



_título:

Evita

Epidemiologia e Vigilância dos Traumatismos e Acidentes

_sub-título:

Relatório 2009 - 2012

_edição:

INSA, IP

_autores: Departamento de Epidemiologia

Teresa Contreiras, Emanuel Rodrigues

_local / data:

Lisboa

Outubro 2014



Instituto Nacional de Saúde
Doutor Ricardo Jorge



Catálogo na publicação

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP
Evita – Epidemiologia e Vigilância dos Traumatismos e Acidentes: relatório 2009 - 2012 / Teresa Contreiras, Emanuel Rodrigues.
- Lisboa : Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP, 2014. - 30 p. : il.

ISBN: 978-989-8794-00-0

© Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP 2014.

Título: Evita – Epidemiologia e Vigilância dos Traumatismos e Acidentes: relatório 2009 - 2012

Autores: Teresa Contreiras, Emanuel Rodrigues

Editor: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA, IP)

Coleção: Relatórios científicos e técnicos

Coordenação editorial: Elvira Silvestre

Composição e paginação: Francisco Tellechea

ISBN: 978-989-8794-00-0

Lisboa, outubro de 2014

Reprodução autorizada desde que a fonte seja citada, exceto para fins comerciais.



Instituto Nacional de Saúde
Doutor Ricardo Jorge, IP

Av. Padre Cruz 1649-016 Lisboa
t: 217 519 200 @: info@insa.min-saude.pt

www.insa.pt



www.insa.pt



Relatórios

_título:

Evita

Epidemiologia e Vigilância dos Traumatismos e Acidentes

_sub-título:

Relatório 2009 - 2012

_edição:

INSA, IP

_autores: Departamento de Epidemiologia

Teresa Contreiras, Emanuel Rodrigues

_local / data:

Lisboa

Outubro 2014



Agradecimentos	3
1. Introdução	4
2. Material e métodos	5
2.1 Orgânica do sistema	6
2.2 Dados e análise estatística	7
3. Resultados	8
3.1 Local de ocorrência do acidente	11
3.2 Actividade no momento do acidente	13
3.3 Mecanismos da lesão	15
3.4 Tipo de lesão	17
3.5 Parte do corpo lesada	19
3.6 Seguimento do sinistrado	20
4. Discussão e conclusões	21
Anexo 1	23
Anexo 2	25



Agradecimentos

O Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, o Departamento de Epidemiologia e a Coordenação do sistema EVITA agradecem a todas as pessoas que tornaram possível a implementação e manutenção deste sistema. A estas pessoas, um agradecimento especial deve ser dirigido:

Aos interlocutores e a todos os funcionários administrativos das unidades de saúde participantes cuja disponibilidade e interesse tornam o EVITA viável.

Colaboradores

- Hospital S. Pedro – Vila Real
- Hospital Distrital de Chaves
- Hospital de S. Sebastião - St.^a Maria da Feira
- Centro Hospitalar da Cova da Beira
- Centro Hospitalar de Coimbra
- Hospital Pediátrico de Coimbra
- Hospital Distrital de Faro



Introdução

O sistema **EVITA** – Epidemiologia e Vigilância dos Traumatismos e Acidentes, criado em 2000, é coordenado pelo Departamento de Epidemiologia do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA). Em termos sucintos é um sistema de recolha e análise de dados sobre Acidentes Domésticos e de Lazer (ADL) que implicaram recurso às urgências de unidades de saúde do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Este sistema é desenvolvido em estreita colaboração com a Administração Central dos Sistemas de Saúde.

Os principais objectivos do sistema EVITA são:

- A curto prazo: determinar frequências e tendências dos ADL em geral e das suas diversas formas, bem como as características das vítimas, das situações e dos agentes envolvidos;
- A longo prazo: identificar situações de risco, bem como produtos perigosos, que propiciem a ocorrência de ADL; estabelecendo assim uma base de apoio para a definição de políticas de prevenção baseadas na evidência.

O presente relatório apresenta a análise descritiva dos dados recolhidos pelo sistema EVITA durante os anos de 2009 a 2012.

2

Material e métodos



Genericamente o sistema EVITA fundamenta-se no registo de ADL numa amostra de serviços de urgência do SNS.

Definição de caso

ADL são todos os acidentes domésticos e de lazer, registados nas urgências do SNS, cuja causa não seja doença, acidente de viação, acidente de trabalho ou violência.

Fonte de informação

Os serviços de urgência das unidades hospitalares e os seus equivalentes a nível da rede de centros de saúde são a fonte de dados do sistema EVITA.

A amostra de unidades de saúde que constituem o sistema EVITA foi constituída da seguinte forma:

- Por um método de selecção aleatório foram escolhidos 5 Hospitais em 2009 e 4 Hospitais em 2010, 2011 e 2012 do Serviço Nacional de Saúde;
- A cada uma destas unidades foi enviada uma carta de convite à participação no projecto, explicando os objectivos e a sua forma de funcionamento;
- Após esta consulta foi constituída uma lista final com os Hospitais e Centros de Saúde que manifestaram interesse na participação e que reuniam as condições logísticas e técnicas de participação (os sistemas SONHO ou SINUS do IGIF instalados).

O registo dos ADL é feito aproveitando o acto administrativo de inscrição na urgência, sendo os administrativos objecto de uma formação específica.

Colheita de dados

É recolhida informação sobre variáveis de:

- Caracterização demográfica: data de nascimento, sexo;
- Caracterização do acidente: data, hora, local, actividade no momento do acidente, mecanismo da lesão, tipo de lesão, parte do corpo lesada, descrição do acidente e seguimento do sinistrado.

2.1 Orgânica do Sistema

De uma forma geral o sistema funciona da seguinte forma:

1º Registo de todas as urgências por ADL que chegam ao serviço de urgência de determinada unidade de saúde, tendo como suporte uma aplicação modular (módulo EVITA) inserida nas aplicações SINUS e SONHO da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS). O registo é feito pelo funcionário da urgência na altura da inscrição do utente, seguindo as instruções de um manual desenvolvido pelo Departamento de Epidemiologia (DEP) do INSA.

Do conjunto de causas listadas, nos programas SINUS e SONHO, são seleccionadas as causas que satisfazem a definição de ADL.

Módulo EVITA: constituído por uma caixa de diálogo, recolhe informação sobre o acidentado, o acidente e as suas circunstâncias, assim como as características da lesão.



Os campos ou itens disponíveis neste módulo são:

- Sexo e data de nascimento do acidentado;
- Data e hora de atendimento no serviço de urgência;
- Data e hora do acidente;
- Local da ocorrência do acidente – classificação a dois níveis;
- Actividade na altura do acidente (actividades doméstica, educativa, etc. - classificação a dois níveis);
- Mecanismo da lesão (como a lesão foi provocada, por exemplo: por fogo, queda, etc. - classificação a dois níveis);
- Tipo de lesão (por exemplo: ferida aberta, queimadura, etc.);
- Parte do corpo lesada (por exemplo: cabeça, tronco, etc. - classificação a dois níveis);
- Descrição do acidente (realizada de modo muito sucinto, deve descrever o que provocou a lesão, assinalando o que correu mal, eventuais produtos envolvidos, local do acidente e outras informações que sejam consideradas como pertinentes).

No que respeita aos itens codificados a dois níveis, o 1º nível de resposta, mais genérico, aponta, por exemplo, no que se refere ao local onde se deu o acidente, se foi em “casa”, em “área de transporte”, ao “ar livre” ou noutra local. Após a selecção do 1º nível, o 2º nível deverá especificar melhor o ADL, por exemplo, dentro de casa, onde se deu o ADL, na “cozinha”, no “quarto”, na “garagem”, etc. Os dois níveis permitem pormenorizar melhor o acidente (Anexo). Esta estruturação da base de dados foi concebida de acordo

com o manual de codificação V2000 elaborado e fornecido pela Comissão Europeia (Programa de Prevenção de Lesões).

Seguimento do doente: Para além dos dados recolhidos directamente sobre o acidente e a lesão (ou lesões) é possível obter através das aplicações SINUS e SONHO, dados relativos ao seguimento do doente, à ocorrência de internamento e a respectiva duração.

2º Validação dos dados recolhidos: a validade inclui o grau de preenchimento da base de dados e incongruências entre os campos.

2.2 Dados e análise estatística

Os dados apresentados neste relatório referem-se aos acidentes domésticos e de lazer, recolhidos nos Hospitais que participaram no sistema EVITA entre janeiro 2009 e dezembro de 2012, seguindo a metodologia apresentada na secção anterior.

A análise dos dados é descritiva, procurando dar-se uma visão da distribuição percentual dos acidentes registados pelas variáveis que se encontram disponíveis.

Os dados foram analisados com o pacote estatístico SPSS 20.0 (SPSS inc.).

3

Resultados



Entre janeiro de 2009 e dezembro de 2012 o número total de acidentes domésticos e de lazer recolhidos pelo sistema EVITA foi de 14480. A distribuição do número de ADL registados pelas unidades de saúde participantes revelou:

Quadro 1 – Distribuição do número de ADL registados pelo sistema EVITA por unidade de saúde participante.

Unidades de Saúde	2006	
	%	n
Hospital de S. Pedro - Vila Real	0,01	2
Hospital Distrital de Chaves	0,01	2
Hospital de S. Sebastião - St.ª Maria da Feira	2,75	399
Centro Hospitalar da Cova da Beira	3,83	556
Centro Hospitalar de Coimbra	16,49	2388
Hospital Pediátrico de Coimbra	3,63	527
Hospital Distrital de Faro	73,24	10606
TOTAL		14480

De acordo com o descrito na Figura 1, pode-se verificar que a distribuição dos ADL pelos meses do ano apresentou a maior percentagem de registos no mês de novembro (16,8).

Como se pode observar na Figura 2, Sexta-feira foi o dia da semana em que houve maior percentagem de ADL. Parece evidenciar-se algum tipo de sazonalidade da percentagem de ADL durante a semana, iniciando e terminando a semana com valores mais baixos (12,7 e 13,2 respectivamente) e atingindo um pico entre Terça e Sexta feira.

No que respeita à distribuição da ocorrência dos ADL pela hora do dia (Figura 3), saliente-se os dois picos de maior ocorrência de acidentes às 12h (8,5) e às 16h (8,3) nos quatros anos analisados.

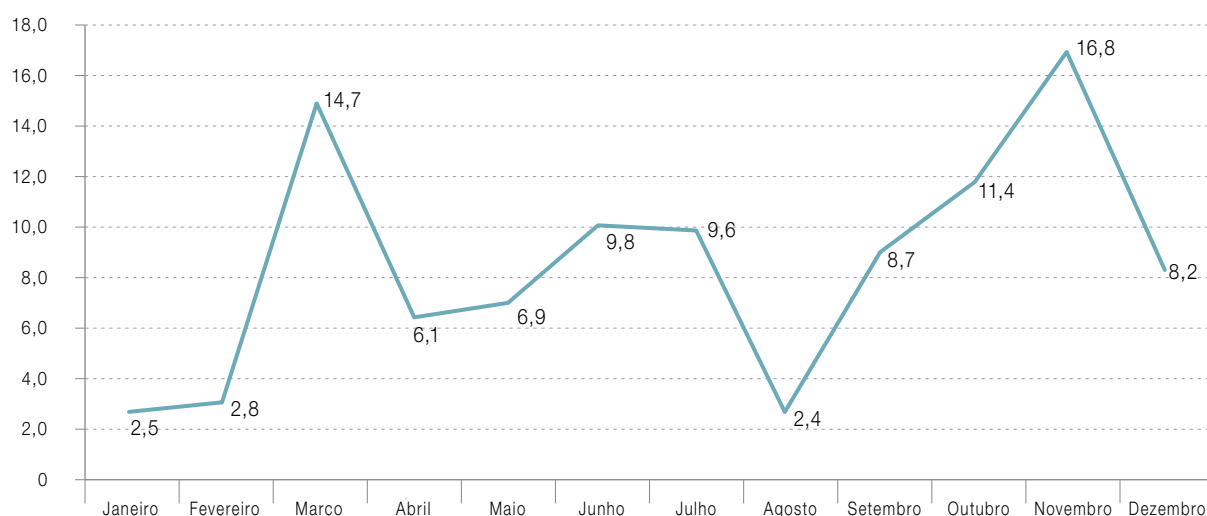


Figura 1 – Distribuição percentual dos acidentes registados por mês da ocorrência.

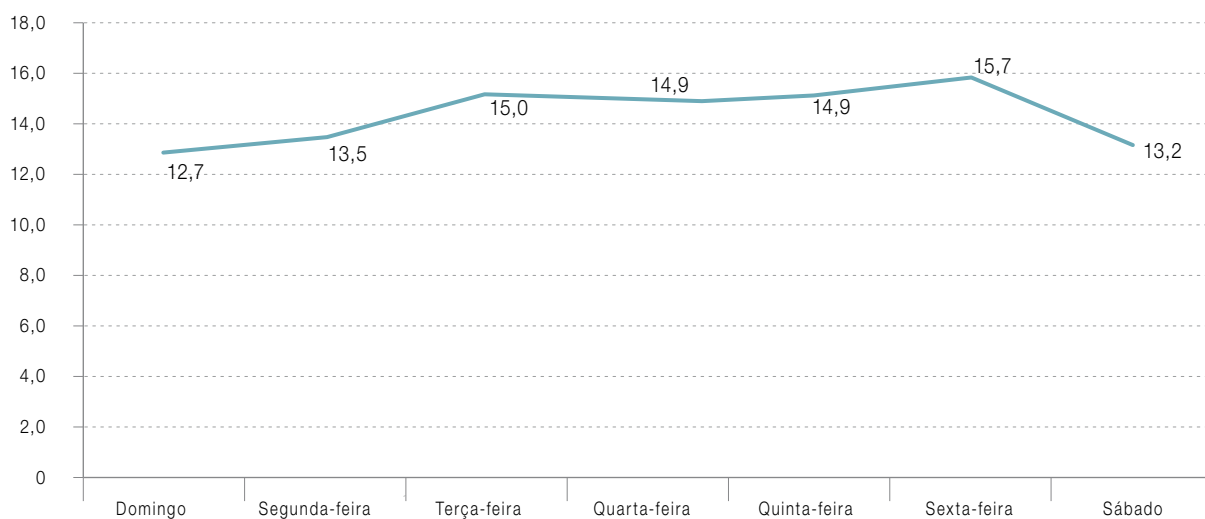


Figura 2 – Distribuição percentual dos acidentes registados por dia da semana da ocorrência.

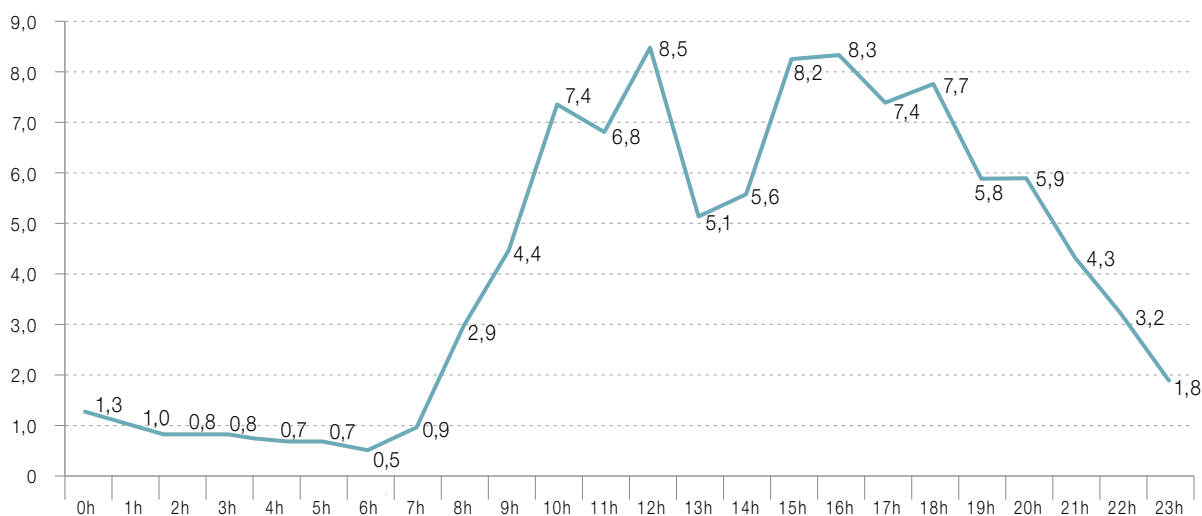


Figura 3 – Distribuição percentual dos acidentes registados por hora do dia.

A distribuição dos acidentados por sexo e grupo etário é apresentada no Quadro 2. Se analisarmos a distribuição percentual por sexo, podemos verificar que, o “Total” dos ADL revela uma percentagem mais elevada no sexo masculino (53,6) em relação ao sexo feminino (46,4). Esta percentagem

mais elevada no sexo masculino pode, também, ser observada nos grupos etários entre os 0 e 54 anos. Por outro lado, todos os grupos etários seguintes (≥ 55 anos) revelaram o oposto, ou seja, a percentagem de ADL no sexo feminino foi superior ao sexo masculino.



Quadro 2 – Distribuição dos acidentes domésticos e de lazer nas unidades de saúde participantes por sexo e grupo etário.

	SEXO		
	Masculino	Feminino	
0 - 4	56,1 1025	43,9 801	1826
5 - 9	58,2 1012	41,8 727	1739
10 - 14	58,2 1401	41,8 1006	2407
15 - 19	63,8 690	36,2 392	1082
20 - 34	66,1 1130	33,9 579	1709
35 - 44	61,4 690	38,6 433	1123
45 - 54	52,3 515	47,7 470	985
55 - 64	44,8 443	55,2 545	988
65 - 74	35,7 355	64,3 640	995
>= 75	31,1 505	68,9 1121	1626
Total	53,6 7766	46,4 6714	14480

3.1 Local de ocorrência do acidente

Em relação ao local de ocorrência do acidente é possível observar que, durante os anos analisados, a “Casa” (43,6), seguido da “Escola” (24,0) foram os locais de ocorrência com percentagem mais elevada de ADL (Figura 4).

Ao analisarmos a distribuição por sexo e grupo etário dos dois locais de ocorrência com percentagem de ADL (Casa e Escola) é possível constatar que a percentagem de ADL ocorridos em Casa revela valores mais elevados nos grupos etários extremos 0-4 anos e ≥ 75 anos enquanto que os ADL ocorridos na Escola revelaram uma percentagem mais elevada no grupo etário 10-14 anos. De facto, ao analisarmos mais especificamente os resultados obtidos em Casa a percentagem de ADL no sexo masculino revelaram-se mais elevados que no sexo feminino nos indivíduos entre os 0 e 54 anos, nos indivíduos com 55 ou mais anos foi no sexo feminino que existiu uma percentagem mais elevada de ADL. (Figura 5) Por outro lado os ADL ocorridos na escola não revelaram diferenças significativas entre os dois sexos. (Figura 6)

Ao observarmos a percentagem de ADL por local de ocorrência (2º nível), seleccionámos as 10 localizações com maior percentagem. O “interior da residência, outros” revelou-se como a localização com maior percentagem (33,7), sendo que a cozinha revela-se como o local dentro de casa com maior percentagem de ADL (3,3). Por outro lado a “Escola” revelou-se a este nível a 2ª maior causa de ADL (18,6). (Figura 7)

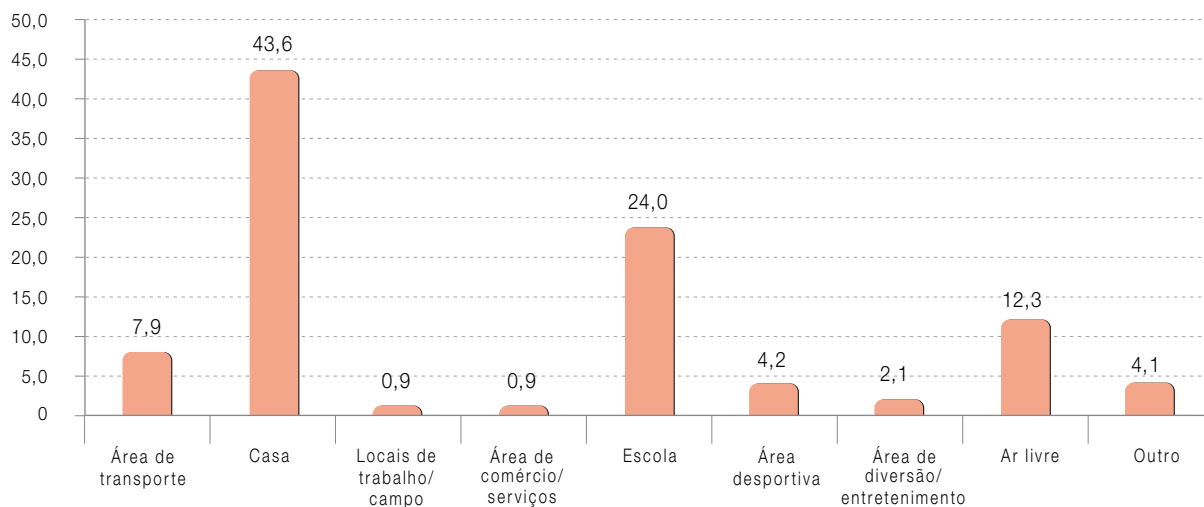


Figura 4 – Distribuição dos ADL registados por local de ocorrência.

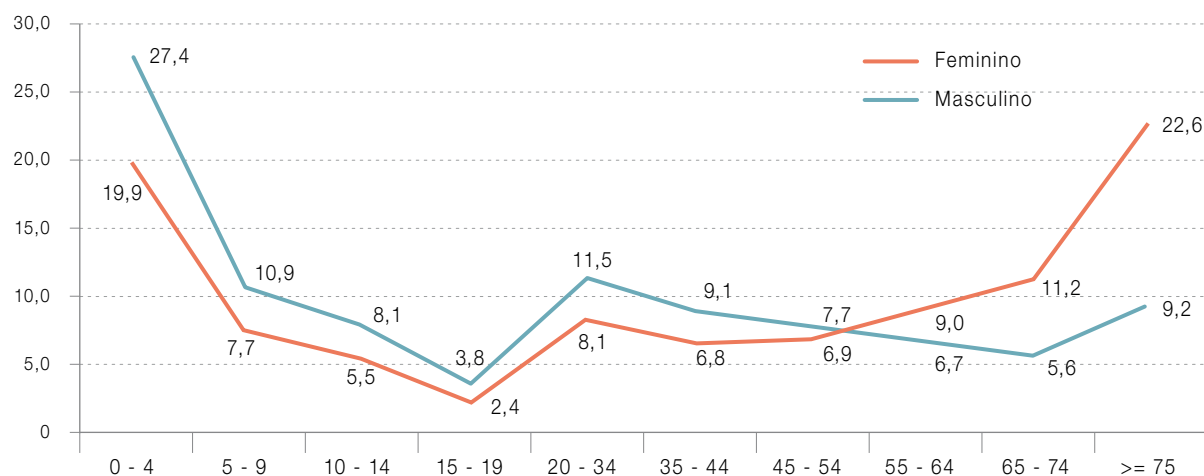


Figura 5 – Distribuição percentual dos acidentes ocorridos em Casa por sexo e grupo etário.

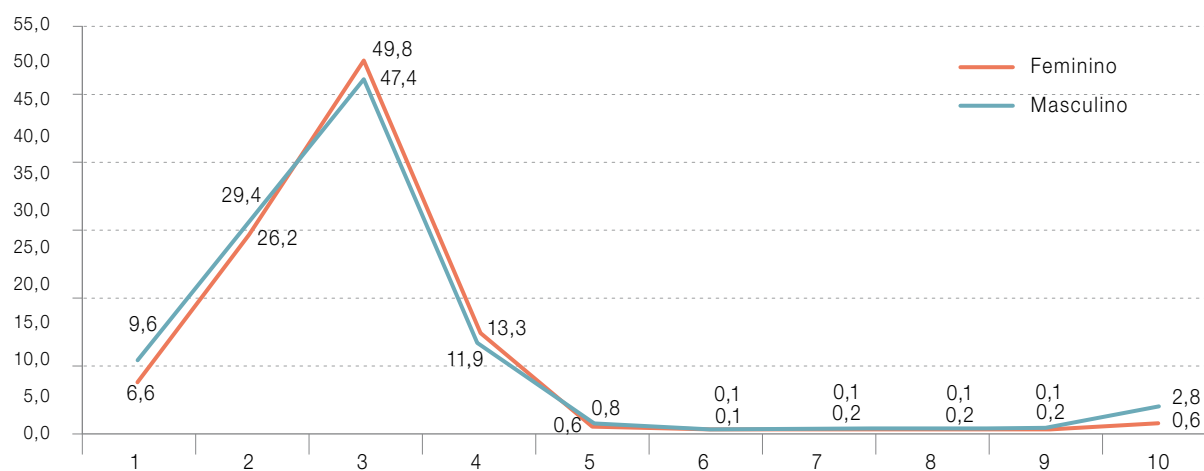


Figura 6 – Distribuição percentual dos acidentes ocorridos na Escola por sexo e grupo etário.

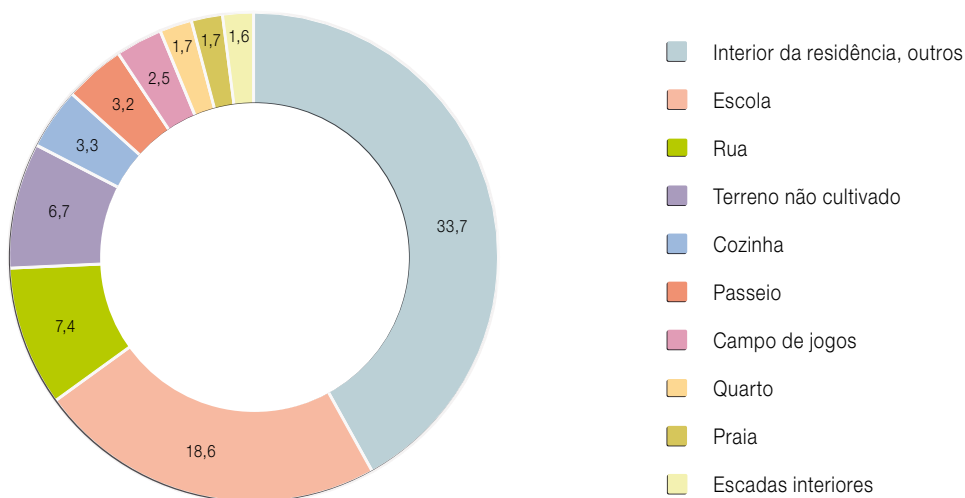


Figura 7 - Distribuição percentual das 10 localizações (2º nível) com maior percentagem de acidentes.

3.2 Actividade no momento do acidente

Em mais de metade dos ADL (51,0), a actividade no momento do acidente foi classificada como "Outra". Considerando as restantes categorias de actividades que compõem a variável, o "Lazer" revelou a percentagem mais elevada 26,1 seguida do "Exercício físico" (12,3) (Figura 8).

Ao analisarmos a distribuição dos ADL ocorridos durante "Actividades de lazer" é importante realçar que entre os 0 e os 9 anos e com 45 e mais anos revelaram uma percentagem mais elevada no sexo feminino. Nos restantes grupos etários (10 aos 44 anos) foi o sexo masculino a revelar valores mais elevados (Figura 9).

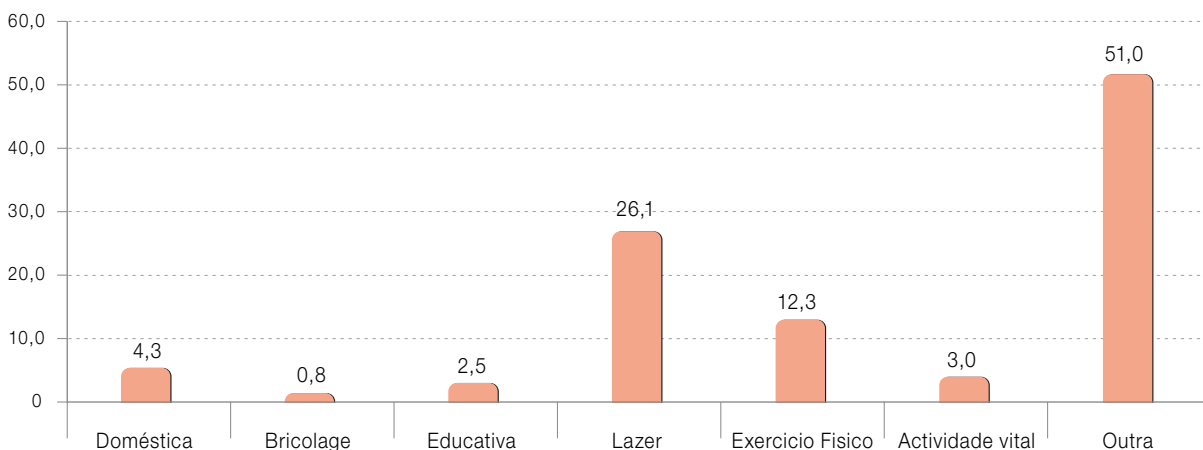


Figura 8 – Distribuição percentual do tipo de actividade durante o acidente.



Ao analisarmos distribuição dos ADL ocorridos durante actividades de “Exercício físico” revelou-se uma maior homogeneidade entre os valores percentuais ao longo dos grupos etários. De facto apenas os grupos etários 10-14 anos e 20-34 anos revelaram diferenças relevantes entre os dois sexos. Nos dois grupos etários referidos entre os 10 e 14 anos o sexo feminino revelou valores mais elevados (60,78) enquanto que no grupo etário

20-34 anos observou-se o oposto o sexo masculino revelou uma percentagem de 12,8 enquanto que o sexo feminino apenas 2,6 (Figura 10).

Ao observarmos a percentagem de ADL por actividade no momento de ocorrência (2º nível), As actividades Brincar (31,6), actividade lúdica e de lazer não especificada (23,2) e educação (17,4) física revelaram maior percentagem de ADL (Figura 11).

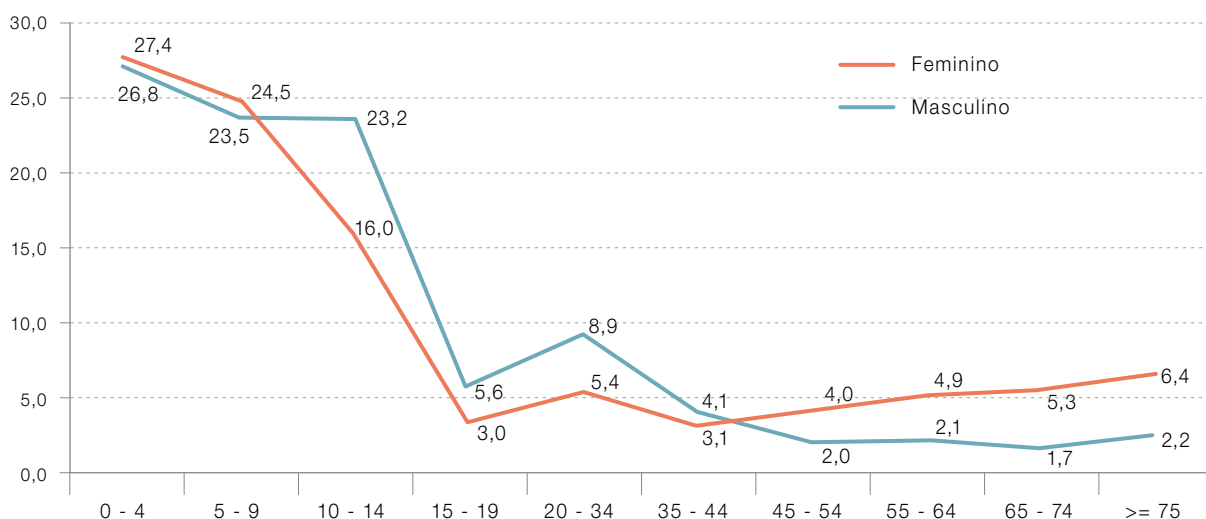


Figura 9 – Distribuição percentual dos acidentes ocorridos durante actividades de Lazer por sexo e grupo etário.

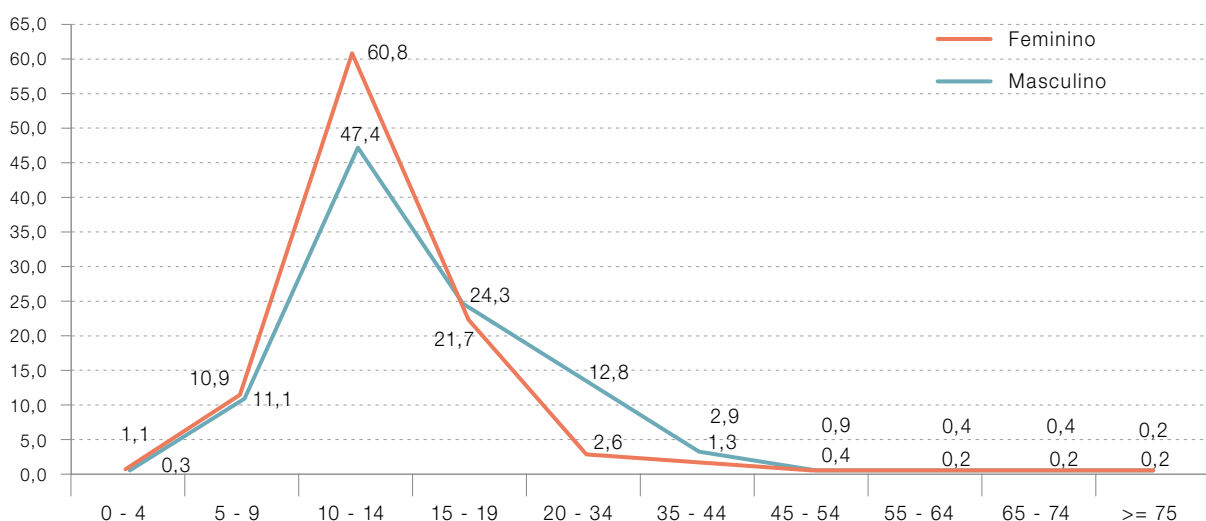


Figura 10 – Distribuição percentual dos acidentes ocorridos durante actividades de Exercício físico por sexo e grupo etário

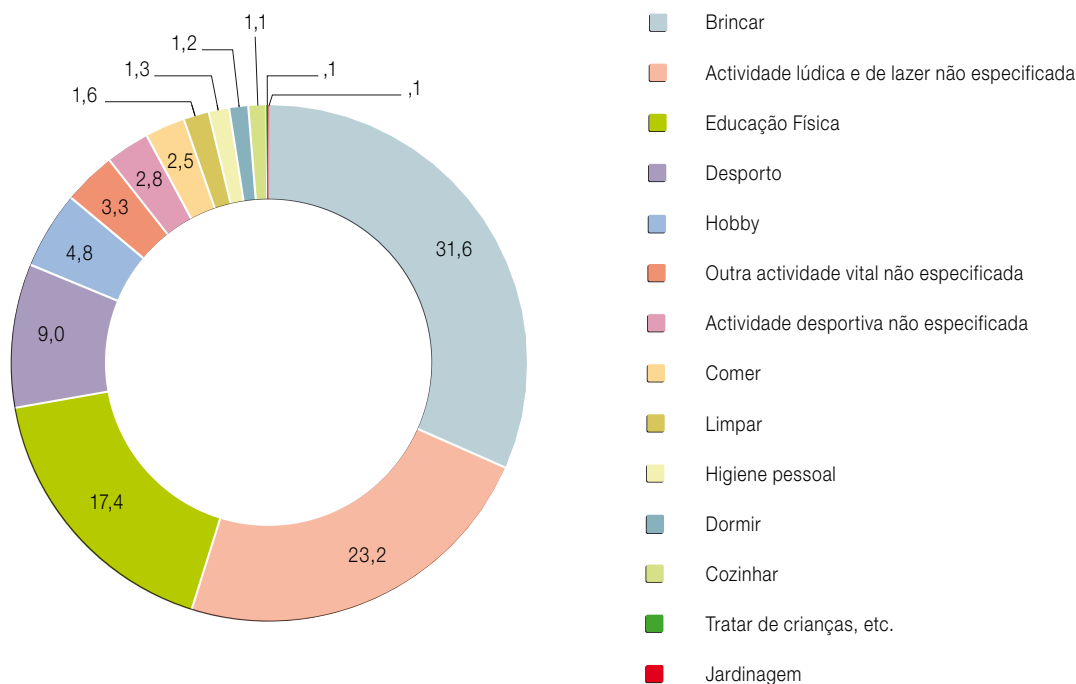


Figura 11 – Distribuição percentual das actividades (2º nível) no momento do ADL com maior percentagem de acidentes

3.3 Mecanismos da lesão

Ao se observar os mecanismos de lesão que mais contribuíram para o número de ADL, as quedas

(68,7) destacam-se de forma pronunciada como a maior causa de ADL (Figura 12).

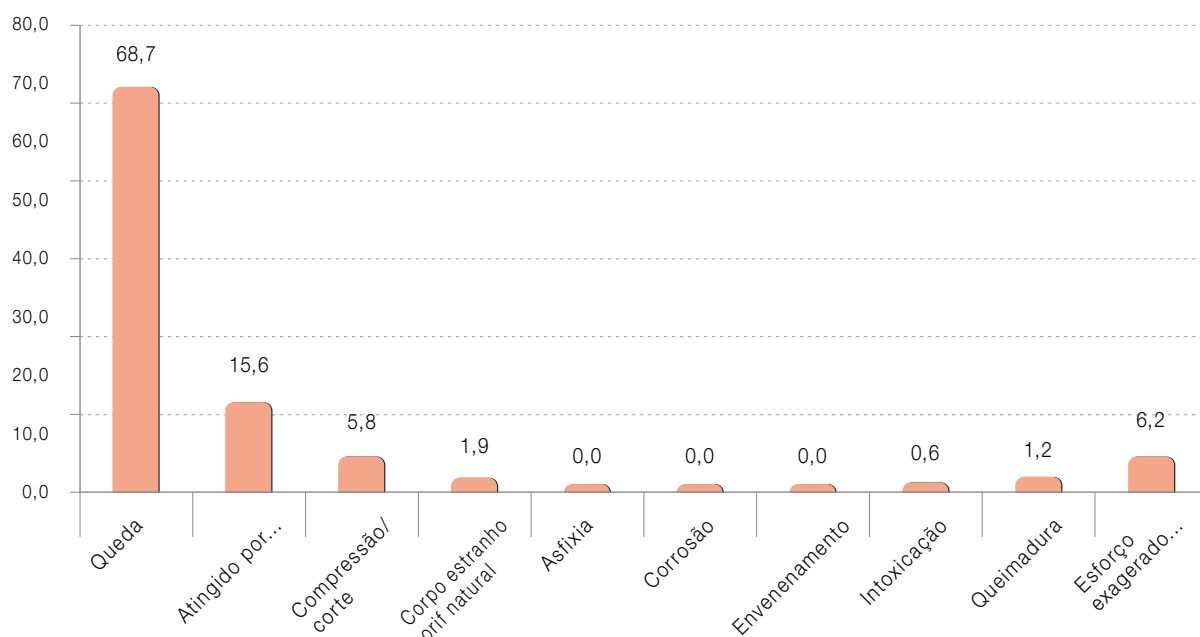


Figura 12 – Distribuição dos ADL registados por mecanismo de lesão no momento do acidente.



Ao se analisar a distribuição das quedas por grupo etário e sexo é muito interessante notar que nos grupos etários 0 a 44 anos existe uma maior percentagem de quedas no sexo masculino enquanto que nos grupos etários 45 e mais anos existe uma percentagem maior deste tipo de ocorrência no sexo feminino (Figura 13).

Ao se fazer uma análise análoga para o mecanismo de lesão “atingimento por...” a variação entre os dois sexos não se revelou tão pronunciada. De qualquer forma, parece existir uma inversão do padrão revelado anteriormente, de facto os grupos etários 0 a 19 anos e 65 e mais anos revelaram percentagens de ADL por este mecanismo mais elevadas no sexo feminino, tendo ocorrido o oposto nos restantes grupos etários (Figura 14).

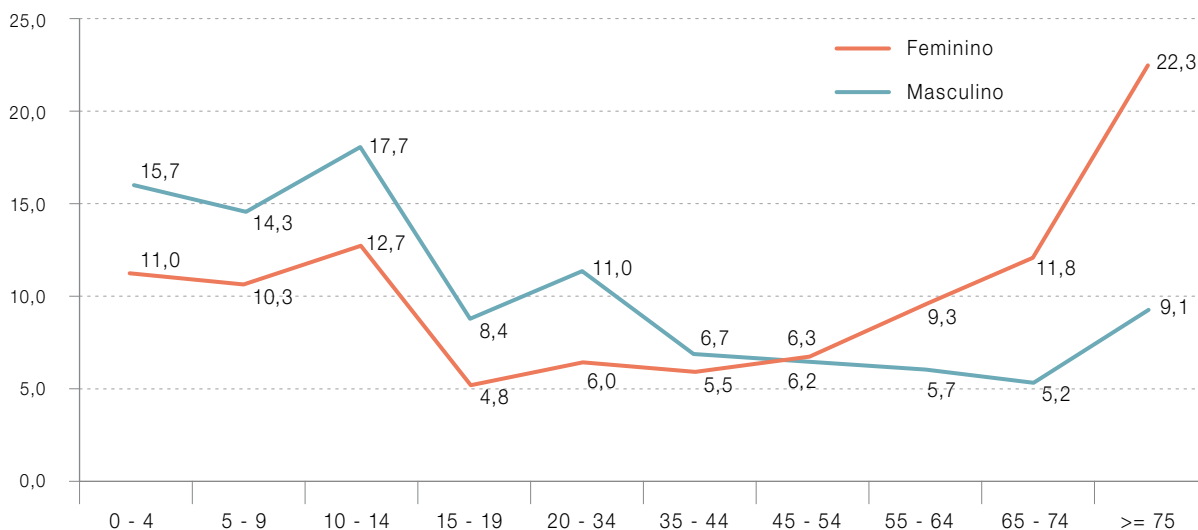


Figura 13 – Distribuição dos ADL registados devido a queda por sexo e grupo etário.

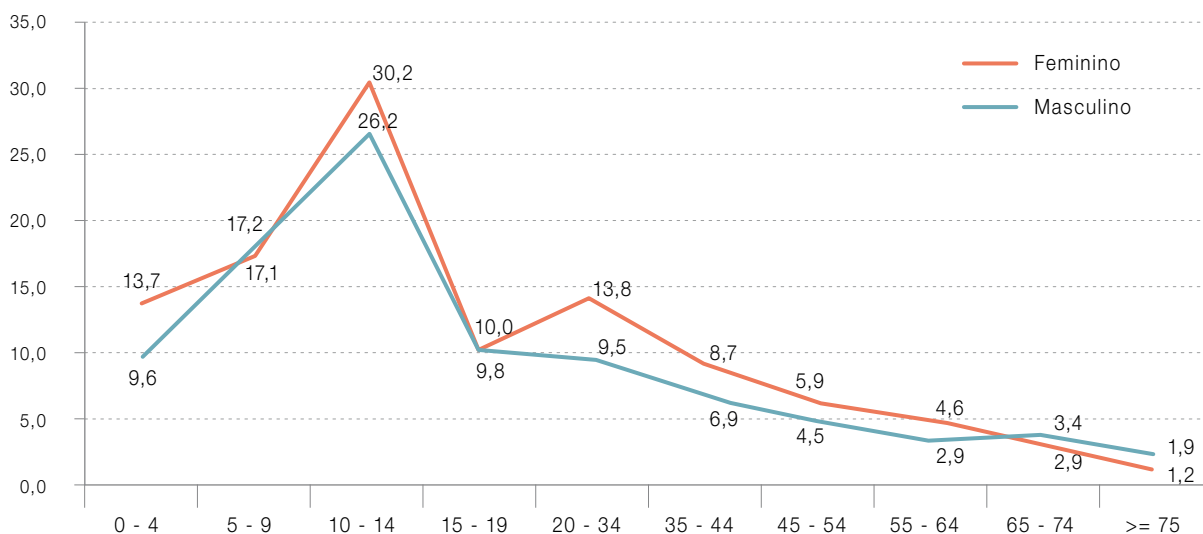


Figura 14 – Distribuição dos ADL registados devido a “atingimento por...” por sexo e grupo etário.



Ao observarmos a percentagem de ADL por mecanismo de lesão (2º nível), os mecanismos de lesão “Queda ao mesmo nível” (32,5), “Queda, não especificado” (28,6), “Objecto em movimento” (12,0) revelaram as maiores percentagens de ADL (Figura 15).

3.4 Tipo de lesão

Ao se observar o tipo de lesão ocorrida devido aos ADL, a “contusão, hematoma” (76,4) apenas seguida de muito longe pela “ferida aberta” (13,1) (Figura 16).

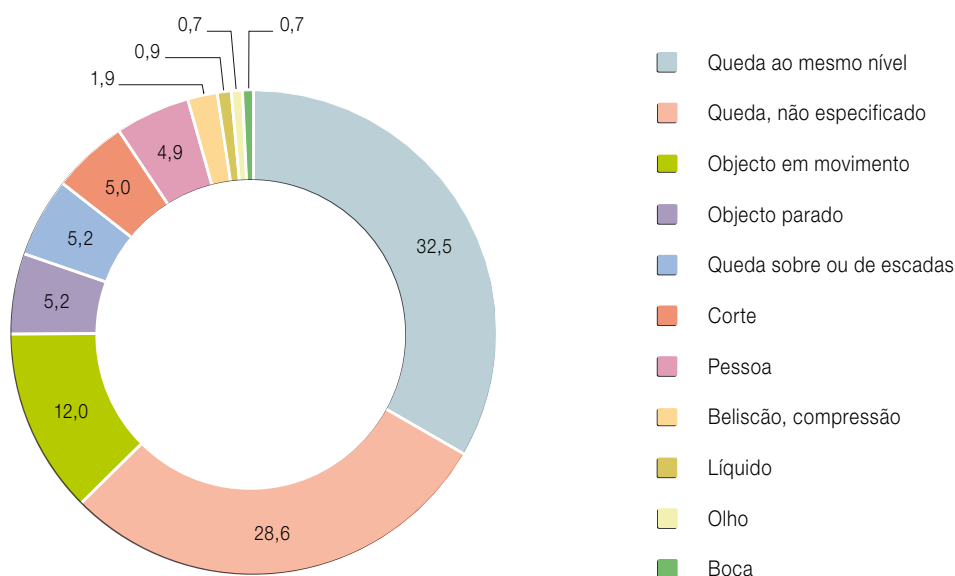


Figura 15 – Distribuição percentual das 10 mecanismos de lesão (2º nível) com maior percentagem de acidentes.

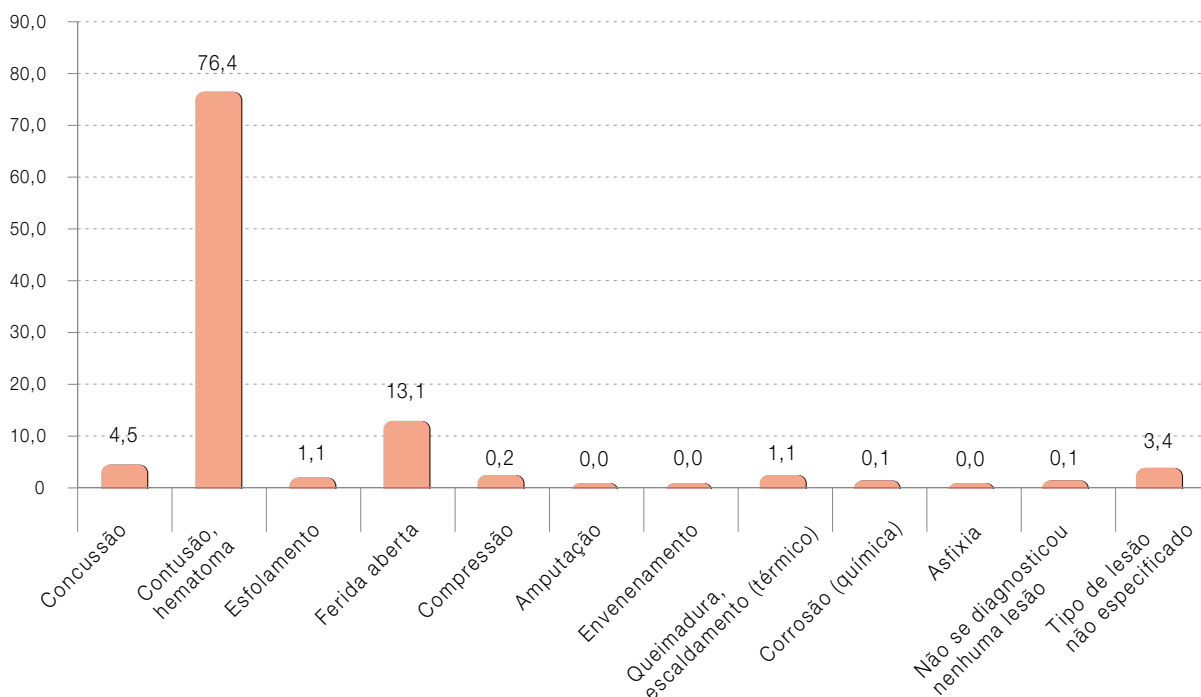


Figura 16 – Distribuição dos ADL registados por tipo de lesão no momento do acidente.



Ao se analisar estes dois tipos de lesões existe uma distribuição de percentagem entre os sexos muito parecidas entre os vários grupos etários. De facto os ADL que resultaram em “contusão/hematoma” revelaram uma percentagem superior no sexo feminino nos grupos etários 0 a 9 anos e 45 e mais anos, sendo que nos restantes grupos etários o sexo masculino revelou percentagens mais elevadas em relação ao sexo feminino (Figura 17).

Os ADL que resultaram em “Ferida aberta” revelaram uma percentagem superior no sexo feminino nos grupos etários 0 a 4 anos e 55 e mais anos, sendo que nos restantes grupos etários o sexo masculino revelou percentagens mais elevadas em relação ao sexo feminino (Figura 18).

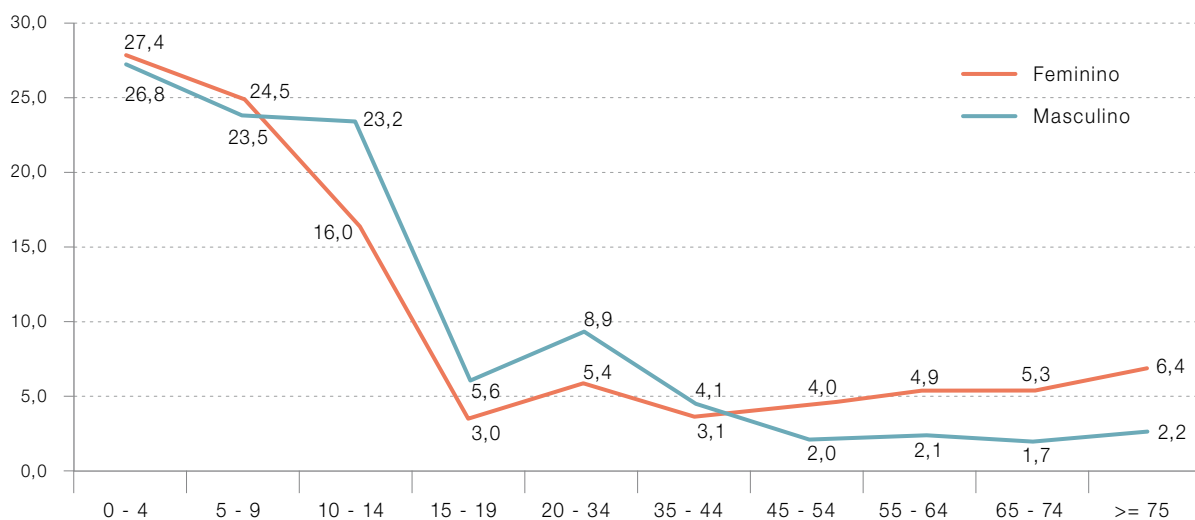


Figura 17 – Distribuição dos ADL registados devido a “Contusão/hematoma” por sexo e grupo etário.

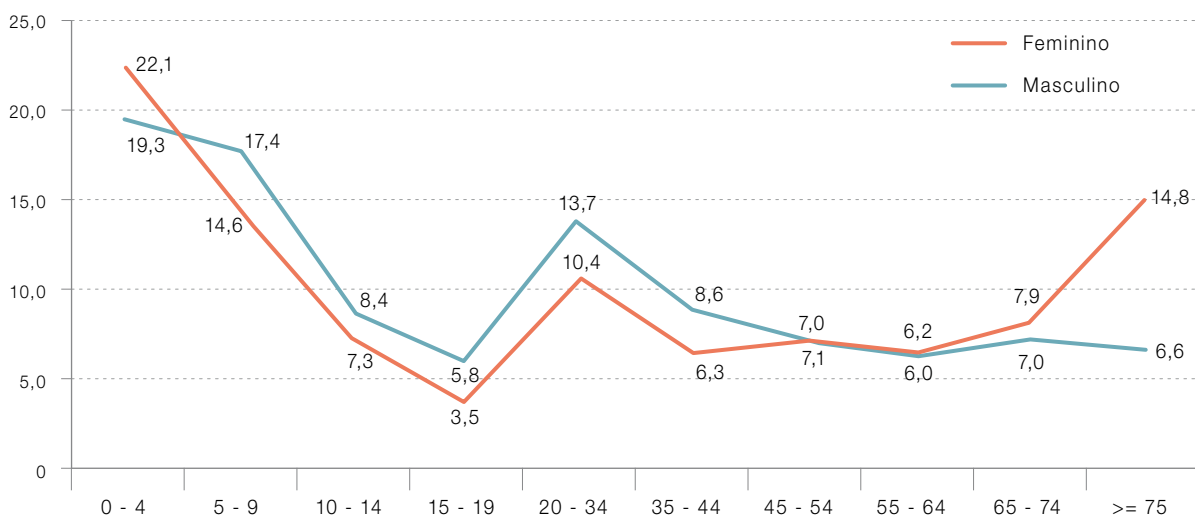


Figura 18 – Distribuição dos ADL registados devido a “Ferida aberta” por sexo e grupo etário.



3.5 Parte do corpo lesada

Ao se observar que parte do corpo foi mais frequentemente lesada durante os ADL verificou-se que cerca de 62,3 destes afectaram os membros seguido da cabeça (29,0) e por fim apenas 8,6 afectaram o tronco (Figura 19).

Ao observarmos a percentagem de ADL por tipo de lesão (2º nível), os tipos de lesão “Braço” (16,6), “Pé excluindo dedos” (14,6), “Crâneo” (12,7) e “Pernas” (11,4) revelaram as maiores percentagens de ADL (Figura 20).

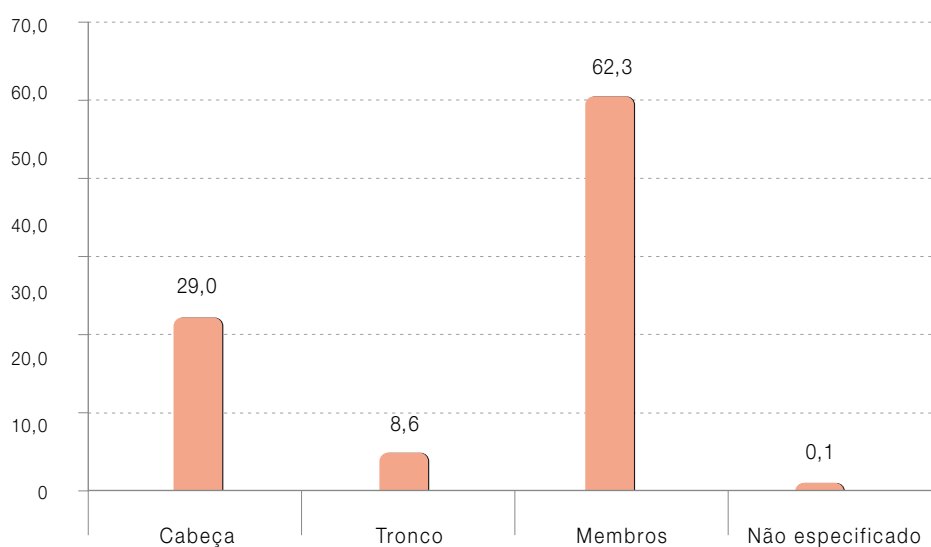


Figura 19 – Distribuição dos ADL registados por tipo de lesão no momento do acidente.

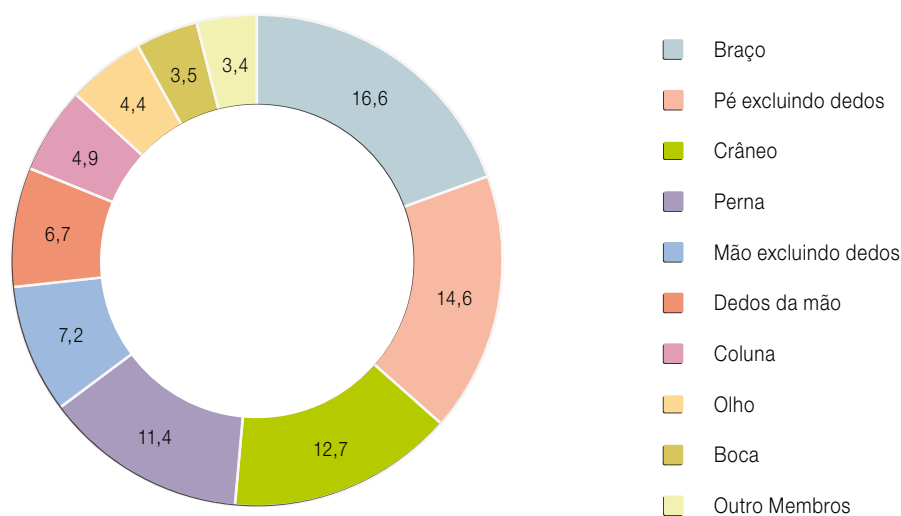


Figura 20 – Distribuição dos ADL registados por tipo de lesão (nível 2) no momento do acidente.



3.6 Seguimento do sinistrado

Em relação ao seguimento dado ao acidentado, o “Exterior não referenciado” representou 70,6 dos ADL registados nos Hospitais, seguido de “Referenciado para consulta” (19,0) e do “Serviço de internamento”: 5,6, a transferência para outro hospital representa apenas 1,4 de todos os ADL. (Figura 21)

Em relação à percentagem de ADL com internamento e ao número médio de dias de internamento por grupo etário é de notar que ambas crescem à medida que avançamos para os grupos etários mais elevados como é possível observar pela figura 22. Pensamos ser interessante observar o aumento do número médio de dias de internamento localizado no grupo 20-34 anos, apesar de a percentagem de internamentos ser apenas 2,7 (Figura 22).

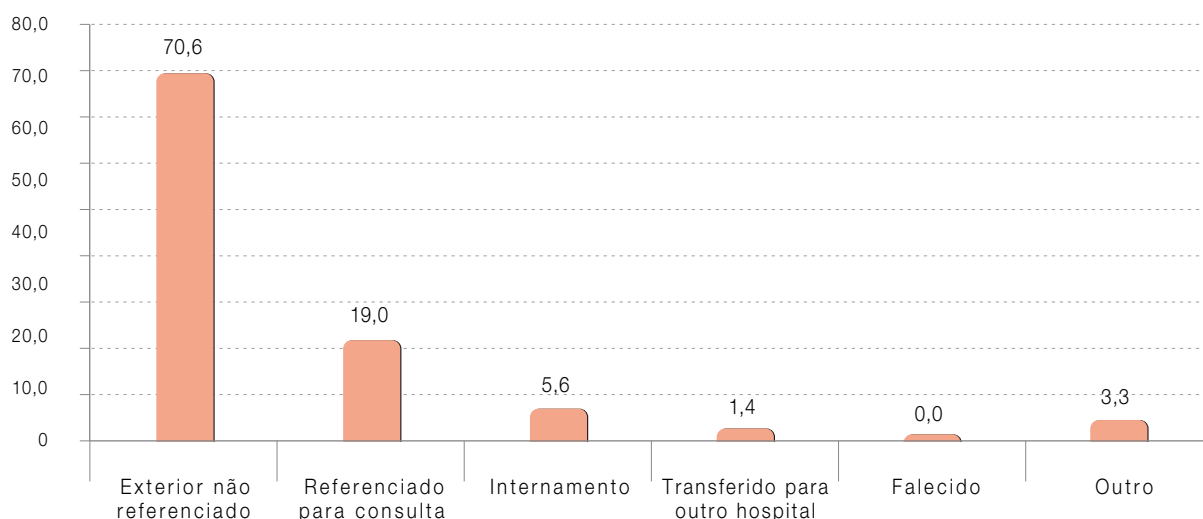


Figura 21 – Distribuição dos ADL registados por tipo de seguimento após a alta.

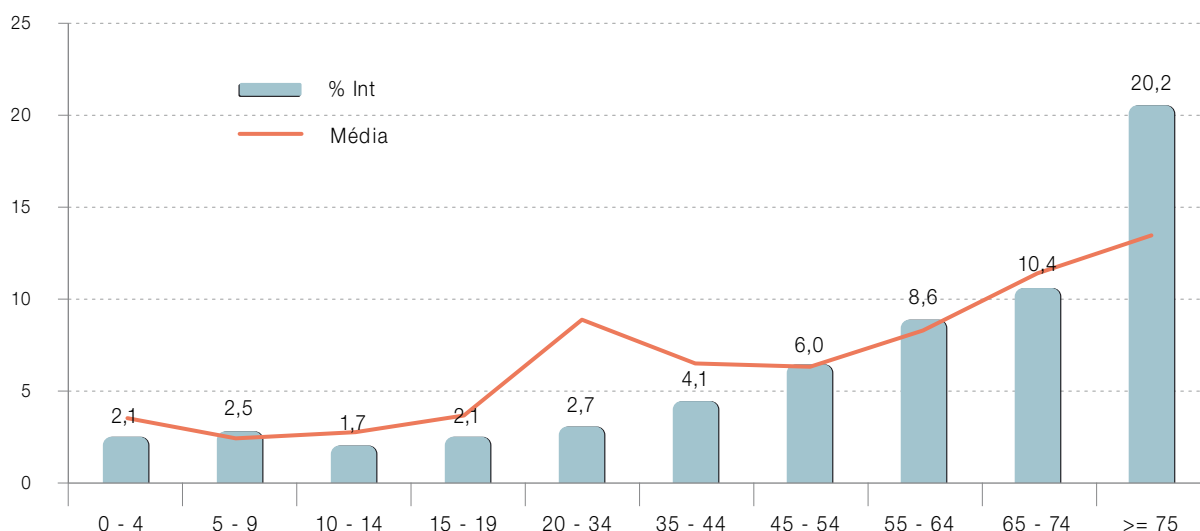


Figura 22 – Percentagem de ADL com internamento e número médio de dias de internamento por grupo etário.

4

Discussão e conclusões



É importante reforçar que o sistema EVITA assenta na adesão voluntária dos participantes. Consequentemente, a amostra de unidades de saúde obtida é de conveniência, facto que limita a representatividade nacional do sistema.

A distribuição dos ADL pela hora da ocorrência indica-nos dois picos de frequência: às 12 horas e às 16 horas, durante o período temporal analisado.

Nos anos analisados, a distribuição percentual dos ADL por sexo em cada um dos grupos etários, mostra que a percentagem de ADL nos homens é mais elevada até ao grupo etário 45-54 anos. Do grupo etário dos 55-64 anos em diante são as mulheres que surgem com a percentagem mais elevada de ADL.

Durante os anos analisados, o local de ocorrência mais referido nos ADL foi a “Casa”. Na distribuição da percentagem de ADL ocorridos em “Casa” por grupo etário e sexo, os valores mais elevados surgem nas idades extremas, no sexo masculino 0-4 anos no sexo feminino 75 ou mais anos. Em ambos os sexos, os ADL ocorridos em “Escola/Instituições” revelaram valores mais elevados no grupo etário dos 10 – 14 anos.

Excluindo a designação “Outra” nos período analisado a actividade mais referida no momento do acidente foi o “Lazer”, seguida de “Exercício Físico”.

O mecanismo de lesão mais referido foi, nos três anos analisados, a “Queda”.

Cerca de 76% de todos os ADL provocaram uma “Concussão, contusão, hematoma”. Esta variável deve ser analisada com todo o cuidado pois a informação é declarada pelo acidentado ou acompanhante, ou seja sem base no diagnóstico médico.

Os “Membros” são a parte do corpo que aparece mais frequentemente como lesada (62,3%).

A maioria dos ADL que chegam ao Hospital seguem para o “Exterior não referenciado”. Por outro lado, 19% têm como consequência “Referenciado para consulta”.

O sistema EVITA possui ainda algumas fragilidades que nos colocam algumas questões. Entre elas temos:

- O facto de algumas regiões de Portugal terem baixa representação, o que leva a uma falta de representatividade a nível nacional;
- A informação sobre o diagnóstico da lesão é obtida antes do tratamento do indivíduo, isto é sem diagnóstico médico, levando-nos a considerá-la menos fiável;
- A recolha da informação no momento da inscrição, poderá não ser a abordagem mais adequada do ponto de vista da qualidade da informação obtida, o que também poderá levar a uma não total cobertura dos casos de ADL que chegam à unidade de saúde. No entanto, é o único momento possível pois a informação é recolhida por via do sistema informático SONHO e SINUS.

Anexo 1



Algumas opções tomadas na recodificação

De forma a tornar mais clara a interpretação dos resultados e, para remediar alguns erros de diagnóstico do acidente, no momento de registo nas Unidades de Saúde, foram agregadas algumas das categorias de três variáveis em estudo:

Da variável “Mecanismo de lesão” foram agregadas as categorias “Envenenamento” e “Intoxicação”.

Da variável “Tipo de lesão” foram agregadas as categorias “Concussão,” e “Contusão/hematoma”.

A variável “Seguimento Hospitalar” foi recodificada da seguinte forma:

- **Exterior não referenciado** agrega as categorias: “Exterior não referenciado”, “Saída contra parecer médico”, “Alta disciplinar” e “Alta administrativa”;
- **Referenciado para consulta** agrega as categorias: “Consulta Externa” e “ARS/Centro de Saúde”;
- **Internamento** agrega as categorias: “Serviço de Internamento” e “Recobro”;
- **Transferido para outro Hospital** agrega: “Hospital de dia”, “Hospital não pertencente ao SNS” e “Outro Hospital”;
- **Falecido** agrega as categorias: “Falecido (com autópsia)” e “Falecido (sem autópsia)”;
- **Outro** agrega as categorias: “Abandono”, “Serviço domiciliário” e “Outro”.

Anexo 2



Local da ocorrência

Nível 1

Cod	Descrição
0	Áreas de transporte
1	Casa
2	Locais de trabalho e campo
3	Área de comércio e serviços
4	Escola, área institucional e recintos públicos
5	Área desportiva
6	Área de diversão e entretenimento
7	Ar livre
9	Outros locais e não especificados

1 Casa

Cod	Descrição
101	Cozinha
110	Sala de estar
120	Casa de banho ou de lavagens
130	Escadas interiores
140	Interior da residência, outros
150	Residência, exteriores
160	Pátio de recreio na área residencial
170	Jardim
181	Caminho automóvel privado
111	Quarto
121	Lavandaria
182	Estacionamento
180	Garagem

Nível 2

0 Áreas de transporte

Cod	Descrição
001	Passeio
010	Pista de bicicletas
020	Auto-estrada
030	Estrada rural
040	Estrada urbana
060	Paragem de autocarro
070	Cais
002	Rua
061	Estação de comboios

2 Locais de trabalho e campo

Cod	Descrição
202	Quinta
212	Floresta
220	Mina
232	Oficina
240	Obras públicas
260	Armazém
270	Escritório
211	Plantação
221	Pedreira
230	Fábrica
231	Estaleiro naval
200	Quintal
201	Fazenda
210	Campo

**3** Área de serviço e comércio

Cod	Descrição
300	Loja
320	Hotel
301	Mercado
321	Motel
340	Centro comercial
330	Supermercado

4 Escola, área institucional e recintos públicos

Cod	Descrição
400	Creche
412	Escola
420	Recreio escolar
440	Serviços públicos
451	Hospital
460	Casa de repouso
470	Quartel
411	Colégio
410	Universidade
452	Clínica
450	Centro de saúde
403	Infantário
402	Jardim infantil
401	Ama
462	Lar
461	Instituição para deficientes

5 Área desportiva

Cod	Descrição
500	Ginásio
510	Campo de jogos
520	Piscina
590	Área desportiva não especificada
511	Estádio

6 Área de diversão e entretenimento

Cod	Descrição
601	Restaurante
610	Discoteca
621	Cinema
630	Parque de diversões
640	Parque infantil
650	Jardim público
690	Área de parque, diversão e entretenimento, não especificado
603	Café
602	Bar
600	Pastelaria
620	Teatro
622	Sala de concertos

7 Ar livre

Cod	Descrição
700	Terreno não cultivado
740	Praia
760	Campismo
800	Mar
810	Lago
820	Rio
830	Embarcação
890	Mar e zona aquática, não especificado
821	Ribeira
822	Barragem
823	Albufeira



Mecanismo da Lesão

Nível 1

Cod	Descrição
00	Queda
01	Contacto com...
02	Compressão, corte, perfuração
03	Corpo estranho em orifício natural
04	Asfixia
05	Corrosão
06	Envenenamento
07	Intoxicação
08	Queimadura
09	Electricidade
10	Esforço exagerado agudo do corpo ou parte do corpo
11	Acústico
99	Outro

Nível 2

00 Queda

Cod	Descrição
001	Queda ao mesmo nível
003	Queda sobre ou de escadas
009	Queda, não especificado

01 Contacto com...

Cod	Descrição
010	Objecto em movimento
011	Objecto parado
012	Pessoa
013	Animal

02 Compressão, corte, perfuração

Cod	Descrição
020	Beliscão, compressão
021	Corte
022	Golpe
023	Rasgão
024	Furo, perfuração
025	Mordida
026	Picada

03 Corpo estranho em orifício natural

Cod	Descrição
030	Olho
031	Nariz
032	Boca
033	Orelha
038	Outro orifício natural

04 Asfixia

Cod	Descrição
040	Estrangulamento
042	Afogamento
049	Asfixia, não especificado

08 Queimadura

Cod	Descrição
080	Líquido
081	Vapor
082	Objecto
083	Chamas/Incêndio



Actividade no momento do acidente

Nível 1

Cod	Descrição
1	Doméstica
2	Bricolage
3	Educativa
4	Lazer
5	Exercício físico
6	Actividade vital (básica)
8	Outra actividade

Nível 2

1 Doméstica

Cod	Descrição
10	Cozinhar
11	Limpar
12	Tratar de crianças, etc.
13	Compras
14	Jardinagem

4 Lazer

Cod	Descrição
40	Brincar
41	Hobby
49	Actividade lúdica e de lazer não especificada

5 Desporto

Cod	Descrição
50	Educação Física
51	Desporto
59	Actividade desportiva não especificada

6 Actividade vital (básica)

Cod	Descrição
60	Comer
61	Dormir
62	Higiene pessoal
69	Outra actividade vital não especificada

Tipo de lesão

Cod	Descrição
1	Concussão
2	Contusão, hematoma
3	Esfolamento
4	Ferida aberta
11	Compressão
12	Amputação
13	Envenenamento
14	Queimadura, escaldadura (térmico)
15	Corrosão (química)
16	Electrocussão
17	Radiação (raios solares, raio X, etc.)
19	Asfixia
97	Não se diagnosticou nenhuma lesão
99	Tipo de lesão não especificado

Parte do corpo lesada

Nível 1

Cod	Descrição
1	Cabeça
2	Tronco
3	Membros
4	Múltiplas
7	Não aplicável



Nível 2

1 Cabeça

Cod	Descrição
12	Crâneo
13	Olho
14	Orelha
15	Nariz
16	Boca
17	Pescoço
19	Outro

2 Tronco

Cod	Descrição
21	Peito, esterno
22	Coluna
23	Abdómen
24	Pélvis
25	Genitais
29	Outro

3 Membros

Cod	Descrição
31	Ombro
32	Braço
33	Mão
34	Anca
35	Perna
36	Pé
39	Outro

Seguimento

Seguimento nos Hospitais

Cod	Descrição
1	Exterior não referenciado
2	Referenciado para consulta
3	Internamento
4	Transferido para outro Hospital
5	Falecido
6	Outro

Seguimento nos Centros de Saúde

Cod	Descrição
1	Domicílio
2	Ambulatório
3	Internamento Centro de Saúde
4	Cuidados Hospitalares
5	Falecido
9	Desconhecido



Instituto Nacional de Saúde
Doutor Ricardo Jorge

Departamento de Epidemiologia

Instituto Nacional de Saúde *Doutor Ricardo Jorge*
Av. Padre Cruz, 1649-016 Lisboa, Portugal
Tel.: (+351) 217 526 404
Fax: (+351) 217 526 499
E-mail: dep@insa.min-saude.pt