidental; pode esconder o abandono e a solidão dos idosos; e mascarar as condições precárias de trabalho, que desprezam a integridade física, especialmente dos trabalhadores da construção civil e das empregadas domésticas (DESLANDES, 1999).

**Tabela 6 - Distribuição de atendimentos por queda por ano. Viva Inquérito, MRJ**

VARIÁVEIS	2006	2007	2009	2011	2014
<b>Sexo</b>					
Masculino	63%	58%	53%	48%	49%
Feminino	37%	42%	47%	52%	51%
<b>Faixa etária por ciclos da vida (anos)</b>					
0 a 9	36%	33%	22%	17%	15%
10 a 19	10%	16%	17%	19%	17%
20 a 39	20%	22%	25%	26%	29%
40 a 59	18%	18%	24%	22%	23%
60 e +	14%	11%	13%	16%	15%
<b>Local de ocorrência</b>					
Domicílio (Residência/habitação coletiva)	13%	44%	50%	50%	52%
Escola	3%	6%	6%	8%	6%
Local de pratica esportiva	1%	6%	6%	9%	7%
Comercio/serviços	-	7%	7%	9%	9%
Via pública	12%	25%	23%	20%	20%
Outros	10%	18%	14%	12%	13%
<b>Tipologia</b>					
Mesmo nível	47%	51%	55%	54%	55%
Buraco	-	2%	4%	4%	3%
Leito	8%	1%	3%	2%	3%
Outra mobilia	-	3%	3%	4%	3%
Andaime	-	0%	1%	1%	1%
Escada/degrau	15%	25%	22%	26%	27%
Árvore	-	0%	0%	0%	0%
Telhado/laje	-	4%	4%	3%	2%
Outros níveis	16%	11%	8%	5%	6%
<b>Natureza da lesão corporal</b>					
Contusão	25%	35%	27%	22%	15%
Corte/perfuração/laceração	21%	30%	20%	16%	13%
Entorse/luxação	5%	14%	30%	40%	45%
<b>Parte do corpo atingida</b>					
Cabeça/face	53%	41%	21%	15%	13%
Membros superiores	18%	20%	28%	27%	28%
Membros inferiores	13%	21%	34%	37%	36%

Fonte: DATASUS (dados extraídos em 15 jan. 2018)

#### 4.3 ACIDENTE DE TRANSPORTE

O acidente de transporte é caracterizado como todo acidente que envolve um veículo no momento do acidente, utilizado para o transporte de pessoas ou de mercadorias de um lugar para o outro. Eles podem ser terrestres, marítimos ou aéreos. Essa categoria também inclui as quedas de veículos (a pedal ou motorizado)

quando estes estão sendo utilizados com a finalidade de locomoção. A queda pode-se dar dentro do veículo (ônibus, por exemplo), em movimento, e ao subir ou descer do mesmo (bicicleta, moto etc.) (BRASIL, 2017b).

Os acidentes de transporte foram a terceira principal causa dos atendimentos, com 18% dos atendimentos. As maiores prevalências foram entre os homens, superior a 65% em todos os anos (66%), e na faixa etária de 20 a 39 anos (48%). Entre os tipos de vítima, as mais frequentes foram os condutores (41%), seguido dos passageiros (29%) e pedestres (26%). Entretanto, analisando segundo o sexo, mais da metade das vítimas masculinas são condutores (55%), seguido de pedestres (25%); enquanto que no sexo feminino destacaram-se as passageiras (53%), seguido das pedestres (28%).

Para Pinto e colaboradores (2016), o aumento de casos de lesões e mortes no trânsito é uma realidade mundialmente conhecida, tanto por seu custo como pelo seu impacto. O crescimento das taxas de morbimortalidade por essa causa se deve principalmente pela imprudência no trânsito (sejam condutores ou pedestres), falta de fiscalização e condições inadequadas das vias públicas e dos veículos, e também pelo estímulo e facilidade na aquisição de automóveis e motocicletas, refletindo na valorização do transporte individual em detrimento do coletivo.

A motocicleta foi o meio de locomoção mais utilizado pela maioria das vítimas de acidentes de transporte (30%), sendo este um meio que vem crescendo a cada ano (aumentou 10% de 2006 para 2014), seguido do meio “a pé” (22%). O meio de locomoção predominante no sexo masculino foi a motocicleta, crescendo de 31% em 2006 para 43% dos atendimentos registrados em 2014. Já entre as mulheres, o principal meio foi o transporte coletivo (30%) seguido do meio “a pé” (26%) e automóvel (20%). A outra parte contra a qual as vítimas de acidente de transporte se chocaram ou se envolveram durante o acidente foram predominantemente os automóveis (34%). A partir do ano de 2011 cresceu a porcentagem da alternativa “outro” (de 4% em 2007 e 2009 para 37% em 2011 e 29% em 2014), sendo esta provavelmente causada por “queda” do meio de transporte<sup>15</sup>.

Os resultados encontrados se assemelham ao perfil de acidentados de outros estudos, no qual há a predominância de adultos jovens de 20 a 39 anos e do sexo

---

<sup>15</sup> No ano de 2011 não foi possível acessar quais seriam as outras partes envolvidas, pois não é disponível pelo DATASUS. Como o banco de dados de 2014 foi disponibilizado diretamente pelo MS, 57% das respostas eram “queda”, seguido do caminhão com 10%.

masculino. Os pedestres, ciclistas e motociclistas são apontados como o grupo mais vulnerável para esse tipo de acidente, devido principalmente pela fragilidade do corpo humano frente ao veículo. Um agravamento para as lesões e mortes é a falta de uso de equipamentos de proteção, como cinto de segurança e capacete, que apesar de serem obrigatórios no Brasil, necessitam de mais fiscalização e campanhas educativas para sua efetiva utilização (DESLANDES; SILVA, 2000, GAWRYSZEWSKI *et al.*, 2009).

Entre as vítimas de automóvel, 46% referiram o uso de cinto de segurança no momento do acidente, reduzindo de 55% em 2009 para 34% em 2014. O uso de capacete foi relatado em média em 61% dos motociclistas envolvidos no acidente, não havendo variação entre os anos<sup>16</sup>. O uso de bebida alcoólica foi referido por 10% das vítimas. Foram mais frequentes os atendimentos em que a vítima apresentava lesões do tipo corte/perfuração/laceração (28%) e contusão (24%), localizadas nos membros inferiores (32%), cabeça/face (23%), membros superiores (21%) e múltiplos órgãos/regiões (17%). A maioria das vítimas recebeu alta em 24 horas (69%), mas uma parcela considerável foi encaminhada para internação hospitalar (14%), além de um total de 12 óbitos.

Os dados referentes aos acidentes de transporte representam os padrões socioculturais em relação às questões de gênero e refletem as altas taxas de morbimortalidade em adultos jovens do sexo masculino, que se encontram no auge de suas capacidades. Características próprias desse grupo, como a imaturidade, espírito desafiador e comportamentos de risco, contribuem para a maior ocorrência desse tipo de acidente. Dessa maneira, torna-se necessário desenvolver estratégias específicas para estes grupos, por meio de ações intersetoriais que incluam as áreas de segurança pública, engenharia de trânsito, saúde e educação (SANTOS *et al.*, 2008; BRASIL, 2015).

---

<sup>16</sup> A variável equipamentos de segurança foi incluída a partir do ano de 2009.

**Tabela 7 - Distribuição de atendimentos por acidentes de transporte por ano.  
Viva Inquérito, MRJ**

VARIÁVEIS	2006	2007	2009	2011	2014
<b>Sexo</b>					
Masculino	67%	67%	65%	65%	68%
Feminino	33%	33%	35%	35%	32%
<b>Faixa etária por ciclos da vida (anos)</b>					
0 a 9	5%	5%	5%	5%	5%
10 a 19	11%	13%	18%	17%	12%
20 a 39	49%	49%	49%	44%	50%
40 a 59	2%	4%	3%	5%	8%
60 e +	9%	8%	9%	7%	9%
<b>Tipo de vítima</b>					
Pedestre	38%	29%	21%	22%	19%
Condutor	33%	37%	45%	46%	43%
Passageiro	15%	32%	32%	30%	36%
<b>Meio de locomoção da vítima</b>					
A pé	-	29%	21%	21%	19%
Automovel	32%	15%	17%	12%	12%
Moto	25%	27%	29%	34%	35%
Bicicleta	7%	9%	13%	12%	12%
Coletivo	10%	16%	17%	15%	18%
Outros	1%	3%	2%	5%	3%
<b>Outra parte envolvida</b>					
Automovel	-	33%	35%	31%	35%
Moto	-	7%	9%	7%	9%
Coletivo	-	16%	9%	8%	10%
Bicicleta	-	1%	2%	1%	1%
Objeto fixo	-	8%	9%	10%	8%
Animal	-	-	-	1%	1%
Outra	-	4%	4%	37%	29%
<b>Natureza da lesão corporal</b>					
Sem lesão física	5%	2%	6%	4%	10%
Contusão	38%	33%	21%	18%	11%
Corte/perfuração/laceração	21%	34%	30%	26%	31%
Entorse/luxação	2%	6%	16%	15%	22%
Fratura/amputação/traumas	18%	20%	20%	36%	23%
Outros (intoxicação/queimadura/outros)	7%	1%	2%	0%	1%
<b>Parte do corpo atingida</b>					
Cabeça/face	43%	32%	20%	12%	11%
Membros superiores	31%	18%	20%	17%	17%
Membros inferiores	38%	24%	32%	34%	34%
Múltiplos órgãos/regiões	-	14%	8%	25%	21%

Fonte: DATASUS (dados extraídos em 15 jan. 2018)

#### 4.4 QUEIMADURA

A queimadura acidental (W85-W99, X10-X19) é uma lesão provocada pela exposição a correntes elétricas, radiação a temperaturas e pressões extremas do ambiente ou pelo contato direto com alguma fonte de calor, frio ou substância quente (BRASIL, 2017b).

As queimaduras foram responsáveis por 3% dos atendimentos nos cinco anos analisados, sendo somente 1% dos atendimentos no ano de 2014. Os acidentes por queimadura foram mais frequentes no sexo masculino, com 69% dos atendimentos. As faixas etárias mais afetadas foram as de 20 a 39 anos, com 50% dos atendimentos e 40 a 59 anos com 19%. O local de ocorrência se deu principalmente na residência (47%), seguido por comércio e serviços (25%). O tipo de queimadura predominante foi por substância quente e fogo/chama, com 34% e 27% respectivamente. Os locais mais atingidos foram a cabeça/face (48%), membros superiores (27%) e membros inferiores (16%). A maior parte das vítimas tiveram alta (73%), seguido de encaminhamento ambulatorial (10%) e encaminhamento hospitalar (9,5%). Em média<sup>17</sup>, quase metade dos casos (47%) foram considerados como acidente de trabalho.

As queimaduras são apontadas como um dos eventos mais negligenciados das causas externas, apesar de sua alta relevância na morbidade. Dependendo de sua extensão e gravidade, podem causar sequelas físicas e psíquicas que afetam toda a vida produtiva da vítima. Em estudo sobre os casos de queimaduras pelo Viva Inquérito de 2009, os achados se aproximam a este, demonstrando também grande destaque da residência como local de ocorrência e alta taxa de acidente de trabalho. Recomenda-se algumas intervenções para redução destes eventos, tais como: aumento da visibilidade do problema através de estudos e campanhas; mudanças no ambiente doméstico, como a diminuição do acesso de crianças à agentes causadores de queimadura; uso de detectores de fumaça e sistemas de saída de água no teto; entre outros (GAWRYSZEWSKI *et al.*, 2012).

---

<sup>17</sup> O ano de 2006 não foi utilizado para esta média por metade dos casos estarem sem informação nesta variável (52%).

**Tabela 8 - Distribuição de atendimentos por queimaduras por ano. Viva Inquérito, MRJ**

VARIÁVEIS	2006	2007	2009	2011	2014
<b>Sexo</b>					
Masculino	60%	70%	59%	81%	72%
Feminino	40%	30%	41%	19%	28%
<b>Faixa etária por ciclos da vida (anos)</b>					
0 a 9	31%	18%	9%	8%	9%
10 a 19	13%	12%	13%	8%	11%
20 a 39	38%	47%	47%	62%	55%
40 a 59	15%	21%	28%	12%	21%
60 e +	4%	0%	3%	12%	4%
<b>Tipologia</b>					
Fogo	23%	42%	22%	31%	15%
Substância quente	33%	25%	53%	35%	26%
Objeto quente	-	7%	9%	8%	6%
Choque elétrico	6%	5%	0%	4%	15%
Substância química	-	5%	16%	19%	32%
Outro	13%	14%	0%	0%	6%
<b>Local de ocorrência</b>					
Domicílio (Residência/habitação coletiva)	33%	49%	50%	46%	43%
Comercio/serviços	-	16%	9%	38%	36%
Indústrias/construção	-	9%	13%	4%	9%
Via pública	4%	11%	13%	0%	2%
Outros	0%	16%	16%	8%	9%
<b>Parte do corpo atingida</b>					
Cabeça/face	29%	60%	38%	65%	47%
Membros superiores	73%	18%	22%	8%	15%
Membros inferiores	29%	9%	28%	4%	11%
Múltiplos órgãos/regiões	-	7%	9%	12%	17%

Fonte: DATASUS (dados extraídos em 15 jan. 2018)

#### 4.5 AGRESSÃO

As agressões (X85-Y09) são atos intencionais infligidos por outra pessoa, através de qualquer meio, com a intenção de ferir ou matar. Situações de “bala perdida” também são consideradas como agressões, já que houve intencionalidade do provável autor em relação a alguém, apesar da pessoa atingida não ter sido o alvo específico. Os maus tratos (negligência e abandono) também estão incluídos nessa categoria (BRASIL, 2017b).



Entre os atendimentos por violências, as ocorrências decorrentes de agressões e maus tratos<sup>18</sup> foram a principal causa, sendo 93% das violências e 11% dos atendimentos totais. A maior proporção de agressões ocorreu com os homens (63%), e entre adultos na faixa etária de 20 a 39 anos (54%) e 40 a 59 anos (21%). Quanto à raça/cor, os pardos foram os mais acometidos (43%), seguidos de brancos (34%) e pretos (20%). No entanto, se calculado dentro do grupo populacional de negros (pretos e pardos), a prevalência das agressões na população negra soma quase 2/3 do total (62%). Os negros, principalmente os jovens, são os mais vulneráveis à violência, sendo as principais vítimas das ações letais da polícia e a maioria da população prisional. Em 2016, por exemplo, a taxa de homicídios de negros foi duas vezes e meia superior à de não negros. Em 10 anos (2006 a 2016), a taxa de homicídio de negros cresceu 23%, enquanto que a taxa de não negros reduziu 7%. Calcula-se que o risco de um jovem negro ser vítima de homicídio no Brasil é aproximadamente 3 vezes maior que o de um jovem branco. Esses dados são trazidos pelo “Atlas da Violência 2018” e revela a magnitude da desigualdade racial brasileira.

Os principais locais das agressões foram em via pública (43%) e na residência (32%)<sup>19</sup>. As agressões mais frequentes foram a do tipo física (97%)<sup>20</sup>, sendo mais frequente o corte/perfuração/laceração (44%) e as contusões (24%), predominando em regiões da cabeça (42%) e dos membros superiores (23%). O meio mais utilizado foi a força corporal/espancamento (69%) e o objeto contundente (17%). A maioria obteve alta dentro de 24 horas (76%), mas uma parcela considerável foi encaminhada para internação hospitalar (9%) e 3% foi à óbito (total de 21 pessoas).

Em sua maioria, o provável autor da agressão era alguém do sexo masculino (71%). A maior parte dos autores da agressão eram desconhecidos (32%) e familiares (30%)<sup>21</sup>. Entre as vítimas do sexo masculino o principal autor da agressão era outro homem (72%) e desconhecido (41%). No caso das mulheres, a violência

<sup>18</sup> No ano de 2006 esta variável era desmembrada em maus tratos/suspeita, agressão/homicídio e violência sexual.

<sup>19</sup> O ano de 2006 não foi utilizado para estas médias pela grande falta de informações nesta variável (48%). Nos outros anos os atendimentos sem informações foram entre 2% e 4%.

<sup>20</sup> Não foi utilizado o ano de 2006 para esta média, pois neste ano não havia este tipo de variável. Além disso, nos anos de 2007 e 2011 esta variável aceitava mais de uma opção assinalada, totalizando um número maior de atendimentos.

<sup>21</sup> O ano de 2006 não foi utilizado para estas médias pela grande falta de informações nesta variável (73%). Nos outros anos os atendimentos sem informações foram entre 5% e 8%.

também é cometida pelo sexo masculino (71%) e em sua maioria pelo companheiro ou ex-companheiro (37%) ou por algum amigo ou conhecido (26%).

Estudos mostram que o homem é mais vulnerável à violência, seja como autor ou como vítima, principalmente os jovens e adultos. Isso pode ser justificado pelos padrões socioculturais que foram construídos, diferenciando os papéis característicos para os homens e mulheres. Dessa forma, o modelo de masculinidade associa o significado de masculino ao poder, à virilidade e à violência. Os jovens se tornam ainda mais expostos a esses riscos por estarem iniciando sua construção de identidade, que é constantemente ameaçada e necessita ser reforçada por comportamentos agressivos, tornando-os agentes e alvo da violência. No mundo inteiro, os jovens são os que mais matam e os que mais morrem (SOUZA, 2005; BRASIL, 2008; SANTOS, 2012; SEPARAVICH; CANESQUI, 2013).

Somado a esta violência entre a população masculina, o modelo hegemônico de masculinidade também reverbera na população feminina, no qual destaca-se a violência doméstica e violência sexual. Este é o perfil representado pelo SINAN através do Viva Contínuo, o qual trás as mulheres como as principais vítimas das violências notificadas. No município do Rio de Janeiro no ano de 2018, a maioria das vítimas de violência notificadas no Viva Contínuo foram as mulheres (78%), na faixa de 20 a 59 anos (57%), raça/cor parda (37%), tendo sofrido violência física (57%), dentro da residência (58%), de forma recorrente (33%) e com o cônjuge (15%) e o pai (11%) como provável autor (BRASIL, [2018e]).

**Tabela 9 - Distribuição de atendimentos por agressão por ano. Viva Inquérito, MRJ**

VARIÁVEIS	2006	2007	2009	2011	2014
<b>Sexo</b>					
Masculino	76%	66%	56%	57%	61%
Feminino	24%	34%	44%	43%	39%
<b>Faixa etária por ciclos da vida (anos)</b>					
0 a 9	7%	5%	3%	7%	5%
10 a 19	10%	12%	18%	13%	22%
20 a 39	53%	54%	54%	55%	53%
40 a 59	24%	25%	22%	19%	16%
60 e +	5%	3%	3%	5%	3%
<b>Raça/cor da pele</b>					
Branca	48%	36%	27%	29%	33%
Preta	17%	17%	23%	18%	23%

Amarela	0%	1%	2%	1%	0%
Parda	29%	45%	47%	50%	43%
Indígena	0%	0%	0%	0%	0%
<b>Local de ocorrência</b>					
Domicílio (Residência/habitação coletiva)	7%	27%	40%	34%	30%
Bar ou similar	3%	7%	6%	11%	8%
Local de prática esportiva	1%	4%	1%	5%	3%
Via pública	36%	51%	39%	39%	43%
Outros (bar ou similar/comércio e serviços/indústrias e construções)	5%	6%	9%	5%	10%
<b>Natureza da lesão corporal</b>					
Sem lesão física	1%	3%	4%	5%	15%
Contusão	29%	32%	30%	14%	13%
Entorse/luxação	4%	3%	4%	8%	10%
Corte/perfuração/laceração	36%	53%	41%	50%	42%
Fratura/amputação/traumas	3%	7%	9%	18%	12%
Outros (intoxicação/queimadura/outros)	12%	3%	7%	2%	4%
<b>Parte do corpo atingida</b>					
Cabeça/face	61%	47%	41%	33%	26%
Membros superiores	29%	20%	22%	21%	23%
Membros inferiores	14%	9%	9%	6%	8%
Múltiplos órgãos/regiões	-	12%	10%	18%	18%
<b>Natureza da agressão</b>					
Física	65%	97%	99%	99%	95%
Sexual	1%	1%	2%	1%	3%
Negligência/abandono	3%	1%	1%	1%	1%
Psicológica	1%	2%	21%	0%	1%
Outros	4%	1%	0%	0%	0%
<b>Meio de agressão</b>					
Força corporal/espancamento	65%	68%	77%	67%	68%
Arma de fogo	14%	6%	7%	7%	10%
Objeto perfuro-cortante	22%	18%	15%	8%	7%
Objeto contundente	-	25%	16%	16%	10%
Ameaça	-	5%	17%	0%	1%
Outra Agressão (Envenenamento/objeto quente/outros)	-	5%	2%	1%	4%
<b>Sexo do provável autor da agressão</b>					
Masculino	13%	79%	71%	68%	67%
Feminino	2%	9%	20%	21%	16%
Ambos sexos	0%	2%	1%	3%	4%
<b>Relação com a vítima</b>					
Pai/Mãe	3%	23%	2%	3%	2%
Companheiro/Ex	-	-	27%	19%	16%
Outro familiar	-	-	10%	12%	9%
Amigo/conhecido	5%	31%	26%	29%	21%
Agente legal público	-	-	4%	5%	3%
Desconhecido	18%	38%	26%	24%	40%

Fonte: DATASUS (dados extraídos em 15 jan. 2018).

#### 4.6 LESÃO AUTOPROVOCADA

Os atendimentos por lesões autoprovocadas atingiram menos de 1% de todas as ocorrências e 6% das violências, não sendo uma boa variável analisadora para o Viva Inquérito. A maior proporção ocorreu entre o sexo feminino (72%) e na faixa etária de 20 a 39 anos (66%) e 10 a 19 anos (32%). O meio utilizado mais frequente foi através do envenenamento (50%) e de objeto perfurocortante (22%). A maior parte das vítimas tiveram alta (73%), seguido de internação hospitalar (14%) e óbito (7%).

A lesão autoprovocada é a violência em que a pessoa inflige a si mesmo intencionalmente, englobando as tentativas de suicídio e a autoagressão. É um problema que atinge todas as faixas etárias, ocasionada pelos mais diversos aspectos: psicológicos, sociais, econômicos, biológicos e culturais. Mundialmente, mesmo em países com bons sistemas de informação, este é um agravo subnotificado, além de ser tratado de maneira pontual e emergencial quando aparecem. De acordo com a OMS, somente 25% das pessoas que tentam se matar tiveram contato com o hospital, chegando apenas os casos mais graves. Ainda assim, os serviços de urgência e emergência são lugares estratégicos para a prevenção secundária deste agravo, já que normalmente é o primeiro cuidado das pessoas com comportamentos suicida (BAHIA *et al.*, 2017).

**Tabela 10 - Distribuição de atendimentos por lesão autoprovocada por ano. Viva Inquérito, MRJ**

VARIÁVEIS	2006	2007	2009	2011	2014
<b>Sexo</b>					
Masculino	33%	25%	14%	32%	37%
Feminino	67%	75%	86%	68%	63%
<b>Faixa etária por ciclos da vida (anos)</b>					
0 a 9	0%	0%	0%	0%	7%
10 a 19	33%	100%	7%	11%	11%
20 a 39	67%	0%	79%	68%	52%
40 a 59	0%	0%	7%	21%	26%
60 e +	0%	0%	7%	0%	4%
<b>Local de ocorrência</b>					
Domicílio (Residência/habitação coletiva)	33%	75%	71%	89%	89%
Via pública	0%	0%	14%	11%	4%
Outros (bar ou similar/comércio e serviços)	0%	25%	7%	0%	7%
<b>Parte do corpo atingida</b>					

Cabeça/pescoço	33%	0%	0%	0%	4%
Tórax/abdome	0%	0%	7%	5%	4%
Membros (superiores e inferiores)	0%	25%	29%	32%	11%
Múltiplos órgãos/regiões	0%	50%	7%	53%	48%
<b>Meio utilizado</b>					
Envenenamento	33%	25%	64%	63%	67%
Enforcamento	33%	0%	0%	0%	4%
Arma de fogo	0%	0%	0%	0%	0%
Objeto perfurocortante	-	25%	21%	21%	22%
Precipitação de lugar elevado	-	-	7%	0%	4%
Outro meio	0%	50%	7%	11%	4%

Fonte: DATASUS (dados extraídos em 15 jan. 2018).

#### 4.7 INTERVENÇÃO LEGAL

As intervenções legais (Y35-Y36) tratam-se de intervenções por agente legal público, isso é, representante do Estado, polícia ou de outro agente da lei, como os agentes penitenciários. Incluem “traumatismos infligidos pela polícia ou outros agentes da lei, incluindo militares em serviço, durante a prisão ou tentativa de prisão de transgressores da lei, ao reprimir tumultos, ao manter a ordem, e outra ação legal” (OMS, 2000). A lei nº 4898/65 define o crime de abuso de autoridade e estabelece as punições para essa prática.

Os atendimentos por intervenção legal atingiram menos de 0,3% de todas as ocorrências e 2% das violências, não sendo uma boa variável analisadora para o Viva Inquérito. A maior proporção ocorreu entre o sexo masculino (75%), raça/cor parda (48%) e na faixa etária de 20 a 39 anos (70%). O meio da agressão mais utilizado foi a força corporal/espancamento (59%) e a arma de fogo (26%). A maior parte das vítimas teve alta (80%), mas 13% foram a óbito e 5% foram encaminhadas para internação hospitalar.

As intervenções legais são uma das causas externas mais subnotificadas, principalmente no SIM, podendo ser mascaradas pela categoria das agressões. Isto pode estar relacionado a atuação do Estado em reprimir os “bandidos”, estereótipo destinado aos indivíduos de sexo masculino, pretos, jovens e pobres. Em consequência dessa subnotificação, as taxas de incidência da violência policial são reduzidas, ficando velado ao sistema os confrontos com a polícia e mortes em sua decorrência (JESUS; MOTA, 2010).

**Tabela 11 - Distribuição de atendimentos por intervenção legal por ano. Viva Inquérito, MRJ**

VARIÁVEIS	2007	2009	2011	2014
<b>Sexo</b>				
Masculino	91%	75%	100%	33%
Feminino	9%	25%	0%	67%
<b>Faixa etária por ciclos da vida (anos)</b>				
0 a 9	0%	0%	0%	0%
10 a 19	18%	0%	0%	33%
20 a 39	73%	75%	100%	33%
40 a 59	9%	25%	0%	33%
60 e +	0%	0%	0%	0%
<b>Raça/cor da pele</b>				
Branca	36%	25%	0%	33%
Preta	45%	0%	0%	0%
Amarela	0%	0%	0%	33%
Parda	18%	75%	100%	0%
Indígena	0%	0%	0%	33%
<b>Meio de agressão</b>				
Força corporal/espancamento	45%	25%	100%	67%
Arma de fogo	45%	25%	0%	33%
Objeto contundente	27%	25%	0%	0%
Outra Agressão	0%	25%	0%	0%
<b>Evolução</b>				
Alta	45%	75%	100%	100%
Encaminhamento ambulatorial	9%	0%	0%	0%
Encaminhamento hospitalar	18%	0%	0%	0%
Óbito	27%	25%	0%	0%

Fonte: DATASUS (dados extraídos em 15 jan. 2018).

Portanto, em relação aos resultados obtidos neste estudo, constatou-se a predominância majoritária dos acidentes sobre as violências, acentuada em cada ano. O sexo masculino representou a maior parcela dentre os atendimentos, diminuindo a proporção ao longo dos anos, até chegar a quase a mesma equivalência do sexo feminino no ano de 2014. A maior frequência dos atendimentos foi entre os adultos na faixa de 20 a 39 anos, com 38% de todas as ocorrências. Nos acidentes essa faixa teve a média de 35%, predominando nos casos de violência com mais a metade dos casos (55%). A proporção da escolaridade foi distribuída quase que igualmente, predominando com pequena diferença a faixa de 9 a 11 anos

de estudo, o que equivale ao ensino médio completo ou incompleto, seguida por 5 a 8 anos de estudo (5ª a 8ª série completa) e 0 a 4 anos (até a 4ª série).

As cores da pele parda e branca apresentaram maior frequência para ambos os tipos de evento, com crescimento da cor parda e diminuição da cor branca com o passar dos anos. A presença de algum tipo de deficiência (física, mental, visual, auditiva e outras deficiências/síndromes) foi relatada em 3% de todos os atendimentos, sendo mais frequente nos acidentes do que nas violências. Os grupos de população vulnerável (cigano, quilombola, aldeado, pessoa em situação de rua) somaram apenas 1,5% em 2014, com maior proporção observada para os ciganos (0,6%).

Os meios de locomoção mais utilizados para chegar até a emergência foram os transportes coletivos e os veículos particulares. A maior parte das ocorrências ocorreram tanto na residência como em via pública. As lesões mais prevalentes foram o corte/laceração, entorse/luxação e contusão, e os locais mais afetados foram cabeça/face, membros inferiores e membros superiores. A grande maioria das vítimas recebeu alta após o atendimento inicial na emergência, seguido da internação hospitalar e tratamento ambulatorial.

Desse modo, podemos concluir que de maneira geral o perfil dos atendimentos nas urgências e emergências dos hospitais do município do Rio de Janeiro é de casos de acidentes, predominando as quedas e acidentes de transporte, sendo indivíduos do sexo masculino, pardos, na faixa etária de 20 a 39 anos e com escolaridade de 9 a 11 anos.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os acidentes e as violências são dois temas entendidos como problemas de saúde pública e exigem esforços do setor saúde no desenvolvimento de ações para prevenção, promoção da saúde e cultura da paz, melhoria da atenção e reabilitação. No entanto, por resultarem do envolvimento de diversos fatores, seu enfrentamento demanda esforços articulados por diferentes setores governamentais, segmentos sociais e também pela própria população (BRASIL, 2001).

Ao longo do trabalho foi percebido a magnitude e o impacto da morbimortalidade das causas externas para a população. O Ministério da Saúde vem investindo na vigilância do agravo em questão e na melhoria de sua informação com o objetivo de conhecer esse grave problema. Os dados provenientes deste trabalho são um dos esforços alcançados pela implantação gradativa da vigilância em saúde, especialmente a vigilância das DANTs (BRASIL, 2009).

A partir dos dados disponíveis, é possível conhecer as principais características dos eventos e prover a elaboração de estudos e estratégias de intervenção deste agravo relacionado aos diferentes grupos populacionais, segundo a natureza e o tipo das lesões e causas, contribuindo para a melhoria do atendimento prestado a estes segmentos. Dentro das diretrizes da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências a melhoria das informações foi considerada uma das prioridades à qual deve ser dada atenção especial, sendo uma das medidas o registro contínuo padronizado.

Estudos sobre o Viva Inquérito permitem o conhecimento dos casos que não aparecem nos sistemas do SIM, SIH-SUS E SINAN, revelando as outras faces das causas externas. Dessa maneira, este trabalho pode ser utilizado como instrumento de informação para os serviços, principalmente pela Secretaria de Saúde, fornecendo diretrizes a serem trabalhadas na prevenção das violências e acidentes.

Os resultados obtidos neste estudo colaboram para o planejamento e execução de ações de intervenção para a redução da morbimortalidade por causas externas, subsidiando a promoção, prevenção e atenção em todos os ciclos de vida. Ressalta-se a isso a importância da qualificação dos dados, no qual o preenchimento mais completo dos campos fortalece a ferramenta de produção de informações mais confiáveis. A sensibilização e conscientização dos gestores do SUS, dos profissionais



da saúde e dos gerentes dos serviços, sobretudo dos hospitais, são fundamentais para potencializar o monitoramento desses eventos.

A capacitação profissional é outro ponto a ser notado, já que muitos profissionais de saúde apresentam dificuldades e se sentem despreparados ao lidar com a questão das violências. Nesse sentido é necessário mais investimento da gestão local para a formação dos profissionais da rede de saúde.

A vigilância das violências e acidentes não se detém unicamente na obtenção de informações sobre o comportamento destes agravos, mas também tem a intenção de auxiliar no enfrentamento dos determinantes e condicionantes das causas externas em uma perspectiva intersetorial e baseada no direito à saúde e à vida. Inclui a isto o incentivo a formação de redes de atenção e proteção às pessoas vítimas de violências e acidentes, buscando garantir a atenção integral, a promoção da saúde e a cultura da paz (BRASIL, 2009, 2010, 2013, 2017a).

O uso da informação produzida, principalmente para a gestão local, auxilia na alocação racional de recursos em qualificação do atendimento e reorganização de serviços, mas sobretudo em ações efetivas de promoção da saúde e prevenção dos acidentes e violências. São essas intervenções que apresentarão os maiores impactos na reversão do ônus das causas externas na vida das pessoas e do País. (BRASIL, 2017, p. 20).

A complexidade e abrangência do grupo das causas externas requer medidas multifocais e intersetoriais, já que reúne diferentes tipos de agravos (violências, acidentes de trânsito, quedas, entre outros). Diante disso, é necessário ações que envolvam o indivíduo, a família, os grupos sociais, o poder público e todos os componentes da sociedade, articulando os setores da saúde, educação e justiça.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é um componente que deve ser destacado por ser um espaço privilegiado para a adoção de ações de promoção à saúde e cultura da paz e prevenção das violências e acidentes. Por ser caracterizado como a primeira e principal porta de acesso ao SUS, e coordenadora do cuidado em saúde, pode atuar de modo central na articulação de parcerias entre os diversos setores. O processo de trabalho da APS é voltado para humanização, continuidade do cuidado e atenção integral, colocando-a como ponto estratégico na rede para a prevenção, identificação, notificação, coordenação do cuidado, assistência e recuperação das vítimas de acidentes e violências. Além disso, ela promove o vínculo e aproximação com os usuários, estabelecendo relações de confiança e favorecendo a criação de

espaços de diálogo e participação da comunidade, uma alternativa relevante para tais enfrentamentos (BRASIL, 2017c; MENDONÇA *et al.*, 2018).

O conjunto dos achados deste estudo deve considerar a presença de algumas limitações. Os dois primeiros inquéritos de 2006 e 2007 foram realizados somente no Hospital Municipal Souza Aguiar, representando as características dos atendimentos somente daquele hospital. Isso pode ser percebido na análise dos dados, com a mudança de perfil dos atendimentos após esses anos. Além disso, o ano de 2006 foi o primeiro ano da pesquisa a nível nacional e municipal. Dessa forma, a maioria das variáveis encontram-se com altas taxas de informações ignoradas. Já no ano de 2014, houve um aumento considerável do número dos plantões para o município, aumentando também a meta de entrevistas. Isto se deu de acordo com o cálculo da amostra com base nos atendimentos do ano anterior.

Os resultados alcançados ao longo de todas as pesquisas realizadas no município do Rio de Janeiro refletem o empenho de várias equipes de trabalho: profissionais do nível central na Secretaria de Saúde, diretores dos serviços, equipe da emergência do hospital, equipe de coordenação da pesquisa, supervisores e pesquisadores de campo. Por fim, sugiro que o tema seja mais explorado e que futuros estudos possam ampliar a amostra do material e aprofundar a discussão da análise discutida e apresentada neste trabalho.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, Silvânia Suely Caribé de Araújo *et al.* Perfil das vítimas de violências e acidentes atendidas em serviços de urgência e emergência selecionados em capitais brasileiras: Vigilância de Violências e Acidentes, 2009. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 21, n. 1, p. 21-30, mar. 2012.

BAHIA, Camila Alves *et al.* Lesão autoprovocada em todos os ciclos da vida: perfil das vítimas em serviços de urgência e emergência de capitais do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 2841-2850, set. 2017.

BRASIL. Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei no 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei no 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei no 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 18 nov. 2011.

BRASIL. Lei nº 12.288, de 20 de julho de 2010. Institui o Estatuto da Igualdade Racial. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 1, 21 jul. 2010.

BRASIL. 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. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, v. 78, n. 182, p.18055, 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS**. [2018a?]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br>. Acesso em: 18 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portal da Saúde**. [2018b?] Informações de Saúde (TABNET). Inquéritos e Pesquisas. VIVA - Vigilância de violências e acidentes. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0208&id=28258440>. Acesso em: 16 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portal da Saúde**. [2018c?] Informações de Saúde (TABNET). Sistema de Informações Hospitalares do SUS. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niuf.def>. Acesso: 23 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portal da Saúde**. [2018d?] Informações de Saúde (TABNET). Sistema de Informação sobre Mortalidade. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/ext10uf.def>. Acesso: 23 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portal da Saúde**. [2018e?] Informações de Saúde (TABNET). Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinannet/cnv/violerj.def>. Acesso: 3 dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Viva: Vigilância de Violências e Acidentes**; 2013 e 2014. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigilância de Violências e Acidentes: VIVA Inquérito 2017: manual do entrevistador**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2,436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 22 set. 2017c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. **Política nacional de informação e informática em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Temático saúde da população negra**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde Brasil 2014: uma análise da situação de saúde e das causas externas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Viva: Vigilância de Violências e Acidentes**, 2009, 2010, 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Viva: Vigilância de Violências e Acidentes**, 2008 e 2009. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Viva: Vigilância de Violências e Acidentes**, 2006 e 2007. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portal da Saúde**. [2008?]. Informações de Saúde (TABNET). Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>. Acesso em: 16 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 687, de 30 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Promoção Nacional da Saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 31 mar. 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.356, de 23 de junho de 2006. Institui incentivo aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios para a Vigilância de Acidentes e Violências em Serviços Sentinela, com recursos da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 26 jun. 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação da Saúde. *In*: SEMINÁRIO NACIONAL DE VIGILÂNCIA EM DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS E PROMOÇÃO DA SAÚDE, 2005, Brasília. **Anais** [...]. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 936, de 18 de maio de 2004. Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 20 maio 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação do Projeto de Promoção da Saúde. **Projeto de redução da morbimortalidade por acidente de trânsito**: mobilizando a sociedade e promovendo a saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 737, de 16 de maio de 2001. Dispõe sobre a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 18 maio 2001.

CAVALCANTI, Alessandro Leite; MONTEIRO, Barbara Vanessa B. Mortalidade por causas externas em adultos no município de Campina Grande, Paraíba, Brasil. **Scientia Medica**, v. 18, n. 4, p. 160-165, 2008.

CERQUEIRA, Daniel *et al.* **Atlas da violência 2018**. Rio de Janeiro: IPEA: SBSP, 2018.

DESLANDES, Suely Ferreira; SILVA, Cosme Marcelo Furtado Passos da. Análise da morbidade hospitalar por acidentes de trânsito em hospitais públicos do Rio de Janeiro, RJ, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 367-372, ago. 2000.

DESLANDES, Suely Ferreira. O atendimento às vítimas de violência na emergência: “prevenção numa hora dessas?”. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 81-94, 1999.

GAWRYSZEWSKI, Vilma Pinheiro *et al.* Atendimentos decorrentes de queimaduras em serviços públicos de emergência no Brasil, 2009. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 629-640, abr. 2012.

GAWRYSZEWSKI, Vilma Pinheiro *et al.* Perfil dos atendimentos a acidentes de transporte terrestre por serviços de emergência em São Paulo, 2005. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 275-282, abr. 2009.

GAWRYSZEWSKI, Vilma Pinheiro *et al.* A proposta da rede de serviços sentinela como estratégia da vigilância de violências e acidentes. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, supl., p. 1269-1278, 2006.

JESUS, Tania de; MOTA, Eduardo. Fatores associados à subnotificação de causas violentas de óbito. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 361-370, 2010.

KRUG, Etienne G. *et al.* (ed.). **Relatório Mundial sobre Violência e Saúde**. Genebra: OMS, 2002. Disponível em: <http://www.opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/relatorio-mundial-violencia-saude.pdf>. Acesso em: 23 set. 2018.

LATORRE, Maria do Rosário Dias de Oliveira; CARDOSO, Maria Regina Alves. Análise de séries temporais em epidemiologia: uma introdução sobre os aspectos metodológicos. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 4, n. 3, p. 145-152, nov. 2001.

MALTA, Deborah Carvalho *et al.* Acidentes e violência na infância: evidências do inquérito sobre atendimentos de emergência por causas externas - Brasil, 2009. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 9, p. 2247-2258, set. 2012.

MENDONÇA, Carolina Siqueira *et al.* Violência na Atenção Primária em Saúde no Brasil: uma revisão integrativa da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, out. 2018. Disponível em: <http://cienciaesaudecoletiv.tempsite.ws/artigos/violencia-na-atencao-primaria-em-saude-no-brasil-uma-revisao-integrativa-da-literatura/16977>.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; SOUZA, Edinilsa Ramos de. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 7-23, 1999.

MOTA, Eduardo; ALMEIDA, Marcia Furquim de; VIACAVA, Francisco. O dado epidemiológico: estrutura, fontes, propriedades e instrumentos. *In*: ALMEIDA FILHO, Naomar; BARRETO, Maurício Lima (org.). **Epidemiologia e saúde: fundamentos, métodos, aplicações**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 85-94.

NEVES, Alice Cristina Medeiros das *et al.* Perfil das vítimas de violências e acidentes atendidas em serviços de urgência e emergência do Sistema Único de Saúde em capitais brasileiras - 2011. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 22, n. 4, p. 587-596, dez. 2013.

NJAINE, Kathie; ASSIS, Simone G.; CONSTANTINO, Patricia. **Impactos da Violência na Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. 418 p.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Módulos de Princípios de Epidemiologia para o Controle de Enfermidades. Módulo 3: medida das condições de saúde e doença na população. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 94 p., il. 7 volumes.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**. 10. rev. São Paulo: EDUSP, 2000.

PEREIRA, S. R. M. *et al.* Quedas em idosos. *In*: JATENE, F. B. *et al.*, (org.). **Projeto diretrizes**. São Paulo: Associação Médica Brasileira e Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2002. v.1, p. 405-414.

PINTO, Liana Wernersbach *et al.* Atendimento de urgência e emergência a pedestres lesionados no trânsito brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 12, p. 3673-3682, dez. 2016.

RIBEIRO, Adalgisa Peixoto *et al.* Quedas acidentais nos atendimentos de urgência e emergência: resultados do VIVA Inquérito de 2014. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 12, p. 3719-3727, dez. 2016.

RIO DE JANEIRO (Município). Secretaria Municipal de Saúde. **Vigilância Epidemiológica das Doenças e Agravos Não Transmissíveis – DANT**. Rio de Janeiro: SMS, [2017?] Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/exibeconteudo?id=871449>. Acesso em: 19 dez. 2017.

SANTOS, Ana Maria Ribeiro dos *et al.* Perfil das vítimas de trauma por acidente de moto atendidas em um serviço público de emergência. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 1927-1938, ago. 2008.

SANTOS, Luciana Cristina Ferreira dos. **Acidentes e violência envolvendo a população masculina**: contribuições à Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem. 2012. 93 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2012.

SEPARAVICH, Marco Antonio; CANESQUI, Ana Maria. Saúde do homem e masculinidades na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: uma revisão bibliográfica. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 415-428, jun. 2013.

SILVA, Marta Maria Alves da *et al.* Agenda de Prioridades da Vigilância e Prevenção de Acidentes e Violências aprovada no I Seminário Nacional de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 16, n. 1, p. 57-64, mar. 2007.

SOUZA, Edinilsa Ramos de. Masculinidade e violência no Brasil: contribuições para a reflexão no campo da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 59-70, mar. 2005.

SOUZA, Andressa Suely Batista de; SILVA, Samanta Calisto da; CAVALCANTE, Milena France Alves. Mortalidade por causas externas em adultos jovens em Teresina-PI no período de 2001-2011. **Revista Interdisciplinar**, v. 9, n. 1, p. 57-65, 2016.

WILLIAMS, Lucia Cavalcanti de Albuquerque. Sobre deficiência e violência: reflexões para uma análise de revisão de área. **Revista Brasileira de Educação Especial**, Marília, v. 9, n. 2, p. 141-154, 2003.



**ANEXO**

## ANEXO A – FICHA VIVA INQUÉRITO 2006



República Federativa do Brasil  
Ministério da Saúde  
Secretaria de Vigilância em Saúde

FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE  
ACIDENTES E VIOLÊNCIAS EM  
UNIDADES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Nº

Dados Gerais	1	Data da Notificação	2	UF	3	Município de Notificação																
	4	Unidade de Saúde	Código (CNES)			5	Data da Ocorrência	6	Hora da Ocorrência (0 - 24 horas)													
Dados da Pessoa Atendida	7	Nome																				
	8	Data de Nascimento	9	Idade	1 - Dia 2 - Mês 3 - Ano 9 - Ignorado	10	Sexo	1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado	11	Cor	1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado											
	12	Escolaridade																				
	13	Ocupação	14	Chegou ao hospital:	1 - Sozinho 2 - Acompanhado 9 - Ignorado	15	Como chegou ao hospital?															
Dados de Residência	16	Possui algum tipo de deficiência?																				
	17	UF	18	Município de Residência	19	Bairro de residência																
	20	Logradouro (rua, avenida,...)				21	Número	22	Complemento (apto., casa, ...)													
	23	CEP	24	(DDD) Telefone	25	Zona	1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	26	País (se residente fora do Brasil)													
Dados da Ocorrência	27	Intencionalidade		28	Tipo de ocorrência (acidente / violência)		29	Local de ocorrência														
	30	Atividade realizada			31	Evento relacionado ao trabalho?		32	Suspeita de uso de álcool/drogas													
	33	UF	34	Município de Ocorrência	35	Bairro de ocorrência																
	36	Logradouro de ocorrência (rua, avenida,...)				37	Número	38	Zona de ocorrência													
Acidentes	Acidente de transporte			Queda			Queimadura			Outros acidentes												
	39	Tipo de vítima		40	Meio de transporte		41	Tipo de queda		42	Tipo de Queimadura		43	Outros acidentes								
	44	Suicídio/tentativa			45	Maus-tratos/Suspeita			46	Agressão/Homicídio			47	Provável autor da agressão		48	Sexo do provável autor da agressão					
	49	Natureza da lesão (considerar somente o diagnóstico principal)						50	Parte do corpo atingida			51	Evolução do Caso / Encaminhamento no setor saúde									
Lesão/Evolução	Nome											Função										

## ANEXO B – FICHA VIVA INQUÉRITO 2007




República Federativa do Brasil  
Ministério da Saúde  
Secretaria de Vigilância em Saúde

FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE  
VIOLÊNCIAS E ACIDENTES EM  
UNIDADES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Nº

Dados Gerais:	1 Data da Notificação	2 UF	3 Município de Notificação
	4 Unidade de Saúde	Código (CNES)	5 Data da Ocorrência
Dados da Pessoa Atendida	6 Hora da Ocorrência (00:00 - 23:59)		
	7 Nome		
	8 Data de Nascimento	9 Idade <input type="checkbox"/> 1 - Dia <input type="checkbox"/> 2 - Mês <input type="checkbox"/> 3 - Ano <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	10 Sexo <input type="checkbox"/> 1 - Masculino <input type="checkbox"/> 2 - Feminino <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado
	11 Raça/Cor <input type="checkbox"/> 1 - Branca <input type="checkbox"/> 2 - Preta <input type="checkbox"/> 3 - Amarela <input type="checkbox"/> 4 - Parda <input type="checkbox"/> 5 - Indígena <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		
	12 Escolaridade <input type="checkbox"/> 01) Sem escolaridade <input type="checkbox"/> 02) 1ª a 4ª série incompleta do EF <input type="checkbox"/> 03) 4ª série completa do EF <input type="checkbox"/> 04) 5ª a 8ª série incompleta do EF <input type="checkbox"/> 05) Ensino fundamental completo <input type="checkbox"/> 06) Ensino médio incompleto <input type="checkbox"/> 07) Ensino médio completo <input type="checkbox"/> 08) Educação superior incompleta <input type="checkbox"/> 09) Educação superior completa <input type="checkbox"/> 10) Não se aplica <input type="checkbox"/> 99) Ignorado		
Dados de Residência	13 Ocupação		14 Como chegou ao hospital? <input type="checkbox"/> 1 - A pé <input type="checkbox"/> 4 - SAMU <input type="checkbox"/> 7 - Transp. coletivo <input type="checkbox"/> 2 - Veículo particular <input type="checkbox"/> 5 - Ambulância <input type="checkbox"/> 8 - Outro <input type="checkbox"/> 3 - Viatura policial <input type="checkbox"/> 6 - Resgate <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado
	15 Possui algum tipo de deficiência? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		16 Se sim, qual tipo de deficiência? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Mental <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Outras deficiências/Síndromes
	17 UF	18 Município de Residência	19 Bairro de residência
	20 Logradouro (rua, avenida,...)		21 Número
	22 Complemento (apto., casa, ...)		23 CEP
Dados da Ocorrência	24 (DDD) Telefone		25 Zona <input type="checkbox"/> 1 - Urbana <input type="checkbox"/> 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Perurbana <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado
	26 País (se residente fora do Brasil)		27 Intencionalidade <input type="checkbox"/> 1 - Acidente/não intencional <input type="checkbox"/> 2 - Violência/intencional <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado
	28 Tipo de ocorrência (acidente / violência) <input type="checkbox"/> 1 - Acidente de transporte <input type="checkbox"/> 3 - Queimadura <input type="checkbox"/> 5 - Suicídio/tentativa <input type="checkbox"/> 7 - Intervenção legal <input type="checkbox"/> 2 - Queda <input type="checkbox"/> 4 - Outros acidentes <input type="checkbox"/> 6 - Agressão/maus tratos <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		
	29 Acidente/violência relacionado ao trabalho? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		30 Suspeita de uso de álcool <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado
	31 Local de ocorrência <input type="checkbox"/> 01 - Residência <input type="checkbox"/> 04 - Local de prática esportiva <input type="checkbox"/> 07 - Comércio/serviços <input type="checkbox"/> 02 - Habitação coletiva <input type="checkbox"/> 05 - Bar ou similar <input type="checkbox"/> 08 - Indústrias/construção <input type="checkbox"/> 03 - Escola <input type="checkbox"/> 06 - Via pública <input type="checkbox"/> 09 - Outro <input type="checkbox"/> 99 - Ignorado		
Acidentes:	32 UF		33 Município de Ocorrência
	34 Bairro de ocorrência		35 Logradouro de ocorrência (rua, avenida,...)
	36 Número		37 Zona de ocorrência <input type="checkbox"/> 1 - Urbana <input type="checkbox"/> 3 - Perurbana <input type="checkbox"/> 2 - Rural <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado
	<b>Acidente de transporte</b>		
	38 Tipo de vítima <input type="checkbox"/> 1 - Pedestre <input type="checkbox"/> 2 - Condutor <input type="checkbox"/> 3 - Passageiro <input type="checkbox"/> 4 - Outro <input type="checkbox"/> 8 - Não se aplica <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		
39 Meio de transporte da vítima <input type="checkbox"/> 1 - A pé <input type="checkbox"/> 2 - Automóvel <input type="checkbox"/> 3 - Motocicleta <input type="checkbox"/> 4 - Bicicleta <input type="checkbox"/> 5 - Coletivo <input type="checkbox"/> 6 - Outro <input type="checkbox"/> 8 - Não se aplica <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado			
40 Outro envolvido <input type="checkbox"/> 1 - Automóvel <input type="checkbox"/> 2 - Motocicleta <input type="checkbox"/> 3 - Coletivo <input type="checkbox"/> 4 - Bicicleta <input type="checkbox"/> 5 - Objeto fixo <input type="checkbox"/> 6 - Animal <input type="checkbox"/> 7 - Outro <input type="checkbox"/> 8 - Não se aplica <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado			
<b>Queda</b>			
41 Tipo de queda <input type="checkbox"/> 01 - Mesmo nível <input type="checkbox"/> 08 - Telhado/laje <input type="checkbox"/> 02 - Buraco <input type="checkbox"/> 09 - Outros níveis <input type="checkbox"/> 03 - Leito <input type="checkbox"/> 04 - Móvel <input type="checkbox"/> 88 - Não se aplica <input type="checkbox"/> 05 - Andaime <input type="checkbox"/> 99 - Ignorado <input type="checkbox"/> 06 - Escada/degrau <input type="checkbox"/> 07 - Árvore			
<b>Queimadura</b>			
42 Tipo de Queimadura <input type="checkbox"/> 1 - Fogo/chama <input type="checkbox"/> 2 - Subst. quente <input type="checkbox"/> 3 - Obj. quente <input type="checkbox"/> 4 - Choque elétrico <input type="checkbox"/> 5 - Subst. química <input type="checkbox"/> 6 - Outros <input type="checkbox"/> 8 - Não se aplica <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado			
Violências	43 Outros acidentes <input type="checkbox"/> 01 - Sufocação/engasgamento <input type="checkbox"/> 02 - Corpo estranho <input type="checkbox"/> 03 - Afogamento <input type="checkbox"/> 04 - Envenenamento/intoxicação <input type="checkbox"/> 05 - Ferimento por obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> 06 - Ferimento por arma de fogo <input type="checkbox"/> 07 - Acidentes com animais <input type="checkbox"/> 08 - Queda de objetos sobre pessoa <input type="checkbox"/> 09 - Choque contra objetos/pessoa <input type="checkbox"/> 10 - Entorse (torção) <input type="checkbox"/> 11 - Esmagamento <input type="checkbox"/> 12 - Outros <input type="checkbox"/> 88 - Não se aplica <input type="checkbox"/> 99 - Ignorado		
	44 Meio de suicídio/tentativa <input type="checkbox"/> 1 - Envenenamento/intoxicação <input type="checkbox"/> 2 - Enforcamento <input type="checkbox"/> 3 - Arma de fogo <input type="checkbox"/> 4 - Objeto perfuro-cortante <input type="checkbox"/> 5 - Outro <input type="checkbox"/> 8 - Não se aplica <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		
	45 Tipo de agressão <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 8 - Não se aplica <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Negligência/ abandono <input type="checkbox"/> Psicológica <input type="checkbox"/> Outro		
	46 Meio de agressão <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 8 - Não se aplica <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Força corporal/espáncamento <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Envenenamento <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Substância/Obj. quente <input type="checkbox"/> Outro		
	47 Provável autor da agressão <input type="checkbox"/> 1 - Familiar <input type="checkbox"/> 2 - Conhecido <input type="checkbox"/> 8 - Não se aplica <input type="checkbox"/> 3 - Desconhecido <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> 48 Sexo do provável autor da agressão <input type="checkbox"/> 1 - Masculino <input type="checkbox"/> 8 - Não se aplica <input type="checkbox"/> 2 - Feminino <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> 3 - Ambos os sexos		
Lesão/Evolução	49 Natureza da lesão (considerar somente o diagnóstico principal) <input type="checkbox"/> 01 - Sem lesão <input type="checkbox"/> 04 - Entorse/luxação <input type="checkbox"/> 07 - Traumatismo dentário <input type="checkbox"/> 10 - Intoxicação <input type="checkbox"/> 02 - Contusão <input type="checkbox"/> 05 - Fratura <input type="checkbox"/> 08 - Traumatismo crânio-encefálico <input type="checkbox"/> 11 - Queimadura <input type="checkbox"/> 03 - Corte/perfuração/laceração <input type="checkbox"/> 06 - Amputação <input type="checkbox"/> 09 - Politraumatismo <input type="checkbox"/> 12 - Outros <input type="checkbox"/> 99 - Ignorado		
	50 Parte do corpo atingida (considerar somente o diagnóstico principal) <input type="checkbox"/> 01 - Cabeça/face <input type="checkbox"/> 05 - Tórax/dorso <input type="checkbox"/> 09 - Órgãos genitais/ânus <input type="checkbox"/> 02 - Pescoço <input type="checkbox"/> 08 - Abdome/quadril <input type="checkbox"/> 10 - Múltiplos órgãos/regiões <input type="checkbox"/> 03 - Boca/dentes <input type="checkbox"/> 07 - Membros superiores <input type="checkbox"/> 88 - Não se aplica <input type="checkbox"/> 04 - Coluna/medula <input type="checkbox"/> 08 - Membros inferiores <input type="checkbox"/> 99 - Ignorado		
51 Evolução na emergência (24 horas) <input type="checkbox"/> 1 - Alta <input type="checkbox"/> 2 - Encaminhamento ambulatorial <input type="checkbox"/> 4 - Evasão / Fuga <input type="checkbox"/> 3 - Internação hospitalar <input type="checkbox"/> 5 - Óbito <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado			
Nome		Função/cargo	

## ANEXO C – FICHA VIVA INQUÉRITO 2009


 República Federativa do Brasil Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde		VIGILÂNCIA DE VIOLÊNCIAS E ACIDENTES EM SERVIÇOS SENTINELAS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA - VIVA Inquérito 2009 N°		
<b>Definição de caso:</b> Vítima de violência ou acidente atendida pela primeira vez neste serviço em decorrência desta violência ou acidente, com ou sem lesão física.				
Dados Gerais	1 UF	2 Município de Notificação	3 Unidade de Saúde	Código (CNES)
	4 Concordeu em participar da pesquisa 1-Sim (vítima) 5-Não (vítima) 2-Sim (familiar) 6-Não (familiar) 3-Sim (acompanhante) 7-Não (acompanhante) 4-Sim (corpo clínico) 8-Não (corpo clínico)	5 Data do Atendimento	6 Dia da Semana 1-Domingo 2-Segunda 3-Terça 4-Quarta 5-Quinta 6-Sexta 7-Sábado	7 Hora do Atendimento (00:00 - 23:59)
Dados da Pessoa Atendida	8 Nome			
	9 Data de Nascimento	10 Idade 1-Dia 2-Mês 3-Ano 9-Ignorado	11 Sexo 1-Masculino 2-Feminino 9-Ignorado	12 Raça/Cor da pele 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado
	13 Escolaridade 01 - Sem escolaridade 02 - 1ª a 4ª série incompleta do EF 03 - 4ª série completa do EF 04 - 5ª a 8ª série incompleta do EF 05 - Ensino fundamental completo 06 - Ensino médio incompleto 07 - Ensino médio completo 08 - Ensino superior incompleto 09 - Ensino superior completo 88 - Não se aplica 99 - Ignorado	14 Ocupação		
	15 Meio de locomoção para chegar ao hospital 1 - A pé 2 - Veículo particular 3 - Viatura policial 4 - SAMU 5 - Ambulância 6 - Reegate 7 - Transporte coletivo 8 - Outro 9 - Ignorado	16 Possui algum tipo de deficiência 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	17 Se sim, qual tipo de deficiência <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Mental <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Outras deficiências/Síndromes	18 Atendimento anterior por esta ocorrência em outro serviço 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
Dados de Residência	19 UF	20 Município de Residência	21 Bairro de Residência	
	22 Logradouro (rua, avenida,...)		23 Número	24 Complemento (apto., casa, ...)
	25 CEP	26 (DDD) Telefone	27 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	28 País (se residente fora do Brasil)
	29 Tipo de Ocorrência 1 - Acidente de transporte 2 - Queda 3 - Queimadura 4 - Outros acidentes 5 - Lesão autoprovocada 6 - Agressão/maus-tratos 7 - Intervenção por agente legal público 9 - Ignorado	30 Data da Ocorrência	31 Dia da Semana 1-Domingo 2-Segunda 3-Terça 4-Quarta 5-Quinta 6-Sexta 7-Sábado	32 Hora da Ocorrência (00:00 - 23:59)
Dados Específicos da Ocorrência	33 Local de Ocorrência 01 - Residência 02 - Habitação coletiva 03 - Escola 04 - Local de prática esportiva 05 - Bar ou similar 06 - Via pública 07 - Comércio/serviços 08 - Indústrias/construção 09 - Outro 99 - Ignorado		34 UF	35 Município de Ocorrência
	36 Bairro de Ocorrência		37 Logradouro de ocorrência (rua, avenida,...)	38 Número
	39 Zona de Ocorrência 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado			
	40 Tipo de vítima 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 4 - Outro 8 - Não se aplica 9 - Ignorado		41 Meio de locomoção da vítima 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Coletivo 6 - Outro 8 - Não se aplica 9 - Ignorado	
	42 Itens de segurança <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Cadeira para criança <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Colete refletivo <input type="checkbox"/> Capacete		43 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Coletivo 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 8 - Não se aplica 9 - Ignorado	
	44 Tipo de queda 01 - Mesmo nível 02 - Buraco 03 - Leito 04 - Outra mobília 05 - Andaime 06 - Escada/degrau 07 - Árvore 08 - Telhado/laje 09 - Outros níveis 88 - Não se aplica 99 - Ignorado		45 Tipo de Queimadura 1 - Fogo/chama 2 - Substância quente 3 - Objeto quente 4 - Choque elétrico 5 - Substância química 6 - Outros 8 - Não se aplica 9 - Ignorado	
	46 Outros acidentes 01 - Sufocação/engasgamento 02 - Corpo estranho 03 - Afogamento 04 - Envenenamento/Intoxicação 05 - Ferimento por objeto perfurocortante 06 - Ferimento por arma de fogo 07 - Acidentes com animais 08 - Queda de objetos sobre pessoa 09 - Choque contra objetos/pessoa 10 - Entorse (torção) 11 - Esmagamento 12 - Outros 88 - Não se aplica 99 - Ignorado			
	47 Lesão autoprovocada Meio utilizado 1 - Envenenamento/Intoxicação 2 - Enforcamento 3 - Arma de fogo 4 - Objeto perfurocortante 5 - Precipitação de lugar elevado 6 - Outro 8 - Não se aplica 9 - Ignorado		48 Agressão/maus-tratos/intervenção por agente legal público Natureza da agressão <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Negligência/abandono <input type="checkbox"/> Psicológica <input type="checkbox"/> Outra	
49 Meio de agressão <input type="checkbox"/> Força corporal/espandimento <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Envenenamento <input type="checkbox"/> Objeto perfurocortante 1 - Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Substância/Obj. quente <input type="checkbox"/> Outro		50 Provável autor da agressão 1 - Pai ou mãe 2 - Companheiro(a)/Ex- 3 - Outro familiar 4 - Amigo/conhecido 5 - Agente legal público 6 - Desconhecido 8 - Não se aplica 9 - Ignorado		
51 Sexo do provável autor da agressão 1 - Masculino 2 - Feminino 8 - Não se aplica 9 - Ignorado				
Lesão/Evolução	52 Ocorrência se deu durante o trabalho ou no trajeto para o trabalho da vítima 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		53 Ocorrência considerada acidental pelo entrevistado 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
	54 Uso de bebida alcoólica declarado pelo entrevistado nas seis horas anteriores à ocorrência 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		55 Indícios de uso de bebida alcoólica pela vítima identificados pelo entrevistador ou corpo clínico 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
	56 Natureza da lesão (considerar somente o diagnóstico principal) 01 - Sem lesão física 02 - Contusão 03 - Corte/laceração 04 - Entorse/luxação 05 - Fratura 06 - Amputação 07 - Traumatismo dentário 08 - Traumatismo crânio-encefálico 09 - Politraumatismo 10 - Intoxicação 11 - Queimadura 12 - Outra 99 - Ignorado		57 Parte do corpo atingida (considerar somente o diagnóstico principal) 01 - Boca/dentes 02 - Outra região da cabeça/face 03 - Pescoço 04 - Coluna/medula 05 - Tórax/dorso 06 - Abdome/quadril 07 - Membros superiores 08 - Membros inferiores 09 - Genitais/ânus 10 - Múltiplos órgãos/regiões 88 - Não se aplica 99 - Ignorado	
	58 Evolução na emergência (primeiras 24 horas) 1 - Alta 2 - Encaminhamento ambulatorial 3 - Internação hospitalar 4 - Encaminhamento para outro serviço 5 - Evasão/fuga 6 - Óbito 9 - Ignorado			
59 Nome e código do entrevistador		60 Data do preenchimento	61 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX	



## ANEXO D – FICHA VIVA INQUÉRITO 2011

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde		VIVA Inquérito 2011		1 N. da Ficha		2 N. do Turno Sorteado					
Definição de caso: Vítima de violência ou acidente atendida pela primeira vez neste serviço em decorrência desta violência ou acidente, com ou sem lesão física.											
3 UF		4 Município de Notificação		5 Unidade de Saúde		Código (CNES)					
6 Concorda em participar da pesquisa? 1-Sim (vítima) 5-Não (vítima) 2-Sim (familiar) 6-Não (familiar) 3-Sim (acompanhante) 7-Não (acompanhante) 4-Sim (corpo clínico) 8-Não (corpo clínico)		7 Data do atendimento		8 Dia da semana do atendimento 1-Domingo 2-Segunda 5-Quinta 3-Terça 6-Sexta 4-Quarta 7-Sábado		9 Hora do atendimento (00:00 - 23:59)					
10 Qual o seu nome completo?											
11 Qual a data de seu nascimento?		12 Idade 1-Dia 2-Mês 3-Ano 9-Ignorado		13 Sexo 1-Masculino 2-Feminino 9-Ignorado		14 Qual a sua raça ou cor da pele? (LER) 1-Branca 3-Amarela 5-Indígena 2-Preta 4-Parda					
15 Você estudou até que série ou grau? 01 - Sem escolaridade 02 - 1ª a 4ª série incompleta do EF 03 - 4ª série completa do EF 04 - 5ª a 8ª série incompleta do EF 05 - Ensino fundamental completo 06 - Ensino médio incompleto 07 - Ensino médio completo 08 - Ensino superior incompleto 09 - Ensino superior completo 98 - Não se aplica 99 - Ignorado		16 Você realiza alguma atividade remunerada? 1-Sim 2-Não 9-Ignorado		17 Se sim, qual atividade realiza?		18 Você possui algum tipo de deficiência permanente? 1-Sim 2-Não 9-Ignorado					
19 Se sim, qual tipo de deficiência? 1-Sim 2-Não 8-Não se aplica Física Mental Visual Auditiva Outras deficiências/ Síndromes		20 Qual meio de locomoção utilizou para chegar até aqui? 1 - A pé 3 - Viatura policial 5 - Ambulância 2 - Veículo particular 4 - SAMU 6 - Resgate 7 - Ônibus/micro-ônibus 8 - Outro 9 - Ignorado		21 Procurou atendimento em outro serviço, por essa ocorrência, antes de vir para este local? 1-Sim 2-Não 9-Ignorado		22 UF					
23 Município de residência		24 Bairro de residência		25 (DDD) Telefone		26 Zona de residência 1-Urbana 3-Periurbana 2-Rural 9-Ignorado					
27 País (se residente fora do Brasil)		28 Você é: (LER) 1-Cigano 3-Aldeado 5-Outro 2-Quilombola 4-Pessoa em situação de rua 6-Nenhum		29 Data da ocorrência		30 Dia da semana da ocorrência 1-Domingo 2-Segunda 3-Terça 4-Quarta 5-Quinta 6-Sexta 7-Sábado					
31 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59)		32 Local de ocorrência 01-Residência 03-Escola 05-Bar ou similar 07-Comércio/serviços 08-Outro 02-Habituação coletiva 04-Área de recreação 06-Via pública 08-Indústrias/construção 99-Ignorado		33 UF		34 Município de ocorrência					
35 Bairro de ocorrência		36 Zona de ocorrência 1 - Urbana 3 - Periurbana 2 - Rural 9 - Ignorado		PERGUNTAR: O que aconteceu? Como? (anotar o relato sucinto no verso do formulário)							
37 Tipo de ocorrência 1-Acidente de transporte 2-Queda 3-Queimadura 4-Outros acidentes 5-Lesão autoprovocada 6-Agressão/maus-tratos 7-Intervenção por agente legal público 9-Ignorado		38 Tipo de vítima 1-Pedestre 2-Condutor 3-Passageiro 4-Outro 8-Não se aplica 9-Ignorado		39 Meio de locomoção da vítima 1-A pé 5-Ônibus/micro-ônibus 2-Automóvel 6-Outro 3-Motocicleta 8-Não se aplica 4-Bicicleta 9-Ignorado		40 No momento do acidente, você usava algum desses equipamentos? (LER) Cinto de segurança Dispositivo de retenção para transporte de crianças Capacete Outro					
41 Outra parte envolvida 1-Automóvel 2-Motocicleta 3-Ônibus/micro-ônibus 4-Bicicleta 5-Objeto fixo 6-Animal 7-Outra 8-Não se aplica 9-Ignorado		42 Tipo de queda 01-Mesmo nível 08-Telhado/laje 02-Buraco 09-Outros níveis 03-Leito 04-Outra mobília 88-Não se aplica 05-Andaime 99-Ignorado 06-Escada/degrau 07-Árvore		43 Tipo de queimadura 1-Fogo/chama 2-Substância quente 3-Objeto quente 4-Choque elétrico 5-Substância química 6-Outros 8-Não se aplica 9-Ignorado		44 Outros acidentes 01-Sufocação/engasgamento 02-Corpo estranho 03-Afogamento 04-Envenenamento/Intoxicação 05-Ferimento por objeto perfurocortante 06-Ferimento por arma de fogo 07-Acidentes com animais 08-Queda de objetos sobre pessoa 09-Choque contra objetos/pessoa 10-Entorse (torção) 11-Compressão dentro/entre objetos 12-Outros 88-Não se aplica 99-Ignorado					
45 Meio utilizado 1-Envenenamento 5-Precep. lugar elevado 2-Enforcamento 6-Outro 3-Arma de fogo 8-Não se aplica 4-Ob. perfurocortante 9-Ignorado		46 Foi tentativa/suicídio? 1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9-Ignorado		47 Natureza da agressão 1-Física 2-Sexual 3-Psicológica 4-Negligência/abandono 5-Outro 8-Não se aplica		48 Meio de agressão 01-Força corporal / espancamento 02-Arma de fogo 03-Envenenamento 04-Obj. perfurocortante 05-Obj. contundente 06-Ameaça 07-Subst./Obj. quente 08-Outro 88-Não se aplica 99-Ignorado					
49 Provável autor da agressão 1-Pai/mãe 6-Desconhecido 2-Companheiro(a)/Ex- 7-Outro 3-Outro familiar 8-Não se aplica 4-Amigo/conhecido 9-Ignorado 5-Ag. legal público		50 Sexo do provável autor da agressão 1-Masculino 3-Ambos os sexos 2-Feminino 8-Não se aplica 9-Ignorado		51 A ocorrência se deu durante o trabalho ou no trajeto para o trabalho? 1-Sim 2-Não 9-Ignorado		52 Você considera essa ocorrência como... (LER) 1-Intencional (violência) 3-Não sabe 2-Não intencional (acidente)					
53 Percepção do entrevistador sobre a ocorrência 1-Intencional (violência) 2-Não intencional (acidente)		54 Você ingeriu bebida alcoólica nas seis horas anteriores à ocorrência? 1-Sim 2-Não 9-Ignorado		55 O entrevistador identificou indícios de uso de bebida alcoólica pela vítima? 1-Sim 2-Não 9-Ignorado		56 Natureza da lesão (considerar somente o diagnóstico principal) 01-Sem lesão física 03-Corte/laceração 05-Fratura 07-Traumatismo dentário 09-Politraumatismo 11-Queimadura 99-Ignorado 02-Contusão 04-Entorse/luxação 06-Amputação 08-Traumatismo crânio-encefálico 10-Intoxicação 12-Outra					
57 Parte do corpo atingida (considerar somente o diagnóstico principal) 01-Boca/dentes 05-Tórax/dorso 09-Genitais/ânus 02-Outra região da cabeça/face 06-Abdome/quadril 10-Múltiplos órgãos/regiões 03-Pescoço 07-Membros superiores 88-Não se aplica 04-Coluna/medula 08-Membros inferiores 99-Ignorado		58 Evolução na emergência (primeiras 24 horas) 1-Alta 5-Evasão/fuga 2-Encaminhamento ambulatorial 6-Óbito 3-Internação hospitalar 9-Ignorado 4-Encaminhamento para outro serviço		59 Nome e código do entrevistador		60 Data do preenchimento					
61 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX		SVS - CGDANT - VIVA 2011 - 13/05/2011									


## ANEXO E – FICHA VIVA INQUÉRITO 2014

 República Federativa do Brasil Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde		<b>VIVA Inquérito</b> <b>2014</b>		1	2
				N. da Ficha	N. do Turno Sorteado
<b>Definição de caso:</b> Vítima de violência ou acidente atendida pela primeira vez neste serviço em decorrência desta violência ou acidente, com ou sem lesão física.					
3 UF		4 Município de Notificação		5 Unidade de Saúde	
				Codigo (CNEC)	
6 Concorda em participar da pesquisa?		7 Data do atendimento		8 Dia da semana do atendimento	
1-Sim (vítima) 2-Sim (familiar) 3-Sim (acompanhante) 4-Sim (corpo clínico) 5-Não (vítima) 6-Não (familiar) 7-Não (acompanhante) 8-Não (corpo clínico)				1-Domingo 2-Segunda 3-Terça 4-Quarta 5-Quinta 6-Sexta 7-Sábado	
9 Hora do atendimento (00:00 - 23:59)					
10 Qual o seu nome completo?					
11 Qual a data de seu nascimento?		12 Idade		13 Sexo	
		1-Dia 2-Mês 3-Ano 9-Ignorado		1-Masculino 2-Feminino 9-Ignorado	
14 Qual a sua raça ou cor da pele? (Ler)					
1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena					
15 Você estudou até que série ou grau?		1-Analfabeto/sem escolaridade 2-Creche (0 a 3 anos) 3-Pré-escola (4 a 5 anos) 4-1º Ciclo Ens Fund (1º ao 5º ano) 5-2º Ciclo Ens Fund (6º ao 9º ano) 6-Ens Médio 7-Ens Superior 8-Não se aplica 9-Ignorado			
16 Você realiza alguma atividade remunerada?		17 Se sim, qual atividade realiza?		18 Você possui algum plano de saúde ou convênio médico?	
1-Sim 2-Não 9-Ignorado				1-Sim 2-Não 9-Ignorado	
19 Você possui algum tipo de deficiência permanente?		20 Se sim, qual tipo de deficiência?		1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9-Ignorado Outras deficiências/Síndromes	
1-Sim 2-Não 9-Ignorado		<input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Mental <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Auditiva			
21 Qual meio de locomoção utilizou para chegar até aqui?		7 - Ônibus/micro-ônibus 8 - Outro 9 - Ignorado		22 Procurou atendimento em outro serviço, por essa violência, antes de vir para este local?	
1 - A pé 2 - Veículo particular 3 - Viatura policial 4 - SAMU 5 - Ambulância 6 - Resgate				1-Sim 2-Não 9-Ignorado	
23 UF		24 Município de residência		25 Bairro de residência	
				26 (DDD) Telefone	
27 Zona de residência		28 País (se residente fora do Brasil)		29 Comunidade tradicional/Pop. específica: (Ler)	
1-Urbana 2-Rural 3-Periférica 9-Ignorado				1-Cigano 2-Quilombola 3-Adeado 4-Pessoa em situação de rua 5-Outro 6-Nenhum	
30 Data da ocorrência		31 Dia da semana da ocorrência		32 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59)	
		1-Domingo 2-Segunda 3-Terça 4-Quarta 5-Quinta 6-Sexta 7-Sábado			
33 Local de ocorrência		01-Residência 02-Habituação coletiva 03-Escola 04-Área de recreação 05-Bar ou similar 06-Via pública 07-Comércio/serviços 08-Indústrias/construção 09-Outro 99-Ignorado			
34 UF		35 Município de ocorrência		36 Bairro de ocorrência	
				37 Zona de ocorrência	
				1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periférica 9 - Ignorado	
<b>PERGUNTAR: O que aconteceu? Como? (anotar o relato sucinto no verso do formulário)</b>					
38 Tipo de ocorrência		1-Acidente de transporte 2-Queda 3-Queimadura 4-Outros Acidentes 5-Lesão autoprovocada 6-Agressão/maus tratos 7-intervenção por agente legal público 9-Ignorado			
39 Tipo de vítima		40 Meio de locomoção da vítima		42 Outra parte envolvida	
1-Pedestre 2-Conduutor 3-Passageiro 4-Outro 8-Não se aplica 9-Ignorado		1-A pé 2-Automóvel 3-Motocicleta 4-Bicicleta 5-Ônibus/micro-ônibus 6-Outro 8-Não se aplica 9-Ignorado		1-Automóvel 2-Motocicleta 3-Ônibus/micro-ônibus 4-Bicicleta 5-Objeto fixo 6-Animal 7-Outro 8-Não se aplica 9-Ignorado	
41 No momento do acidente, você usava algum desses equipamentos? (Ler)		1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Capacete <input type="checkbox"/> Dispositivo de retenção para transporte de crianças <input type="checkbox"/> Outro		43 Tipo de queda	
				01-Mesmo nível 02-Buraco 03-Letto 04-Outra mobília 05-Andaime 06-Escada/degrau 07-Arvore 08-Telhado/laje 09-Outros níveis 88-Não se aplica 99-Ignorado	
44 Tipo de queimadura		1-Fogochama 2-Substância quente 3-Objeto quente 4-Choque elétrico 5-Substância química 6-Outros 8-Não se aplica 9-Ignorado			
45 Outros acidentes		01-Sufocação/engasgamento 02-Corpo estranho 03-Afogamento 04-Envenenamento/intoxicação 05-Perfuração por objeto perfurocortante 06-Perfuração por arma de fogo 07-Acidentes com animais 08-Queda de objetos sobre pessoa 09-Choque contra objetos/pessoa 10-Entorse (torção) 11-Compressão dentro/entre objetos 12-Outros 88-Não se aplica 99-Ignorado			
46 Lesão autoprovocada		47 Foi tentativa/suicídio?		48 Natureza da agressão	
1-Envenenamento 2-Enforcamento 3-Arma de fogo 4-Obj. perfurocortante 5-Precip. lugar elevado 6-Outro 8-Não se aplica 9-Ignorado		1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9-Ignorado		1-Física 2-Sexual 3-Psicológica 4-Negligência/abandono 5-Outro 8-Não se aplica 9-Ignorado	
49 Meio utilizado		50 Provável autor da agressão		51 Sexo do provável autor da agressão	
01-Força corporal / espancamento 02-Arma de fogo 03-Envenenamento 04-Obj. perfurocortante 05-Obj. contundente 06-Ameaça 07-Subst./Obj. quente 08-Outro 88-Não se aplica 99-Ignorado		1-Palme 2-Companheiro(a)/Ex- 3-Outro familiar 4-Amigo/conhecido 5-Ag. legal público 6-Desconhecido 7-Outro 8-Não se aplica 9-Ignorado		1-Masculino 2-Feminino 3-Ambos os sexos 8-Não se aplica 9-Ignorado	
52 Produto/Serviço envolvido no acidente		53 Tipo de produto/serviço		54 A ocorrência se deu durante o trabalho ou no trajeto para o trabalho?	
		1-Automotores e Motociclos 2-Brinquedos e Produtos Infantis 3-Eletrodomésticos e eletrônicos 4-Alimentos e Saúde 5-Serviços 6-Outro 8-Não se aplica 9-Ignorado		1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9-Ignorado	
55 Você considera essa ocorrência como... (Ler)		56 Você ingeriu bebida alcoólica nas seis horas anteriores a ocorrência?			
1-Intencional (violência) 2-Não Intencional (acidente) 3-Não sabe		1-Sim 2-Não 9-Ignorado			
57 Natureza da lesão (considerar somente o diagnóstico principal)					
01-Sem lesão física 02-Contusão 03-Corte/laceração 04-Entorse/luxação 05-Fratura 06-Amputação 07-Traumatismo dentário 08-Traumatismo crânio-encefálico 09-Politraumatismo 10-Intoxicação 11-Queimadura 12-Outra 99-Ignorado					
58 Parte do corpo atingida (considerar somente o diagnóstico principal)					
01-Boca/dentes 02-Outra região da cabeça/face 03-Pescoço 04-Coruna/médula 05-Tórax/dorso 06-Abdome/quadril 07-Membros superiores 08-Membros inferiores 09-Genitais/ânus 10-Múltiplos órgãos/regiões 88-Não se aplica 99-Ignorado					
59 Evolução na emergência (primeiras 24 horas)					
1-Alta 2-Encaminhamento ambulatorial 3-Internação hospitalar 4-Encaminhamento para outro serviço 5-Evasão/fuga 6-Óbito 9-Ignorado					
60 Nome e código do entrevistador		61 Data do preenchimento		62 Circunstância da lesão	
				CID 10 - Cap XX	

SVS - CGDANT - VIVA 2014 - 08/04/2014



## ANEXO F – FICHA VIVA INQUÉRITO 2017

 <b>República Federativa do Brasil</b> <b>Ministério da Saúde</b> <b>Secretaria de Vigilância em Saúde</b>		<b>VIVA Inquérito</b> <b>2017</b>		1 N. do atendimento	2 N. do Turno Sorteado
<b>Definição de caso: Vítima de violência ou acidente atendida pela primeira vez neste serviço, em turno sorteado, em decorrência desta violência ou acidente, com ou sem lesão física.</b>					
3 UF		4 Município de atendimento		5 Unidade de Saúde	
Código (CNES)					
6 Concorda em participar da pesquisa?		7 Data do atendimento		8 Dia da semana do atendimento	
1-Sim (vítima) 2-Sim (familiar) 3-Sim (acompanhante) 4-Sim (corpo clínico) 5-Não (vítima) 6-Não (familiar) 7-Não (acompanhante) 8-Não (corpo clínico)				1-Domingo 2-Segunda 3-Terça 4-Quarta 5-Quinta 6-Sexta 7-Sábado 9-Ignorado	
9 Hora do atendimento (00:00 - 23:59)		10 Qual o seu nome completo?			
		11 Qual o nome completo da sua mãe?			
12 Qual a data de seu nascimento?		13 Qual sua idade (em anos)?		14 Sexo	
		999-Ignorado		1-Masculino 2-Feminino 9-Ignorado	
15 Qual a sua raça ou cor da pele? (LER)		16 Você estudou até que série ou grau?		17 Atualmente você frequenta creche/escola/faculdade/universidade?	
1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado		1-Analfabeto/sem escolaridade 2-1ºCiclo Ens Fund(1º ao 5º ano) 3-2ºCiclo Ens Fund(6º ao 9º ano) 4-Ens Médio 5-Ens Superior 8-Não se aplica 9-Ignorado		1-Sim 2-Não 9-Ignorado	
18 Você está gestante?		19 Qual a sua ocupação?		20 Você atualmente realiza alguma atividade remunerada?	
1-Sim 2-Não 8-Não se Aplica 9-Ignorado				1-Sim 2-Não 9-Ignorado	
21 Você possui algum plano de saúde ou convênio médico?		22 Você possui algum tipo de deficiência permanente?		23 Se sim, qual tipo de deficiência?	
1-Sim 2-Não 9-Ignorado		1-Sim 2-Não 9-Ignorado		Física Intelectual Visual Auditiva Outras deficiências/Síndromes	
24 Qual a sua orientação sexual?		25 Qual a sua identidade de gênero?		26 Qual meio de locomoção utilizou para chegar até aqui?	
1-Heterossexual 2-Homossexual (gay/lésbica) 3-Bissexual 8-Não se aplica 9-Ignorado		1-Travesti 2-Mulher transexual 3-Homem transexual 8-Não se aplica 9-Ignorado		1-A pé 2-Veículo particular 3-Viatura policial 4-SAMU 5-Ambulância 6-Resgate 7-Transporte coletivo 8-Outro 9-Ignorado	
27 Procurou atendimento em outro serviço de saúde, por essa ocorrência, antes de vir para este local?		28 UF		29 Município de residência	
1-Sim 2-Não 9-Ignorado				30 Bairro de residência	
31 (DDD) Telefone		32 Zona de residência		33 País (se residente fora do Brasil)	
1-Urbana 2-Rural 9-Ignorado		1-Urbana 2-Rural 9-Ignorado		1-Brasil 3-De fora do Brasil	
34 Você é: (LER)		35 Data da ocorrência		36 Dia da semana da ocorrência	
1-Cigano 2-Quilombola 3-Aldaeado 4-Pessoa em situação de rua 5-Pop. privada de liberdade 6-Pop. campo/água/floresta 7-Outro 8-Nenhum 9-Ignorado				1-Domingo 2-Segunda 3-Terça 4-Quarta 5-Quinta 6-Sexta 7-Sábado 9-Ignorado	
37 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59)		38 Local de ocorrência		39 País de ocorrência	
		01-Residência 02-Habitação coletiva 03-Escola 04-Local de prática esportiva 05-Bar ou similar 06-Via pública 07-Comércio/serviços 08-Indústrias/construção 09-Outro 99-Ignorado		1-Urbana 2-Rural 9-Ignorado	
40 UF		41 Município de ocorrência		42 Bairro de ocorrência	
43 Zona de ocorrência		<b>PERGUNTAR: O que aconteceu? Como? (anotar o relato sucinto no verso do formulário)</b>			
1-Urbana 2-Rural 9-Ignorado		44 Você considera essa ocorrência como... (Ler): 1-Intencional 2-Não Intencional 3-Não sabe 9-Ignorado			
45 Tipo de ocorrência		<b>Dados Específicos da Ocorrência</b>			
1-Acidente de transporte 2-Queda acidental 3-Queimadura acidental 4-Outros Acidentes 5-Lesão autoprovocada 6-Agressão/maus-tratos/intervenção por agente público 9-Ignorado		<b>Acidente de transporte</b>			
46 Tipo de vítima		47 Meio de locomoção da vítima		48 Outra parte envolvida	
1-Pedestre 2-Condutor 3-Passageiro 4-Outro 9-Ignorado		1-A pé 2-Automóvel pesado 3-Motocicleta 4-Bicicleta 5-Veículo de transp 6-Outro 9-Ignorado		1-Automóvel 2-Motocicleta 3-Veículo de transporte pesado 4-Bicicleta 5-Objeto fixo 6-Animal 7-Outro 9-Ignorado	
49 No momento do acidente, você usava algum desses equipamentos? (LER)		50 Tipo de queda		51 Tipo de queimadura	
Cinto de segurança Capacete Celular Dispositivo de retenção para transporte de crianças Outro		01-Mesmo nível 02-Buraco 03-Leito/berço/rede 04-Outra mobília 05-Andaime 06-Escada/degrau 07-Árvore 08-Telhado/laje 09-Outros níveis 99-Ignorado		1-Fogo/chama 2-Substância quente 3-Objeto quente 4-Corrente elétrica 5-Substância química 6-Outros 9-Ignorado	
52 Outros acidentes		53 Meio utilizado			
01-Sufocação/engasgamento 02-Corpo estranho 03-Afogamento 04-Envenenamento/Intoxicação 05-Ferimento por objeto perfurocortante 06-Ferimento por arma de fogo 07-Acidentes com animais 08-Queda de objetos sobre pessoa 09-Choque contra objetos/pessoa 10-Entorse (torção) 11-Compressão dentro/entre objetos		1-Envenenamento 2-Obj. perfurocortante 3-Precep. lugar elevado 4-Enforcamento 5-Arma de fogo 6-Outro 9-Ignorado			
54 Foi tentativa de suicídio?		55 Natureza da agressão		56 Meio de agressão	
1-Sim 2-Não 9-Ignorado		1-Física 2-Sexual 3-Psicológica 4-Negligência/abandono 5-Outro		01-Força corporal / espancamento 02-Obj. perfurocortante 03-Arma de fogo 04-Obj. contundente 05-Ameaça 06-Subst/obj quente/corrente elétrica 07-Envenenamento 08-Outro 99-Ignorado	
57 Provável autor da agressão		58 Sexo do provável autor da agressão		59 Número de envolvidos	
1-Pai/mãe 2-Companheiro(a)/Ex- 3-Outro familiar 4-Amigo/conhecido 5-Ag. legal público 6-Desconhecido 7-Outro 9-Ignorado		1-Masculino 2-Feminino 3-Ambos os sexos 9-Ignorado		1-Um 2-Dois ou mais 9-Ignorado	
60 Você suspeita que o agressor usou bebida alcoólica?		61 A ocorrência se deu durante o trabalho ou no trajeto para o trabalho?		62 Você utilizou drogas ilícitas nas seis horas anteriores à ocorrência?	
1-Sim 2-Não 9-Ignorado		1-Sim 2-Não 9-Ignorado		1-Sim 2-Não 9-Ignorado	
63 Você ingeriu bebida alcoólica nas seis horas anteriores à ocorrência?		64 Natureza da lesão (considerar somente a lesão principal)		65 Parte do corpo atingida (considerar somente a lesão principal)	
1-Sim 2-Não 9-Ignorado		01-Sem lesão física 02-Contusão 03-Corte/laceração 04-Entorse/luxação 05-Fratura 06-Amputação 07-Traumatismo dentário 08-Traumatismo crânio-encefálico 09-Politraumatismo 10-Intoxicação 11-Queimadura 12-Outra		01-Boca/dentes 02-Outra região da cabeça/face 03-Pescoço 04-Coluna/medula 05-Tórax/dorso 06-Abdome/quadril 07-Membros superiores 08-Membros inferiores 09-Genitais/ânus 10-Múltiplos órgãos/regiões 88-Não se aplica 99-Ignorado	
66 Evolução na emergência (primeiras 24 horas)		67 Nome e código do entrevistador			
1-Alta 2-Internação hospitalar 3-Encaminhamento para outros serviços 4-Evasão/fuga 5-Óbito 9-Ignorado					
68 Data do preenchimento					