

# Construção de ficha de notificação de acidentes e violências e reprodutibilidade interobservadores

*The development of a recording accidents and violence card and interobservers reproducibility*

Marcos Mesquita Filho<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Curso de Medicina da Universidade do Vale do Sapucaí, Pouso Alegre-MG, Brasil

## Resumo

**Objetivo** – Construir uma ficha de notificação de agravos em vítimas de acidentes e violências, para serviços de urgência e emergência e avaliar a reprodutibilidade interobservadores. **Métodos** – Sua primeira versão foi construída a partir de pesquisa bibliográfica. Em seguida, foi avaliada por especialistas e testada em estudo piloto. Posteriormente foi preenchida no serviço. Foram entrevistadas e reentrevistadas 73 vítimas. Mensurou-se a reprodutibilidade pelo percentual de concordâncias e pelo *kappa* bruto e ajustado. **Resultados** – A ficha de notificação foi facilmente preenchida (média 6 minutos e 54 segundos; mediana – 5 minutos). A proporção de concordâncias ficha/reentrevista variou entre 40 e 100%. Utilizando-se o *kappa*, indicadores como agressões e alta obtiveram piores desempenhos (0,37 e 0,34). Os demais mantiveram concordância entre 0,68 e 1,00. Com seu ajustamento para vieses e prevalência obtiveram-se melhores resultados (entre 0,73 e 1,00). Para duas questões foi detectada necessidade de reestruturação. **Conclusões** – O instrumento foi construído e obteve boa reprodutibilidade interobservadores na maioria das questões.

**Descritores:** Sistemas de informação; Reprodutibilidade dos testes; Vigilância sanitária; Causas externas

## Abstract

**Objective** – To develop a recording card presenting the damages in violence and accident victims in urgency and emergence services and to evaluate the interobservers reproducibility in its use. **Methods** – The first version of the recording card was built through a bibliographic research about the theme. Afterwards, it was evaluated by specialists and tested in a sample study. Lately it was filled in by patients who suffered injuries by external causes. Seventy-three victims were interviewed and re-interviewed. It was performed the reproducibility measurement through the agreement percentage and the *kappa* index adjusted and gross. **Results** – The recording card was easily fulfilled (average = 6 minutes 54 seconds; median – 5:00 minutes). The crude proportion of agreement record/re-interview ranged between 40 and 100%. According to the Kappa Agreement Index, indicators as aggressions and discharge obtained the worst results (0,37 and 0,34). The others kept the agreement index between 0,68 and 1,00. After adjusting kappa to bias and to prevalence, results of better quality were obtained (between 0,73 and 1,00). Two questions needed to be restructured. **Conclusions** – The instrument was built and in the most of the questions interobservers reproducibility was obtained.

**Descriptors:** Information systems; Reproducibility of results; Health surveillance; External causes

## Introdução

Agravos resultantes de causas externas de morbidade e de mortalidade têm sido de fundamental importância na agenda da saúde brasileira<sup>1</sup>.

Devido a seus expressivos indicadores, tanto em mortalidade e morbidade como naqueles referentes a aspectos administrativos e de custos<sup>2</sup>, trata-se de desafios para políticas e serviços deste setor e suas interfaces.

A Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências<sup>3</sup> que tem propostas para atuação nesta área não se encontra efetivamente implantada. Também não foi desenvolvido instrumental adequado para sua viabilização.

Um dos maiores problemas associados ao desenvolvimento de ações de promoção, proteção e recuperação em causas externas no Brasil é a carência de dados confiáveis. “As informações sobre esses eventos constituem elementos importantes para o monitoramento de sua tendência no país e, conseqüentemente, do impacto de intervenções e políticas públicas voltadas para a sua redução”<sup>4</sup>. Quando se trata da morbidade, a escassez se acentua. As fontes de informação são quase sempre inespecíficas, limitadas, sendo geralmente organizadas com finalidades diversas à da coleta de dados sobre violências

e acidentes. Estas não são capazes de reconhecer toda a abrangência dos problemas gerados pelas causas externas. A construção de um Sistema que seja capaz de captar confiável e prontamente informações que alimentem os serviços e ações de saúde é prioritária nesta área.

A Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências<sup>3</sup> assinala que “não existem sistemas de informação epidemiológica relacionados aos atendimentos em prontos-socorros e ambulatórios, e que contemplem estudos mais apurados relativos a acidentes e violências”. É consensual que as informações, diretamente colhidas dos prontuários e fichas existentes nestes locais, são pouco úteis para a vigilância pelos problemas de não-padronização e mau preenchimento. A construção de protocolos de coleta precisos, que possam ser manuseados por diferentes atores, nos diversos serviços e níveis de complexidade do Sistema de Saúde, oferecendo informações confiáveis às estruturas de Vigilância é proposição de alta relevância. Estudos a respeito da reprodutibilidade destes instrumentos não são observados de rotina.

Este trabalho teve como objetivo construir uma ficha de notificação para agravos devidos a violências e acidentes e avaliar a reprodutibilidade interobservadores na sua utilização.

## Métodos

Estudo transversal, observacional e descritivo, realizado em serviço de atenção a urgências da rede pública do município de Pouso Alegre-MG, o Pronto Atendimento Municipal (PA).

A população de interesse foi composta por todos os indivíduos, que procuraram ou foram levados ao pronto-atendimento municipal, devido a agravos à saúde causados por ocorrências e circunstâncias classificadas pela *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*, décima revisão (CID-10)<sup>5</sup> em seus capítulos XIX (natureza da lesão e sua localização) e XX (causas externas de morbidade e mortalidade). Além disto, os pesquisados deveriam ser residentes no município de Pouso Alegre. Retornos de atendimentos anteriores não foram considerados. Os pacientes foram entrevistados na ocasião de seu atendimento nas dependências do serviço de saúde (n=380). Posteriormente ocorreu a reentrevista domiciliar de 73 sujeitos.

### Construção do instrumento

A primeira versão foi elaborada a partir de pesquisa bibliográfica onde foram selecionadas variáveis que pudessem ser de interesse para um futuro sistema de informações<sup>6-8</sup>. Trabalhou-se com a preocupação de se desenvolver um instrumento que pudesse ser preenchido num espaço de tempo curto, compatível com a natural urgência dos procedimentos em serviço. Por isso, ele deveria ter, como características, objetividade, simplicidade de preenchimento, compreensibilidade e adequação à realidade brasileira.

A ficha era constituída por questões fechadas. Na primeira parte eram coletados dados pessoais da vítima (nome, endereço com rua, número e bairro, código de endereçamento postal, telefone, cidade, idade, sexo, estado civil, profissão), data e hora da entrada no serviço. Na segunda buscou-se a definição da causa do evento utilizando-se as normas da CID-10<sup>5</sup>, capítulo XX de V01 até Y98, para causas externas de morbidade e mortalidade colhidas diretamente no momento do atendimento. Depois se informava o(s) procedimento(s) efetuado(s) (preenchido a partir da observação do entrevistador); se estabelecia a localização e o momento da ocorrência, utilizando-se, também, para definir o local (informante: vítima). Logo após, abria-se espaço para anotação da data e horário do evento, e do endereço (rua e bairro) da ocorrência e o destino do paciente (alta, internação, encaminhamento, óbito, ignorado). Finalmente, definia-se a natureza da lesão e sua localização, utilizando critérios da CID-10<sup>5</sup>, capítulo XIX.

A ficha foi então submetida, em sua primeira versão, à avaliação de cinco especialistas. Dois eram doutores na área da epidemiologia, e três da de urgências/emergências (ortopedista, cirurgião e enfermeiro). Foi feita a coleta de críticas e de sugestões observando-se a sua adequação às finalidades propostas (validação de face e de conteúdo<sup>9</sup>). Foi empregado o método da congruência item-objetivo<sup>10</sup>. Os seguintes itens foram considerados para avaliação:

1. Conteúdo: a questão contempla o conteúdo definido pelo objetivo da pesquisa?
2. Simplicidade: a questão é inteligível pela população de interesse?

3. Clareza: a questão está formulada de forma clara?
  4. Relevância: a questão é importante para o cumprimento do objetivo?
  5. Credibilidade: a questão será considerada como algo que vale a pena ser respondido?
  6. Neutralidade: a questão foi formulada de maneira a não induzir a resposta pelo respondente?
- As sugestões obtidas levaram a reformulações da versão inicial.

### Procedimentos para coleta de dados

Foram selecionadas seis enfermeiras plantonistas do PA para preenchimento da ficha de notificação. A escolha foi feita objetivando que as 24 horas diárias de funcionamento deste serviço fossem cobertas. Esta equipe foi submetida a treinamento de seis horas de discussão teórica e simulação de situações práticas. Houve uma grande preocupação com a homogeneização das condutas dos entrevistadores, no sentido de se evitar vieses derivados de um preenchimento heterogêneo e/ou de posicionamentos individuais. Dando continuidade ao treinamento foi realizado um estudo piloto com trinta pacientes. As fichas coletadas no estudo piloto não foram incorporadas aos resultados finais desta pesquisa e serviram para detecção de falhas na ficha, o que levou à sua segunda reformulação. Este questionário modificado foi o que se utilizou no presente estudo.

O processo da coleta de dados foi então desencadeado e teve duração de dois meses. A equipe treinada realizava o preenchimento do instrumento, levantando informações em pacientes que preenchiam os critérios de elegibilidade (ser habitante do município, vítima de causas externas, receber o primeiro atendimento devido àquela causa externa e que este ocorresse no PA). Essa atividade se desenvolvia durante o intervalo de tempo compreendido entre a entrada e a alta do acidentado. O paciente era informado dos objetivos do trabalho e convidado a participar. Se concordasse era entrevistado após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Quando o quadro clínico encontrado impedia a participação da vítima buscava-se coletar as informações do seu acompanhante.

Com a utilização de tabela de números aleatórios (gerada pelo programa EPITABLE), procedeu-se um sorteio de 100 sujeitos entre os 380 entrevistados anteriormente. Os sorteados foram procurados nos endereços fornecidos durante seu cadastro para reentrevista. Como este procedimento tinha o objetivo de obter material para a avaliação de reprodutibilidade interobservadores, foi constituída e treinada nova equipe de entrevistadores. Dois técnicos com experiência em pronto-socorro e epidemiologia reentrevistaram os pacientes portadores vítimas de causas externas. Entre os selecionados, houve uma exclusão, doze recusas e quatorze não foram encontrados. As reentrevistas ocorreram num intervalo de 15 a 30 dias após o atendimento. Os pesquisadores compareciam no domicílio ou no local de trabalho do sujeito e faziam nova explicação dos objetivos do trabalho, convidavam-no a participar e solicitavam autorização para aplicação do instrumento. Após concordância em participar os pesquisados assinaram um novo TCLE. Na reentrevista aplicou-se novamente a ficha de notificação de causas externas no pronto atendimento. Os entrevistadores não tinham quaisquer informações prévias a respeito dos entre-

vistados, além de seus nomes e endereços e não conheciam os dados coletados anteriormente.

### Avaliação da reprodutibilidade: construção do banco de dados e estatísticas

Construiu-se banco de dados a partir do pacote de programas computacionais EPI-INFO versão 6.04<sup>11</sup>, de domínio público. Para testar a reprodutibilidade interobservador, procurou-se verificar a concordância entre os dados colhidos primeiramente no serviço com os resultados da nova entrevista. A confrontação de observadores diferentes buscava avaliar se a ficha, quando preenchida para os mesmos indivíduos, por novos entrevistadores, apresentava estabilidade de resultados.

O estudo da reprodutibilidade foi feito em relação às seguintes variáveis:

1. localização da lesão;
2. tipo de lesão;
3. tipo de causa externa;
4. local de ocorrência;
5. destino do paciente

O grau de concordância entre as respostas dadas nas entrevistas e reentrevistas foi estimado, inicialmente, através do percentual de acordos<sup>12-13</sup>. Para a análise de confiabilidade com medidas ajustadas para concordância aleatória foi usado o índice *kappa*<sup>14</sup>, e o mesmo índice ajustado para vieses e prevalência (*PABAK – prevalence-adjusted bias-adjusted kappa*). O *kappa* é utilizado para medir a confiabilidade de técnicas que resultam em medidas de variáveis discretas, com pequeno número de categorias<sup>15</sup>. Como medida de confiabilidade é usado em estudos em que amostras pareadas são comparadas<sup>14</sup>. Valores paradoxais do *kappa* podem ocorrer devido a vieses ou a uma distribuição assimétrica das prevalências entre as amostras. Com o propósito de minimizar os efeitos destes fatores o *PABAK* pode ser usado. Este índice é útil quando o valor da proporção de concordâncias é alta e o *kappa* paradoxalmente se apresenta baixo<sup>16</sup>. Estabeleceu-se  $p \leq 0,05$  como estatisticamente significante.

O cálculo do *kappa* e o do *PABAK* foram efetuados pelo programa de computador WINPEPI<sup>17</sup> (*Computer Programs for Epidemiologists for Windows*), de domínio público. As estatísticas de cunho descritivo (proporções para variáveis categóricas; média, mediana e desvio padrão para as quantitativas) foram obtidas por intermédio do EPI-INFO.

### Aspectos éticos

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da USP e obedeceu as diretrizes da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. O estudo não apresentou possibilidades de conflitos de interesse.

### Resultados e Discussão

Não foram observadas dificuldades no preenchimento da ficha de notificação. O tempo médio gasto foi de 6 minutos e 54 segundos com um desvio padrão de 3 minutos e 52 segundos e uma mediana de 5 minutos. O instrumento foi bem aceito pelos pesquisados não se registrando recusas à participação.

**Tabela 1. Sexo, idade, tipos de acidentes e violências entre os pacientes do Pronto Atendimento Municipal. Pouso Alegre-MG**

Sexo	n	%
Feminino	21	28,8
Masculino	52	71,2
Faixa etária (anos)		
Menos de cinco	13	17,8
5 a 19	23	31,5
20 a 49	33	45,2
50 e mais	4	5,5
Acidente ou violência		
Outras causas externas de traumatismos acidentais	48	65,8
Acidente de transporte	14	19,2
Agressões	9	12,3
Outras	2	2,7

**Tabela 2. Concordância entre ficha de notificações e reentrevista de pacientes atendidos devidos a causas externas no Pronto Atendimento Municipal, por questão. Pouso Alegre-MG**

		Reentrevistas		
		Sim	Não	Total
Local: cabeça	Sim	25	2	27
	Não	4	61	65
	Total	29	63	92*
Local: membros superiores	Sim	31	0	31
	Não	1	60	61
	Total	32	60	92*
Local: membros inferiores	Sim	15	2	17
	Não	0	75	75
	Total	15	77	92*
Tipo de lesão: ferimento	Sim	47	9	56
	Não	2	25	27
	Total	49	34	83**
Tipo de lesão: traumatismo superficial	Sim	16	2	18
	Não	7	58	65
	Total	23	60	83**
Tipo de causas externas: outras causas externas de traumatismos acidentais	Sim	46	2	48
	Não	5	20	25
	Total	51	22	73
Tipo de causas externas: acidentes de transportes	Sim	14	0	14
	Não	0	59	59
	Total	14	59	73
Tipo de causas externas: agressões	Sim	3	6	9
	Não	2	62	64
	Total	5	58	73
Local: residência	Sim	28	5	33
	Não	5	35	40
	Total	33	40	73
Local: rua	Sim	18	3	21
	Não	7	45	52
	Total	25	48	73
Local: local de trabalho	Sim	5	3	8
	Não	0	65	65
	Total	5	68	73
Destino: alta	Sim	5	3	8
	Não	0	65	65
	Total	5	68	73

\*92 locais atingidos nos 73 pacientes

\*\*83 lesões nos 93 pacientes

Em um caso foi informado na reentrevista que o paciente teria procurado o serviço devido a distúrbio clínico (dor no estômago), ocasionando sua exclusão do estudo.

A amostra dos reentrevistados foi composta por 21 mulheres (28,8%) e 52 homens (71,2%). A média de idade de foi de 22,5 anos. Observou-se a seguinte classificação etária: de zero a quatro anos – 17,8%; de cinco a dezoito anos – 31,5%; de vinte a 49 anos – 45,2% e de 50 e mais anos – 5,5% (Tabela 1).

Os diagnósticos de causas externas efetuados durante seu atendimento apontaram: outras causas externas de traumatismos acidentais 65,8%; acidentes de transporte 19,2%; agressões 12,3% e outras causas 2,7% (Tabela 1).

As proporções de concordância por variável, se estudadas de forma isolada, podem levar a se concluir que a reprodutibilidade obtida seria superior à indicada pelo *kappa* ou pelo *PABAK*. Nas doze questões avaliadas esta proporção apresentou valores que variaram entre 86 e 100% (Tabela 2). Tais resultados podem ser considerados elevados, por incluírem e estarem muito próximos ao valor máximo de 100%. Quando se estudou proporção de concordâncias por resposta, quando ela foi **Sim** sete (58,3%) apresentaram uma proporção de concordâncias igual ou superior a 90%, bem como quando a resposta foi **Não**. Algumas questões como Tipo de causa externa: agressões e Destino do paciente: alta houve importante discrepância nas proporções de concordâncias entre as respostas **Sim** e **Não**. No primeiro caso quando nas entrevistas a resposta foi agressões **Sim** a concordância foi de 43%, quando **Não** ela atingiu 94%. Esta variável sofreu importante alteração na reentrevista: 67% dos entrevistados que afirmaram ter sofrido agressão na primeira entrevista afirmaram na segunda ter sofrido outro tipo de agravo, mudando informação colhida do momento do atendimento para outras causas externas geralmente de natureza não-intencional. De maneira inversa, algumas pessoas declararam-se vítimas de agressão, somente, na reentrevista (dois indivíduos entre os 73 entrevistados). Este viés pode ter sido ocasionado pela dificuldade em se admitir comportamentos agressivos por parte de pessoas

próximas (cônjuges, pais, familiares, amigos), como também pelas consequências que tais situações podem gerar, sobretudo na esfera policial, ou pela possibilidade de represálias por parte dos agressores. As discordâncias entre respostas podem também estar relacionadas ao intervalo de tempo decorrido entre as duas entrevistas, pois o entrevistado teria a possibilidade de não se lembrar de detalhes do evento na segunda entrevista (Tabela 2).

Já em alta, **Sim** atingiu a 97% e **Não** 40%. O baixo valor das proporções de concordância do **Não** tem provável origem no fato de que o primeiro preenchimento da ficha acontecia geralmente no momento do atendimento ao paciente, quando a alta ainda não ocorrera.

Com exceção de agressões **Sim** e alta **Não** todos os itens tiveram proporções de concordância superiores a 75%.

Os índices de concordância medidos pelo *kappa* e *PABAK* são mostrados na Tabela 3.

Os *kappa* não-ajustados variaram entre 0,34 e 1,00. Seu valor médio foi de 0,74, com um desvio padrão de 0,21 e mediana também de 0,74. Cinquenta por cento das questões obtiveram o índice *kappa* superior a 0,75; 33,3% entre 0,40 e 0,74 e 16,7% (duas perguntas) obtiveram resultado entre 0,30 e 0,39 (Tabela 3).

“A interpretação do índice *kappa* deve ser feita com cuidado. *Kappa* não é uma proporção e não possui as propriedades das proporções”<sup>15</sup>, podendo variar dependendo dos valores das marginais das tabelas.

Para diminuir a influência de distorções foram efetuados ajustes para vieses e prevalências (*PABAK – prevalence-adjusted bias-adjusted kappa*)<sup>16</sup>.

Os valores do *PABAK* foram superiores aos do *kappa*. Em 100% dos resultados os valores estavam entre 0,73 e 1,00, sendo que 75,0% eram maiores ou iguais a 0,75, estando entre eles agressões (*kappa*=0,37; *PABAK*=0,78) e alta (*kappa*=0,34; *PABAK*=0,75). Estas questões, quando estudadas sem ajustes, foram as que mais revelaram discordâncias entre a primeira e a segunda entrevista. O *PABAK* tem utilização recomendada nas ocasiões em que se associam, de maneira paradoxal, o baixo valor de *kappa* com uma alta proporção de concordância<sup>16</sup>. Estes acha-

**Tabela 3. Índices de concordância entre observadores em questões selecionadas da ficha de notificação de acidentes e violências. Pouso Alegre-MG, fevereiro e junho de 2003**

Questões da ficha de notificação	Proporção de concordâncias (%) Total	Proporção de concordâncias (%) Sim	Proporção de concordâncias (%) Não	<i>Kappa</i>	<i>PABAK</i> *
Localização da lesão: cabeça	93	89	95	0,85**	0,87
Localização da lesão: membros superiores	99	98	99	0,98**	0,98
Localização da lesão: membros inferiores	98	94	99	0,92**	0,96
Tipo de lesão: ferimentos	87	90	82	0,72**	0,73
Tipo de lesão: traumatismos superficiais	89	78	93	0,71**	0,78
Tipo de causas externas: outras causas externas de traumatismos acidentais	90	93	85	0,78**	0,81
Tipo de causas externas: acidente de transporte	100	100	100	1,00**	1,00
Tipo de causas externas: agressões	89	43	94	0,37**	0,78
Local de ocorrência: residência	86	85	87	0,72**	0,73
Local de ocorrência: rua	86	78	90	0,68**	0,73
Local de ocorrência: local de trabalho	96	77	98	0,75**	0,92
Destino do paciente: alta	88	97	40	0,34***	0,75

\* *PABAK –kappa* ajustado para vieses e para prevalência. \*\*p< 0, 001 \*\*\*p= 0,01

dos indicam que se estas questões fossem trabalhadas em amostras maiores provavelmente os *kappa* apresentariam valores mais elevados. Os demais itens apresentaram nenhuma ou discretas variações quando se comparou o *kappa* com o *PABAK*: acidentes de transportes e membros superiores nenhuma diferença; nos outros, variações entre 0,01 a 0,07.

Os resultados deste estudo foram estatisticamente significantes em relação ao cálculo do *kappa* sendo que o maior valor de *p* encontrado, foi igual a 0,01 em Destino do paciente: alta (Tabela 3).

## Conclusões

Estudos de reprodutibilidade interobservadores, principalmente na área de Vigilância em Saúde, são inco-muns. São utilizados com maior frequência na avaliação de procedimentos clínico-diagnósticos. Entretanto trata-se de interessante alternativa na construção ou aperfeiçoamento de instrumentos objetivando que as coletas de informações sejam mais precisas e confiáveis, minimizando-se a possibilidade de erros sistemáticos.

Este trabalho não foi um estudo de validação, mas da medida da reprodutibilidade, que é uma das etapas para busca da validade de um instrumento. Entretanto, os resultados obtidos mostram que para a implantação de instrumentos de notificação na área de saúde pública são necessários cuidados para que se produzam informações de qualidade.

A ficha de notificação de causas externas revelou-se um instrumento potencialmente útil para a vigilância destes agravos. Os valores obtidos para as proporções de concordância, *kappa* e *PABAK* na maioria das variáveis foram altos, demonstrando existência de reprodutibilidade para a maior parte das respostas. Na medida em que sejam acertados alguns ajustes, sua utilização na prática diária dos serviços de saúde de quaisquer graus de complexidade poderá instrumentalizar a coleta de informações relevantes para ações integrais em acidentes e violências. Entretanto, deve-se estar alerta para os agravos provenientes de agressões. Nestes casos é importante o desenvolvimento de estratégias que garantam a qualidade da informação. A diferença acentuada dos valores do *kappa* e do *PABAK* nesta variável reforçam esta afirmativa. Os dados do destino dos pacientes também devem ser alvo de cuidados, devendo ser preenchidos posteriormente à ocorrência de sua definição.

A utilização de testes de reprodutibilidade, quando da construção de instrumentos de notificação de eventos sob vigilância, revelou ser uma alternativa útil para o incremento de sua confiabilidade e qualidade final.

Problemas encontrados neste estudo, como a não-determinação do tamanho amostral adequado, bem como a sazonalidade da coleta de dados, devem ser assinalados como fatores limitantes das conclusões efetuadas. Novos testes, para complementação da validação da ficha de notificação, devem ser efetuados.

## Referências

1. Minayo MCS. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006;11(2):375-83.
2. Mello Jorge MHP, Koizumi MS. Gastos governamentais do SUS com internações hospitalares por causas externas: análise no Estado de São Paulo, 2000. *Rev Bras Epidemiol*. 2004;7:228.
3. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Portaria MS/GM nº 737 de 16 maio de 2001. *Diário Oficial da União* nº 96, 18 de maio 2001; Seção 1.
4. Mello Jorge MHP, Gotlieb SLD, Laurenti R. O sistema de informações sobre mortalidade: problemas e propostas para o seu enfrentamento II – Mortes por causas externas. *Rev Bras Epidemiol*. 2002;5(2):212-23.
5. Organização Mundial da Saúde (OMS). Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. 10ª revisão. São Paulo, EDUSP: 1995.
6. Deslandes SF. Atendimento às vítimas de violência na emergência: “prevenção numa hora desta?” *Ciênc Saúde Coletiva*. 1999;4: 81-94.
7. Robertson LS. *Injury epidemiology*. New York: Oxford University Press; 1992.
8. Thornton TN, Craft CA, Dahlberg LL, Lynch BS, Baer K. Prácticas óptimas para la prevención de la violencia juvenil: libro de referencia para la acción comunitaria. Atlanta: Centro Nacional para el Control y Prevención de Lesiones; 2000.
9. Abramson JH. *Survey methods in community medicine*. New York: Livingstone; 1990.
10. Turner RC, Carlson L. Indexes of item-objective congruence for multidimensional items. *Int J Test*. 2003;4(2):163-71.
11. Dean AG, Dean JA, Coulombier D, Brendel KA, Smith DC, Burton AH *et al*. Epi Info version 6: a word processing database and statistics program for epidemiology on microcomputers. Atlanta: Center of Disease Control and Prevention; 1994.
12. Silva EF, Pereira MG, Avaliação das estruturas de concordância e discordância nos estudos de confiabilidade *Rev Saúde Pública*. 1998;32(4):383-93.
13. Santana VS, Almeida Filho N, Rocha CO, Matos AS. Confiabilidade e viés do informante secundário na pesquisa epidemiológica: análise de questionário para triagem de transtornos mentais. *Rev Saúde Pública*. 1997;31:556-65.
14. Fleiss JL. *Statistics methods for rates and proportions*. 2<sup>nd</sup> ed. New York: John Wiley & Sons; 1981.
15. Klein CH, Bloch KV. Estudos seccionais. *In*: Medronho R, Carvalho DM, Block KV, Werneck GL, editores. *Epidemiologia*. São Paulo: Atheneu; 2002.
16. Lantz CA, Nebenzahl E. Behavior and interpretation of the *kappa* statistic: resolution of the two paradoxes. *J Clin Epidemiol*. 1996;49:431-4.
17. Abramsom JH. WINPEPI (PEPI-for-Windows): computer programs for epidemiologists. *Epidemiol Perspect Innov*. 2004;1(1):6.

### Endereço para correspondência:

Marcos Mesquita Filho  
Av. Cel. Alfredo Custódio de Paula, 320  
Pouso Alegre-MG, CEP 37550-000  
Brasil

E-mail: mesquita.filho@uol.com.br

Recebido em 16 de janeiro de 2011  
Aceito em 6 de maio de 2011