

MORBIDADE HOSPITALAR POR CAUSAS EXTERNAS NO BRASIL

HOSPITAL MORBIDITY DUE TO EXTERNAL CAUSES IN BRAZIL

Moriá Gomes¹

Thais Vogado²

Orcélia Pereira Sales³

Edilma Fiel Barbosa⁴

Resumo: As causas externas de morbidade hospitalar englobam as lesões decorrentes dos acidentes de trânsito, afogamentos, envenenamentos, quedas, assim como violências que incluem as agressões, homicídios, suicídios e abusos sexuais. Deste modo, este estudo tem como objetivo descrever quais são as principais morbidades hospitalares por causas externas no Brasil. A metodologia empregada foi a revisão integrativa da literatura onde foram realizadas buscas em bases de dados online como BDNF, LILACS, BVS, Google Acadêmico e SCIELO. Após a leitura e análise dos artigos, foi possível verificar que é de fundamental importância os estudos acerca da morbidade hospitalar por causas externas, para que se possa compreender a extensão e a gravidade do problema, aprimorar a vigilância desses agravos e apoiar a tomada de decisões dos gestores no sentido de implementar medidas que minimizem e previnam a morbidade hospitalar por causas externas. Através das pesquisas, concluiu-se, que as causas externas afligem mais homens adultos e idosos quando o desfecho final é o óbito. A insuficiência de políticas de prevenção torna as causas externas um grande desafio para a saúde pública.

Palavras-chave: Morbidade. Causas Externas. Acidentes. Lesões.

Abstract: External causes of hospital morbidity include injuries from traffic accidents, drowning, poisoning, falls, as well as violence that includes assault, homicide, suicide, and sexual abuse. Thus, this study aims to describe the main hospital morbidities due to external causes in Brazil. The methodology used was the integrative literature review where searches were made in online databases such as BDNF, LILACS, BVS, Google Acadêmico and SCIELO. After reading and analyzing the articles, it was possible to verify that studies on hospital morbidity due to external causes are of fundamental importance, in order to understand the extent and severity of the problem, to improve the surveillance of these diseases and to support the decision making of managers to implement measures that minimize and prevent hospital morbidity due to external causes. Through research, it was concluded that external causes afflict more adult and elderly men when the final outcome is death. The insufficiency of prevention policies makes external causes a great challenge to public health.

Keywords: Accidents. Injuries. Morbidity. External Causes.

1- Acadêmica do curso de Enfermagem da Faculdade ITOP. E-mail: moriaa.gc@gmail.com

2- Acadêmica do curso de Enfermagem da Faculdade ITOP. E-mail: thaisvogado05@gmail.com

3- Professora do curso de Enfermagem da Faculdade ITOP. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0094729491304600>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9401-3085>. E-mail: orceliasales@gmail.com

4- Coordenadora do curso de Enfermagem da Faculdade ITOP. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9363468784053398>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6035-4439>. E-mail: enfermagem@faculdadeitop.edu.br

Introdução

As causas externas de morbidade e mortalidade abrangem os acidentes e as violências que provocam algum tipo de lesão, seja física ou psíquica, e que podem ou não ter o óbito como desfecho. Os acidentes (colisões no trânsito, afogamentos, intoxicações, quedas e queimaduras) são eventos não intencionais e evitáveis, causadores de lesões físicas e emocionais, ocorridos no âmbito doméstico ou social, como trabalho, escola, esporte e lazer (BRASIL, 2001).

As repercussões, as lesões, os danos e as mortes causadas por violência e acidentes significam altos custos sociais e causam elevados prejuízos econômicos, em virtude dos dias de ausência no trabalho, pelos danos emocionais e mentais incalculáveis que provocam nas vítimas e em suas famílias e pelos anos de produtividade ou de vida perdidos (MINAYO, 2009).

Esses eventos são responsáveis pela morte de cinco milhões de pessoas no mundo a cada ano, configurando-se em um grande desafio para o setor saúde, principalmente nos países em desenvolvimento. Apesar de serem uma das principais causas de mortalidade, as causas externas também são responsáveis pela hospitalização de dezenas de milhões de pessoas. Dependendo da gravidade das lesões, muitos daqueles que sobrevivem a acidentes e atos de violência continuam sofrendo com sequelas temporárias ou permanentes (MASCARENHAS; BARROS, 2015).

A despeito das evidências de declínio para algumas causas específicas, homicídios e lesões relacionadas ao trânsito representam quase dois terços dos óbitos devidos a causas externas no Brasil (BRASIL, 2001).

Devido à violência ser um problema multifatorial com raízes biológicas, sociais, psicológicas e ambientais, ela deve ser, concomitantemente enfrentada em níveis diferentes, sendo o primário (quando a ação da prevenção ocorra antes da violência), secundário (quando o ato violento já ocorreu, as abordagens ficam centradas nas reações mais imediatas, tentando evitar episódios novos ou mais graves) ou terciário (abordagens que enfocam os cuidados prolongados após a violência, com a intenção de evitar maiores danos e melhorar a qualidade de vida) (MATOS; MARTINS, 2013).

Mesmo ainda subutilizados em análises epidemiológicas e restritos aos serviços financiados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), os dados provenientes do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) vêm sendo gradativamente empregados em análises que extrapolam o âmbito financeiro, e que permitem analisar o comportamento epidemiológico da morbidade hospitalar, inclusive das causas externas (VIDAL; GONTIJO; LIMA, 2013).

O SIH/SUS fornece a partir da autorização de internação hospitalar (AIH), dados demográficos e clínicos, permitindo descrever a morbidade e a mortalidade hospitalar no âmbito dos serviços próprios e conveniados ao SUS. Estima-se que a cobertura desse sistema atinja cerca de 70% das internações hospitalares do país, com variações entre as Regiões e os Estados brasileiros, em função do percentual da população usuária de planos de saúde privados (MALTA *et al.*, 2012).

As causas externas configuram um problema de saúde pública de grande magnitude e transcendência, ao impactarem a saúde das populações de vários países, destacando-se como causa de morbidade e mortalidade, nos países desenvolvidos e em desenvolvimento (BRASIL, 2001).

Contudo, sua importância é desproporcional à quantidade de estudos correspondentes.

Considerando que os eventos não fatais são mais comuns do que os desfechos captados pelos registros de mortalidade, torna-se fundamental conhecer os aspectos epidemiológicos das hospitalizações por causas externas, a fim de subsidiar o planejamento de ações para a prevenção desses agravos (BRASIL, 2013).

Face ao exposto, o objetivo deste artigo é mostrar quais são as principais morbidades hospitalares por causas externas no sistema público de saúde do Brasil.

Metodologia

Este estudo trata-se de uma revisão bibliográfica da literatura. Os trabalhos de revisão são definidos por Noronha e Ferreira (2000, p. 191) como:

Estudos que analisam a produção bibliográfica em determinada área temática, dentro de um recorte de tempo, fornecendo uma visão geral ou um relatório do estado-da-arte sobre um tópico específico, evidenciando novas ideias, métodos, subtemas que têm recebido maior ou menor ênfase na literatura selecionada.

Trata-se, portanto, de um tipo de texto que reúne e discute informações produzidas na área de estudo. Pode ser a própria revisão um trabalho completo, ou pode aparecer como componente de uma publicação, ou ainda organizadas em publicações que analisam o desenvolvimento de determinada área no período de um ano, os chamados Annual Reviews. Taylor e Procter (2001) definem revisão bibliográfica da literatura como uma tomada de contas sobre o que foi publicado acerca de um tópico específico.

Revisar significa olhar novamente, retomar os discursos de outros pesquisadores, mas não no sentido de visualizar somente, mas de criticar. Só pode haver crítica se, como descrito acima, os objetivos estiverem claros e bem formulados (MOREIRA, 2004).

Este trabalho discute os conceitos de revisão de literatura, bem como sua utilidade e seu status em relação à pesquisa, mais especificamente à pesquisa bibliográfica. Por fim apresenta-se sua tipologia e são apontadas algumas estratégias para sua confecção (MOREIRA, 2004).

As questões que nortearam a pesquisa foram: “O que é morbidade hospitalar?”, “O que são as causas externas?”, “Quais são as principais causas externas de morbidade hospitalar?” e “Qual o papel do enfermeiro neste âmbito?”.

A partir daí, foi realizada a coleta de dados nas bases de dados online do Banco de Dados em Enfermagem (BDENF), Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Google Acadêmico, Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS) e Revista Brasileira de Enfermagem (SCIELO), por meio dos seguintes descritores “Morbidade”, “Lesões”, “Acidentes” e “Causas externas”. A busca consistiu nos meses de abril a junho de 2020, onde foram encontrados cerca 35 artigos que contemplaram de forma completa sobre a temática em questão.

Revisão de Literatura

As causas externas

Conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS), as causas externas são classificadas como lesões intencionais (agressões, homicídios, suicídios, privação ou negligência) e lesões não intencionais (acidentes de transporte, afogamentos, quedas, queimaduras, dentre outras) as quais exercem lugar de destaque entre as causas de mortalidade no Brasil (NERY *et al.*, 2013).

Nesse sentido, a violência se torna um tema importante do setor saúde pelo impacto que provoca na qualidade de vida, assim como, pelas lesões físicas, psíquicas e morais que acarretam e pelas exigências de atenção e cuidados dos serviços médico-hospitalares (SANTOS *et al.*, 2010).

As causas externas são cada vez mais reconhecidas como um relevante problema de saúde pública, devendo ser considerado prioridade no que tange a saúde em termos de condução e medidas preventivas (GAWRYSZEWSKI *et al.*, 2009).

De acordo com informações do Ministério da Saúde, esses agravos representam a terceira causa de morte entre crianças de zero a 9 anos de idade, passando a ocupar a primeira posição na população de adultos jovens (10 a 39 anos), baixando para a sexta posição entre os idosos (60 ou mais anos de idade), isso somente no ano de 2013 (BRASIL, 2013).

As mortes provocadas por acidentes ou violências representam um sério problema de saúde pública, configurando-se como o segundo lugar entre as causas de morte no geral (CRUZ *et al.*, 2014).

As consequências das causas externas de morbidade para a sociedade alcançam diversos setores e a comunidade de várias maneiras. A economia de um modo geral é afetada pelos custos crescentes com segurança privada pessoal e patrimonial, entre outros aspectos. A segurança pública necessita investir cada vez mais no aparato policial e na incorporação de tecnologia para o combate à violência. A seguridade social deve assumir os gastos previdenciários da invalidez precoce. O setor saúde tem recebido a incumbência de arcar com os custos de tratamento das lesões decorrentes desses agravos (MELIONE, 2018).

A vida das pessoas é prejudicada na saúde física e mental, ao conviver com a morte, as sequelas, o drama da invalidez, a perda de renda provocada pela improdutividade e o sentimento de insegurança. Não se pode esquecer que são os jovens as maiores vítimas. O grande impacto do fenômeno da violência tem levado ao estudo dos seus determinantes, a mensuração de sua magnitude e a caracterização de suas vítimas. Não só a violência declarada como tal, mas também a violência, que muitas vezes está disfarçada nas chamadas causas acidentais de trauma, têm sido estudada, como os acidentes de transporte e de trabalho (MACEDO *et al.*, 2011).

Conforme Palha (2015), não há como mensurar os impactos social e econômico ocasionados pela mortalidade, pelos custos diretos e indiretos ao sistema de saúde e as famílias, pelo impacto emocional para os indivíduos, bem como pelos Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP), que correspondem a quase o triplo de APVP por doenças do aparelho cardiovascular. Desse modo, a violência constitui-se como um desafio à organização do sistema de saúde, desde a atenção primária até o nível terciário, devendo incorporar-se à agenda do campo da saúde.

As taxas de mortalidade por esses eventos apresentam-se altas e crescentes desde a década de 1980, no Brasil, o que demonstra a importância desse problema para a nação. Somente no ano de 2011, cerca de 70% dos óbitos foram por causas externas, às mortes foram por agressões e acidentes de transporte terrestre (ATT) (MASCARENHAS; BARROS, 2015).

Neste mesmo ano, as causas externas representaram 8,6% do total de internações no âmbito do SUS, e ocupou a quinta posição. As maiores taxas de internação ocorreram entre homens de 20 a 39 anos (89,7 por 10 mil homens) e entre as mulheres de 60 e mais anos de idade (74,3 por 10 mil mulheres).

Na décima revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), compõem o capítulo XX, denominado Causas Externas de Morbidade e de Mortalidade (OMS, 2000). Esta forma de classificação permite diferenciar as chamadas causas naturais ou doenças desses eventos ou agravos que acometem a integridade física e mental das pessoas (MELIONE, 2018).

As causas externas estão descritas no CID 10 da seguinte forma: quedas (W00-W19); acidentes de transporte (V01- V99); intoxicações (X00-X09, X40- X49); agressões (X85- Y09); lesões autoprovocadas voluntariamente (X60-X84) e demais causas externas (W20-W99, X10-X39, X50-X59, Y10-Y99) (OMS, 2000).

Os dados sobre morbidade por causas externas são escassos e de difícil análise, pelo sub-registro dos eventos e pela falta de sistemas de informação específicos sobre esse tema. Geralmente são aproveitadas bases de dados originalmente desenvolvidas para o faturamento de internações hospitalares. Acresce que os atendimentos ambulatoriais às vítimas de acidentes e violência nos serviços de emergência não são sistematicamente capturados para o sistema de informação.

As unidades hospitalares participantes do SUS, públicas ou particulares conveniadas, enviam as informações das internações efetuadas por meio da Autorização de Internação Hospitalar (AIH), para os gestores municipais (se em gestão plena) ou estaduais (para os demais). Essas informações são processadas no Datasus, gerando os créditos referentes aos serviços prestados (MACEDO, *et al.*, 2011).

A AIH é um documento de preenchimento obrigatório durante a internação de pacientes financiada pelo SUS, com a finalidade de efetivação dos pagamentos referentes a

essas internações, que, segundo estimativas, correspondem a aproximadamente 80% do total de internações do país (BRASIL, 2011).

Segundo o SIH/SUS da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde, a proporção de internações hospitalares por grupo de causas é classificada como a distribuição percentual das internações hospitalares pagas pelo SUS, por grupos de causas selecionadas, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado (BRASIL, 2011).

Já a proporção de internações hospitalares por causas externas é classificada como a distribuição percentual das internações hospitalares pagas no SUS, por grupos de causas externas (códigos V01 a Y98 da CID-10), na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado (MACEDO *et al.*, 2011).

O tempo médio de permanência hospitalar, expresso em dias, é calculado pela relação entre o número de dias de internação e o número de internações, enquanto a taxa de mortalidade hospitalar corresponde à razão entre a quantidade de óbitos e o número de AIHs pagas, computadas como internações naquele determinado período, multiplicada por 100 (BRASIL, 2011).

Diante da dificuldade na obtenção de dados referentes à morbidade nos casos de menor gravidade, o Ministério da Saúde implantou em 2006, o Sistema de Vigilância das Violências e Acidentes (VIVA), nos serviços de sentinelas, voltado para a caracterização dos indivíduos vítimas de acidentes e violência socorridos em unidades de emergências hospitalares do SUS (MASCARENHAS; BARROS, 2015).

A rede VIVA é estruturada em dois componentes: o primeiro consiste na vigilância de violências e acidentes em emergências hospitalares, seu objetivo é a caracterização do atendimento; o segundo se trata da vigilância das violências sexual, doméstica e/ou outros tipos de violência interpessoal, abrangendo as regulamentações legais que implicam na notificação da violência contra a mulher, o idoso, a criança e adolescente. É importante conhecer a magnitude e como se distribui os fatores de risco para acidentes e violências, além da condição social, ambiental e econômica que predispõe sua ocorrência para um melhor planejamento de medidas de controle e preventiva, e essa estratégia de vigilância visa esse conhecimento (MASCARENHAS; BARROS, 2015).

Os estudos em emergências são vantajosos, pois permite a obtenção de informações mais detalhadas da vítima, o local, e as circunstâncias da ocorrência, o que são desconhecidos quando utilizados apenas os dados oficiais de mortalidade e morbidade hospitalar (GAWRYSZEWSKI *et al.*, 2008).

Ainda há uma grande escassez de estudos referentes ao padrão epidemiológico das hospitalizações decorrentes das causas externas no Brasil. A análise epidemiológica das hospitalizações impõe-se como um grande desafio à saúde pública. Mesmo ainda subutilizados em análises epidemiológicas e restritos aos serviços financiados pelo SUS, os dados provenientes SIH/SUS, vêm sendo gradativamente empregados em análises que extrapolam o âmbito financeiro, e que permitem analisar o comportamento epidemiológico da morbidade hospitalar, inclusive das causas externas (MASCARENHAS; BARROS, 2015).

Morbidades Hospitalares

Os dados acerca das Morbidades Hospitalares discernem sobre a distribuição percentual de internações hospitalares no SUS por grupos de causas selecionadas, em determinado local e período. Assim, a interpretação dos dados indica o peso relativo dos grupos de causas de internação, a concentração de internações, por grupos de causas, sugere correlações com os contextos econômicos e sociais, e que um mesmo paciente pode ser internado mais de uma vez (BRASIL, 2001).

O uso desses dados é para identificar, correlacionar e desenvolver pesquisas sobre os principais grupos de causas de internação hospitalar; detectar variações geográficas e temporais na distribuição das internações, assim como por sexo e idade; subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas de saúde voltadas para a assistência médico-hospitalar (BRASIL, 2001).

Quanto às limitações tem-se: as bases de dados sobre morbidade hospitalar apresentam expressivas variações de cobertura, entre as Unidades da Federação; A qualidade dos dados pode estar limitada, visto o sistema de informação utilizado, baseado nas AIHs, ter objetivo financeiro e não epidemiológico; As hospitalizações são influenciadas por outros fatores alheios ao processo de cura de doenças; A distribuição de leitos não acompanha a distribuição da população, ocorrendo maior concentração em centros de referência e em locais que dispõem de serviços especializados em doenças crônico-degenerativas e de atenção aos agravos à saúde mental. Deve-se ter presente que o aumento percentual de internações, em um ou mais grupo de causas, pode estar ocorrendo simplesmente por haver redução em outro grupo de causas. E, não fornece informações sobre a ocorrência de demanda reprimida (BRASIL, 2001).

As morbidades hospitalares são calculadas da seguinte forma (BRASIL, 2001):

Número de hospitalizações pelo SUS segundo grupo de causas, em determinado local e período

x 100

Total de hospitalizações no mesmo local e período

As categorias de análise são (BRASIL, 2001):

- Unidade geográfica: Brasil, Grandes Regiões, Estados, Distrito Federal e Regiões Metropolitanas;
- Sexo: masculino e feminino;
- Faixa etária: menor de 1 ano, 1-4, 5-9, 10-19, 20-34, 35-49, 50-64 e 65 anos e mais.

As principais morbidades por causas externas

As principais morbidades hospitalares por causas externas referem-se àquelas cujas lesões são mais graves, que levam à internação hospitalar e são úteis para dimensionar o problema no âmbito pessoal/familiar e no âmbito da organização da assistência médica (OMS, 1995).

Segundo Fernandes *et al.* (2000) os dados da AIH, que se constituem no instrumento de pagamento das internações hospitalares do SUS, são capazes de oferecer indícios de tendências, graças ao grande volume de dados, apesar de alguns problemas encontrados quando realizadas as avaliações.

O custo econômico introduzido por uma doença, ou problema de saúde, pode ser classificado em duas grandes categorias: os chamados custos diretos e custos indiretos. Os primeiros referem-se aos custos (médicos e não-médicos) relacionados ao diagnóstico, tratamento, recuperação e reabilitação da doença. Os custos diretos médicos são, obviamente, aqueles impostos por ações e prescrições médicas. Incluem-se aí os custos de exames e procedimentos diagnósticos, consultas, internações, reabilitação, e outros. Os custos com transporte e locomoção para tratamento, diagnóstico e reabilitação, com dietas especiais, com mudanças por motivos ambientais como clima e qualidade do ar, são exemplos de elementos que compõem os custos diretos não-médicos impostos por uma doença. Enquanto os custos médicos recaem, necessariamente, sobre o paciente, na estimação dos custos não-médicos deve-se considerar os custos impostos a terceiros, como parentes e acompanhantes. Seriam, por exemplo, computados entre os custos não-médicos, os custos de transporte da mãe que acompanha a criança ao médico (IUNES, 1997).

Os custos indiretos referem-se à perda de produção e produtividade trazidas pela doença ou problema de saúde, como a perda de dias de trabalho, e a menor produtividade gerada

por limitações físicas ou psicológicas. Assim como no caso dos custos diretos não-médicos, os custos indiretos devem ser estimados considerando-se também o impacto do problema de saúde sobre outras pessoas além do próprio paciente. Seguindo o mesmo exemplo utilizado acima, seriam considerados parte dos custos indiretos, os dias de trabalho perdidos pela mãe para acompanhar a criança ao médico e/ou estar com ela em casa ou no hospital. No que se refere ao paciente em particular, os custos indiretos podem ser causados por morbidade ou mortalidade. Nos casos de incapacidade permanente ou mortalidade, consideram-se todos os anos (ou dias) potenciais de vida e de trabalho perdidos (IUNES, 1997).

Os valores reembolsados aos hospitais pelo Ministério da Saúde, para remuneração pelas internações por causas naturais e externas através do SUS, representam parte dos custos diretos médico-hospitalares. Estes valores são baseados em uma tabela própria de valores de procedimentos hospitalares (BRASIL, 2011).

Esta tabela atribui valores médios por componentes de custo de internação com diferentes pesos. São principalmente: serviços hospitalares, serviços profissionais, serviços auxiliares diagnóstico-terapêuticos (SADT), materiais e medicamentos, órteses e próteses, Unidade de Terapia Intensiva e sangue (BRASIL, 2011).

Ainda de acordo com Iunes (1997) “...os valores absolutos e os pesos relativos dos diversos componentes da AIH estão muito mais relacionados com limitações orçamentárias do que com a estrutura de custos do procedimento” (p. 40). Por esta razão, diz-se que os valores pagos pelo Ministério da Saúde não refletem os custos diretos verdadeiros da assistência hospitalar pública e sim os gastos do governo federal.

No entanto, a inexistência de outra fonte de informação disponível com valores mais próximos do custo real, torna a base de dados do SIH-SUS uma fonte importante de informação para análise dos gastos com internação hospitalar pelo SUS, desde que se leve em consideração essa limitação.

As internações pagas pelo SUS não representam a totalidade dos casos, visto que os usuários de seguro-saúde e particulares não são incorporados no sistema de informação. No entanto, em relação às causas externas, é possível afirmar que quase todos os atendimentos acabam sendo direcionados primeiramente para os hospitais públicos ou conveniados do SUS, devido ao caráter de emergência do atendimento.

A Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, tem como uma de suas diretrizes a monitorização da ocorrência de acidentes e violências. Um dos itens desta diretriz é a efetivação da especificação do tipo de causa externa no prontuário médico e nas AIHs (BRASIL, 2011).

Segundo Malta *et al.* (2012), as causas externas ocupam a terceira causa de morte no Brasil, chegando a ocupar a segunda colocação em algumas regiões do país, porém, entre adolescentes elas representam a primeira causa de óbito. Neste grupo, as quedas e acidentes de trânsito constituem as principais causas acidentais, enquanto as agressões são o principal tipo de violência. O perfil demográfico não se faz diferente, o sexo masculino é o principal acometido. As diferenças entre os sexos também estão presentes nas consequências geradas, observa-se maior predisposição do sexo feminino a desenvolver estresse pós-traumático e depressão após exposição a situações de violência.

O impacto dessas mortes é inegável e extremamente importante para o setor da Saúde, já que suas consequências são diretas. Portanto, não se pode deixar de considerar que esse tema também diz respeito a outros setores, além da sociedade civil, engajados na construção da cidadania e visando a proporcionar qualidade de vida à população (MACEDO *et al.*, 2011).

A redução do número de mortes, lesões, hospitalizações e incapacidades decorrentes de acidentes e violência, ainda é um grande desafio para a sociedade brasileira. Para tanto, processos indutores e fomentadores, incluindo a fiscalização no trânsito, horário de fechamento de estabelecimentos noturnos, proibição de exibição de comerciais de bebidas alcoólicas, funcionamento e vigilância do Conselho Tutelar, e implantação de medidas educativas são requisitos fundamentais e devem ser explanados para toda a sociedade (MALTA *et al.*, 2012).

Resultados e Discussão

O índice da morbidade hospitalar no Sistema Único de Saúde (SUS), entre os anos de 2010 a 2014, na análise das internações no Brasil segundo gêneros são de 23.015.178 para os homens e de 33.230.136 para as mulheres, perfazendo um total de 56.245.314 de acordo com dados do Ministério da Saúde, disponibilizado no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS, 2015).

As pesquisas evidenciaram que o número de óbitos por causas externas continua sendo um problema grave em todo o Brasil. Somente na década de 1990 a 2000 foram registrados quase um milhão de mortes de pessoas vítimas de violência e acidentes. Porém, mesmo com certo decréscimo nos anos de 2004 a 2009, as causas de óbitos por acidentes, violências e suicídios se alternam entre o segundo e o terceiro lugar de morte no quadro geral de mortalidade, sendo ainda a principal causa de morte na população entre 05 e 49 anos (MINAYO, 2009).

Esse aumento gradual das internações mostra a importância da demanda hospitalar para o sistema de saúde no que tange ao custo elevado e à necessidade de discussão sobre políticas públicas de saúde, principalmente em relação à população adulta, ao se constatar a magnitude dos desafios acerca da saúde de indivíduos em idade economicamente ativa. No caso da população brasileira, que aumentou 24%, com tendência para o envelhecimento, às políticas têm se voltado para a qualidade de vida das pessoas com idade mais avançada (MENDES; SÁ; 2018).

Os estudos apontaram distintas características a partir da faixa etária, no que diz respeito às causas de internações. Indivíduos da faixa etária de 20 a 29 anos foram a que apresentou maior frequência de internações (18,9%), porém de 50 a 59 foi a que apresentou maior permanência no local (6,6 dias). A maior frequência de indivíduos jovens pode estar relacionada com internações por causas externas, como acidentes de trânsito (ARRUDA *et al.*; MACARENHAS; BARROS, 2015).

Os acidentes terrestres é a segunda condição que mais aumenta nos últimos anos entre internações advindas de causas externas, principalmente para homens mais jovens. Ademais, a permanência dos idosos em internações também foi demonstrada em outro estudo realizado em um município do interior do Rio de Janeiro, no qual relata tempo maior de 30 dias, sendo a principal causa, doenças do aparelho digestivo (23%). A dificuldade de alta hospitalar em indivíduos na terceira idade pode estar relacionada com as dificuldades de recuperação, que por sua vez, é retardada com o processo de envelhecimento concomitantemente com o declínio de funções fisiológicas (MASCARENHAS; BARROS, 2015).

Logo fica evidente que no país, a probabilidade de internação por lesões decorrentes de acidentes de transporte aumentou em 8,7% nos últimos anos. Enquanto isso, o risco de internação por acidente de motocicleta triplicou; entretanto, para os pedestres e ocupantes de outros veículos, houve uma redução do índice de internações no mesmo período.

Marín-León *et al.* (2012) relataram que essas maiores taxas de internação foram atribuídas a acidentes com motocicletas envolvendo adolescentes e adultos jovens. Se apenas os brasileiros maiores de 18 anos de idade podem adquirir a carteira nacional de habilitação, o fato de as taxas de internação hospitalar entre os 10 e os 19 anos de idade ser tão altas alerta tanto para a necessidade de fiscalização pública pelos órgãos competentes, bem como de uma efetiva educação para o trânsito.

Quanto às agressões foram descritas na literatura como a principal causa de mortalidade por causas externas nas capitais brasileiras. Particularmente em Belo Horizonte, citada por apresentar alta taxa de mortalidade por homicídios, a ocorrência de agressões apresentou valores intermediários, comparativamente às demais capitais. Os achados na literatura evidenciaram que as maiores para a capital mineira, comparativamente às taxas de internação por agressão no Brasil, o que indica a necessidade de incluir esse agravo nas políticas intersetoriais de prevenção do município, voltadas principalmente à faixa etária de 20 a 39 anos (MELIONE, 2018).

No conjunto do país, as taxas de internação por agressão têm-se mantido estáveis, com

maior incidência no sexo masculino, entre jovens e adultos: cerca de 2,1 por 10 mil habitantes, segundo dados de 2016 (SIH/SUS, 2017).

Algumas limitações do estudo devem ser consideradas na análise dos resultados, uma vez que as internações hospitalares não retratam toda a morbidade por causas externas. Uma parcela importante das vítimas não chega a ser atendida nos serviços de urgência/emergência e outra parcela, também significativa, é que é atendida de forma mais rápida e é liberada. Provavelmente, as internações refletem a morbidade mais grave (MELIONE; JORGE, 2018).

Outra limitação encontrada foi o fato de as internações financiadas por particulares e seguros de saúde não estarem incluídas, embora a grande maioria delas seja paga pelo SUS (MELIONE; JORGE, 2018).

Percebeu-se que as internações por causas externas são predominantes no gênero masculino, e existe uma grande necessidade de cuidados hospitalares a este gênero (MASCARENHAS; BARROS, 2015).

Considerações Finais

As causas externas são um grande desafio para a saúde pública. Cada vez mais, políticas de prevenção têm sido insuficientes para a promoção, a prevenção, a atenção aos agravos e a vigilância em saúde. Fora as diversas causas externas cujo impacto na saúde humana ainda é pouco conhecido, os tipos de sequelas por elas provocadas nem sempre são alvo de estudos, principalmente em nível ambulatorial.

Propõe-se considerar tais estratégias: investir na capacitação e sensibilização de profissionais que prestam atendimento em setores de emergência e internação de hospitais vinculados a rede do SUS, para que possa haver um registro adequado de causas externas nos prontuários de atendimento e adotar a padronização de formulários para obtenção detalhada sobre a causa externa que motivou a internação, além de providenciar treinamentos de codificadores (TOMIMATSU *et al.*, 2009).

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde. **Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher**. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria n. 737, de 16 de maio de 2001. **Aprova a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências**. Diário Oficial da União, Brasília, p. 3, 18 maio 2001. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva): 2009, 2010 e 2011**. Brasília, DF, 2013.

BROOME ME. Integrative literature reviews for the development of concepts. In: Rodgers BL, Knafl KA, editors. **Concept development in nursing: foundations, techniques and applications**. Philadelphia (USA): W.B Saunders Company; 2000. p. 231-50.

CRUZ, CC *et al.* **Causas externas relacionadas à alcoolemia registradas pelo Instituto Médico Legal no município do Rio de Janeiro**. Cad. Saúde Colet., v. 22, n. 1, p. 8-15. 2014.

FERNANDES W; LAURENTI R; BUCHALLA, CM; CARRÉ, M. Accuracy of the information about diagnosis in the discharges in public hospital in Brazil. In: **Meeting of Heads of WHO Collaborating Centres for the Classification of Diseases 2000 Oct. 15-21**. Rio de Janeiro, Brazil. Genebra: WHO; sd. (WHO/GPE/ICD/C/00.53).

GAWRYSZEWSKI, VP; KOIZUMI, MS; MELLO JORGE, MHP. **As causas externas no Brasil no ano 2000: comparando a mortalidade e a morbidade**. Cad. Saúde Pública, v. 20, n. 4, p.

995-1003, 2004.

GAWRYSZEWSKI, VP *et al.* **Atendimentos de emergência por lesões decorrentes de causas externas: características das vítimas e local de ocorrência.** Estado de São Paulo, Brasil, 2005. Cad. Saúde Pública, v. 24, n. 5, p. 1121-1129, 2008.

IUNES, R.F. **Impacto econômico do Diabetes Mellitus no Brasil: custos diretos e indiretos.** São Paulo, 1997. [Trabalho elaborado para o Ministério da Saúde, em fase de publicação].

MACEDO, LR *et al.* **Acidentes por causas externas em crianças e adolescentes do Espírito Santo.** Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde 2011; 13(4): 41-47.

MALTA, DC *et al.* **Características e fatores associados às quedas atendidas em serviços de emergência.** Rev. Saúde Pública, v. 46, n. 1, p. 128- 137, 2012.

MASCARENHAS, MDM; BARROS, MB. **A Evolução das internações hospitalares por causas externas no sistema público de saúde – Brasil, 2002 a 2011.** Epidemiol. Serv. Saúde, v. 24, n. 1, p.19-29, 2015.

MATOS, K; MARTINS, CBG. **Mortalidade por Causas Externas em Crianças, Adolescentes e Jovens: uma revisão bibliográfica.** Revista Espaço para a Saúde. Londrina, PR. v. 14, nº. 1 e 2. p. 82-93, 2013.

MATTOS, IE. **Morbidade por causas externas em crianças de 0 a 12 anos: uma análise dos registros de atendimento de um hospital do Rio de Janeiro.** Informe Epidemiológico do SUS; 2011; 10(4): 189 - 98.

MENDES, KDS; SILVEIRA, RCCP; GALVAO, CM. **Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem.** Texto contexto - enferm., Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, Dec. 2008.

MELIONE, LPR; MELLO JORGE, MHP. **Morbidade hospitalar por causas externas no Município de São José dos Campos.** Estado de São Paulo, Brasil. Epidemiol. Serv. Saúde, v. 17, n. 3, p. 205-216, 2018.

MINAYO, MCS. **Seis características das mortes violentas no Brasil.** R. Bras. Est. Pop., v. 26, n. 1, p. 135-140, 2009.

NERY, AA *et al.* **Perfil epidemiológico da morbimortalidade por causas externas em um hospital geral.** Rev. enferm. UFPE on line., v. 7, n. 2, p. 562- 571, 2013.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10).** Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. 10ª revisão. 8ª ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo (EDUSP); 2000.

PALHA, P. F. **Por um Sistema de Saúde Integrador.** Rev. Latino-Am. Enfermagem, v. 23, n. 2, p. 181/182, 2015.

SANTOS, E. R. *et al.* **Cenário do atendimento aos agravos provocados por acidentes e violência contra idosos na rede SUS de Manaus (AM, Brasil).** Ciência & Saúde Coletiva, v.15, n. 6, p. 2741-2752, 2010.

TOMIMATSU, MFAI *et al.* **Qualidade da informação sobre causas externas no Sistema de Informações Hospitalares.** Rev. Saúde Pública, v. 43, n. 3, p. 413-20, 2009.

VIDAL, CE; GONTIJO, ECDM; LIMA, LA. **Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade.** Cad Saúde Pública 2013; 29(1): 175-87.

WONG, DL. **Enfermagem pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1999.

Recebido em 7 de dezembro de 2020.

Aceito em 18 de dezembro de 2021