

Artigo original

A notificação da violência urbana na saúde através da classificação internacional de doenças

*Aline Ramos de Carvalho Pinto, **Maria Aparecida de Luca Nascimento, D.Sc.

**Enfermeira do Hospital Estadual Adão Pereira Nunes, Professora Assistente da Universidade do Grande Rio (UNIGRANRIO), Mestranda em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) **Orientadora do Programa de Mestrado da UNIRIO*

Resumo

Estudo descritivo exploratório com abordagem quantitativa que tem como objetivo identificar o número pelo qual as lesões que atingem a região tóraco-abdominal dos pacientes que foram submetidos à cirurgia, e que foram vítimas da violência urbana, por perfuração por arma de fogo (PAF), ou por arma branca (PAB), são identificadas no Código Internacional de Doenças (CID), correlacionando-a à natureza da lesão. Os dados foram coletados em dois hospitais públicos de emergência da cidade do Rio de Janeiro/RJ, junto aos prontuários e livros hospitalares. Os resultados mostraram que, dos 85 prontuários coletados, em 73 encontram-se descrito o CID secundário, sendo esta codificação que referencia o ato de violência, ou seja, 14,1% dos prontuários não foram divulgados como causas externas, e em 63% a violência teve como cenário as ruas e estradas, ficando 35,6% sem especificação do local. Quanto à natureza da lesão, encontramos descrito o CID principal em 82 prontuários, ainda que duas codificações apresentadas estejam completamente dissociadas da violência. Conclui-se que a forma de registro não retrata a situação atual quando procuramos estudar a violência, pois ela não deve integrar a CID diluído entre outras causas sob a denominação de “causas externas”, para que seja possível dar a devida visibilidade a este problema, que produz vítimas que requerem uma abordagem diferenciada pelos profissionais de saúde.

Palavras-chave: violência urbana, lesão, prontuários.

Abstract

Notification of urban violence in health through international classification of diseases

The objective of this exploratory descriptive study with quantitative approach was to identify, according to the International Classification Diseases (ICD), the code number of injuries of thoracic-abdominal area of patients that underwent surgery, due to urban violence by firearm injuries (FI), or by cutting weapon (PCW). Data was collected at two emergency public hospitals of Rio de Janeiro/RJ, using medical records and hospital registers. The results showed that 73 of 85 collected medical records are written secondary ICD, which means act of violence, that is, 14.1% of medical records did not divulge as external causes, in 63% violence had as scenery streets and roads, and 35.6% without specification of place. In relation to kind of injury, we found that in 82 medical records the principal code of ICD was described, even though two codes showed that are not

Artigo recebido em 31 de agosto de 2007; aceito em 15 de janeiro de 2009.

Endereço para correspondência: Aline Ramos de Carvalho Pinto, Tel: (21) 2674-4392, E-mail: wilbapinto@ig.com.br

associated with violence. We concluded that the kind of register does not reproduce the present situation to study violence, as it should not be integrated in the ICD under the denomination “external causes”, in order to give the correct visibility to this problem, which produces victims who require differentiated care by health professionals.

Key-words: urban violence, lesion, medical records.

Resumen

La notificación de violencia urbana en la salud a través de la clasificación internacional de enfermedades

Estudio descriptivo exploratorio con abordaje cuantitativo que tiene como objetivo identificar, de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), el número del código de las lesiones provocadas en la región tóraco-abdominal de pacientes que fueron sometidos a cirugía y que fueron víctimas de la violencia urbana, heridos por armas de fuego (AF), o por arma blanca (AB). Los datos fueron recogidos en dos hospitales públicos de urgencias de la ciudad de Río de Janeiro, junto a los registros médicos y a los registros del hospital. Los resultados demostraron que en 73 registros médicos de los 85 recogidos se encuentra descrito la CIE secundaria, esta codificación se refiere al acto de violencia, siendo que 14.1% de los registros médicos no fueron divulgados como causas externas, y el 63% la violencia tuvo como escena las calles y las autopistas, 35,6% sin especificación del lugar. En lo que se refiere al tipo de lesión, encontramos descrito en 82 registros el CIE principal, aunque dos codificaciones presentadas no están asociadas a la violencia. Se concluye que el tipo de registro no representa la situación actual cuando procuramos estudiar la violencia, pues no debe integrar el CIE bajo denominación “causas externas”, para que sea posible dar la debida visibilidad a este problema, que produce víctimas que requieren un cuidado diferenciado por los profesionales de la salud.

Palavras-chave: violência urbana, lesão, prontuários.

Introdução

Este estudo surgiu das discussões acadêmicas durante o processo de orientação da dissertação de mestrado cujo tema está inserido na linha “O cotidiano da prática de cuidar e ser cuidado”, pertencente ao programa de Mestrado em enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO).

Tendo em vista que o tema da dissertação acima citada tem como foco a violência urbana identificada nos cenários da saúde a partir da demanda de atendimento as suas vítimas, durante o aprofundamento bibliográfico, identificamos que a violência encontra-se inserida na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde Internacional de Doenças (CID) como “causas externas”[1].

De acordo com a OMS (1985,1995), os acidentes e as violências compreendem um conjunto de agravos à saúde, e deste modo passou a integrar a CID – Décima Revisão (CID-10, 1997), denominando-se causas externas, sendo incluída as causas acidentais como as decorrentes do trânsito, do trabalho, quedas, envenenamentos, afogamentos e outros tipos de acidentes, e as causas intencionais (agressões e lesões auto-provocadas) [1,2].

Destacamos que, a violência por arma de fogo, foco deste estudo, é apresentado no Código Internacional de Doenças (CID) no capítulo XIX, capítulo este destinado a codificação das lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas (S00-T98), porém é no capítulo XX que as agressões por arma de fogo tornam-se evidentes sob a codificação X93 a X95 e as lesões autoprovocadas intencionalmente por objeto cortante ou penetrante por X99, uma vez que este capítulo relaciona as causas externas de morbidade e mortalidade (V01-Y98) [1].

Embora seja possível identificar a violência de forma específica no CID-10, a exemplo da violência por perfuração por arma de fogo (PAF) e perfuração por arma branca (PAB), o que questionamos é esta aplicabilidade nos cenários da saúde.

Identificamos nas instituições hospitalares, que as vítimas da violência urbana ao serem atendidas e submetidas a determinados procedimentos e/ou cirurgias, passam a ser classificadas no CID, através de outro código, diferente daquele que motivou a sua internação.

Consideramos que este fato descrito contribui para mascarar a violência como causa da internação, assim como, as regras do Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), onde as lesões e envenena-

mentos são codificados segundo a natureza da lesão, atribuindo a elas o diagnóstico primário, e as causas externas o diagnóstico secundário, tendo em vista que, as tabulações de morbidade e fatores de risco, trabalham apenas com o diagnóstico primário, isto dificulta a pesquisa de causas externas [3].

Outro agravante que desfavorece a visibilidade da morbidade por violência nos hospitais é o Movimento de Autorização de Internação Hospitalar (MAIH), uma vez que tem como propósito maior, o repasse de verba do Sistema Único de Saúde (SUS) para as unidades de saúde. Com isso, não existe uma grande preocupação em descrever com precisão o motivo de internação, destacando, ainda, que o MAIH não abrange os hospitais privados que não tenham convênio com o sistema público do SUS [4].

Para Laurenti [5]:

“Ainda que o CID possibilite uma boa descrição das circunstâncias do evento referente às causas externas, nem sempre as estatísticas de mortalidade referente a essas causas irão mostrá-las com todos os detalhes possíveis, o que seria desejável e importante. Ocorre que todas as mortes por qualquer causa externa, por lei, devem ter o atestado de óbito preenchido por um médico legista, após realização de necropsia. O que se tem verificado é que, freqüentemente, o médico legista imprime o atestado de óbito apenas à natureza da lesão (fratura, esmagamento, lacerações e outras), e não as circunstâncias do evento. Dessa forma, não poucas vezes, as estatísticas de mortalidade por causas externas estão inflacionadas por categorias em que se ignora se o que ocorreu foi acidente, homicídio, ou suicídio, ou mesmo sabendo-se isso, não se tem o detalhe.”

Sendo assim, a violência passa a ser subnotificada e da mesma forma as seqüelas relacionadas a este evento. Fato este que dificulta o levantamento de dados relativos à morbimortalidade que resultam da violência urbana. Isto pode ser um fator a contribuir para que os profissionais não a considerem como um problema da área da saúde, levando-os, por isso, a privilegiar uma assistência baseada em protocolos e rotinas, com foco na lesão e/ou doença, desconsiderando as especificidades dessa clientela, e que está alocada nas esferas física, social e emocional de suas vítimas.

Observamos que esta codificação do CID se tornou uma rotina administrativa, sendo atribuída a qualquer causa que requisitou a procura pelo atendimento hospitalar ou algum procedimento durante a internação, no qual não é apurada a incidência do evento ou a relevância dos dados, considerando que não é dada a devida importância a esta codificação, talvez pelo próprio desconhecimento do profissional quanto à relevância dos dados. Talvez o único momento que a violência pode ser declarada, é quando esta vítima dá entrada na emergência e o profissional pode reconhecê-lo como um agredido.

Corroboramos com Minayo, que esta categoria para estudo de violência é muito restrita a esta denominação “causas externas” e não expressa os conteúdos essenciais dos conceitos de violência, o que o torna muito amplo, incluindo todos os tipos de acidentes “que podem mascarar um ato de violência” [6].

Em função do crescimento das causas externas, da relativa inconsistência dos dados, da ausência de registros e conhecimento sobre certos agravos, somente nos últimos anos é que um sistema de informação integrado está se estruturando, mais ágil e atualizado, objetivando a vigilância epidemiológica destes eventos [2].

Acreditamos que esta preocupação com os serviços de notificações esteja baseada nos dados que se reportam à violência e aos acidentes como a segunda causa de mortalidade do país. As doenças cardiovasculares são responsáveis por 35% do total de óbitos, seguida da violência urbana com 14%, ficando o câncer com cerca de 12% [7].

Apesar desta representatividade em termos de mortalidade, o mesmo não se torna evidente em termos de morbidade, os resultados das investigações são divergentes, dependendo da fonte consultada, ocasionando distorções e erros interpretativos.

De acordo com a Portaria 737/2001, até 1997 os dados computados no Sistema de Informações Hospitalares referenciavam apenas a natureza da lesão que motivou a entrada do paciente no ambiente hospitalar, sem fazer considerações ao agente causador. Só a partir de 1998, após entrar em vigor a portaria 142, de 13 de novembro de 1997, passaram a ser identificadas pelo CID as lesões que ocasionaram a internação [1]. Deste modo como podemos considerar fidedignos os índices apontados?

Esse questionamento tomou vulto, a partir da nossa própria dificuldade durante o desenvolvimento de um estudo, quando, ao consultar livros

e documentos hospitalares de dois hospitais de emergência da cidade do Rio de Janeiro e tentar levantar o número de atendimento às vítimas por PAF e por PAB identificamos que apenas nos livros de registros das emergências e no boletim operatório as causas das referidas lesões são apontadas, e que no decorrer da internação estes pacientes são assistidos com enfoque nas conseqüências dela.

Objetivo

Considerando estas dificuldades relativas ao levantamento de dados sobre a morbidade pela violência, mascarado muitas vezes pelo procedimento realizado no decurso da internação, e tendo como foco de estudo a violência urbana, traçamos como objetivo deste estudo: Identificar o CID atribuído aos pacientes vítimas da violência urbana por perfuração por arma de fogo ou arma branca tóraco-abdominal que foram submetidos a procedimentos cirúrgicos, correlacionando-a com a natureza da lesão.

Identificando a violência no setor da saúde

Pelo caráter desestabilizador da cidadania e da convivência, a violência é um marco na história das civilizações. Como qualquer agente agressor que ameace a vida, ela requer ações transformadoras e controladoras com o propósito de garantir a vida em comunidade [8].

Compreendemos a violência como um problema social que afeta o mundo e que modifica a vida das pessoas. Deste modo a ação destinada ao seu controle requer envolvimento dos diversos setores sociais, sendo de fundamental importância o setor saúde.

A partir da década de 80 as questões relativas à violência, de um modo geral, foram enfatizadas, tendo em vista o aumento do número de homicídios, o reconhecimento da violência como um problema de saúde pública pela OMS, a criação da Política de redução de morbimortalidade por acidentes e violência (Portaria 737 de 16/05 2001), e o Relatório Mundial de violência e saúde 2002.

Consideramos estas iniciativas de extrema importância para trazer à tona essa problemática, contudo, ações concretas precisam ser implementadas, a iniciar pela mobilização da população e de todos os envolvidos direta ou indiretamente com estas questões, como é o caso dos profissionais que atuam no setor da saúde.

Percebemos que apesar da ocorrência rotineira de atos violentos que chegam diariamente nos hospitais, não há um envolvimento com a causa. Por parte dos profissionais, o atendimento é reducionista, com foco na lesão, por ser este o problema de saúde emergente que desestabiliza a saúde e põe em risco a vida.

Embora a violência seja considerada um problema da saúde, como atribuir a ela o seu real pesar, quando na Classificação Internacional de Doenças encontra-se sob a denominação “causas externas” juntamente com outras causas acidentais ou intencionais, além de serem apontadas através de um CID secundário, uma vez que a principal tem como alvo a lesão?

De acordo com a referência do Datasus, quando se utiliza um código do capítulo XX - Causas externas de mortalidade e de morbidade, pretende-se que ele seja um código adicional a outro código pertencente a outro capítulo da Classificação que está indicando a natureza da lesão. Na maioria das vezes, a natureza da lesão está classificada no capítulo XIX - Lesões, envenenamentos e algumas outras causas externas [1,3].

Sendo assim identificamos que apesar da AIH ser a fonte de dados para o Sistema de Informações Hospitalares (SIH), nela será computada o CID com prioridade para a lesão, o que pode mascarar e comprometer a fidedignidade dos dados relativos à morbidade por violência.

Ressaltamos que estudos relacionados à violência urbana na saúde são necessários, para que essa problemática seja enfatizada, a fim de buscar a mobilização dos profissionais em busca de uma assistência direcionada às suas vítimas.

Vale destacar que, assim como os índices de mortalidade sofreram modificações nas últimas décadas, o perfil de atendimento nos hospitais, principalmente os públicos de emergência, também se modificaram.

O fato supramencionado foi assunto de uma reportagem no horário nobre de televisão, que abordava a grande incidência de vítimas de bala perdida. Um levantamento exclusivo do programa *Fantástico* mostrava que no ano passado, 170 pessoas foram atendidas por balas perdidas na região metropolitana do RJ, 35 delas eram crianças com menos de 13 anos. E pior, essa estatística é desconhecida pela polícia. Os casos de bala perdida são registrados como homicídio ou lesão corporal, se a vítima não morrer.

Concordamos com João Tancredo, advogado entrevistado, que diz:

“Para combater o mal, você tem que conhecer a origem dele. Você tem que saber especificamente que tantas pessoas morreram em decorrência de bala perdida, de acidentes de veículo ou de queda. É importante para a pesquisa e para combater o mal conhecer sua origem especificamente” [9].

Desse modo, buscamos avaliar a fidedignidade dos dados relativos à violência urbana a partir do CID atribuída no atendimento hospitalar às vítimas da violência, compreendendo que para intervir, é necessário conhecer esta realidade.

Material e métodos

Estudo descritivo exploratório com abordagem quantitativa, sendo denominada desta forma, por concentrar-se na medição de uma ou mais características [10].

Utilizamos como instrumento de coleta de dados 85 prontuários de pacientes vítimas de PAF e PAB submetidos a procedimentos cirúrgicos tóraco-abdominal em dois hospitais do RJ, que evoluíram para alta ou óbito no ano de 2006. Esse quantitativo é um recorte da amostra total do número destas vítimas realizado aleatoriamente, sendo adotado apenas o critério de inclusão descrito, uma vez que estes pacientes que sofreram intervenções cirúrgicas apresentam o CID principal, que deve estar relacionado a este tipo de intervenção, e a secundária que dará visibilidade à forma de violência sofrida.

Primeiramente, estas vítimas foram rastreadas nos livros de registros da emergência, confirmando a intervenção cirúrgica sofrida nos livros de registros do centro cirúrgico, do qual foram extraídos os números dos prontuários para requisição junto ao serviço de documentação médica dos hospitais.

Posteriormente, em consulta a esses prontuários, especificamente no boletim operatório, realizou-se o levantamento, tanto, do tipo de intervenção sofrida, quanto o tipo de lesão ocorrida, assim como a identificação do CID principal e secundário atribuída às respectivas lesões.

Considerando que os sujeitos do estudo foram vítimas de PAF e PAB que sofreram algum tipo de intervenção tóraco-abdominal em consequência deste tipo de violência, no que se refere

o CID principal, os traumatismos do tórax são codificados em S-20 a S-29, e os traumas de abdome de S-30 a S-39. Analisando o CID secundário as causas externas de morbidade e mortalidade é apresentada sob a codificação X93 a X95, quando as agressões estão relacionadas ao PAF, seguidas de um ponto e numeral que busca associar a área da ocorrência deste tipo de violência, do mesmo modo ocorre com a codificação relacionada às agressões por objetos penetrantes ou cortantes como o PAB, sob a codificação X99 seguida da mesma descrição.

Resultados e discussão

Durante a consulta a 85 prontuários de vítimas de violência por PAF e PAB, em três não foi identificada nenhuma codificação. Nos demais, confirmamos a existência de uma rotina de preenchimento do CID principal, que referencia a lesão sofrida. Quando analisamos a codificação com vistas à violência urbana, nestes mesmos documentos foi encontrada a descrição do CID secundário em 73 prontuários, sendo esta codificação a que referencia o ato de violência, com citado anteriormente.

Apresentamos nos Quadros 1 e 2 as codificações identificadas nos prontuários.

Observamos que entre as vítimas da violência, que foram submetidas à intervenção cirúrgica em consequência de um PAF ou PAB tóraco-abdominal, houve predomínio pelos traumas de intestino representados pelo CID S36.5 e S36.4, perfazendo um total de 41,46% dos atendimentos, apesar de algumas codificações não especificarem o órgão comprometido, como as que são representadas pelo sufixo 9. Destacamos ainda que duas codificações estão descritas dissociadas da violência, uma vez que deveriam compor esta classificação S00 – T98, como descrito anteriormente, com o código K35.9 e K35 representando as doenças do apêndice, embora a intervenção tenha se desenhado pelo PAF.

Avaliando a natureza da lesão, através destas codificações de modo geral é possível associar a região acometida, contudo ainda apresenta algumas lacunas, considerando os códigos S36. 9; S27. 9; S39. 9; que podem ser vistos no quadro ao lado.

Quadro I - Distribuição do CID principal atribuída às vítimas de violência por PAF e PAB tóraco-abdominal.

Código - Descrição trauma	N	%
S36.1 do fígado ou vesícula biliar	08	9,76
S36.5 do cólon	14	17,07
S36.0 do baço	05	6,10
S36.8 de outros órgãos intra-abdominais	03	3,69
K35.9 doenças do apêndice sem perfuração	01	1,22
S39.8 outros traumatismos especificados de abdome dorso ou pelve	03	3,69
S37.0 do rim	02	2,44
S31.8 Ferimentos de outras partes e de partes não especificadas de abdome	02	2,44
S39.9 não especificados de abdome dorso ou pelve	03	3,69
S36.4 do intestino delgado	20	24,39
S36.3 do estômago	02	2,44
S27.2 hemopneumotórax traumático	04	4,88
S36.6 do reto	01	1,22
S27.9 de outros órgãos intratorácicos não especificados	02	2,44
K35.0 doenças do apêndice	01	1,22
S37.2 da bexiga	03	3,69
S36.9 de órgão intra-abdominal não especificado	02	2,44
S31.1 de parede abdominal	02	2,44
S27.1 hemotórax traumático	02	2,44
S35.3 de veia porta ou esplênica	02	2,44
S25.2 Traumatismo da veia cava superior	01	1,22
Total	82	100

Quadro II - CID secundário atribuído às vítimas de violência por PAF e PAB.

Código -Tipo de agressão	N	%
X95.4 por meio de disparo de outra arma não especificada – rua e estrada	15	20,55
X93.4 disparo de arma de fogo de mão – rua e estrada	17	23,29
X99.4 por meio de objeto cortante ou penetrante – rua e estrada	14	19,18
X95.9 disparo de outra arma de fogo ou de arma não especificada – local não especificado	21	28,77
X95.7 disparo de outra arma de fogo ou de arma não especificado – fazenda	01	1,37
X99.9 por meio de objeto cortante ou penetrante – local não especificado	05	6,85
Total	73	100

Deste modo, percebemos através da tabela acima que no universo de 85 vítimas de violência, no que se refere a esta classificação secundária para notificação dos dados sobre morbidade por violência urbana, 12 vítimas não teriam representatividade, isto é, 14,1% dos casos não seriam divulgados como “causas externas”. Apesar de considerarmos uma pequena amostra, estes dados são suficientes para apontar as dificuldades existentes no levantamento de dados quanto à morbidade por “causas externas” e para a fidedignidade dos resultados.

Avaliando a descrição do código atribuído a cada caso, identificamos que ela sofre influência do profissional que realiza o preenchimento, tendo em vista que o CID principal nem sempre representa com clareza o procedimento cirúrgico descrito no boletim operatório.

No CID secundário, isto também ocorre através da numeração que se refere ao local da ocorrência, descrito pelos sufixos: 0 na residência, 1 em habitação coletiva, 2 escolas e outras instituições públicas, 3 em áreas para prática de esportes e atletismos, 4 ruas e estradas, 5 em áreas de comércio e serviços, 6 em áreas industriais e em construção, 7 na fazenda, 8 outros locais especificados, e 9 local não especificado [1].

Observamos que 63% do CID secundário apresentado evidenciam a predominância desta ocorrência em ruas e estradas, contudo existem dados obscuros que dificultam a fidedignidade do perfil epidemiológico quando se pretende estudar o fluxo do atendimento, considerando que 35,6% das descrições não especificam o local de ocorrência.

Conclusão

A importância deste estudo vai além dos números apresentados, pois apesar de sua pequena amostra, a sua análise vai ao encontro das dificuldades descritas em diversos trabalhos que utilizam como fontes os registros hospitalares, e nos remete a um problema que precisa ser ressaltado, a veracidade das informações relativas à morbidade pela violência urbana. Acreditamos ainda que sirva como um mediador para uma reflexão sobre a forma que a violência atualmente é tratada na saúde.

Foram utilizados umas das fontes oficiais de informações de causas externas utilizadas pelo Sistema de Informações Hospitalares (SIH do SUS), contudo observamos que a descrição apresentada sofre influências das limitações características dos sistemas de notificação.

Durante a realização do estudo percebemos que já existe uma preocupação dos profissionais de saúde com a necessidade de um aperfeiçoamento técnico para lidar com estas vítimas de violência, que vem modificando o perfil de atendimento dos hospitais de emergência, porém é necessário ressaltar a nossa parcela de responsabilidade, uma vez que a violência é considerada um problema social. Somente pontificando a sua freqüente ocorrência, retratando os reais agravos que têm sido mascarados, e mostrando a necessidade de um enfoque diferenciado no cenário da saúde, é que conseguiremos dar início a este processo de mudança.

Vale ressaltar que, embora no setor de emergência sejam apontadas as causas da procura pelo serviço, não é dada a real importância para os registros, sendo considerados apenas uma atribuição rotineira. Quando estes documentos tornam-se uma fonte de coleta de dados para investigação, os estudiosos se deparam com dados obscuros e incompletos.

Deste modo, entendemos que a forma de registro não retrata a situação atual, quando procuramos estudar a violência e suas repercussões sociais, e que, além disso, as ações para a redução de acidentes e violência de forma geral, incluindo a doméstica, com o idoso e com a criança, são abrangentes, o que, de certa forma, mascara os índices da violência urbana

Tendo em vista a ocorrência diária deste fenômeno, assim como a dimensão dos agravos à saúde da população, conclui-se que a violência urbana não deve integrar a classificação internacional de doenças (CID), da forma como tem sido feito, ou seja, diluída entre outras causas exógenas. Ela precisa ser investigada, apontada, discutida na sociedade como um problema diferenciado daqueles que integra o CID sob a denominação de “causas externas”.

Referências

1. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados a saúde [online]. [citado 2007 Jun 18]. Disponível em URL: <http://www.datasus.gov.br/cid10/décimarevisão>
2. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Política de redução de morbimortalidade por acidentes e violência. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
3. Ministério da Saúde. Datasus, sistema e aplicativos-cadastro nacional. Notícias. Informações sobre internações hospitalares por causas externas [online]. [citado 2004 Ago 5]. Disponível em URL: <http://www.datasus.gov.br/DATASUS/datasus>.
4. Couttolenc B, Cano I, Carneiro LP. Magnitude, custos econômicos e políticas de controle da violência no Rio de Janeiro. Instituto de Estudo da Religião (ISER), 1998. [citado 2007 Jun 18]. Disponível em URL <http://www.iadb.org/res/publications/publics>.
5. Laurenti R. Acidentes e violências/ lesões e envenenamentos e a 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças. Rev Saúde Pública 1997;31(4):26-34.
6. Minayo MCS. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. Cad Saúde Pública 1994;10(supl1):7-18.
7. Jatene A. Reflexão sobre os problemas da área da saúde, procurando ressaltar os fatores que dificultam a implantação de um modelo capaz de atender as necessidades da população. Estudos Avançados 1999;13(35):29-35.
8. Organização Mundial de Saúde. Relatório mundial sobre violência e saúde. Genebra: OMS; 2002.
9. Notícias - Dossiê da bala perdida. Últimas Edições Fantástico. Edição de 21/01/2007. [citado 2007 Jan 26]. Disponível em URL: <http://fantástico.globo.com>.
10. Lobiondo W, Haber G. Pesquisa em enfermagem – métodos, avaliação crítica e utilização. 4a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001. p.87-88.