

ABRAMET

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE MEDICINA DE TRÁFEGO | V. 28, n. 1, 2010

ISSN 1809-8630

OS NOVOS CRITÉRIOS DO QUALIS DA CAPES E O FUTURO DAS PUBLICAÇÕES MÉDICAS BRASILEIRAS.

Discromatopsias e direção veicular

Informações sobre vítimas de acidentes
de transporte atendidas no Pronto-
Socorro e liberadas

Alcoolemia e mortalidade por acidentes
de trânsito no Município de São Paulo

Acidentes de trânsito com vítimas no
município de Rio Branco





Dados em destaque

MARIA SUMIE KOIZUMI E MARIA HELENA PRADO DE MELLO JORGE¹

Dados sobre acidentes de trânsito e sequelas: onde e como acessar?

Data about accidents of traffic and sequels: where and how to access?



1 Banco de dados – mortalidade e morbidade hospitalar (internações)

Conforme já mencionado em publicações anteriores, na seção “Dados em destaque”, os dados sobre Mortalidade no Brasil, desde 1979, encontram-se disponibilizados on-line e podem ser acessados pelo site <http://www.datasus.gov.br>. Dados sobre morbidade hospitalar referente às internações, ocorridas a partir de 1998, também podem ser obtidas no mes-

mo site e constituem em importante fonte de dados para informação e análise dessas ocorrências.

Nesse site, os dados de vítimas fatais de acidentes de transporte (AT) encontram-se no agrupamento Causas Externas do banco de dados Sistema de Informações em Mortalidade (SIM/MS). Os de morbidade hospitalar, limitados aos internados, no Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS). Ambos têm abrangência nacional e os dados são coletados continuamente.

¹Departamento de Epidemiologia e Estatística da ABRAMET

2 Dados de Pronto Socorro (PS) e Pronto Atendimento (PA)

Aquelas que não precisaram ser internadas para tratamento, ou seja, as vítimas de causas externas atendidas e que receberam alta logo após o atendimento no PS ou PA não são integradas em nenhum banco de dados, de coleta contínua, seja do Município, Estado ou Nação. Cumpre mencionar que, nos serviços de saúde, a ficha de atendimento dispensado ao paciente, tal como a Ficha de Atendimento Ambulatorial (FAA) é regularmente preenchida e arquivada localmente.

No Brasil, para as unidades de Urgência e Emergência, o Ministério da Saúde, desenvolveu e implantou a Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), um sistema de vigilância pontual. O sistema VIVA foi estruturado tendo dois componentes: vigilância contínua (VIVA contínuo) e vigilância sentinela por inquérito (VIVA sentinela)¹.

A vigilância sentinela por inquérito (VIVA sentinela) foi projetada para uso em serviços de urgência e emergência (pronto-socorros, pronto-atendimentos,

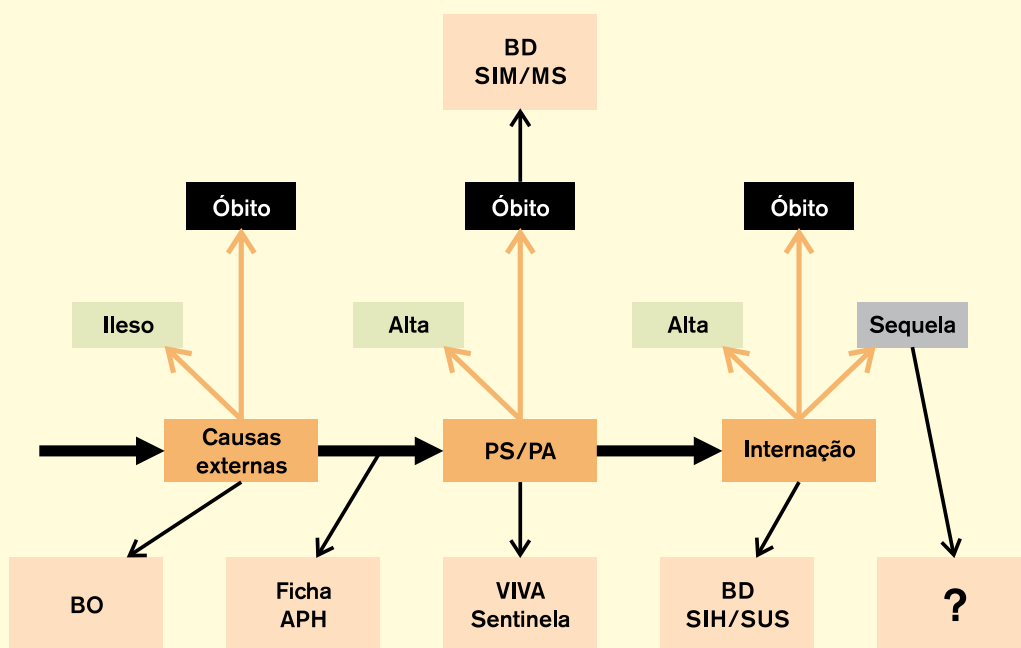
dentre outros). Foi testado e implantado em 2006 e 2007. A coleta é definida por amostragem e foi programada para ser realizada a cada dois anos¹.

3 Seguimento pós-internação ou pós-atendimento de emergência

Com a informatização, dados epidemiológicos relacionados com causas externas, mais especificamente sobre acidentes de trânsito ou sobre as lesões deles decorrentes, encontram-se disponibilizadas em diferentes formatos, de acordo com a etapa de atendimento em trauma ou desfecho da vítima, conforme pode ser visto na Figura 1.

Como pode ser visto na Figura 1, embora não esteja em banco de dados e disponibilizados eletronicamente, as informações iniciais sobre a ocorrência de causas externas ou acidentes/violências podem ser resgatadas diretamente do Boletim de Ocorrência (BO). O mesmo ocorre em relação ao atendimento inicial da vítima de trauma, pois as informações relativas ao atendimento pré-hospitalar (APH) podem ser obtidas nas fichas preenchidas nessa fase.

Figura 1. CAUSAS EXTERNAS: fontes de dados para o seu estudo.



Um dos pontos mais nebulosos e pouco sistematizados refere-se à vítima que, após atendimento hospitalar (internado ou não), apresenta algum tipo de consequência devido ao mesmo. As dificuldades vão desde definição de sequelas ou consequências do trauma, e continuam no tocante à classificação e fontes de dados.

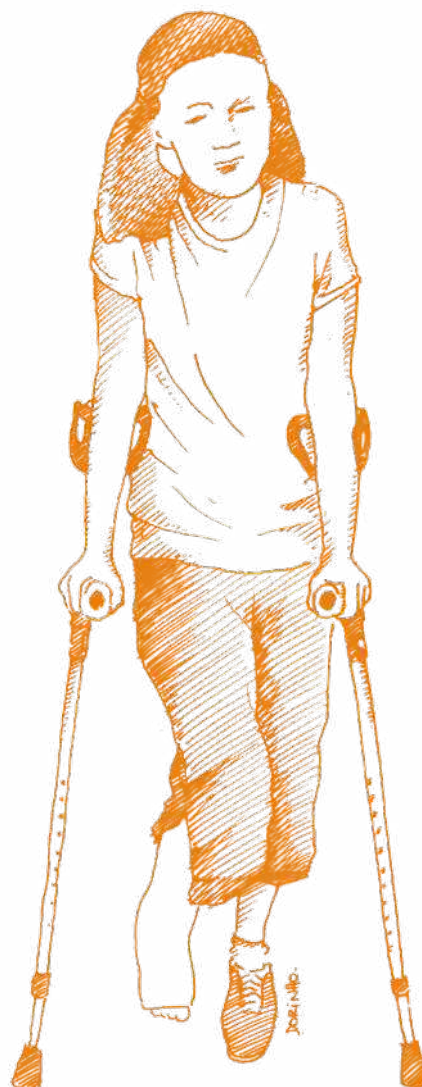
Dentre os diferentes tipos de trauma decorrentes de acidentes de trânsito, aqueles que afetam o sistema nervoso central, seja encéfalo ou medula espinhal, estão entre aqueles que podem evoluir com consequências devastadoras para a pessoa, a família e a comunidade/sociedade.

Nas pessoas com lesões encefálicas ou trauma crânio-encefálico (TCE), um dos índices bastante utilizados para medir as consequências pós-trauma é o GOS – Glasgow Outcome Scale, traduzido no Brasil como ERG – Escala de Resultados de Glasgow. Trata-se de uma escala bastante simples, apresentada a seguir.

ERG	Pontuação
Boa recuperação	5
Incapacidade moderada	4
Incapacidade grave	3
Estado vegetativo persistente	2
Morte	1

A Escala de Resultados de Glasgow original é um dos instrumentos de medida da capacidade funcional mais comumente utilizados nas pesquisas em trauma e, mais especificamente, em trauma crânio-encefálico (TCE). Sua principal qualidade está na facilidade de sua aplicação e a mais frequente crítica está na grande amplitude de cada uma de suas categorias que não discrimina importantes diferenças clínicas, classificando, igualmente, indivíduos que apresentam condições funcionais muito distintas².

Esse modo de medir a capacidade funcional foi ampliado para permitir uma maior sensibilidade na avaliação de pacientes que retornam à consciência. A escala ampliada passou, então, a apresentar oito categorias, duplicando as categorias 3, 4 e 5 para especificar a condição do indivíduo que retornou à



consciência, após o trauma^{2,3}. Embora a superioridade da ERG ampliada tenha sido comprovada⁴, a ERG original continua sendo a mais utilizada nos estudos sobre consequências do trauma⁴.

A definição e a classificação mais abrangente podem ser vistas na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)⁵, que resultou da revisão da Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (ICIDH), publicada pela Organização Mundial da Saúde em caráter experimental em 1980 e se transformou

de uma classificação de “consequência da doença” (versão de 1980) em uma classificação dos “componentes da saúde”.

Como uma classificação, a CIF agrupa sistematicamente diferentes domínios de uma pessoa com um determinado estado de saúde (por exemplo, o que uma pessoa com uma doença ou transtorno faz ou pode fazer). Funcionalidade é um termo que abrange todas as funções do corpo, atividades e participação; de maneira similar, incapacidade é um termo que abrange deficiências, limitação de atividades ou restrição na participação.



A CIF⁵ é uma classificação com múltiplos propósitos, elaborada para servir a várias disciplinas e setores diferentes. Seus objetivos específicos podem ser resumidos da seguinte maneira:

- fornecer uma base científica para a compreensão e o estudo dos determinantes e dos efeitos da saúde e das condições relacionadas à saúde;

- estabelecer uma linguagem comum para a descrição da saúde e dos estados relacionados à saúde para melhorar a comunicação entre diferentes usuários, como profissionais de saúde, pesquisadores, o elaborador das políticas públicas e o público, inclusive pessoas com incapacidades;

- permitir comparação de dados entre países, disciplinas relacionadas à saúde entre os serviços e em diferentes momentos ao longo do tempo;

- fornecer um esquema de codificação para sistemas de informações de saúde.

No Brasil a rede Sarah e as AACDs são instituições bastante conhecidas como centros de reabilitação. Mas, no geral, poucos são os Diretórios (onde) e menos ainda, poucas as classificações uniformes e banco de dados com informações disponíveis on-line (como) sobre consequências/sequelas pós-trauma. Assim sendo, julga-se que métodos específicos e sistemas capazes de monitorar as pessoas com consequências pós- trauma são ainda desafios a serem superados.

Referências

1. Ministério da Saúde. VIVA – Vigilância de Violências e Acidentes [acessado em 14 de julho de 2009]. Disponível em <http://www.Saude.gov.br>
2. Sousa RMC, Koizumi MS. Recuperação de vítimas de trauma crânio-encefálico entre 6 meses e 1 ano. Arq Bras Neurociur. 1998;17(2):72-80.
3. Sousa RMC. Comparação entre instrumentos de mensuração das consequências do trauma crânio-encefálico. Rev Esc Enf USP. 2006;40(2):203-213.
4. Lemcke J, Ahmadi S, Meier U. Outcome of patients with severe head injury after decompressive craniotomy. Acta Neurochir Suppl. 2010;106:231-3.
5. Di Nubila H. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidades e Saúde – CIF. Rev ABRAMET. 2008; 26(1):64-5.