

## Acidentes envolvendo indígenas brasileiros atendidos em serviços de urgência e emergência do Sistema Único de Saúde

Accidents involving Brazilian indigenous treated at urgent and emergency services of the Unified Health System

Edinilsa Ramos de Souza<sup>1</sup>  
Kathie Njaine<sup>1</sup>  
Márcio Dênis Medeiros Mascarenhas<sup>2</sup>  
Maria Conceição de Oliveira<sup>3</sup>

**Abstract** We analyzed the accidents with Brazilian indigenous treated at urgent and emergency services of the Unified Health System (SUS). Data were obtained from the 2014 Viva Survey, which included 86 services from 24 capitals and the Federal District. The demographic profile of the indigenous, the event and the attendance were characterized. Most of the attended people were male in the 20-39 years age group. Falls and traffic accidents were the main reasons for attendance. Alcohol use was informed by 5.6% of the attended people, a figure that increases to 19.1% in traffic accidents, 26.1% among drivers and 22.8% among motorcyclists. There was a statistical difference between genders in relation to age, disability, place of occurrence of the event, work-related event and victim's condition in the traffic accident. We emphasize the importance of providing visibility to accidents with indigenous and engage them in the prevention of such events. Data reliability depends on the adequate completion in indigenous health information systems.

**Key words** Accidents, Traffic accidents, Falls, Indigenous, Use of alcohol

**Resumo** Foram analisados os acidentes ocorridos com indígenas brasileiros atendidos em serviços de urgência e emergência do Sistema Único de Saúde (SUS). Os dados provêm do Viva Inquérito de 2014, que incluiu 86 serviços de 24 capitais e do Distrito Federal. Caracterizou-se o perfil sociodemográfico dos indígenas, o evento e o atendimento. A maioria dos atendidos era do sexo masculino e tinha entre 20-39 anos. Acidentes de transporte e quedas foram os principais motivos dos atendimentos. O uso de bebida alcoólica foi informado por 5,6% dos atendidos. Nos acidentes de transporte esse uso sobe para 19,1%; 26,1% entre condutores e 22,8% nos motociclistas. Houve diferença estatística entre os sexos em relação à faixa etária, deficiência, local de ocorrência do evento, evento relacionado ao trabalho e condição da vítima no acidente de transporte. Destaca-se a importância de dar visibilidade aos acidentes com indígenas e de envolvê-los na prevenção desses eventos. A fidedignidade desses dados depende do seu adequado preenchimento nos sistemas de informações sobre saúde de indígenas.

**Palavras-chave** Acidentes, Acidentes de transporte, Quedas, Indígenas, Uso de bebida alcoólica

<sup>1</sup> Departamento de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Av. Brasil 4036/7º, Manguinhos. 21040-210 Rio de Janeiro RJ Brasil. edinilsa@claves.fiocruz.br

<sup>2</sup> Departamento de Medicina Comunitária, Universidade Federal do Piauí. Teresina PI Brasil.

<sup>3</sup> Universidade Federal da Fronteira Sul. Chapecó SC Brasil.

## Introdução

Este artigo analisa informações sobre acidentes envolvendo indígenas atendidos em serviços de urgência e emergência do Sistema Único de Saúde (SUS) coletados no Viva Inquérito 2014. Entende-se como acidente um evento não intencional e evitável, causador de lesões físicas e/ou emocionais no âmbito doméstico e em outros espaços sociais, como o do trabalho, o do trânsito, o do esporte e lazer, dentre outros<sup>1</sup>. No presente estudo foram considerados os acidentes de transporte, quedas, queimaduras e demais eventos acidentais, como cortes com objetos perfuro cortantes, queda de objeto sobre pessoa, envenenamento acidental, sufocação, afogamento, entre outros.

A grande diversidade dos povos indígenas brasileiros, além dos aspectos culturais e socio-demográficos que os caracterizam, está presente na complexa gama de elementos que se refletem nos indicadores de saúde das etnias<sup>2</sup>. Esses povos vivem em diferentes territórios que sofreram, historicamente, a interferência de frentes de expansão em todas as regiões do Brasil, o que implica em variadas vulnerabilidades e exposições a acidentes e violências, dentre outras questões que afetam seus estilos de vida e hábitos em situações de aldeamento ou de contextos urbanos.

O censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), de 2010, evidenciou a existência de 896,9 mil indígenas no país, 36,2% vivem em área urbana e 63,8% em área rural; 305 etnias e 274 línguas faladas<sup>3</sup>. Estão presentes em todas as regiões, mas o maior contingente populacional encontra-se na região Norte. O Portal Brasil, informa que 78,9 mil pessoas que residem em terras indígenas declararam ser de outra cor ou raça (principalmente pardos, 67,5%), mas se consideravam “indígenas” de acordo com as tradições, costumes, cultura e antepassados<sup>4</sup>.

Devido às grandes diferenças entre os povos indígenas e seus contextos de vida, os estudos evidenciam as especificidades da precariedade da situação de saúde, não somente entre os distintos grupos étnicos, mas também quando comparados às demais parcelas da população brasileira. As desigualdades estão presentes, tanto nas suas condições de vida e de saúde, quanto nos aspectos assistenciais<sup>2,5-8</sup>.

No âmbito da saúde, a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), criada em 2010, é responsável pela coordenação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, de 2002<sup>9</sup>, e pela gestão do Subsistema de Atenção à

Saúde Indígena (SasiSUS) no Sistema Único de Saúde (SUS), de 1999<sup>10</sup>.

As equipes multidisciplinares do SasiSUS que atuam nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), executam ações de atenção básica junto a cerca de 640 mil indígenas de aldeias demarcadas em todo o Brasil<sup>11</sup>, e as registram no Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI), o que trouxe avanços na metodologia e nos instrumentos de coleta de dados sobre a saúde desses povos. Entretanto, estudiosos destacam o seu acesso restrito, a sua pouca utilidade para análises sistêmicas da situação de saúde indígena por usuários externos<sup>12</sup>, seu preenchimento ainda inadequado pelos profissionais, o que tem gerado indicadores da saúde indígena com baixa fidedignidade e confiabilidade, nos quais é preciso avançar<sup>13</sup>.

Os poucos indicadores disponíveis acerca dos acidentes na população indígena brasileira e os escassos estudos mostram dados pontuais sobre grupos ou regiões onde habitam povos indígenas, como, por exemplo, sobre acidentes ofídicos<sup>14</sup>. Às vezes são estudos nos quais a população indígena não é objeto do estudo e aparece apenas como uma categoria da variável raça/cor da pele<sup>15,16</sup>. Saliênta-se que o Sistema de Vigilância de Acidentes e Violências (Sistema VIVA) foi implantado em 2006 com a finalidade de captar os dados dos atendimentos às causas externas (acidentes e violências) pelos serviços de urgência e emergência da rede do Sistema Único de Saúde (SUS) que não são abrangidos pelo Sistema de Informações sobre Internação Hospitalar (SIH) nem pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Em seus dois componentes, VIVA Contínuo e VIVA Inquérito, o Sistema tem mostrado uma morbidade diferenciada daquela observada nas internações hospitalares<sup>17</sup>, daí a importância da análise aqui realizada, que toma a população indígena como objeto do presente estudo.

## Metodologia

Realizou-se a análise dos dados de atendimento de emergência a pacientes autodeclarados da raça/cor indígena motivado por acidentes. Os dados provêm de um estudo transversal sobre os atendimentos a vítimas de causas externas (acidentes e violências) em 86 serviços de urgência e emergência no âmbito do SUS, localizados no Distrito Federal (DF) e em 24 capitais brasileiras (excluídas Florianópolis/Santa Catarina e Curitiba/Mato Grosso por questões gerenciais e técnico-operacionais), no ano de 2014.

Em cada capital e DF foram incluídos os estabelecimentos que atendiam aos seguintes critérios: a) serem considerados referência para o atendimento de emergência às causas externas, a partir de consulta ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e ao Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS); b) terem participado da pesquisa nos anos de 2006, 2007<sup>18</sup>, 2009 a 2011<sup>19</sup>. As unidades selecionadas foram confirmadas pelos coordenadores da Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT) das secretarias de saúde dos estados e municípios participantes da pesquisa, como sendo as principais portas de entrada dos casos de acidentes e violências atendidos nas emergências de cada cidade.

O tamanho da amostra foi de, no mínimo, 2.000 atendimentos por causas externas em cada capital e no DF, assumindo coeficiente de variação inferior a 30,0% e o erro padrão menor que 3. A coleta dos dados ocorreu durante 30 dias consecutivos divididos em 60 turnos de 12 horas, nos meses de setembro a novembro de 2014. O procedimento de sorteio dos turnos foi a amostragem probabilística por conglomerado em único estágio estratificado pelo estabelecimento, sendo o turno a unidade primária de amostragem. Todos os atendimentos por causas externas realizados no turno sorteado em cada estabelecimento foram considerados elegíveis para a entrevista. Foram excluídos os casos em que o paciente procurou o mesmo serviço pela segunda ou mais vezes, bem como os retornos médicos e pelas complicações da assistência.

Os dados foram coletados e registrados em formulário padronizado, por entrevistadores treinados. Para identificar o tipo de ocorrência que motivou o atendimento, adotaram-se as definições constantes da 10ª revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde (CID-10), referentes ao capítulo XX-Causas externas de morbidade e mortalidade.

No presente artigo foram considerados: acidentes de transporte (V01-V99), quedas (W00-W19), queimaduras (W85-W99, X00-X19) e demais eventos acidentais, como cortes com objetos perfuro cortantes, queda de objeto sobre pessoa, envenenamento acidental, sufocação, afogamento, entre outros. As variáveis analisadas foram: sexo, faixa etária, escolaridade, presença de deficiência, plano de saúde, local de residência da vítima e de ocorrência do evento, dados da ocorrência (dia da semana, hora, local), natureza da lesão, parte do corpo atingida,

evento relacionado ao trabalho, consumo de bebida alcoólica nas seis horas anteriores ao evento, meio de locomoção utilizado para chegar ao serviço de urgência, turno e dia de atendimento, atendimento prévio em outro serviço, evolução na emergência, tipo de acidente. Nos acidentes de transporte: condição e meio de locomoção da vítima no momento do acidente, outra parte envolvida no acidente, uso de cinto de segurança e de capacete. Em relação às quedas foi investigado o tipo (mesmo nível, leito/mobília, escada/degrau, árvore/telhado/andaime/laje, buraco/outras níveis).

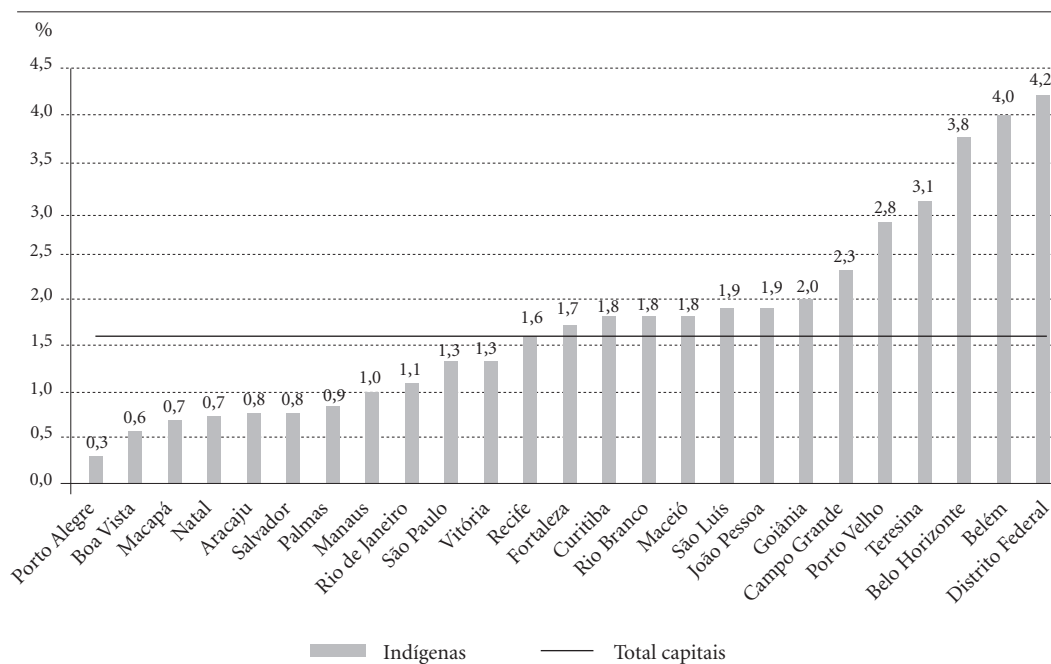
As análises foram realizadas no módulo “svy” do programa Stata, versão 14, para a obtenção de estimativas não viciadas quando os dados são provenientes de planos de amostragem complexos. As diferenças entre as variáveis qualitativas foram analisadas pelo teste do qui-quadrado (Rao-Scott) com nível de significância de 5,0%.

O projeto do Viva Inquérito 2014 foi avaliado e aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Ministério da Saúde. A coleta de dados foi realizada após a concordância verbal das vítimas ou de seus responsáveis/acompanhantes, quando menores de 18 anos ou quando a vítima estava inconsciente.

## Resultados

A Figura 1 apresenta a proporção de indígenas vítimas de acidentes, em relação ao total de atendidos em serviços de urgência e emergência das capitais e DF envolvidos no Viva Inquérito de 2014. No conjunto das áreas esse percentual fica em torno de 1,5%; sete (07) cidades aparecem com 2,0% ou mais, entre elas destacam-se o DF, Belém e Belo Horizonte; em 11 capitais esse percentual fica em torno de 1,0% e em outras sete (07) as proporções são de menos de 1,0%. Porto Alegre é a capital com o menor percentual de indígenas vítimas de acidentes atendidas nos referidos serviços.

Nos registros com informação acerca da unidade federativa de residência destes pacientes, observou-se que 53,9% residem na região Norte do país, seguidos de 17,1% dos residentes na região Nordeste; 14,0% na região Centro Oeste; 12,2% na região Sudeste; e 2,7% na região Sul. Entre aqueles para os quais foi registrada a unidade federativa de ocorrência do acidente, 53,3% ocorreram na região Norte, 16,1% no Nordeste, 14,8% no Centro Oeste, 13,1% no Sudeste, e 2,7% tiveram como local de ocorrência a região Sul.



**Figura 1.** Proporção de pacientes autodeclarados indígenas em relação ao total de vítimas de acidentes atendidas em serviços de urgência e emergência em 24 capitais e Distrito Federal. Brasil, setembro a outubro de 2014.

Fonte: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes-VIVA, Inquérito 2014.

Foram registrados 375 atendimentos a indígenas, sendo 235 do sexo masculino e 140 do sexo feminino. Em relação às características sociodemográficas das vítimas mostradas na Tabela 1, a faixa etária dos 20 a 39 anos concentrou quase 40,0% dos atendidos, e a maioria (53,3%) deles foi de homens, ao passo que entre as mulheres 25,9% dos atendimentos referiram-se àquelas na faixa de 0 a 9 anos e 25,8% às compreendidas no grupo dos 40 a 59 anos. Essa diferente distribuição etária entre os sexos mostrou-se estatisticamente significativa ( $p = 0,000$ ).

Cerca de 36,0% dos indígenas atendidos com informação sobre a escolaridade afirmaram ter até cinco (05) anos de estudo, 26,8% estudaram de 6 a 9 anos, mas é expressiva a parcela dos que têm 10 ou mais anos de estudo (37,1%).

Mais de 90,0% dos indígenas atendidos não têm qualquer deficiência, contudo, é no sexo feminino que isso mais ocorre (6,5%), com diferença significativa em relação ao sexo masculino ( $p = 0,039$ ). Para os registros válidos, 8,2% dos atendidos possuem plano de saúde.

Na Tabela 2 observa-se que o acidente de transporte e a queda são os tipos mais frequentes nos atendimentos de emergência dos indíge-

nas. Ao desdobrar a análise sobre os acidentes de transporte, percebe-se que a maioria dos indígenas atendidos encontrava-se na condição de condutor, sobretudo aqueles do sexo masculino; no sexo feminino preponderou a condição de passageira, diferença que se mostrou estatisticamente significativa ( $p = 0,007$ ). A motocicleta sobressai como meio de locomoção da vítima no momento do acidente (62,0%), tanto no total, como em cada sexo, seguido daqueles que se locomoviam a pé (15,2%), enquanto a outra parte envolvida no acidente era principalmente um automóvel, seguido pela categoria outra, que ficou constituída por acidentes envolvendo qualquer meio de locomoção provocados por derrapagem, buraco, pedra/cascalho, desequilíbrio, raio/roda/corrente.

A análise dos acidentes de transporte por ciclo de vida mostrou que esses eventos acometem mais crianças (0 a 9 anos) e pessoas idosas (60 e mais anos) na condição de pedestre e de passageiro; parte da infância/adolescência (10 a 19 anos) e a vida adulta (20 a 59 anos) é mais vitimada na condição de condutor.

Embora a maioria dos atendidos tenha informado que usava capacete (83,4%) e cinto de segurança (62,8%), é importante verificar que

**Tabela 1.** Características sociodemográficas dos indígenas vítimas de acidentes atendidos em serviços de urgência e emergência, segundo sexo, em 24 capitais e Distrito Federal, Brasil, setembro a outubro de 2014.

Características sociodemográficas	Sexo <sup>a</sup>						p <sup>**</sup>
	Masculino (n = 235)		Feminino (n = 140)		Total (n = 375)		
	N	% <sup>*</sup>	N	% <sup>*</sup>	N	% <sup>*</sup>	
Faixa etária (anos)							0,000
0 a 9	33	9,7	38	25,9	71	15,5	
10 a 19	58	21,4	32	23,2	90	22,1	
20 a 39	98	53,3	29	16,2	127	39,9	
40 a 59	37	14,1	29	25,8	66	18,3	
60 e mais	7	1,5	12	8,9	19	4,2	
Escolaridade (anos de estudo)							0,452
0 a 5	83	33,0	62	42,1	145	36,2	
6 a 9	58	28,9	31	22,8	89	26,8	
10 e +	69	38,2	34	35,1	103	37,1	
Possui algum tipo de deficiência <sup>b</sup>							0,039
Sim	6	1,6	7	6,5	13	3,4	
Não	227	98,4	132	93,5	359	96,6	
Possui plano de saúde							0,279
Sim	14	9,7	9	5,6	23	8,2	
Não	212	90,3	126	94,4	338	91,8	

Fonte: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes-VIVA, Inquérito 2014. \* Percentual ponderado para desenho amostral. \*\* Teste de associação pelo qui-quadrado (Rao-Scott). <sup>a</sup> Para algumas variáveis o número de atendimentos divergiu devido a dados faltantes (ignorado/em branco). <sup>b</sup> Inclui deficiência física, mental, visual, auditiva, outras deficiências/síndromes.

consideráveis percentuais de 37,2% e 16,6% desses indígenas não faziam uso desses respectivos equipamentos no momento do acidente.

Ainda na Tabela 2 verifica-se que a queda do mesmo nível foi a que mais ocorreu entre os indígenas atendidos (54,3%), seguida pela de escada/degrau (18,0%) e em buraco/outros níveis (12,2%). Considerando-se o ciclo de vida, encontra-se que a queda de mesmo nível perpassa como principal tipo na infância/adolescência, parte da vida adulta e na velhice, exceto na faixa dos 20 aos 39 anos, período em que preponderam as quedas de escada/degrau.

O consumo de bebida alcoólica foi investigado em relação a todos os acidentes e mostrou que 5,6% dos indígenas afirmaram ter consumido bebida alcoólica 6 horas antes do evento, sendo 6,8% entre os homens e 3,4% entre as mulheres. Nos acidentes de transporte, esse consumo foi positivo para 19,1% dos registros válidos dos indígenas atendidos, sendo mais frequente entre os condutores (26,1%), seguidos dos pedestres (17,3%). De acordo com o meio de locomoção, o consumo de bebida alcoólica foi mais frequente entre os que se encontravam em motocicleta (22,8%) e em

bicicleta (20,7%) no momento do acidente. Nas quedas, o consumo de bebida alcoólica contabilizou 2,0% dos atendimentos de indígenas e ocorreu mais frequentemente na queda em buracos/outro nível e na queda do leito/mobília.

Em relação ao evento, observou-se que a via pública e o domicílio perfazem 61,5% dos registros com informação sobre o local de ocorrência dos acidentes (Tabela 3). Esses locais preponderam entre as mulheres. Para os homens sobressai a categoria outros, como bar ou similar, estabelecimentos comerciais/serviços, indústrias/construções, dentre outros locais. Observou-se diferença estatística na distribuição desta variável ( $p = 0,001$ ).

Nos registros válidos sobre a ocorrência de lesão, a contusão/entorse/luxação (44,6%) e o corte/laceração (29,7%) foram as mais frequentes. As fraturas/amputação/trauma também constituíram 14,3% das lesões entre os indígenas atendidos. Os membros superiores e inferiores corresponderam à parte do corpo mais frequentemente atingida em 69,0% dos atendimentos, enquanto cabeça/pescoço representaram 16,1%. A parcela de 10,0% das lesões atingiu múltiplos órgãos/regiões do corpo.

**Tabela 2.** Características dos tipos de acidentes entre indígenas atendidos em serviços de urgência e emergência, segundo sexo, em 24 capitais e Distrito Federal, Brasil, setembro a outubro, 2014.

Características dos tipos de acidentes	Sexo <sup>a</sup>						p <sup>**</sup>
	Masculino (n = 235)		Feminino (n = 140)		Total (n = 375)		
	N	% <sup>*</sup>	N	% <sup>*</sup>	N	% <sup>*</sup>	
Tipo de acidente							NA
Acidente de transporte	76	23,9	40	21,3	116	23,0	
Queda	51	23,7	51	48,2	102	32,4	
Ferimento perfuro cortante	25	10,5	6	3,6	31	8,0	
Corpo estranho	16	7,3	9	4,0	25	6,2	
Choque contra objeto/pessoa	16	8,5	8	2,7	24	6,4	
Acidente com animais	13	2,5	9	3,3	22	2,8	
Queda de objeto sobre pessoa	10	8,9	5	6,0	15	7,8	
Entorse	12	8,4	3	3,9	15	6,8	
Outros acidentes <sup>b</sup>	16	6,3	9	7,0	25	6,6	
Acidente de transporte: condição da vítima							0,007
Pedestre	6	17,5	5	10,6	11	15,2	
Condutor	55	64,0	16	33,2	71	53,8	
Passageiro	15	18,5	19	56,2	34	31,0	
Acidente de transporte: meio de locomoção da vítima							NA
A pé	6	17,5	5	10,6	11	15,2	
Automóvel	4	7,7	5	15,9	9	10,4	
Motocicleta	55	65,1	20	55,5	75	62,0	
Bicicleta	8	6,1	7	13,2	15	8,4	
Ônibus/micro-ônibus/outros	3	3,6	3	4,8	6	4,0	
Acidente de transporte: outra parte envolvida							NA
Automóvel	26	41,4	10	23,1	36	35,9	
Motocicleta	12	10,7	3	8,1	15	10,0	
Ônibus/micro-ônibus	3	9,9	1	1,7	4	7,5	
Bicicleta	3	5,3	1	1,7	4	4,3	
Objeto fixo	7	9,6	5	10,4	12	9,8	
Animal	7	7,1	1	2,4	8	5,7	
Outra	16	16,0	15	52,6	31	26,8	
Tipo de queda							NA
Mesmo nível	24	42,4	31	64,7	55	54,3	
Leito/mobília	6	6,8	8	6,7	14	6,7	
Escada/degrau	8	34,8	3	3,2	11	18,0	
Árvore/telhado/andaime/laje	5	6,0	4	11,2	9	8,8	
Buraco/outros níveis	8	10,0	5	14,2	13	12,2	

Fonte: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes-VIVA, Inquérito 2014. NA: não se aplica, pois o teste do qui-quadrado e o valor de p não foram calculados devido a existência de célula com valor menor do que cinco. \* Percentual ponderado para desenho amostral. \*\* Teste de associação pelo qui-quadrado (Rao-Scott).

<sup>a</sup> Para algumas variáveis o número de atendimentos divergiu devido a dados faltantes (ignorado/em branco). <sup>b</sup> Inclui sufocação/engasgamento, corpo estranho, afogamento, envenenamento/intoxicação, esmagamento, ferimento por arma de fogo, outros.

Parte considerável dos indígenas atendidos (36,3%) referiu que o acidente se relacionou ao trabalho. Entre os homens esse percentual foi ainda mais expressivo: 48,0% contra apenas 4,2% das mulheres, com diferenças estatisticamente significativas ( $p = 0,000$ ).

A Tabela 4 caracteriza o atendimento. Nela foram observados, entre os registros válidos, maiores percentuais de locomoção para o hospital em veículo particular (48,9%), de atendimentos no período diurno (63,2%) e entre segunda e sexta-feira (78,1%). Em 76,8% não houve atendimento prévio em outro serviço; 82,1% evoluíram para a alta e 12,8% foram internados.

**Tabela 3.** Características dos eventos acidentais envolvendo indígenas atendidos em serviços de urgência e emergência, segundo sexo, em 24 capitais e Distrito Federal. Brasil, setembro a outubro de 2014.

Características dos eventos acidentais	Sexo <sup>a</sup>						p <sup>**</sup>
	Masculino (n = 235)		Feminino (n = 140)		Total (n = 375)		
	N	% <sup>*</sup>	N	% <sup>*</sup>	N	% <sup>*</sup>	
Local de ocorrência							0,001
Domicílio <sup>b</sup>	59	21,7	63	35,1	122	26,5	
Via pública	77	29,1	54	45,4	131	35,0	
Escola	15	6,5	8	10,0	23	7,8	
Área de recreação	16	6,6	8	4,6	24	5,9	
Outros <sup>c</sup>	63	36,1	6	4,9	69	24,8	
Natureza da lesão							0,174
Sem lesão	13	6,3	10	6,4	23	6,4	
Contusão/entorse/luxação	76	41,2	53	51,1	129	44,6	
Corte/laceração	92	35,1	38	20,1	130	29,7	
Fratura/amputação/traumas <sup>d</sup>	35	13,7	24	15,2	59	14,3	
Outros <sup>e</sup>	13	3,7	12	7,2	25	5,0	
Parte do corpo atingida							0,892
Cabeça/pescoço	37	16,9	20	14,6	57	16,1	
Tórax/abdome/pélvis	11	4,3	11	6,0	22	4,9	
Membros superiores e inferiores	145	68,9	81	69,0	226	69,0	
Múltiplos órgãos/regiões	31	9,9	14	10,4	45	10,0	
Evento relacionado ao trabalho							0,000
Sim	56	48,0	6	4,2	62	36,3	
Não	130	52,0	74	95,8	204	63,7	

Fonte: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes-VIVA, Inquérito 2014. \* Percentual ponderado para desenho amostral. \*\* Teste de associação pelo qui-quadrado (Rao-Scott). <sup>a</sup> Para algumas variáveis o número de atendimentos divergiu devido a dados faltantes (ignorado/em branco). <sup>b</sup> Inclui residência e habitação coletiva. <sup>c</sup> Inclui bar ou similar, comércio/serviços, indústrias/construção e outros. <sup>d</sup> Inclui trauma cranioencefálico, trauma dentário e politraumatismo. <sup>e</sup> Inclui intoxicação, queimadura e outros.

## Discussão

Neste item destacam-se e discutem-se alguns dos resultados do presente estudo. A maioria dos atendimentos aos indígenas que sofreram acidentes foi na região Norte do país (aqui representada pelas maiores frequências em Belém e Porto Velho), juntamente com a região Centro Oeste (com elevadas frequências no DF, Campo Grande e Goiânia). Esses dados sofrem a influência de ser nessas duas regiões onde vive o maior contingente dos povos indígenas brasileiros<sup>20-22</sup>.

Pesquisas indicam que índios que vivem em áreas afastadas dos centros urbanos têm mais dificuldade de acesso e atendimento para seus problemas de saúde. A distância e a precariedade dos serviços de saúde existentes podem agravar esses problemas<sup>23,24</sup>. Entretanto, a saúde daqueles que vivem em ambientes urbanos ou próximos a essas áreas pode ser pior que a dos que vivem em

regiões afastadas. A análise dessas especificidades precisa considerar as questões culturais envolvidas no atendimento a essas populações<sup>25</sup>.

É importante esclarecer que, embora cerca de 70,0% dos acidentes aqui analisados tenham ocorrido em áreas consideradas urbanas, não necessariamente os municípios dessas ocorrências ficam próximos das capitais onde foram realizados os atendimentos.

Os estudos sobre a situação de saúde dos povos indígenas têm destacado a dificuldade em traçar um perfil comum, devido às especificidades étnicas. Entretanto, conseguem identificar certa sobreposição de padrões tradicionais de doenças infecciosas e parasitárias, como diarreia e tuberculose, aliados à emergência de doenças crônicas como diabetes, hipertensão e obesidade, doenças respiratórias e doenças sexualmente transmissíveis/Aids<sup>23,26,27</sup>. Um dos problemas de saúde dos grupos indígenas apontados como

**Tabela 4.** Características do atendimento aos indígenas vítimas de acidentes atendidos em serviços de urgência e emergência, segundo sexo, em 24 capitais e Distrito Federal. Brasil, setembro a outubro de 2014.

Características do atendimento	Sexo <sup>a</sup>						p <sup>**</sup>
	Masculino (n = 235)		Feminino (n = 140)		Total (n = 375)		
	N	% <sup>*</sup>	N	% <sup>*</sup>	N	% <sup>*</sup>	
Locomoção para o hospital							0,289
A pé/ônibus/micro-ônibus	42	28,0	22	20,0	64	25,2	
Veículo particular	104	47,4	68	51,9	172	48,9	
SAMU/ambulância/resgate	70	18,0	39	24,8	109	20,4	
Outros <sup>b</sup>	16	6,6	10	3,3	26	5,5	
Período de atendimento							0,398
Diurno	141	65,3	79	59,5	220	63,2	
Noturno	89	34,7	59	40,5	148	36,8	
Dia de atendimento							0,143
Sábado e domingo	55	18,7	35	27,6	90	21,9	
Segunda a sexta	180	81,3	105	72,4	285	78,1	
Atendimento prévio em outro serviço							0,720
Sim	53	22,3	37	24,6	90	23,2	
Não	176	77,7	100	75,4	276	76,8	
Evolução							NA
Alta	177	86,0	99	75,0	276	82,1	
Internação hospitalar <sup>c</sup>	32	9,2	23	19,5	55	12,8	
Encaminhamento ambulatorial	15	3,9	12	5,5	27	4,5	
Outros <sup>d</sup>	3	0,9	-	-	3	0,6	

Fonte: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes-VIVA, Inquérito 2014. NA: não se aplica, pois o teste do qui-quadrado e o valor de p não foram calculados devido a existência de célula com valor menor do que cinco. <sup>\*</sup> Percentual ponderado para desenho amostral. <sup>\*\*</sup> Teste de associação pelo qui-quadrado (Rao-Scott). <sup>a</sup> Para algumas variáveis o número de atendimentos divergiu devido a dados faltantes (ignorado/em branco). <sup>b</sup> Inclui viatura policial e outros. <sup>c</sup> Inclui internação hospitalar e encaminhamento para outro serviço. <sup>d</sup> Inclui evasão/fuga, óbito e outros.

emergentes são os agravos acidentais e violentos (causas externas) que impactam a morbidade e a mortalidade dessas populações<sup>2,22,23,27,28</sup>.

Em relação às características das vítimas, os dados mostram que os indígenas atendidos por acidentes concentram-se na faixa etária dos 20 aos 39 anos e no sexo masculino. Esses dados corroboram achados dos estudos que analisaram o perfil de todos os atendidos por acidentes em serviços de urgência e emergência no ano de 2009<sup>29,30</sup> e também o padrão de internações hospitalares por causas externas da população em geral<sup>31</sup>.

Observou-se que parcela considerável (37,1%) dos indígenas atendidos possui 10 ou mais anos de estudo. Esse percentual é semelhante ao conjunto das pessoas atendidas por acidentes nos inquéritos VIVA de 2006 e 2009, nos quais também foram observados elevados percentuais de pessoas com mais anos de estudo<sup>32,33</sup>.

As quedas e os acidentes de transporte envolvendo, principalmente, motocicletas levaram os indígenas a buscar mais atendimento em um

serviço de saúde. Esse achado coincide com o padrão dos acidentes da população geral do país<sup>16</sup>.

A literatura tem apontado o uso de bebida alcoólica entre os que se acidentam no trânsito tanto como condutores de veículos, como na condição de pedestres. No presente estudo a declaração de consumo de bebida alcoólica nas seis horas anteriores ao evento foi maior entre os motociclistas, corroborando a literatura<sup>34</sup>. Estudo no Norte do Paraná observou aumento das mortes de indígenas, ocasionadas, sobretudo, pelos acidentes de transporte terrestre, que acontecem às margens de grandes rodovias onde circula expressivo número de índios para vender seus artesanatos<sup>28</sup>.

Entre as características do evento, este estudo evidenciou que a via pública e o domicílio foram os principais locais de ocorrência dos acidentes, sobretudo entre as mulheres, ao passo que para os homens destacam-se os outros locais, neles incluídos bares ou similares e estabelecimentos comerciais. Esses dados reiteram os achados dos inquéritos VIVA de 2006<sup>32</sup> e 2009<sup>29</sup>.



Condizente com os tipos de eventos acidentais ocorridos, quase 70,0% dos atendidos teve os membros superiores e inferiores atingidos, sem diferenciações do grupo aqui analisado em comparação a todos os atendidos no Inquérito VIVA de 2006<sup>32</sup>.

Ainda que pouco mais de um terço das vítimas tenha informado que o acidente se relacionou ao trabalho e que pequena parte envolveu o uso de álcool, é importante ressaltar a questão do alcoolismo entre os indígenas como um fator agravante à saúde em geral e aos acidentes em particular. Entretanto, as informações sobre o uso de bebida alcoólica e de equipamentos de segurança, tais como uso de capacete, estão subestimadas, tendo em vista que os usuários podem burlá-las e que o registro desses dados foi pouco ou inadequadamente preenchido.

A maioria dos indígenas acidentados se dirigiu ao serviço de urgência e emergência em busca do atendimento em veículo particular. Entretanto, é bem expressiva a parcela dos que o fazem a pé/ônibus/micro-ônibus (25,2%) e dos que são conduzidos pelo SAMU (20,4%). Esses mesmos meios de locomoção foram identificados em estudo anterior relativo ao Inquérito VIVA de 2009<sup>18</sup>. É importante ressaltar a relevância do SAMU como um serviço móvel pré-hospitalar que graças à agilidade no atendimento prestado aos acidentados consegue salvar vidas e prevenir sequelas<sup>33</sup>.

Parcela majoritária dos indígenas teve alta após o atendimento (82,1%) indicando que as lesões não eram graves, mas quase 13,0% necessitou de internação hospitalar. Esses dados mostram a importância do Sistema VIVA para o registro desses casos menos graves que não necessitaram de internação hospitalar e nem vieram a óbito, sem o qual ficariam desconhecidos.

## Conclusões

A saúde da população indígena, a despeito das políticas públicas que buscam dar visibilidade aos problemas de morbimortalidade desse grupo, ainda carece de uma ampla assistência e de dados epidemiológicos mais extensivos e sistematizados que reflitam a realidade de diferentes regiões do país e de suas mais diversas etnias.

Dados mais fidedignos sobre acidentes podem possibilitar o planejamento e o monitoramento mais eficazes das políticas e programas relacionados a esses problemas que afetam a saúde da população indígena, buscando ampliar e me-

lhorar a qualidade da assistência, mas também atuar na prevenção. Neste aspecto, se houvesse uma maior interlocução entre os sistemas de informação nacionais com o SIASI, tais indicadores poderiam ser melhor caracterizados.

Os acidentes de trânsito, principalmente aqueles que envolvem o uso da motocicleta, possuem o agravante de ter como condutores crianças e adolescentes sem habilitação, como evidenciou este estudo. O uso de bebida alcoólica, além de aumentar a probabilidade de ocorrência de acidentes em geral, e de trânsito em particular, também está associado à degradação da vida social, econômica e familiar de alguns grupos indígenas, piorando suas condições de saúde e facilitando a ocorrência desses acidentes<sup>34</sup>.

Acredita-se que há um sub-registro significativo de dados sobre acidentes e violências, devido à falta ou ao preenchimento inadequado dos prontuários sobre a etnia e os eventos acidentais ou violentos ocorridos. A dificuldade de obter informações qualificadas e fidedignas sobre acidentes e violências tem sido ressaltada pelos estudiosos do tema<sup>35,36</sup>, além disso, parte das ocorrências desses eventos não é captada nos sistemas oficiais de informação existentes. E essa é justamente uma das contribuições deste artigo: divulgar informações pouco exploradas no campo da saúde indígena no Brasil que não estão registradas em outros sistemas.

Neste sentido, o Sistema VIVA representa um avanço, pois possibilita conhecer dados dos serviços de urgência e emergência sobre acidentes e violências não registrados nos demais sistemas de informação do país. Entretanto, esse Sistema também tem restrições porque não abarca todos os acidentes e menos ainda as violências em sua magnitude, além de não ter representatividade do ponto de vista populacional ou estatística. Seus dados se restringem exclusivamente às pessoas atendidas nesses serviços de referência que se localizam nas capitais do país.

Finalmente, considera-se que seria importante refletir sobre a necessidade da população indígena protagonizar e assumir ações de prevenção que envolvam a conscientização sobre os impactos sociais, emocionais e físicos dos acidentes sobre os indivíduos e seus grupos, e sobre os fatores que predis põem a esses eventos e agravam a sua ocorrência, como o uso de álcool e a ausência dos equipamentos de segurança no trânsito. Os profissionais de saúde podem ser importantes atores nesse diálogo com as populações indígenas no sentido de conscientizá-las e sensibilizá-las para a prevenção dos acidentes.

## Colaboradores

ER Souza e K Njaine conceberam o estudo e redigiram o texto; MDM Mascarenhas elaborou as análises dos dados e redigiu a metodologia; MC Oliveira colaborou na redação do texto.

## Referências

1. Brasil. Portaria nº 737/GM, de 16 de maio de 2001. Dispõe sobre a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência. *Diário Oficial da União* 2001; 17 maio.
2. Santos RV, Coimbra Júnior CEA. Cenários e tendências da saúde e da epidemiologia dos povos indígenas no Brasil. In: Coimbra Júnior CEA, Santos RV, Escobar AL, organizadores. *Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil* [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, Abrasco; 2005. p.13-47.
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *O Brasil Indígena*. Estudos especiais. [acessado 2016 jan 16]. Disponível em: <http://indigenas.ibge.gov.br/estudos-especiais-3/o-brasil-indigena.htm>
4. Portal Brasil. *No Brasil, população indígena é de 896,9 mil*. [on line]. [acessado 2016 jan 16]. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/governo/2015/04/populacao-indigena-no-brasil-e-de-896-9-mil>
5. Ferreira MEV, Matsuo T, Souza RKT. Aspectos demográficos e mortalidade de populações indígenas do Estado do Mato Grosso do Sul, Brasil. *Cad Saude Publica* 2011; 27(12):2327-2339.
6. Souza LGS, Santos RV, Coimbra Júnior, CEA. Estrutura etária, natalidade e mortalidade do povo indígena Xavante de Mato Grosso, Amazônia, Brasil. *Cien Saude Colet* 2010; 15(Supl. 1):1465-1473.
7. Garnelo L. Política de Saúde Indígena no Brasil: notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do subsistema de atenção à saúde. In: Garnelo L, Pontes AL, organizadores. *Saúde Indígena: uma introdução ao tema*. Brasília: MEC, SECADI; 2012. p.18-58.
8. Basta PC, Orellana DY, Arantes D. Perfil epidemiológico dos povos indígenas no Brasil: notas sobre agravos selecionados. In: Garnelo L, Pontes AL, organizadores. *Saúde Indígena: uma introdução ao tema*. Brasília: MEC, SECADI; 2012. p. 60-106.
9. Brasil. Fundação Nacional de Saúde. *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde; 2002.
10. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº. 9.836, de 23 de Setembro de 1999. Acrescenta dispositivos à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. *Diário Oficial da União* 1999; 24 set.
11. Portal Brasil. *SUS atende 640 mil indígenas pelo programa Atenção Básica*. [acessado 2016 fev 02]. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2015/04/sus-atende-640-mil-indigenas-pelo-programa-atencao-basica>.

12. Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP). Informe ENSP. *Indígenas: Censos aprimoram descrição da população e expõem desafios*. [acessado 2015 abr 08]. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/37506>.
13. Sousa MC, Scatena JH, Santos RV. O Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI): criação, estrutura e funcionamento. *Cad Saude Publica* 2007; 23(4):853-861.
14. Nascimento SP. Aspectos epidemiológicos dos acidentes ofídicos ocorridos no Estado de Roraima, Brasil, entre 1992 e 1998. *Cad Saude Publica* 2000; 16(1):271-276.
15. Scussiato LA, Saequis LMM, Kirchhof ALC, Kalinke LP. Perfil epidemiológico dos acidentes de trabalho graves no Estado do Paraná, Brasil, 2007 a 2010. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2013; 22(4):621-630.
16. Neves ACM, Mascarenhas MDM, Silva MMA, Malta DC. Perfil das vítimas de violências e acidentes atendidas em serviços de urgência e emergência do Sistema Único de Saúde em capitais brasileiras – 2011. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2013; 22(4):587-596.
17. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). Departamento de Análise de Situação em Saúde. Morbimortalidade por violências no Brasil: um retrato de contornos em construção. In: Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). Departamento de Análise de Situação em Saúde. *Saúde Brasil 2013: uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza*. Brasília: MS; 2014. p. 151-176.
18. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Viva: vigilância de violências e acidentes, 2006 e 2007*. Brasília: MS; 2010.
19. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Viva: vigilância de violências e acidentes, 2009, 2010 e 2011*. Brasília: MS; 2013.
20. Barros EP. Saúde Indígena: a invisibilidade como forma de exclusão. In: Goldenberg P, Marsiglia RMG, Gomes MHA, organizadoras. *O Clássico e o Novo - tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003, p. 223-238.
21. Confalonieri U, Garnelo ML. Condições de saúde nas populações indígenas. In: Rojas LBI, Toledo LM, organizadores. *Espaço e doença: um olhar sobre o Amazonas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1998. p. II.1-9.
22. Almeida LR. Saúde das populações indígenas no Brasil: uma revisão sistemática da produção científica. Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2009.
23. Escobar AL, Rodrigues AF, Alves CLM, Orellana JDY, Santos RV, Coimbra Junior CEA. Causas de internação hospitalar indígena em Rondônia. O Distrito Sanitário Especial Indígena Porto Velho (1998-2001). In: Coimbra Júnior CEA, Santos RV, Escobar AL, organizadores. *Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil* [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, Abrasco; 2005. p. 127-147.
24. Lunardi R, Santos RV, Coimbra Júnior CEA. Morbidade hospitalar de indígenas Xavante, Mato Grosso, Brasil (2000-2002). *Rev Brasileira de Epidemiologia* 2007; 10(4):441-452.
25. Pereira ER, Bastos NSW, Silva LM, Oliveira LSS. Perfil de morbidade de indígenas em serviço especializado. *RIES* 2014; 3(1):144-157.
26. Leite MS, Gugelmin A, Santos RV, Coimbra Júnior CEA. Perfis de saúde indígena, tendências nacionais e contextos locais: reflexões a partir do caso Xavante, Mato Grosso. In: Coimbra Júnior CEA, Santos RV, Escobar AL, organizadores. *Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil* [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, Abrasco; 2005. p. 105-125.
27. Oliveira RCC, Silva AO, Maciel SC, Melo JRF. Situação de vida, saúde e doença da população indígena Potiguara. *Rev. Mineira de Enfermagem* 2012; 16(1):81-90.
28. Melchior SC, Soares DA, Andrade SM, Izumi RMK. Evaluation of the mortality of indian groups of the north of Paraná State, 1990 to 1999. *Inf. Epidemiol. Sus* 2002; 11(2):61-68.
29. Andrade SSCA, Sá NNB, Carvalho MGO, Lima CM, Silva MMA, Moraes Neto OL, Malta DC. Perfil das vítimas de violências e acidentes atendidas em serviços de urgência e emergência selecionados em capitais brasileiras: Vigilância de Violências e Acidentes, 2009. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2012; Mar [acessado 2016 set 21]; 21(1):21-30. Disponível em: [http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742012000100003&lng=pt](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000100003&lng=pt).
30. Luz TCB, Malta DB, Sá NNB, Silva MMA, Lima-Costa MF. Violências e acidentes entre adultos mais velhos em comparação aos mais jovens: evidências do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), Brasil. *Cad Saude Publica* 2011; 27(11):2135-2142.
31. Mascarenhas MDM, Barros MBA. Evolução da internação por causas externas no Brasil. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2015; 24(1):19-29.
32. Mascarenhas MDM, Silva MMA, Malta DC, Moura L, Gawryszewski VP, Costa VC, Souza MFM, Moraes Neto OL. Atendimentos de Emergência por Acidentes na Rede de Vigilância de Violências e Acidentes – Brasil, 2006. *Cien Saude Colet* 2009; 14(5):1657-1668.

33. Deslandes SF, Minayo MCS, Oliveira AF. Análise da implementação do atendimento pré-hospitalar. In: Minayo MCS, Deslandes, SF, organizadoras. *Análise Diagnóstica da Política Nacional de Saúde para a Redução de Acidentes e Violências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007; p. 139-157.
34. Souza JA, Oliveira M, Kohatsu M. O uso de bebidas alcoólicas nas sociedades indígenas: algumas reflexões sobre os Kaingáng da Bacia do Rio Tibagi, Paraná. In: Coimbra Júnior CEA, Santos RV, Escobar AL, organizadores. *Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil* [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, Abrasco; 2005. p. 149-167.
35. Njaine K, Souza ER, Minayo, MCS, Assis SG. A produção da (des) informação sobre violência: análise de uma prática discriminatória. *Cad Saude Publica* 1997; 13(3):405-414.
36. Njaine K, Souza ER. Informação e comunicação sobre violência: instrumentos para a cidadania. In: Minayo MCS, Souza ER, organizadoras. *Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003. p. 269-282.

---

Artigo apresentado em 23/05/2016

Aprovado em 17/10/2016

Versão final apresentada em 19/10/2016