

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE ENFERMAGEM**

ANA CLÁUDIA DE CARVALHO MELLO SILVA

***QUALIDADE DE VIDA DE VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA POR
PROJÉTIL DE ARMA DE FOGO.***

**GOIÂNIA
2009**

ANA CLÁUDIA DE CARVALHO MELLO SILVA

**QUALIDADE DE VIDA DE VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA POR PROJÉTIL DE ARMA
DE FOGO.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ENFERMAGEM NO CUIDADO À SAÚDE HUMANA

LINHA DE PESQUISA: PROCESSO DE CUIDAR EM SAÚDE E ENFERMAGEM

ORIENTADORA: PROF^a DR^a VIRGINIA VISCONDE BRASIL

GOIÂNIA

2009

FOLHA DE APROVAÇÃO

ANA CLÁUDIA DE CARVALHO MELLO SILVA

QUALIDADE DE VIDA DE VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA POR PROJÉTIL DE ARMA DE FOGO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em 19 de maio de 2009.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Virginia Visconde Brasil - Presidente
Faculdade de Enfermagem - Universidade Federal de Goiás

Prof^a. Dr^a. Miako Kimura - Membro Externo
Escola de Enfermagem - Universidade de São Paulo

Prof^a. Dr^a. Lizete Malagoni de Almeida Cavalcante Oliveira - Membro Interno
Faculdade de Enfermagem - Universidade Federal de Goiás

Prof^a. Dr^a. Vanessa da Silva Carvalho Vila - Membro Suplente
Departamento de Enfermagem - Universidade Católica de Goiás

Prof^a. Dr^a. Ruth Minamisava - Membro Suplente
Faculdade de Enfermagem - Universidade Federal de Goiás

DEDICATÓRIA

A DEUS, que me despertou durante o mestrado para uma missão não clara e aparentemente impossível - o investimento no ser humano. Foi no decorrer da realização deste estudo, que descobri que somente pela ação da Tua mão poderosa e Seu amor eu conseguiria seguir em frente, porque Dele, por Ele, e para Ele, são todas as coisas (Romanos 11:36)

Ao meu amado marido WARNER, pela compreensão e apoio incondicional demonstrados no decorrer deste trabalho. Por seu amor sou melhor a cada dia!

Às minhas maiores razões para investir no ser humano, meus filhos YASMIN e YAGO. Vocês são a melhor parte de mim. São as melhores provas de que vale a pena acreditar naqueles que serão o futuro do mundo. Amo muito vocês!

AGRADECIMENTOS

- À professora e orientadora Virginia Visconde Brasil, por investir seu conhecimento, tempo, paciência e carinho durante a execução deste trabalho. Quero que saiba o quanto têm sido importante a convivência diária com você, estilo a ser copiado.
- À professora Maria Márcia Bachion, por me incentivar e acreditar em meu potencial para o Mestrado. Sua participação foi especial e oportuna. Obrigada por ser tão necessariamente exigente. Tenho profunda admiração por você.
- A meu pai Jalles, por incentivar meu desenvolvimento espiritual e ensinar os caminhos de DEUS, princípios estes incorruptíveis. Agradeço a Deus todo dia pelo privilégio de ser sua filha. A minha mãe Mary - nunca terei como recompensar seu amor incondicional, zelo, atenção, carinho. Você é uma das maiores dádivas de Deus na minha vida. Perdão pela ausência durante o Mestrado. Amo vocês.
- À minha família, Tia Janette, meus irmãos Alexandre, Adriana e Adryenne, além da cunhada Ivelise. Vocês são os melhores, por tudo o que cada um é. Obrigada aos meus sogros Sônia e Wagner pelo amor e cuidados aos meus filhos. Minha gratidão. Às minhas colaboradoras Maria e Nildinha por terem sido presença na minha ausência na vida dos meus filhos.
- À minha inestimável amiga e irmã Jackeline que iniciou comigo a caminhada no sonho de nos tornarmos enfermeiras, mestres... jamais pensávamos chegar tão longe. Agora agüenta, que ninguém segura. Márcio e Brenda (família linda), tudo de melhor.
- Aos primos Webster e Valéria (minha certeza de que vale a pena investir no ser humano). Obrigado pelas orações e apoio. À Bárbara e Brenda, lindas, meu carinho sempre.
- Aos amigos do mestrado/2007 pela oportunidade de conviver com as dificuldades, com muito humor e alegria.
- Aos professores, pela contribuição em diversas ocasiões, especialmente Denize Munari e Marcelo Medeiros. À Maria Alves e Lizete Malagoni por cederem muito

gentilmente espaço em seu gabinete. À Ruth Minamisava por me incluir em seu horário tão concorrido e auxílio competente na análise estatística dos dados. Foram bons momentos...

- Aos meus amigos Patrícia Lacerda, Milton, Fabrício, Renata e suas gêmeas, Fabiana, Cynthia, por estarem sempre presentes e me ajudarem a enxugar as lágrimas e continuar tentando. Que Deus os abençoe por tudo. É verdade que quem tem amigo não morre pagão.
- Aos colaboradores indiretos deste estudo - Yuri (enfermeira HUGO), pelo auxílio no contato com sujeitos de pesquisa; Ana Gabriela e Polyanna (alunas de Iniciação Científica) pelo auxílio na coleta de dados do SAME; Fatinha e Cláudio Leles (Odontologia) por cederem seu precioso tempo para auxiliar na análise dos dados.
- Aos funcionários da Faculdade de Enfermagem, Célia, Gabriel, Alberto e Luciano, pela atenção e presteza.
- Agradecimento especial ao Dr. Luciano Leão Bernardino da Costa, que com sua gentileza e generosidade me possibilitou ser reconhecida não somente como enfermeira, mas como humanista e alguém que deve lutar por seus ideais. Minha eterna gratidão e admiração.
- Às vítimas de violência entrevistadas que concordaram em compartilhar sua experiência, como contribuição anônima para a pesquisa e melhoria do atendimento aos usuários dos serviços públicos de emergência.

SUMÁRIO

	PÁG.
LISTA DE ILUSTRAÇÕES	10
LISTA DE TABELAS	11
RESUMO	12
ABSTRACT	13
RESUMEN	14
CONSIDERAÇÕES INICIAIS	15
1. INTRODUÇÃO	21
2. OBJETIVOS	27
2.1 Objetivo Geral	28
2.2 Objetivos Específicos	28
3. REVISÃO DA LITERATURA	29
3.1 Aspectos Conceituais de Qualidade de Vida	30
3.2 Mensuração da Qualidade de Vida	34
3.3 Aspectos Gerais e Conceituais Relacionados à Qualidade de Vida	37
3.4 Aspectos da Violência Interpessoal por Projétil de Arma de Fogo	39
3.5 Eventos Violentos e Efeitos na Vida das Vítimas	44
3.6 Emergência - Espaço para Consolidação das Políticas de Saúde Para Prevenção da Violência no Brasil	47
4. METODOLOGIA	51
4.1 Tipo de Estudo	52
4.2 Local do Estudo	52
4.3 População e Amostra do Estudo	53
4.4 Considerações Éticas	55

4.5 Coleta de Dados	55
4.6 Tratamento dos Dados	62
5. RESULTADOS	64
5.1 Aspectos Sócio-Demográficos	66
5.2 Avaliação da Qualidade de Vida	70
5.3 Triagem para Rastreamento do Transtorno de Estresse Pós Traumático - PCL-C	80
6. Discussão	82
6.1 Análise das Características Sócio-Demográficas e Circunstâncias que Envolveram a Violência Interpessoal por Projétil de Arma de Fogo	83
6.2 Análise das Facetas e Domínios do WHOQOL-Bref	92
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	102
8. REFERÊNCIAS	108
9. APÊNDICES E ANEXOS	131

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

		PÁGINA
	Seleção da amostra do estudo no Hospital de Urgências de Goiânia - GO	54
QUADRO 1	Classificação dos sintomas para rastreamento do TEPT, segundo os critérios de Weathers et al (1993).	63
GRÁFICO 1	Horário de ocorrência da violência por projétil de arma de fogo com 95 vítimas de idade entre 18 a 39 anos, internadas no HUGO. Goiânia - GO, 2007-2008.	67
GRÁFICO 2	Dia da semana em que ocorreram eventos violentos com arma de fogo, a 95 vítimas de idade entre 18 a 39 anos, internadas no HUGO. Goiânia - GO, 2007-2008.	68
GRÁFICO 3	Avaliação da qualidade de vida e satisfação com a saúde das 95 vítimas de violência por projétil de arma de fogo, internadas no HUGO. Goiânia - GO, 2007 - 2008.	71
FIGURA 1	Média e respectivos 95%IC das questões gerais do WHOQOL-Bref, sobre a percepção geral de qualidade de vida e satisfação com a saúde, aplicadas a 95 vítimas de violência interpessoal por arma de fogo, internadas no HUGO. Goiânia - GO, 2007-2008.	71
FIGURA 2	Médias e respectivos IC95% dos quatro domínios do WHOQOL-Bref, aplicado a 95 vítimas de violência interpessoal por arma de fogo, internadas no HUGO. Goiânia - GO, 2007-2008.	72

LISTA DE TABELAS

		Página
Tabela 1	Caracterização sócio-demográfica de 95 vítimas de violência interpessoal por projétil de arma de fogo com idade entre 18 a 39 anos, internadas no HUGO. Goiânia - GO, 2007-2008.	66
Tabela 2	Caracterização das circunstâncias que envolveram a agressão de 95 vítimas de violência interpessoal por projétil de arma de fogo com idade entre 18 a 39 anos, internadas no HUGO. Goiânia - GO, 2007-2008.	69
Tabela 3	Descrição em frequência e percentagem das respostas às questões do Domínio Físico do WHOQOL-Bref, aplicadas a 95 vítimas de projétil de arma de fogo internadas no HUGO. Goiânia - GO, 2007-2008.	73
Tabela 4	Descrição das respostas em frequência e percentagem às questões do Domínio Psicológico do WHOQOL-Bref, aplicadas a 95 vítimas de projétil de arma de fogo internadas no HUGO. Goiânia - GO, 2007-2008.	74
Tabela 5	Descrição das respostas em frequência e percentagem às questões do Domínio Relações Sociais do WHOQOL-Bref, aplicadas a 95 vítimas de projétil de arma de fogo internadas no HUGO. Goiânia - GO, 2007-2008.	75
Tabela 6	Descrição das respostas em frequência e porcentagem às questões do Domínio Meio Ambiente do WHOQOL-Bref, aplicadas a 95 vítimas de projétil de arma de fogo internadas no HUGO. Goiânia - GO, 2007-2008.	76
Tabela 7	Valores do Alfa de Cronbach das dimensões do WHOQOL-Bref aplicado a 95 vítimas de violência interpessoal por arma de fogo, internadas no HUGO. Goiânia, 2007-2008.	76
Tabela 8	Diferença entre as médias e respectivos IC95% dos domínios do WHOQOL-Bref em relação às variáveis de exposição estratificadas, de 95 vítimas de projétil de arma de fogo internadas no HUGO, com idade de 18 a 39 anos. Goiânia - GO, 2007-2008.	78
Tabela 9	Médias e IC95% dos domínios do WHOQOL-Bref, segundo os resultados do PCL-C para rastreamento do TEPT em 95 vítimas de projétil de arma de fogo internadas no HUGO, com idade de 18 a 39 anos. Goiânia - GO, 2007-2008.	81
Tabela 10	Frequencia de sintomas para rastreamento do TEPT, segundo os resultados do PCL-C, em 91* vítimas de	86

projétil de arma de fogo internadas no HUGO, com idade de 18 a 39 anos. Goiânia - GO, 2007-2008.

RESUMO

Mello Silva, Ana Cláudia de Carvalho. **Qualidade de vida de vítimas de violência por projétil de arma de fogo**. 2009. 139f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2009.

A violência interpessoal por projétil de arma de fogo atinge jovens em todo mundo e tal evento pode desencadear traumas físicos e psicológicos que podem alterar de maneira negativa a qualidade de vida desta população. Este estudo descritivo exploratório teve por objetivo geral avaliar a qualidade de vida das vítimas de violência interpessoal por projétil de arma de fogo com idade entre 18 a 39 anos e internadas no Hospital de Urgências de Goiânia (HUGO) e identificar presença de sintomas para rastreamento de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT). Foram entrevistadas 95 vítimas de violência por arma de fogo internadas no HUGO com auxílio do WHOQOL-Bref e do PCL-C. Os dados foram submetidos à análise estatística descritiva com $p < 0,005$. A maioria (94,7%) é do sexo masculino, com idade média de $24,6 \pm 5,5$ anos, 58,9% são negros ou pardos, 66,3% não tem companheiro fixo e 73,7% têm renda entre 1 a 2 salários mínimos. 89,5% dos eventos violentos ocorreram entre 20 e 7 horas, 52,6% nos finais de semana e feriados, 48,4% das vítimas ingeriram álcool ou drogas antes do evento e 78,9% já tinham presenciado ou foram vítimas de violência anteriormente. 74,7% delas declararam que a violência causou alterações físicas e emocionais (57,9%). O valor médio atribuído na auto-avaliação da qualidade de vida foi 3,03 e 2,72 para a satisfação com a saúde. As dimensões que obtiveram maiores médias nos escores foram o domínio relações sociais (52,84) e psicológico (50,98). Os domínios físico e meio ambiente obtiveram média 48,26 e 44,71 respectivamente. No domínio físico, as facetas com média inferior a 3,0 foram as relacionadas ao trabalho (2,75), satisfação com o sono (2,81), dificuldades com locomoção (2,86), dor (2,89) e dependência de tratamento médico (2,94). O domínio meio ambiente obteve escores inferiores a 3,0 nas facetas relacionadas à sensação de segurança (2,27), dinheiro (2,76), satisfação com o transporte (2,61), oportunidade de lazer (2,85), satisfação com o local onde mora (2,87). Observou-se que a percepção dos indivíduos frente aos aspectos analisados em cada dimensão do WHOQOL-bref, é bastante homogênea. 60% das vítimas apresentaram sintomas para rastreamento e vulnerabilidade ao TEPT. Conclui-se que a vítima de violência armada sofre alterações na qualidade de suas vidas evidenciadas pelos baixos valores atribuídos a todas as dimensões, principalmente as relacionadas ao domínio físico e meio ambiente, que podem nortear as ações profissionais e políticas públicas para esta população. A vulnerabilidade para desenvolvimento do TEPT pode ter influenciado na avaliação de qualidade de vida e indica a necessidade de imediata intervenção profissional, de maneira a auxiliar as vítimas a retornarem às suas atividades cotidianas.

Descritores: Qualidade de Vida. Morbidade. Violência. Armas de fogo. Enfermagem.

ABSTRACT

Silva Mello, Ana Cláudia de Carvalho. **Quality of life of victims of violence by firearms' projectile. 2009. 139p. Dissertation** (Master Degree in Nursing) - Nursing Faculty. Federal University of Goiás, Goiânia, Brazil, 2009.

The interpersonal violence by projectile of a firearm affects youth worldwide and this event may trigger physical and psychological traumas that may change in a negative way the quality of life of this population. This exploratory descriptive study aimed to assess the general quality of life of victims of interpersonal violence by projectile from a firearm aged 18 to 39 years and hospitalized in the Emergency Hospital of Goiânia (HUGO) and to screen the presence of symptoms of post traumatic stress disorder (PTSD). The WHOQOL-Bref and the PCL-C instruments were used to interview 95 victims of violence by firearms admitted in HUGO. Data were submitted to descriptive statistical analysis with $p < 0.005$. The majority (94.7%) is male, mean age 24.6 ± 5.5 years, 58.9% are black or brown, 66.3% have no partner and 73.7% have income between 1 to 2 minimum wages. 89.5% of the violent events occurred between 8pm and 7am, 52.6% on weekends and holidays; 48.4% of the victims ingested alcohol or drugs before the event and 78.9% had witnessed or were victims of violence before. 74.7% stated that violence causes physical and emotional changes (57.9%). The average value assigned in the self-assessment of quality of life was 3.03 and the satisfaction with health was 2.72. The dimensions obtained higher average scores were in the social relationships domain (52.84) and psychological (50.98). The environment and physical health domains had average 48.26 and 44.71, respectively. In the physical health domain, the facets with an average less than 3.0 were related to work (2.75), satisfaction with sleep and rest (2.81), difficulties with mobility (2.86), pain (2.89) and dependence on medical aids (2.94). The environment obtained scores lower than 3.0 in the facets related to physical safety and security (2.27), satisfaction with transport (2.61), opportunity for recreation / leisure activities (2.85), satisfaction with home environment (2.87). It was observed that the perception of individuals facing the issues of each WHOQOL-Bref domain is quite homogeneous. 60% of the victims presented symptoms PTSD. It is concluded that the victims of armed violence have changed their lives as evidenced by the low values assigned to all dimensions especially those related to the physical domain and the environment that can guide the professional actions and public policies for this population. The vulnerability for the development of PTSD may have influenced the assessment of quality of life and indicates the necessity of immediate professional intervention in order to assist victims to return to their daily activities.

Key Words: Quality of life. Morbidity. Violence. Firearms. Nursing.

RESUMEN

Silva Mello, Ana Cláudia de Carvalho. **Calidad de vida de las víctimas de la violencia por un proyectil de arma de fuego**. 2009. 139f. Disertación (Mestrado en Enfermería) - Escuela de Enfermería, Universidad Federal de Goiás, Goiânia, 2009.

La violencia interpersonal por proyectil de arma de fuego afectan a la juventud en todo el mundo y este evento puede desencadenar traumas físicos y psicológicos que pueden cambiar en forma negativa la calidad de vida de esta población. Este estudio descriptivo exploratorio para evaluar la calidad general de vida de las víctimas de la violencia interpersonal por proyectil de arma de fuego de 18 años a 39 años y hospitalizado en el Hospital de Urgencia de Goiânia (HUGO), la identificación de la presencia de síntomas sugestivos de Trastorno de Estrés Pos-Traumático (TEPT). Un total de 95 víctimas de la violencia por armas de fuego en HUGO fueron entrevistadas con el WHOQOL-Bref y el PCL-C. Los datos fueron sometidos a análisis estadístico descriptivo con $p < 0,005$. La mayoría (94,7%) es de sexo masculino, edad media $24,6 \pm 5,5$ años, 58,9% son de color negro o marrón, el 66,3% no poseen pareja fija y el 73,7% tienen ingresos entre 1 a 2 salarios mínimos. 89,5% de los violentos acontecimientos ocurridos entre el 20 y 7 horas, el 52,6% los fines de semana y días festivos, el 48,4% de las víctimas, ingestión de alcohol o drogas antes del evento y 78,9% habían sido testigos o han sido víctimas de antes de la violencia. 74,7% declaró que la violencia provoca cambios físicos y emocionales (57,9%). El valor medio asignado en la auto-evaluación de la calidad de vida es de 3.03 y la satisfacción con la salud es 2,72. Las dimensiones promedio de los resultados obtenidos fueron superiores en el ámbito de las relaciones sociales (52,84) y psicológica (50,98). Los campos y medio ambiente físico ha 48,26 y 44,71, respectivamente. En el dominio físico, las facetas, con un promedio de menos de 3,0 se relacionan con el trabajo (2,75), satisfacción con el sueño (2,81), dificultades con la movilidad (2,86), dolor (2,89) y la dependencia de tratamiento médico (2,94). El campo medio obtenido resultados inferiores a 3,0 en las facetas relacionadas con la sensación de seguridad (2,27), satisfacción con el transporte (2,61), las oportunidades para el ocio (2,85), satisfacción con el lugar donde usted vive (2,87). Se observó que la percepción de los individuos frente a las cuestiones examinadas en cada dimensión del WHOQOL-Bref, es bastante homogénea. 60% das víctimas tiñan síntomas de TEPT, se entrevistó con todas las víctimas tenían al menos un síntoma clínicamente significativo. Se concluye que de la violencia armada cambiar sus vidas como demuestran los bajos valores asignados a todas las dimensiones. Los aspectos que requieren mayor atención por el equipo están relacionados con la seguridad, el transporte, dinero, trabajo, apoyo de amigos y el ocio. La presencia de síntomas indicativos de TEPT indica la necesidad de la inmediata intervención profesional a fin de ayudar a las víctimas a regresar a sus actividades diarias.

Palabras Clave: Calidad de vida. Morbilidad. Violencia. Armas de fuego. Enfermería

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Bem vividos foram os cinco anos cursados na Universidade Federal de Goiás, local em que conquistei, não só o diploma, mas o ensinamento de mestres em enfermagem, doutores da vida. Os docentes incansavelmente ensinavam que o cuidado prestado por enfermeiros deve ser pautado pela excelência, qualidade, imparcialidade, desprovido de preconceitos; inclui destreza, habilidade, empatia, considerando o ser humano na dimensão individual, familiar, social, cultural, econômica, espiritual e que todos estes fatores interagem com o meio ambiente, tornando os seres numa complexidade impossível de ser expressa em palavras.

Em busca de aprofundamento em qualquer tema que se referia a Emergência, me tornei monitora na disciplina Urgência e Emergência, que utilizava como campo de prática o Hospital de Urgências de Goiânia, local deste estudo. Na emergência lidávamos com a diversidade de patologias agudas e crônicas, acidentes de trânsito; mas foi o contato com as vítimas de violência que me trouxe a certeza de seria esta a população a quem eu dedicaria cuidados como enfermeira.

Já formada passei a trabalhar neste hospital, e durante seis anos acompanhei as vítimas e seus familiares na Terapia Intensiva e na sala de Emergência. Lá observei que a instituição, apesar da alta demanda e das dificuldades estruturais e de recursos humanos, atendia a maioria das vítimas de violência da cidade e região circunvizinha. Era minha inquietação o fato dos esforços incansáveis dos profissionais na Emergência estarem especialmente direcionados ao trauma físico, à higiene e conforto físico, ao curativo, a um prato de comida, um aperto de mão, uma informação....

Durante cinco anos na sala de Emergência observei o aumento da demanda de vítimas de violência de toda natureza. Eram gestantes, mulheres, crianças, jovens, adultos e idosos. Ao receberem alta hospitalar algumas se negavam a voltar para suas casas. Exemplo disso foi uma idosa de 74 anos, espancada pelo filho com trauma abdominal, torácico e blefaro-hematoma, que implorava para não receber alta e pedia a todos que a deixassem no hospital. A equipe, sensibilizada pelos

apelos, manteve-a internada por mais tres dias. Passados alguns plantões a idosa retornou à sala de Emergência em óbito.

Foram inúmeras as vezes em que presenciei a violência reincidir em maior ou menor grau de sofrimento físico ou psíquico; eram vítimas que retornavam à unidade feridos ou sem vida. O sentimento crescente de vulnerabilidade à violência era evidenciado a cada plantão. Atendemos até um membro da equipe há 10 anos, que fora vítima de projétil de arma de fogo ao reagir a um assalto. Para mim, novamente a certeza... todos nós podemos fazer parte das estatísticas.

Vivenciei a violência interpessoal com ameaça à minha integridade física e possibilidade real de morte numa noite, voltando do trabalho para casa ao ser vítima de assalto a mão armada. Fui ameaçada de morte, insultada e humilhada. Reagi ao assalto e tive a certeza de que jamais seria a mesma pessoa ao parar em um sinal de trânsito, especialmente à noite.

Os efeitos da violência persistiram madrugada afóra - tremores, *flashbacks* revivendo os insultos e o pânico de saber que poderia ter sido seriamente atingida. No dia seguinte fui trabalhar, pois, me era impossível fechar os olhos sem que as lembranças dominassem minha mente. Na época, como Gerente da Divisão de Pronto Socorro e da Terapia Intensiva do Hospital de Urgências de Goiânia, atendia diariamente várias pessoas na sala, desde funcionários, usuários, acompanhantes, médicos, enfermeiros, polícia e outros. Neste dia, fechei a sala na esperança de me sentir mais segura. No período da tarde, pedi demissão do cargo de professora noturna e retornei para casa, ainda de dia.

Outra noite mal dormida, sonhos perturbadores, imagens confusas e medo. Receitaram-me ansiolíticos e recomendaram que diminuísse a carga de trabalho, retornando cedo para casa.

Passei a evitar sair durante a noite e atualmente não utilizo o caminho daquele dia fatídico. Escureci o vidro do carro e mesmo em dia de intenso calor, por vezes ao parar no sinal de trânsito mantenho os vidros fechados. A vigilância em torno do local onde vou parar foi triplicada e, dependendo do local e sendo à noite, não paro em sinal vermelho, mesmo sabendo dos riscos.

Esta experiência me colocou no centro do olho do furacão causado pela violência, mas a cada dia e noite, a cada oração, a ferida deixou de sangrar e passou a doer menos.

Interessei-me pelo tema violência e quanto mais eu lia, mais me instigava os efeitos que a violência exerce na vida das vítimas, observando os indivíduos atendidos no meu local de trabalho. E então, outro fato ocorreu. Uma amiga não conseguia mais esconder as marcas da violência familiar e os efeitos saltavam aos olhos. Respeitei o silêncio quanto a este fato, me colocando à disposição para ajudar, e passei de amiga, a enfermeira e pesquisadora, observando dia a dia a família de desintegrar.

Todos sofriam e a família definhou e se entregou à ciranda da violência física e verbal com tal intensidade, que foram inúmeras às vezes em que fui chamada para levar alguém ao hospital com dor epigástrica, na garganta, na cabeça, dor da frustração, dor na alma, dor da desgraça que pairava no ar.

Acompanhei várias internações sendo elas justificadas como dengue, náuseas, emagrecimento súbito, dislipidemia, mal súbito, fraqueza, depressão, trauma crânio-encefálico por acidente motociclístico e outros. Respeitar o silêncio e dor de pessoas queridas adoce a alma de quem assiste. Quando o desespero atinge seu grau mais profundo, as pessoas reagem e assim buscam ajuda no intuito mais instintivo de todo ser humano - a preservação da vida ou do que sobrou dela.

As vítimas dessa história buscaram custódia do estado ao assistirem notícias de que a partir da Lei Maria da Penha, é oferecido pouso e comida a famílias de risco de morte ou lesão grave. E assim elas foram para a Delegacia da Mulher em fuga, e imediatamente foram colocadas sob proteção e custódia do Centro de Valorização da Mulher (CEVAM).

Essa instituição que representa alívio para muitas mulheres em risco, revelou ser local de acolhimento, teto, comida, proteção, local em que se dorme a noite inteira; local de palavra amiga, roupa limpa, de solidariedade, de paz. Me revelou que a violência atinge a todos, sem distinção de raça, classe, escolaridade, renda, moradia, religião, idade, sexo.

As histórias têm variedade inimaginável. Compartilhando o mesmo quarto da minha amiga havia uma jovem de 15 anos com o rosto desfigurado por projétil de arma de fogo disparado pelo companheiro ensandecido de ciúme. Esta adolescente partilhou suas dores, medos, anseios, sonhos e expressou, que apesar de tudo, ainda amava seu companheiro. Também foi acolhida menina de 3 anos estuprada

pelo pai (dependente químico), que por vezes com a ajuda da mãe, aplicava heroína na filha. Criança de olhar perdido, olho roxo e muito sociável. A pequena **vítima**, nem sabia que no CEVAM seria chamada assim!

Perguntava-me como seria a qualidade da vida dessas pessoas após eventos dessa natureza. O que seria necessário para reintegrar essas pessoas a sua vida anterior? Para onde voltariam e que necessidades teriam? Aonde buscariam ajuda? Que suporte a sociedade oferece?

Com a esperança de celebrar a dádiva da vida e reestruturar a família, minha amiga retornou após 40 dias no CEVAM para o companheiro. A orientação das assistentes sociais, psicólogas, polícia, delegada e juiz foram de que toda a família deveria se submeter a tratamento psicológico, objetivando minimizar os efeitos da violência vivida. Mas há uma enorme lacuna entre apenas orientar e oferecer, encaminhar, resolver.

Isso não ocorreu, a violência continuou seu ciclo e como era de se esperar, retornou. Indiferente ao que eu percebia, a violência aumentou de intensidade e freqüência por meio de palavras, gestos e depois atitudes que se tornaram perigosas para a família. Retornaram então ao CEVAM, mas desta vez, durante a agressão, o pai se feriu gravemente. Como cristã acredito que somente pela intervenção de Deus na vida daquelas pessoas é que hoje, todos estão vivos.

Ao longo do tempo de trabalho naquele hospital, também percebi empiricamente o aumento gradativo do número de jovens rapazes, vítimas de violência interpessoal por projétil de arma de fogo. Nos finais de semana e feriados este número chegava a atingir uma proporção que dava a impressão de que no hospital, estávamos alheios a uma guerra que ocorria no mundo lá fora. Principalmente antes, durante e depois de festas que celebram a vida como Natal, Ano Novo, Páscoa, Dia da Mulher, Dia das Mães, Dia dos Pais, Dia das Crianças, o número de vítimas da violência armada aumentava assustadoramente. Na tentativa de salvar vidas interrompidas bruscamente pelas mãos empunhadas com arma de fogo a equipe de saúde ponderava - o que estamos fazendo para mudar esta história?

Passamos a refletir sobre o papel dos profissionais de saúde, quando se deparam com a violência. Inúmeras vezes debatemos sobre o assunto e nossa

sensação, ao final do plantão, era de que todo esforço para atender a estas vítimas, parecia ter sido em vão.

Questionávamos de que adiantava tanto cuidado, tanto dinheiro gasto, se as mulheres espancadas, sem tratamento, voltariam a viver com seus companheiros e algozes, e a criança com fratura exposta bilateral, vítima de pais embriagados, que às 3 horas da madrugada a colocaram na moto e colidiram com um poste, receberia alta e seria levada pelos mesmos pais. Centenas de vítimas entregues à própria sorte iam e vinham; o ciclo da violência se repetia ora com desconhecidos, ora com amigos.

Empreender ações para romper com o ciclo da violência que atinge a todos nós depende da importância que cada um dá aos núcleos familiares restituídos e reestruturados. Lares reconstruídos poderiam evitar a dor, o sofrimento físico e psíquico, o sentimento de perda, de dignidade, de esperança nas futuras gerações.

Tem havido debates entre instituições ligadas à problemática da violência intrafamiliar, intelectuais, pesquisadores e vítimas da violência, discutindo que leis como a Maria da Penha são importantes e trazem alívio e resolução para a violência aguda, mas não resolvem problemas crônicos que devem ser encaminhados para tratamento e acompanhamento das famílias.

São confusos os sentimentos que me fazem expressar neste espaço a minha tristeza e dor por não poder ajudar a quem amo. Sentimento de impotência que me corrói e imobiliza. Os fatos me indignam, mas ao mesmo tempo acendem uma vontade incontrolável de repensar meu papel neste cenário.

Se estes anos de trabalho no hospital me trouxeram crescimento como ser humano e profissional, por outro lado desvelaram a realidade da vida, da violência, da família, do abandono, da desesperança, estupidez e crueldade a que estamos sujeitos dia a dia. Foram muitas as ocasiões em que eu chorei ou vi colegas chorando... a dor da perda, a dor na alma, a dor de ver na morte do outro sua própria finitude.

É com a certeza de que todo ser humano pode mudar sua história e às vezes de outras pessoas que me dedico a este trabalho, buscando responder a

algumas questões sobre a qualidade de vida de vítimas da violência, especialmente aquela cometida com arma de fogo.

1. INTRODUÇÃO

“Excelência é o resultado de dedicar-se um pouco além do que outros pensam ser sábio, arriscar um pouco mais do que outros pensam ser seguro, sonhar um pouco mais do que outros pensam ser

normal, acreditar um pouco mais do que outros pensam ser possível”.

Autor desconhecido

A violência tem se tornado alvo das atenções como problema social em todo o mundo, alarmando os cidadãos por gerar insegurança, medo e, sobretudo, pela banalização do valor atribuído à vida humana.

Em todas as suas formas a violência ameaça o direito fundamental de viver, afeta a saúde, diminui a qualidade da vida e evidencia a morte como possível e real. Altos índices demonstram grande perda de vidas e no centro deste drama estão os jovens, principalmente do sexo masculino, como vítimas e agressores (BRICEÑO-LEÓN, 2005; UNITED NATIONS DEVELOPMENT ASSISTANCE FRAMEWORK, 2005; UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2005; GAWRYSZEWSKI, 2007; BRICEÑO-LEÓN, VILLAVECES, CONCHA-EASTMAN, 2008; MASCARENHAS, PEDROSA, 2008).

Além da perda de vidas, mutilação das pessoas e contínuo declínio na qualidade de vida, a violência tem representa uma demanda considerável de trabalho para os serviços de saúde, alto custo financeiro, profissional, social (reduz o bem-estar da sociedade), familiar e individual (IPEA et al, 2001; KRUG et al, 2002b; GAWRYSZEWSKI et al, 2008).

O custo financeiro com a saúde dos brasileiros em 2003, considerando as três esferas do governo, foi de R\$ 53 bilhões. Em 2004, os custos públicos com o tratamento das vítimas de causas externas foram de R\$ 2,2 bilhões (R\$ 119 milhões com agressões e R\$ 453 milhões com acidentes de transporte). O total de gastos representou 4% dos gastos com a saúde da população brasileira (RODRIGUES et al, 2009).

A violência atinge um número muito maior de pessoas (cujas vidas são alteradas ou têm sua autonomia provisória ou permanentemente limitada), que aqueles apontados pelas estatísticas de mortalidade e que são úteis para descrever a magnitude do problema, bem como para identificar grupos de risco (GAWRYSZEWSKI et al, 2007).

Desde o início da década de 1980 os acidentes e a violência no Brasil constituem a segunda causa de óbito especialmente entre 5 a 39 anos. Os

indicadores epidemiológicos, criminais e judiciais expressos em eventos letais e não letais demonstram que o problema é por vezes maior do que em países em situação

de guerra (SOARES FILHO et al, 2007; SOUZA et al, 2007).

As estatísticas de eventos fatais são a face visível e traumática da violência. Mas, apesar de serem escassos os dados sobre a morbidade física, psicológica e sobre o impacto na qualidade de vida das vítimas, a literatura indica que a ocorrência de violência não fatal está associada ao risco de exposição aos eventos fatais (DOBRIN, BRUSK, 2003).

Os dados existentes sobre morbidade e violência não são muito claros e explorados. Se perdem por ausência de informações nos serviços de emergência, em função do comportamento de não registro das ocorrências ou de fatores que favorecem o silêncio sobre o assunto (KRUG et al, 2002b; ASSIS, DESLANDES, SANTOS, 2005; GAWRYSZEWSKI, 2007; MESQUITA FILHO, MELLO JORGE, 2007; MASCARENHAS, PEDROSA, 2008; SANTOS et al, 2008).

Os serviços públicos de emergências são a “encruzilhada” para onde são encaminhadas a maioria das vítimas de violência (MINAYO, 2006). Em geral, são a porta de entrada para os sobreviventes, e indicadores aí identificados poderiam subsidiar a elaboração de intervenções, monitorar resultados e avaliar o impacto das medidas de intervenção e controle. Ações de vigilância epidemiológica permitiriam determinar as características da violência e suas conseqüências, os fatores de risco e de proteção para a população e tendências futuras (WALDMAN, MELLO JORGE, 1999; WAISELFISZ, 2005, 2006; GAWRYSZEWSKI et al, 2008).

O impacto da violência nos serviços de emergência exige atenção especializada, equipamentos, infra-estrutura física, alto custo financeiro e humano, em função da gravidade das seqüelas orgânicas, emocionais, sociais, políticas e conseqüente assistência psicológica, social e reabilitação para vítimas e familiares (REICHENHEIM, WERNECK, 1994; DESLANDES, 2000; LEAL, 2003; GAWRYSZEWSKI et al, 2008).

Na opinião de alguns autores (FEIN et al, 2002; DOWD, BULL, 2003), as alterações psicossociais e conseqüentes seqüelas emocionais decorrentes da violência podem ser mais graves que as lesões físicas, são de aparente e inatingível compreensão, desconcertantes, mais facilmente negligenciadas, bem como dificilmente mensuráveis por sua natureza subjetiva. São mais difíceis de ser identificadas e documentadas, tornando esta, uma abordagem pouco explorada

(BREWIN et al, 1999; KOREN, ARNON, KLEIN, 1999; PRINGERSON, MACIEJEWSKI, ROSENHECK, 2002).

Ciente da magnitude do problema da violência, o Ministério da Saúde propôs, na última década, intervenções que objetivam aperfeiçoar o sistema de informações existente para vigilância, melhorar o acolhimento, o atendimento às vítimas, a promoção da saúde e a qualidade de vida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001b; GAWRYSZEWSKI, 2007).

No entanto, apesar da priorização governamental e ações não-governamentais de atenção à violência e aos acidentes, a “organização do sistema para acolher essa agenda tem sido lenta, fragmentada e estrangida pela demanda” (DESLANDES et al, 2006, p. 1280), necessitando de iniciativas que colaborem, entre outras, com a identificação de falhas na atenção às vítimas, tanto no primeiro atendimento como no acompanhamento da repercussão dos agravos.

Por inúmeros obstáculos estruturais, de recursos humanos e formação acadêmica, os serviços públicos de emergência ainda têm o atendimento voltado para o trauma físico, e de certa forma não conseguem perceber a necessidade que transcende o atendimento imediato - os efeitos da violência nas dimensões psíquicas, familiares, emocionais e sociais dos indivíduos, que podem influenciar sua qualidade de vida (DESLANDES, 1999, 2000; LEAL, 2003).

Dentre as vítimas atendidas chamam atenção aquelas resultantes da resolução de conflitos por meio de arma de fogo, pela frequência cada vez maior nos serviços de emergência e pelo fato de que podem ter sua saúde física e mental alterada, influenciando a qualidade da sua vida posterior ao evento. Sempre que um evento traumático importante ocorre, um trauma psicológico se instala (SOARES, LIMA, 2003).

Pesquisadores alertam que um trauma psíquico pode ocorrer em quem vivencia ou testemunha a possibilidade real ou potencial de morte, ferimento grave ou ameaças à integridade física, própria e de outros, podendo provocar medo intenso, impotência ou horror (BERGER et al, 2004). Isso caracteriza a vítima de violência interpessoal por projétil de arma de fogo como potencial para desenvolvimento de transtornos pós-traumáticos.

Os portadores desse agravo potencial apresentam pior qualidade de vida, maior número de detenções e problemas legais, faltam mais ao trabalho e utilizam com maior frequência os serviços de saúde quando comparados a indivíduos sem o transtorno (CORDOVA et al, 1995; SMITH et al, 2002). Os sintomas são descritos como sofrimento clinicamente significativo com prejuízo social, familiar, profissional ou em outras áreas importantes da vida (BERGER et al, 2004).

Não foram identificados na literatura estudos que avaliam especificamente a qualidade de vida das vítimas de violência por projétil de arma de fogo, porém existem estudos em todo o mundo envolvendo vítimas de situações traumáticas em geral (SCHNURR et al, 2006; JOHANSEN et al, 2007), que tiveram suas vidas alteradas pelo desenvolvimento do denominado Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT).

Desde a década de 1980 predominam no país as agressões por projétil de arma de fogo, seguidas das agressões por arma branca, outras agressões e estupro (SANT'ANA, 2000). Essa afirmação é referendada por autores que ressaltam não haver “bactéria, vírus ou veículo a motor que mate mais os adolescentes no Brasil do que o projétil de arma de fogo” (PHEBO, MOURA, 2005, p.S192).

De acordo com dados do DATASUS, entre os anos 2000 e 2007 ocorreram uma média anual de 3.740 internações por lesões de projétil de arma de fogo no Brasil, sendo 135 em Goiás e 102 em Goiânia / GO, dos quais acima de 60% tinham idade entre 20 e 39 anos (DATASUS, 2007). Esses números não contabilizam agravos que não resultaram em internações, ou seja, representam provavelmente os casos mais graves.

No Brasil, o fato de esses agravos ocorrerem prioritariamente entre a população mais jovem, torna suas causas as principais responsáveis por anos potenciais de vida perdidos (OPAS, 1998), representando, para a sociedade, impacto significativo na economia e altos custos sociais (perda do direito à vida, faltas no trabalho, perda do investimento social, demanda constante aos serviços ambulatoriais e danos ao patrimônio) (WEAVER, MADDALENO, 1999).

A valorização da vida parece se contrapor aos índices de violência por projétil de arma de fogo e a esperança de vida dos jovens tem diminuído

paralelamente à *esperança na vida* (FERNANDES et al, 2005). Por outro lado, o medo de se tornar vítima, a dor e o sofrimento de fazer parte das estatísticas têm reduzido o bem-estar da sociedade, mudado o comportamento das pessoas, que tendem ao isolamento social, alteração nas atividades laborais e de lazer (BRICEÑO-LEÓN, 2005; BRICEÑO-LEÓN, VILLAVECES, CONCHA-EASTMAN, 2008).

Isso significa mudanças em cada vida após os eventos, fazendo com que o clássico enfoque no aumento da duração das vidas não mais atenda à premente necessidade de se atentar para a qualidade da vida nos anos posteriores. Não é mais suficiente adicionar *anos à vida* das pessoas, mas somar *vida aos anos* (FLECK et al, 1999).

Na atualidade, qualificar a vida exige de todos nós a “consciência de cultivar o interesse pela vida das outras pessoas e do nosso planeta, quer no momento presente, quer nas gerações futuras... qualidade de vida é um compromisso em aperfeiçoar a arte de viver e de conviver” (MOREIRA, 2001, p. 25).

A avaliação da qualidade da vida das pessoas tem caráter subjetivo e é multidimensional. Assim sendo, é preciso investigar a percepção individual de cada uma, como sentem e percebem a repercussão dos eventos em suas vidas. Para tanto, é preciso uma clara referência conceitual, que possibilite a correta medida (HUNT, 1997; FLECK, 2008).

Não há consenso mundial sobre o conceito de qualidade de vida. Um dos conceitos muito utilizados na atualidade, por revelar a natureza abrangente do constructo *qualidade de vida* (FLECK, 2008), é o proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS). É definido como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto de sua cultura e no sistema de valores em que vive e em relação a suas expectativas, seus padrões e suas preocupações” (THE WHOQOL GROUP, 1994, p.52). Esse conceito surgiu de um projeto internacional de estudos transculturais e incorpora de forma ampla, áreas relevantes da vida humana, denominadas domínios, quais sejam a saúde física, as relações sociais, o nível de independência, o estado psicológico, as crenças pessoais e sua relação com o meio ambiente (FLECK, 2008).

A necessidade de mensurar a qualidade de vida levou o grupo de estudos da OMS (*World Health Organization Quality of Life - WHOQOL Group*) a construir instrumentos de mensuração genéricos e para grupos específicos ou populações, garantindo a diversidade cultural (THE WHOQOL GROUP, 1998). Assim, surgiu o instrumento genérico denominado WHOQOL-100 e sua versão abreviada - WHOQOL-Bref (THE WHOQOL GROUP, 1998), que foi traduzida e validada no Brasil (FLECK et al, 2000).

Pesquisadores afirmam que voltar a atenção para estudos que avaliem a qualidade de vida das pessoas contribui para as medidas de desfecho em saúde (FLECK, 2008).

Assim, compreender a repercussão da violência interpessoal por projétil de arma de fogo, sob a percepção individual das vítimas, pode identificar além de populações vulneráveis, circunstâncias e comportamentos, com vistas à promoção e prevenção destes eventos, bem como conhecer as áreas que necessitam de intervenção profissional, ou aspectos da vida das vítimas que estão influenciando positiva ou negativamente na qualidade de suas vidas.

Um estudo dessa natureza pode possibilitar à equipe de saúde e gestores das políticas públicas direcionarem atenção para necessidades específicas com maior resolutividade, na busca de indicadores de resultados das intervenções e, além da qualificação da assistência prestada, incluírem o acompanhamento dos desdobramentos posteriores ao momento da urgência do agravo.

Esse é o atendimento digno de todo cidadão, que busca a possibilidade de viver sem o risco de violação à própria vida, à integridade física e sua liberdade.

2. OBJETIVOS

“A fé sem obras é morta”.
Tiago 2.17

OBJETIVO GERAL

Avaliar a qualidade de vida das vítimas de violência interpessoal por projétil de arma de fogo com idade entre 18 a 39 anos e internadas no Hospital de Urgências de Goiânia (HUGO), identificando a presença de sintomas sugestivos de trauma psicológico.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Descrever o perfil sócio-demográfico das vítimas de violência interpessoal por projétil de arma de fogo internadas no HUGO;
- ✓ Descrever circunstâncias do evento violento entre as vítimas de violência interpessoal por projétil de arma de fogo, internadas no HUGO;
- ✓ Analisar o valor atribuído pelas vítimas de violência interpessoal por projétil de arma de fogo internadas no HUGO, aos domínios do instrumento de avaliação de qualidade de vida WHOQOL-Bref;
- ✓ Identificar sintomas para rastreamento de Transtorno de Estresse Pós-Traumático e potencial associação com a qualidade de vida das vítimas de violência interpessoal por projétil de arma de fogo internadas no HUGO.

3. REVISÃO DA LITERATURA

**“Se procurar o bem, você acaba encontrando.
Não a explicação (duvidosa) da vida, mas a poesia
(inexplicável) da vida...”**

Carlos Drummond de Andrade

Analisar a qualidade de vida das vítimas de violência interpessoal por projétil de arma de fogo implica em aprofundar o conhecimento pertinente à conceituação de violência interpessoal, o envolvimento dos adultos jovens com a violência por projétil de arma de fogo e sobre as circunstâncias que envolvem o evento violento.

Faz-se necessário discorrer sobre os diferentes conceitos e mensuração da qualidade de vida descrita na literatura, os instrumentos disponíveis para avaliá-la, bem como a relação entre qualidade de vida e a presença de sintomas sugestivos de TEPT associado a eventos violentos.

Também é interessante identificar como os serviços de saúde atendem às emergências desta natureza e quais políticas governamentais dão suporte a essa demanda de atendimento.

3.1 ASPECTOS CONCEITUAIS DE QUALIDADE DE VIDA

Os avanços da medicina são, sem dúvida, sinal da evolução do mundo e o aumento da expectativa de vida da população mundial tem aumentado quantitativamente a saúde da população. Há algum tempo, pessoas portadoras de doenças crônicas eram confrontadas com a finitude precoce e a tecnologia, a genética, vacinas e tratamentos, possibilitaram acender a esperança para um futuro, até então, muito sombrio e pouco reconfortante.

Obviamente, novas probabilidades trazem novos questionamentos. O desenvolvimento tecnológico trouxe benefícios, mas também provocou uma progressiva desumanização, pois a ênfase era dada a indicadores objetivos, cujo foco não era a opinião dos indivíduos. E assim, no início da década de 1960, o então presidente dos Estados Unidos, Lyndon B. Johnson, proferiu conferência e afirmou que “objetivos não podem ser medidos através de balanço dos dados. Eles só podem ser medidos pela qualidade de vida que proporcionam às pessoas” (FLECK et al, 1999).

A partir de então, a comunidade científica, sensível à necessidade emergente de descobrir quais foram os benefícios de tais avanços, investiram no aprofundamento de estudos buscando uma associação integral e multidisciplinar, sedimentada numa visão centrada na percepção do indivíduo sobre seu funcionamento em diferentes aspectos de suas vidas (BAMPI, 2008).

Estudiosos do mundo passaram a buscar respostas para as novas perguntas e conceituar o termo qualidade de vida (QV). É considerado um tema complexo que deve acompanhar as constantes mudanças e evolução da humanidade em diferentes culturas, suas prioridades e crenças em determinados contextos sociais, sendo este um processo dinâmico e mutável (LENTZ et al, 2000).

Vários conceitos podem ser aceitos ao se considerar que “cada pessoa é, antes de tudo um indivíduo” com expectativas, sonhos, necessidades e, sobretudo autonomia. Assim sendo, a definição de qualidade de vida seria “o que a própria pessoa diz que é” (JOYCE, 1988).

Pesquisadores incluem a satisfação com os aspectos da própria vida para conceituar qualidade de vida. Contudo, o senso de satisfação é uma experiência muito subjetiva (CAMPBELL, CONVERSE, RODGERS, 1976) e está relacionada ao nível de expectativa que o indivíduo tem para sua vida. Outros conceitos contemplam esta afirmação ao definirem que qualidade de vida é o “hiato entre expectativas e realizações” (CALMAN, 1987), ou como a busca pela satisfação e bem-estar de cada indivíduo, motivado pela satisfação ou insatisfação de áreas da vida, as quais que acreditam ser de suma importância (FERRANS, POWERS, 1985).

Apesar do aumento dos estudos e a ampla disseminação do tema, o conceito é complexo por sofrer influência de fatores intrínsecos e extrínsecos a cada indivíduo, tornando-se um processo dinâmico e em constante construção (OLIVEIRA et al, 2007).

Com relação aos aspectos conceituais do termo QV e o quanto ele é mutável, Morrein (1992) lembra que a QV não é um objeto ou uma coisa, mas um julgamento de valores referentes a certas circunstâncias... é aquilo que a pessoa julga ser e muda conforme muda o seu pensamento ou as circunstâncias. E

assim é necessário identificar os atributos que os indivíduos percebem como sendo essenciais ao julgamento de sua qualidade de vida (BRASIL, 2001).

Alguns autores têm considerado que o constructo QV não deva ser desvinculado da cultura, pois, há um “universo cultural” do que seja QV. Independente da nação, cultura ou contexto, existe uma busca pelo bem-estar psicológico, bem como as condições físicas e o fato de estarem socialmente integradas, atuando profissionalmente e funcionalmente competentes (FRASER, 1993).

O conceito da Organização Mundial de Saúde definido em 1995 (THE WHOQOL GROUP, 1995), mesmo não sendo universalmente aceito, aborda três aspectos fundamentais sobre o constructo qualidade de vida:

- subjetividade: perspectiva do indivíduo e de sua vida;
- multidimensionalidade: QV é composta por várias dimensões e sua mensuração deve ser um somatório das várias dimensões e não somente de uma delas;
- dimensões positivas e negativas: presença de alguns elementos e ausência de outros.

A necessidade de aprofundar no tema também pode ter surgido por razões econômicas, onde é imprescindível determinar se todos os gastos despendidos para o aumento da expectativa de vida e medidas terapêuticas atuais se justificam (MORENO et al, 2006).

A medicina atual está se transformando, mas o modelo reducionista, que trata os indivíduos de forma fragmentada está focado primordialmente nos aspectos biológicos relacionados aos sinais e sintomas. Assim, é importante que seja feita distinção entre qualidade de vida e qualidade de vida em saúde.

Os aspectos relacionados ao estado de saúde em sua dimensão física são sem dúvida muito importantes; contudo, o constructo qualidade de vida é mais amplo de que o estado de saúde dos indivíduos. Para determinar a eficácia das intervenções, devem ser observadas suas repercussões psicológicas, funcionais, sociais e familiares (FLECK, 2008).

Profissionais de saúde têm se preocupado e investigado diferentes populações na tentativa de aprofundar o conhecimento e mensurar a qualidade

de vida de portadores de doenças crônico-degenerativas (RABELO, PADILHA, 1999), como indivíduos renais crônicos em tratamento hemodialítico (CORDEIRO, 2006), portadores de osteoporose, infarto e diabetes mellitus (VINACCIA, OROZCO, 2005; ARANHA et al, 2006), câncer (CALIGAL-RODRIGUES, VELASCO SANCHES, 1995; NUCCI, 2003) e após intervenções como implante de marcapasso cardíaco definitivo (BRASIL, 2001).

Ou seja, em função da multidimensionalidade e subjetividade do conceito de QV, inúmeros aspectos têm sido estudados, com a intenção direcionar ações que possam qualificar e otimizar a atenção profissional e mesmo direcionar políticas públicas.

3.2 MENSURAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

Somando-se às diferenças com relação ao constructo qualidade de vida, os pesquisadores têm como desafio mensurar a qualidade de vida, ao considerarem que, “sendo um conceito difícil e pouco preciso para definir, é igualmente difícil de medir” (BRASIL, 2001, p.34).

A partir desta perspectiva considera-se que duas avaliações de QV jamais são iguais, uma vez que cada uma delas representa uma experiência individual que é limitada pelas expectativas individuais e contexto em que os indivíduos estão inseridos. Contudo, alguns pesquisadores da QV adotam a abordagem ideográfica, centrada no indivíduo, complementar à abordagem nomotética que enfatiza o grupo e é generalizada (PATRICK, 2008).

Outros pesquisadores adotam a abordagem modular para avaliações de QV numa perspectiva transcultural, proveniente de instrumentos desenvolvidos pela Organização Mundial de Saúde em 1994 (Grupo WHOQOL), a partir da expectativa transcultural (PATRICK, 2008). Para a mensuração da QV, têm sido elaborados instrumentos genéricos aplicáveis a qualquer população ou grupos específicos, cuja avaliação é padronizada de forma que as escalas de resposta sejam uniformes para análise (PATRICK, 2008).

Desenvolvidos em sua maioria nos EUA e Europa estes instrumentos são utilizados há mais de 20 anos por estudiosos pela facilidade de

administração e compreensão por parte dos sujeitos de pesquisa. Vários têm sido traduzidos e validados no Brasil, permitindo que os pesquisadores brasileiros desenvolvam estudos e possam comparar resultados com os demais países no mundo.

Outro exemplo de instrumento genérico é o WHOQOL-100, proposto pela OMS em 1994 (THE WHOQOL GROUP, 1994) e validado no Brasil por (FLECK et al, 1999). Contém seis domínios, sendo eles físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade, considerados essenciais dentro do “universo cultural” dos países envolvidos no seu desenvolvimento.

A crescente necessidade de respostas às demandas da sociedade estimulou a construção instrumentos que avaliassem a qualidade de vida, mas que também incluíssem aspectos mais específicos e mais abrangentes de condições de saúde e de doença. O avanço da medicina ocasionou maior tempo de convivência dos pacientes com os sintomas de doenças crônicas e os possíveis efeitos colaterais dos tratamentos propostos (FLECK, 2008). Assim surgiram os instrumentos considerados específicos, sendo alguns derivados dos instrumentos genéricos originais.

Considerando as peculiaridades de pessoas portadoras do vírus HIV/AIDS (PVHAs) e da relevância epidemiológica da AIDS, o Grupo WHOQOL desenvolveu um módulo específico denominado WHOQOL-HIV, para avaliar esta população (ZIMPEL, FLECK, 2008).

Com o envelhecimento da população e aumento da expectativa de vida da população surgiu a necessidade de elaborar instrumento específico para avaliação dos idosos. Foi criado o WHOQOL-OLD (FLECK, CHACHAMOVICHA, TRENTINI, 2003).

Em face da importância que a religiosidade e espiritualidade atingiram na vida das pessoas, e apesar da religiosidade não estar associada positivamente com relação ao prognóstico de doenças, parece interferir na qualidade de vida. Assim sendo, recentemente foi acrescentado ao WHOQOL - 100, o módulo espiritualidade (WHOQOL-SRPB) com 32 itens (ROCHA et al, 2008).

Outro exemplo de instrumento específico é o *Kidney Disease Quality of Life Short Form* (KDQOL-SF), desenvolvido para avaliar a QV de pacientes renais crônicas em tratamento hemodialítico (HAYS et al, 1995).

Muitos são os instrumentos desenvolvidos para mensurar a QV direta ou indiretamente; cada um deles é caracterizado por suas especificidades e formas de aplicação. Devidamente utilizados, podem determinar que aspectos da vida das pessoas necessitam de intervenção e, inclusive políticas de saúde pública, para otimização de recursos no sentido de promover e prevenir agravos de saúde inerentes à vida.

Os avanços tecnológicos e a velocidade da informação com produção de conhecimento pode diminuir o sofrimento físico, psíquico, social e do meio ambiente onde os indivíduos estão inseridos; podem promover a inclusão social que é negada a tantos cidadãos. E, assim, os estudos de qualidade de vida podem diminuir a distância entre as expectativas dos indivíduos e o alcance da melhora na qualidade de vida destes e de outras populações em todo o mundo.

3.3 ASPECTOS CONCEITUAIS E EPIDEMIOLÓGICOS RELACIONADOS À VIOLÊNCIA

A violência é uma ação que comumente é parte das experiências humanas e tem como origem a dominação pelo uso da força e eliminação do outro. Nos relatos bíblicos em Gênesis 4:8, a violência se faz presente quando Caim se utiliza de um objeto para matar seu irmão Abel (BÍBLIA SAGRADA, 1969).

Violência é uma palavra de origem latina, cujo vocábulo vem da palavra *vis* que significa força, que reflete em atos de constrangimento, dano físico e moral ao outro. A definição se baseia na relação de domínio, de posse, de exterminação do outro ou de seus bens materiais ou espirituais. Normas sociais podem considerar a violência lícita ou ilícita e isto depende do local, época e cultura na qual está inserida (MINAYO, 2005).

Pode se dizer que há violência (física ou simbólica) quando numa situação de interação, há desequilíbrio das relações de poder e um indivíduo ou

grupos agem de maneira direta ou indireta causando dano à integridade física, moral, ao patrimônio, às participações simbólicas e culturais (ODÁLIA, 1983; PEGORARO, 2002; SOUZA, LIMA, VEIGA, 2005a, b). Representa risco porque ameaça a vida, altera a saúde e coloca a morte como realidade ou possibilidade próxima (AGUDELO, 1990).

A partir da escalada da violência na década de 1980, o Ministério da Saúde publicou documento considerando como violência todas as ações individuais, de grupo, classes ou nações que causem danos físicos, emocionais e espirituais a si próprio ou outros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001a).

Posteriormente, a OMS, em relatório de 2002, definiu a violência como:

“uso da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2002, p. 5).

A OMS também a natureza do ato violento (física, sexual, psicológica, relacionada à privação ou ao abandono) e classificou os tipos de violência (WORLD HEALTH ASSEMBLY, 1996):

- violência auto-infligida - comportamento suicida e agressão a si próprio;
- violência interpessoal - violência de família, parceiros íntimos (geralmente nos lares) e violência na comunidade (agressão entre indivíduos sem relação pessoal, que podem ou não se conhecer; geralmente ocorre fora dos lares).
- violência coletiva - violência social, econômica e política.

Atualmente, mesmo não sendo universalmente aceita, essa tipologia fornece uma estrutura para a compreensão dos tipos de violência praticada na vida cotidiana de indivíduos, famílias e comunidades em todo o mundo (KRUG et al, 2002b; MINAYO, 2005; PHEBO, MOURA, 2005).

É possível identificar que, a despeito do dano físico ser visível à sociedade, os diversos conceitos englobam os aspectos relativos ao emocional, injúria psicológica, cultural e até mesmo a privação, desenvolvimento precário e o abandono (DALHLBERG, KRUG, 2007). Atualmente os pesquisadores de todo o mundo têm se dedicado à tentativa de desvelar aspectos relacionados à violência

em todas as suas manifestações. O esforço tem sido multi e transdisciplinar utilizando a epidemiologia, antropologia, sociologia, etnografia, fenomenologia, filosofia e psicologia para auxiliar no aprofundamento das causas, circunstâncias, fatores de risco e de proteção e sua relação com a violência (MINAYO, 2005).

A perspectiva dos modelos ecológicos buscam a contextualização do indivíduo no âmbito pessoal, mas, sobretudo inserido histórico-socialmente, considerando-o um ser integral, não fragmentado e isolado. Neste sentido, as circunstâncias não são isoladas e independentes, pois a exposição ao perigo é que potencializa a ocorrência de fatos relacionados à violência (BRASIL et al, 2006).

Assim, a violência é um fenômeno polissêmico, multicausal, multiforme e os fatores determinantes estão relacionados a aspectos individuais, familiares, ao contexto social no qual está inserida e à situação econômica da vítima. Somam-se a isto o sentimento de injustiça e impunidade, colaborando para desencadear situações de violência e tornando difícil a sua abordagem (BELSKY, 1993; KRUG et al, 2002b; PHEBO, MOURA, 2005).

Por essas razões, diferente de enfoques tradicionais relacionados à segurança pública, a violência também tem sido considerada um dos maiores desafios para a saúde pública em todo o mundo (WORLD HEALTH ASSEMBLY, 1996; REZA, MERCY, KRUG, 2001; DUQUE, KLEVENS, RAMIREZ, 2003; GAWRYSZEWSKI, RODRIGUES, 2006; DALHLBERG, KRUG, 2007). No cenário mundial a violência fatal e não-fatal atingiu 1,6 milhões de pessoas em suas diversas formas no ano 2000 (8,8 por 100 mil habitantes), estando entre as principais causas de morte na faixa etária entre 15 e 44 anos de idade (KRUG et al, 2002b).

No início da década de 1980, indícios apontavam para a transformação do perfil epidemiológico, especialmente expressa pelo aumento das taxas de mortalidade pela violência em todo o mundo. Os óbitos relacionados à violência e acidentes passaram da quarta para a segunda causa de morte, ficando entre as mortes ocasionadas por doenças do aparelho circulatório e neoplasias até a atualidade (SZWARCOWALD, 1989; NJAINE et al, 1997;

DESLANDES, 1999; VRANJAC, 2006; PRIULI, MORAES, 2007; SILVA et al, 2007a; BARATA, RIBEIRO, SORDI, 2008)

A OMS estima que em toda América Latina, 140 mil pessoas são vítimas de homicídios por ano (BRICEÑO-LEÓN, 2005). O Brasil se situa entre os países que apresentam as maiores taxas de homicídio deste grupo (17,6 a 26,4 homicídios por 100 mil habitantes). Esses índices são semelhantes aos de países em guerra civil (maiores que 26,4 por 100 mil habitantes), como é o caso da Colômbia, Venezuela, El Salvador (KRUG et al, 2002b; BRICEÑO-LEÓN, VILLAVECES, CONCHA-EASTMAN, 2008).

Entre os anos 1994 e 2004, o número total de homicídios no Brasil, cresceu 48,4% e foi desproporcional ao crescimento da população (16,5%), na mesma época (WAISELFISZ, 2006).

3.4 VIOLÊNCIA INTERPESSOAL POR PROJÉTIL DE ARMA DE FOGO

A resolução de conflitos por meio da arma de fogo está se tornando comum, e crescendo assustadoramente nas últimas décadas. Países desenvolvidos e líderes econômicos mundiais têm apresentado suas preocupações com relação à utilização de armas de fogo pela população civil (KHAN, 1994; GRASSEL et al, 2003; MERCY et al, 2003; OYEFESO et al, 2006; CURFMAN, MORRISSEY, DRAZEN, 2008; WINTEMUTE, 2008) e, mesmo nos países em conflito, onde sabidamente o poder bélico é esperado, os pesquisadores têm se preocupado com as repercussões deste tipo de violência na vida das pessoas (DUQUE, KLEVENS, RAMIREZ, 2003; CARDONA et al, 2005).

A violência interpessoal por projétil de arma de fogo matou 30.143 pessoas nos Estados Unidos da América em 2005, dos quais 12.352 foram classificados como homicídios, 17.002 como suicídios e 789 como disparos acidentais. Os sobreviventes de conflitos armados totalizaram 70.000. A cada 5 minutos alguém foi vítima de uma arma de fogo e a cada 17 minutos ocorreu uma morte em decorrência deste tipo de violência (CURFMAN, MORRISSEY, DRAZEN, 2008; WINTEMUTE, 2008).

As taxas de homicídios por arma de fogo na América Latina e Caribe em 2005, além de serem as mais altas em todo o mundo, com proporção de 15,47 para 100 mil habitantes, excediam as taxas da África (5,9 para 100 mil habitantes), país que se encontrava em guerra civil (BRICEÑO-LEÓN, 2005).

O Ministério da Saúde registrou no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) que a maior parte das mortes na década de 1980 ocorreu por arma de fogo. Análise do crescimento das taxas de mortalidade nos anos de 1980 a 1996 indicou que foram decorrentes do aumento dos homicídios cometidos com armas de fogo (MELLO JORGE, 2000).

Em 2002, o Brasil alcançou o *status* de país com maior número de mortes de jovens de 15 a 24 anos cometidas com projétil de arma de fogo no mundo e mais altas taxas de homicídios do mundo (48,3), ocupando a segunda posição, após a Venezuela e Colômbia (KRUG et al, 2002a; PAHO, 2006; BRICEÑO-LEÓN, VILLAVECES, CONCHA-EASTMAN, 2008; GAWRYSZEWSKI et al, 2008). As taxas superaram as de países tradicionalmente marcados pela violência, como é o caso da Colômbia, El Salvador, África do Sul e os Estados Unidos (país que mantém regulamentação permissiva para a posse de arma de fogo) (PHEBO, 2005).

A compreensão da violência interpessoal por projétil de arma de fogo não pode ser feita de forma isolada, independente e fragmentada, pois é influenciada pelo contexto e interação dos indivíduos e seu ambiente (WEAVER, MADDALENO, 1999; KRUG et al, 2002b; BRICEÑO-LEÓN, 2005).

A violência armada tem sido apontada como produto das desigualdades sociais, exclusão social, desintegração familiar, tráfico, uso e abuso de drogas, impunidade, inoperância governamental e ausência de políticas de intervenção para sua prevenção, da disseminação da violência por meio dos meios de comunicação e deficiência no número de corporações policiais (SOTELO-CRUZ, CORDERO-OLIVARES, WOLLER-VÁSQUES, 2000; BUTCHART, ENGSTROM, 2002; CUBIN, SMITH, 2002; PERES, 2004; SANTANA, 2004; BRICEÑO-LEÓN, 2005; NACHIF, 2006; WAISELFISZ, 2006; COSTA, LUDEMIR, AVELAR, 2007; GAWRYSZEWSKI, 2007; WIERVIORKA,

2007; BRICEÑO-LEÓN, VILLAVECES, CONCHA-EASTMAN, 2008; FARIA, 2008; BARATA, RIBEIRO, SORDI, 2008).

Além disso, estudos têm demonstrado que há fatores parentais de risco, que incluem de forma combinada: ausência de investimento nos vínculos que unem pais e filhos (KODJO, KLEIN, 2002); envolvimento materno insuficiente (TARTER, SAMBRANO, DUNN, 2002); excessiva permissividade, dificuldades de estabelecer limites aos comportamentos infantis e juvenis e tendência à superprodução; educação autoritária associada a pouco zelo e pouca afetividade nas relações (TURTLE, MELNYK, LOVELAND-CHERRY, 2002) e conflitos familiares sem desfecho de negociação (KODJO, KLEIN, 2002).

Há pesquisadores que identificam ainda, circunstâncias relacionadas a locais, horário, dias da semana e contextos em que a violência interpessoal por projétil de arma de fogo pode ocorrer com maior frequência (FALBO, BUZZETTI, CATTANEO, 2001; PERES, 2004; OLIVEIRA, 2005; NACHIF, 2006).

A idade e o sexo também aparecem como fatores envolvidos em inúmeros estudos de violência interpessoal por projétil de arma de fogo, não se distribuindo uniformemente entre esses grupos. Os homens jovens têm taxas mais altas que as mulheres da mesma faixa etária nos homicídios e as taxas de suicídio são mais elevadas entre os homens maiores de 60 anos (WHO, 2001).

3.4.1 ATITUDE EXPRESSA POR ADULTOS JOVENS EM EVENTOS VIOLENTOS COM ARMA DE FOGO

A violência por projétil de arma de fogo atinge pessoas em idade produtiva, com potencial de vida e de produção, e seu impacto torna-se um problema de magnitude sem precedentes e com repercussões futuras difíceis de serem estimadas (KRUG et al, 2002b; DALHLBERG, KRUG, 2007). No *ranking* juvenil, o Brasil ocupa a primeira posição com taxa de 43,1 mortes por arma de fogo em 100 mil jovens (WAISELFISZ, 2005).

Os jovens, especialmente do sexo masculino, são considerados os principais “alvos” para a ocorrência deste evento, pois têm características como a impulsividade, a necessidade de experimentação e a sensação de invulnerabilidade, associadas ao baixo ou nenhum grau de escolaridade, ausência de qualificação profissional ou ocupação fixa remunerada, renda mensal familiar insuficiente para suprir as necessidades básicas; além disso residem em locais de alta densidade domiciliar, com difícil acesso a bens de consumo e serviços públicos (SOTELO-CRUZ, CORDERO-OLIVARES, WOLLER-VÁSQUES, 2000; FALBO, BUZZETTI, CATTANEO, 2001; WAISELFISZ, 2002; SOUZA, MINAYO, 2003; PERES, 2004; ASSIS, DESLANDES, SANTOS, 2005; BRICEÑO-LEÓN, 2005; MOHANTY et al, 2005; OLIVEIRA, 2005; PHEBO, MOURA, 2005; SOUZA, LIMA, VEIGA, 2005a; NACHIF, 2006; REIS, FIGLIE, LARANJEIRA, 2006; FAGUNDES et al, 2007; ZALUAR, 2007; FARIA, 2008; BARATA, RIBEIRO, SORDI, 2008).

A OMS considera que a fase do ciclo de vida entre 15 e 24 anos é um período em que o indivíduo passa do ponto em que ocorre o aparecimento dos caracteres sexuais (intensa explosão hormonal com exacerbação de impulsos sexuais), para a maturidade sexual. Esse fato provoca profundas transformações biológicas e psicológicas com estruturação da personalidade, culminando no estabelecimento dos papéis sociais (dependência econômica é substituída pela relativa independência) (OMS/OPAS, 1985; OTTA, FIQUER, 2004).

Com todas as transformações ocorrendo, os jovens ainda têm que lidar com a escassez de oportunidades de trabalho e inserção social, a falta de perspectivas futuras e o apelo da mídia ao consumo, inacessível à maioria deles (PHEBO, MOURA, 2005).

O fato é que, por todas as características inerentes à adolescência e juventude, esta fase se traduz como um período de expressivas ameaças presentes nos processos interacionais, essenciais para o desenvolvimento saudável. Os adolescentes e jovens, impulsionados pelas transformações, tornam-se vulneráveis na tentativa de legitimar a busca por sua identidade na sociedade (YUNES, MIRANDA, CUELLO, 2004).

O envolvimento dos jovens com a violência se dá, também, por fatores de risco inerentes a esta faixa etária como o culto à força do machismo, o porte de armas para afirmação da virilidade e poder, a inserção em grupos que têm associação com o narcotráfico, entre outros (BRICEÑO-LEÓN, 2005; PHEBO, MOURA, 2005; NACHIF, 2006; SPINELLI et al, 2006; WAISELFISZ, 2006).

O crime organizado, por meio do narcotráfico, oferece a diminuição da distância entre o que se quer e o que se pode adquirir. Este tipo de organização permite a inserção e identidade em grupos, disponibiliza armas e drogas para consumo e comercialização com retorno rápido e imediato. Grandes somas de dinheiro são arrecadadas tornando este cenário sedutor, pois ele contrapõe ao que o Estado, com trabalho digno e salário mínimo não oferece, mesmo quando o esforço é imensamente maior (YUNES, MIRANDA, CUELLO, 2004).

A faixa etária de 15 a 24 anos é a mais exposta à violência relacionada ao narcotráfico (KHAN, 1994; SATCHER, 1995; DORFMAN et al, 1997; WINETT, 1998; WEAVER, MADDALENO, 1999; SOTELO-CRUZ, CORDERO-OLIVARES, WOLLER-VÁSQUES, 2000; FALBO, BUZZETTI, CATTANEO, 2001; MERCY et al, 2003; MOLLEN et al, 2003; KRUG, 2004; PERES, 2004; SANTANA, 2004; ASSIS, DESLANDES, SANTOS, 2005; BRICEÑO-LEÓN, 2005; LEWIN et al, 2005; OLIVEIRA, 2005; PHEBO, MOURA, 2005; GAWRYSZEWSKI, RODRIGUES, 2006; COSTA, LUDEMIR, AVELAR, 2007; FAGUNDES et al, 2007; PHILLIPS, MATUSKO, TOMASOVIC, 2007; PRIULI, MORAES, 2007; SNIDER, LEE, 2007; FARIA, 2008), embora este evento também aconteça em idade entre cinco e 44 anos (KRUG et al, 2002b).

No Brasil, recente levantamento realizado pelo Ministério da Justiça nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro, entre os anos de 2002 a 2004, identificou que, nas internações de vítimas de projétil de arma de fogo, 90% eram

do sexo masculino e tinham idade entre 15 e 39 anos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004c).

3.5 EFEITOS DOS EVENTOS VIOLENTOS NA VIDA DAS VÍTIMAS

São muitos os autores que afirmam que as taxas de mortalidade relacionadas à violência evidenciam somente uma parcela do que representa a perda inestimável de milhares de vidas. O que nos assusta é que ela representa apenas a parte visível do problema; é somente a “ponta do *iceberg*” (WALDMAN, MELLO JORGE, 1999; DALHLBERG, KRUG, 2007). É expressa em números e se relaciona às vítimas fatais. A imensa massa pouco visível do *iceberg* é um elemento menos explorado, mas não menos importante, pois, além de exceder a outra parte em números, evidencia as repercussões além do trauma físico.

No Brasil as causas da violência estão sendo investigadas, mas, as suas repercussões e os efeitos na vida das pessoas atingidas ainda são incipientes. Muitas vítimas da violência convivem com sofrimento psíquico decorrente do trauma sofrido e também desenvolvem patologias que acarretam prejuízo individual, familiar e social que, por sua vez aumenta os custos hospitalares e a demanda para os serviços de saúde (BERGER et al, 2004). Mas a exposição a situações semelhantes predispõe ou não o aparecimento de sintomas entre indivíduos diferentes (BARREIRA, NAKAMURA, 2006).

Estudos têm concluído que a violência em períodos específicos da vida, como a adolescência e a infância, possui significados que favorecem o aparecimento de doenças relacionadas a trauma psicológico, podendo determinar a predisposição dependendo da frequência, intensidade e duração dos eventos traumáticos passados (BRESLAU et al, 1999; MATHEW et al, 2002; RIBEIRO, ANDREOLI, 2006).

Experiências extremas, como é o caso da violência interpessoal por projétil de arma de fogo, possuem efeitos variáveis (MCFARLANE, YEHUDA, 1996). Indivíduos expostos à violência extrema podem ter reação persistente ao estressor como o desenvolvimento de insônia, irritabilidade, dificuldade de concentração, além de sobressalto como sintoma de hiperexcitação (RUIZ et al,

2007). O indivíduo vive como se o evento fosse acontecer novamente a qualquer momento, perdendo a percepção da realidade (JANET, 1898).

Algumas doenças decorrentes de trauma psicológico foram reconhecidas e incluídas na década de 1980 na classificação psiquiátrica norte-americana (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1980). Desde então o interesse pelo tema tem sido objeto de investigação em vários países e em diferentes populações (RUIZ et al, 2007). Estudiosos têm utilizado esses critérios em pesquisas com populações vítimas de diferentes formas de violência (BRESLAU, 2002; BRESLAU et al, 2005). Uma delas é o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), considerado uma síndrome que se define por apresentar grupos de critérios diagnósticos referentes a como o indivíduo se sentiu durante o ocorrido (amedrontados, impotentes ou horrorizados) e inclui:

- presença recordações aflitivas, pensamentos recorrentes, sonhos, *flashbacks* etc.;
- comportamento evitativo / entorpecimento emocional (evita pessoas, pensamentos, atividades ou lugares que lembrem o evento traumático, lapsos de memória etc.);
- hiperexcitabilidade (hipervigilância, insônia e resposta de sobressalto).

Nas últimas décadas, o trauma psíquico vem sendo investigado e tratado e as primeiras investigações iniciaram a partir da sintomatologia decorrente de traumas em militares veteranos, ex-combatentes de guerra do Vietnã e sobreviventes das duas guerras mundiais. Anteriormente aos estudos, estes indivíduos que desenvolveram sintomas de TEPT (mais conhecido como neurose de guerra) foram, por muitos anos, identificados como pessoas “neuróticas” ou “fracas” (EIZIRIK et al, 2006).

Estudo sobre prevalência ao longo da vida para transtornos comórbidos de portadores de TEPT (KESSLER et al, 1995), evidenciou que para indivíduos com esse diagnóstico a possibilidade de desenvolvimento de depressão maior é de 48%, 22% para distímia, 16% para transtorno de ansiedade generalizada, 30% para fobia simples, 28% para fobia social, 73% para abuso de substâncias e 31% para transtorno de ansiedade anti-social.

As conseqüências futuras para os indivíduos foram consideradas por alguns autores como de relevância pelo impacto pessoal e social, prevendo um futuro bastante sombrio. Consideram que, durante o ciclo de vida das pessoas, em torno de 51,2% das mulheres e 60,7% dos homens terão vivenciado um evento traumático (KESSLER et al, 1995).

A raiz do trauma psicológico se situa “na fixação no momento do acidente traumático (...) é como se os pacientes não tivessem findado com a situação traumática, como se ainda estivessem enfrentando-a como tarefa imediata, não executada” (FREUD, 1976).

Estratégias para enfrentamento de eventos traumáticos são fortemente influenciadas por processos adaptativos e funcionais aprendidos no passado (NISBETT, MASUDA, 2003). Alguns autores sugerem que traços de personalidade e ousadia protegem os indivíduos durante a exposição a traumas maiores (VALENTINER et al, 1996; EHLERS, MAERCKER, BOSS, 2000; KEHL, 2000). Práticas como casamento e prática religiosa também estão associadas a níveis mais altos de sensação de bem-estar psicológico, mesmo para os indivíduos que vivenciaram eventos traumáticos. Outros fatores como o nível sócio-econômico e o abuso de álcool podem influenciar na avaliação relacionada à sensação de bem-estar psicológico (SILVA, 2007).

A capacidade de resiliência dos indivíduos expostos a eventos violentos também é considerada fator de proteção a trauma psicológico. Resiliência é definida como a capacidade que o indivíduo tem para reagir à adversidade; é um processo ativo de resistência, auto-recuperação e crescimento em resposta ao desafio. É a habilidade do indivíduo em reagir aos problemas da vida (WALSH, 2003).

Os traumas psicológicos têm relevância, pois sua evolução pode ser crônica e incapacitante e eles estão associados a disfunções sociais, apresentando prejuízos não só para os indivíduos afetados como para toda a sociedade. Indivíduos com trauma psicológico têm mais problemas com o alcoolismo, violência auto infligida, insatisfação com o trabalho, absenteísmo, mais consultas em serviços de emergência e aposentadoria precoce, além de

apresentarem pior qualidade de vida (JARDIM, 2001; REGEHR et al, 2002a; MARGIS, 2003; BUCASIO et al, 2005; SCHNURR et al, 2006).

O desenvolvimento de patologias decorrentes de trauma psicológico depende de encaminhamento adequado para diagnóstico precoce e tratamento (EIZIRIK et al, 2006). Durante o atendimento às vítimas de trauma os profissionais de saúde devem ter em mente que sua postura frente ao indivíduo sobrevivente pode determinar seu prognóstico. Ela deve ser de apoio e valorização dos sentimentos expressos, além de encaminhamento responsável, pois, as lesões psicológicas em grau menor ou maior, que são invisíveis e drásticas, podem repercutir na qualidade de vida das vítimas atingidas.

3.6 SALA DE EMERGÊNCIA - ESPAÇO PARA CONSOLIDAR AS POLÍTICAS DE SAÚDE PARA PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA NO BRASIL

Para OMS, a saúde pública constitui medida coletiva do Estado e sociedade civil, com vistas a promover a saúde dos indivíduos. Trata-se de prática social de atuação multidisciplinar e, sendo assim, sua atuação não se limita a recuperar indivíduos doentes, mas promover o bem-estar coletivo (OMS/OPAS, 2002).

A inserção do tema violência na saúde pública foi, por vezes, preterida, pois era consenso entre os profissionais de saúde que o problema da violência não era do setor saúde e sim questão de segurança pública. As justificativas para maior envolvimento do setor saúde nas questões que envolvem a violência apareceram na medida em que surgiram as repercussões e conseqüências dos atos de violência. O setor saúde passou a reconhecer sua participação nas questões de violência por motivos diversos (CONCHA-EASTMAN, MALO, 2007):

- alta taxa de mortalidade e morbidade, atingindo toda a sociedade;
- alto investimento para assistência médica às vítimas;
- as repercussões não se limitam à vítima; atingem a família e o trabalho, produzindo efeitos sociais, econômicos, emocionais;
- afeta o indivíduo responsável pela agressão e a vítima, suas famílias e as comunidades nas quais estão inseridos, bem como o desenvolvimento

social e econômico familiar, que por vezes tem o agressor ou vítima como provedor;

- despesas com a polícia, justiça e prisão;
- afeta a vida cotidiana, a liberdade de locomoção e o direito de usufruir dos bens políticos.

Apesar das expressivas modificações dos indicadores de saúde verificadas no Brasil a partir da década de 1980, com acentuado aumento da morbi-mortalidade por acidentes de trânsito e violência, muitos casos ainda são completamente desconhecidos. No país, somente são conhecidos os dados das hospitalizações pagas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), identificadas por meio do preenchimento obrigatório das solicitações de Autorização de Internação Hospitalar - AIH (WALDMAN, MELLO JORGE, 1999).

Com a finalidade de uniformizar e padronizar as informações e atingir os objetivos de um Sistema de Vigilância em Saúde Pública propostos para os agravos não transmissíveis, o Ministério da Saúde lançou, em 2001, a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Tinha como diretrizes a monitorização da ocorrência de acidentes e de violências por meio da sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar; assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas; estruturação de consolidação do atendimento voltado à recuperação e reabilitação; capacitação de recursos humanos e o apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001b).

Os princípios que nortearam essa proposta governamental se basearam na premissa de que a saúde é direito fundamental e essencial para o desenvolvimento social e econômico; que o direito e respeito à vida são valores éticos da cultura e da saúde; e que o setor saúde, em todos os níveis, deve fomentar a promoção e prevenção com projetos e programas para a redução da violência e dos acidentes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001b).

Ações de prevenção e combate a violência, carecem de ações além de medidas no âmbito de políticas sociais, na elaboração de legislação específica e no desenvolvimento de instrumentos de intervenção voltados à prevenção, ao tratamento e à reabilitação dos atingidos; pressupõe a identificação de grupos e

fatores de risco (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001b). Para tanto, um dos elementos fundamentais é a melhoria da qualidade e o compartilhamento das informações, que tem início no atendimento pré-hospitalar e continuam nas anotações do prontuário com abordagem multiprofissional e no preenchimento das Declarações de Óbito. São também fonte de informação os laudos emitidos pelo Instituto Médico Legal (IML), boletins policiais e até as bases de dados secundárias obtidas pelo Sistema de Informações Hospitalar (SIH-SUS), já disponibilizadas para consulta intersetorial.

O compartilhamento de informações aumenta a precisão dos dados, facilita decisões e o conhecimento dos fatos para, enfim, iniciar medidas de prevenção com dados fundamentados (NJAINÉ, REIS, 2005; VRANJAC, 2006).

A detecção, notificação de eventos e formação de uma rede de comunicação interligada e acessível para a superação da violência e suas conseqüências exige uma articulação institucional, multiprofissional, intersetorial e a capacitação dos profissionais. Este é um dos desafios atuais para os serviços que atendem emergências, que são fontes primárias de informações de morbidade, para os setores da sociedade civil, segurança pública e organizações governamentais (DESLANDES, 1999).

Indicadores gerados por essas instâncias poderiam fornecer subsídios para a elaboração de intervenções apropriadas, possibilitariam o monitoramento dos resultados e avaliação do impacto das medidas de intervenção e controle. Ações de vigilância epidemiológica permitiriam determinar as características da violência e de suas conseqüências, as bases sociais, políticas e estruturais, fatores de risco e de proteção para as populações envolvidas, além de intervenções e tendências futuras (WALDMAN, MELLO JORGE, 1999; WAISELFISZ, 2005, 2006).

São muitas as dificuldades apontadas com relação às informações sobre os acidentes e violências no Brasil e vários estudiosos têm apontado como limitações o fato de serem informações fragmentadas, indiretas e deformadas pelo etnocentrismo dos interpretadores (SILVA et al, 2007a); dados incompletos, sem relato das circunstâncias que envolveram os fatos e até mesmo

confidenciais, não disponíveis para pesquisa (DALHLBERG, KRUG, 2007). Frequentemente dados sobre raça, escolaridade e ocupação são omitidos.

O Ministério da Saúde propõe a implantação da Rede de Serviços Sentinela de Vigilância de Violências e Acidentes – Rede VIVA, com objetivo de implementar um sistema de informações existentes para a vigilância de causas externas pouco conhecidas, de alta prevalência e impacto na saúde das pessoas (GAWRYSZEWSKI et al, 2007).

Outro fator de restrição para ações de combate a violência está relacionado não à agressão, nem às vítimas, mas aos profissionais de saúde que tendem a silenciar sobre a violência e justificam tal ação por não considerarem a denúncia sua responsabilidade. Há o temor de que, ao confirmarem o diagnóstico de violência, possam estar cometendo injustiça (BRAZ, CARDOSO, 2000); por vezes se escondem atrás da carga de trabalho imposta pela demanda característica destas instituições (DESLANDES, 2000; LEAL, 2003).

Além disso, há que se considerar que “para denunciar um fato é preciso se indignar com ele” (BRAZ, CARDOSO, 2000), ou seja, é necessário se envolver, participar e conhecer, para atuar de forma eficaz e resolutiva.

Para tanto é necessário atender os usuários tendo como ponto de partida, a sua demanda. Devem ser criadas condições para perceber além da dor, o seu contexto social, sua história de vida, suas expectativas e necessidades, colocando os profissionais de saúde mais comprometidos com a vida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004b).

Assim sendo, o Ministério da Saúde propôs a Política de Humanização da Assistência Hospitalar, por meio do Programa de Acolhimento (Posso Ajudar) com Avaliação e Classificação de Risco, que é realizado por enfermeiros. A proposta tem buscado atender às demandas de sofrimento físico e psicológico dos usuários do Sistema Único de Saúde, propondo tecnologia de cuidado que assegura não somente o acesso universal, mas o acolhimento com profissionais capacitados para a escuta qualificada e postura capaz de identificar suas necessidades (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001c, 2004b).

Este espaço, construído em hospitais de todo o mundo, organiza a demanda por ordem de prioridade e risco de morte, valorizando tanto os aspectos

físicos como qualquer sofrimento psicológico, encaminhando com resolutividade os indivíduos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004b). Quando a instituição está estruturada com base nestes princípios, a demanda espontânea ao Pronto Socorro é diminuída em até 30% (HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÂNIA, 2008), e os casos que não necessitam de atendimento médico são encaminhados ao profissional qualificado, como é o caso da violência sexual contra mulheres e crianças.

Enfim, estudiosos concordam que para o combate à violência são necessárias intervenções para a conquista da cidadania, incorporando direitos contra a exclusão social de abrangência política, moral, física e emocional (MINAYO, SOUZA, 1999). As ações são pontuais para resgate da dignidade como direito inerente a todo cidadão.

4. METODOLOGIA

“Como ser físico, o homem é governado por leis invariáveis, do mesmo modo que os outros corpos; como ser inteligente o homem viola incessantemente as leis que Deus criou, e modifica as que ele próprio estabeleceu”.

Barão de Montesquieu

4.1 TIPO DO ESTUDO

Estudo do tipo descritivo e exploratório, no qual o pesquisador procura “conhecer e interpretar a realidade, sem nela interferir para modificá-la” (RUDIO, 1986).

A pesquisa exploratória é utilizada nas situações que exige um “conhecimento mais profundo do problema ou objeto da pesquisa; quando necessita de um diagnóstico inicial da situação” (TEIXEIRA, 2002, p.120) e permite ao investigador “aumentar sua experiência em torno de determinado problema” (TRIVINOS, 1987, p.109).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

Estudo realizado no Serviço de Emergência do Hospital de Urgências de Goiânia - Goiás (HUGO), que atende urgências e emergências clínicas e traumáticas. É um hospital com 196 leitos, cuja demanda é principalmente de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo considerado referência para atendimento de emergência na capital goiana, que possui uma população de 1.244.645 habitantes (IBGE, 2007).

A maioria das vítimas de trauma e outras urgências clínicas do município é transportada pelo serviço de atendimento pré-hospitalar, tanto do Corpo de Bombeiros (Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergências - SIATE), como pelo Serviço Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Para o HUGO, também se dirigem ambulâncias dos municípios circunvizinhos, polícia e, em alguns casos, carros próprios da família ou acompanhantes das vítimas.

Neste hospital, toda vítima de violência interpessoal por projétil de arma de fogo é encaminhada à Sala de Emergência para avaliação médica, de enfermagem e avaliação do risco de morte. É válido lembrar que, muitas vezes, o

único contato com a vítima de violência urbana ocorre na sala de emergência, podendo ser essa também, a única ocasião de ser abordado com relação à violência sofrida e às circunstâncias que envolveram o fato (DESLANDES, 2000; SHEEHAN, 2003; PHEBO, MOURA, 2005).

A equipe na Sala de Emergência é multiprofissional com experiência ou capacitação técnico-científica para atendimento em emergências médicas e trauma, sendo em média, um a dois enfermeiros, cinco médicos (clínico, neurocirurgião, cirurgião geral, ortopedista), cinco técnicos de enfermagem, um agente administrativo, psicólogo e fisioterapeuta (diurno). Fornecem suporte a essa unidade algumas especialidades médicas, radiologistas, farmacêuticos, bioquímicos, assistentes sociais e as demais unidades hospitalares.

De acordo com os registros do Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) o HUGO atendeu, no período de novembro/2007 a setembro/2008, cerca de 3.472 vítimas de violência, das quais 717 foram vítimas de violência interpessoal por projétil de arma de fogo.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO

A população do estudo foi constituída das 717 vítimas de violência interpessoal por projétil de arma de fogo, atendidas no HUGO entre os meses de novembro de 2007 a setembro de 2008, identificadas a partir da aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

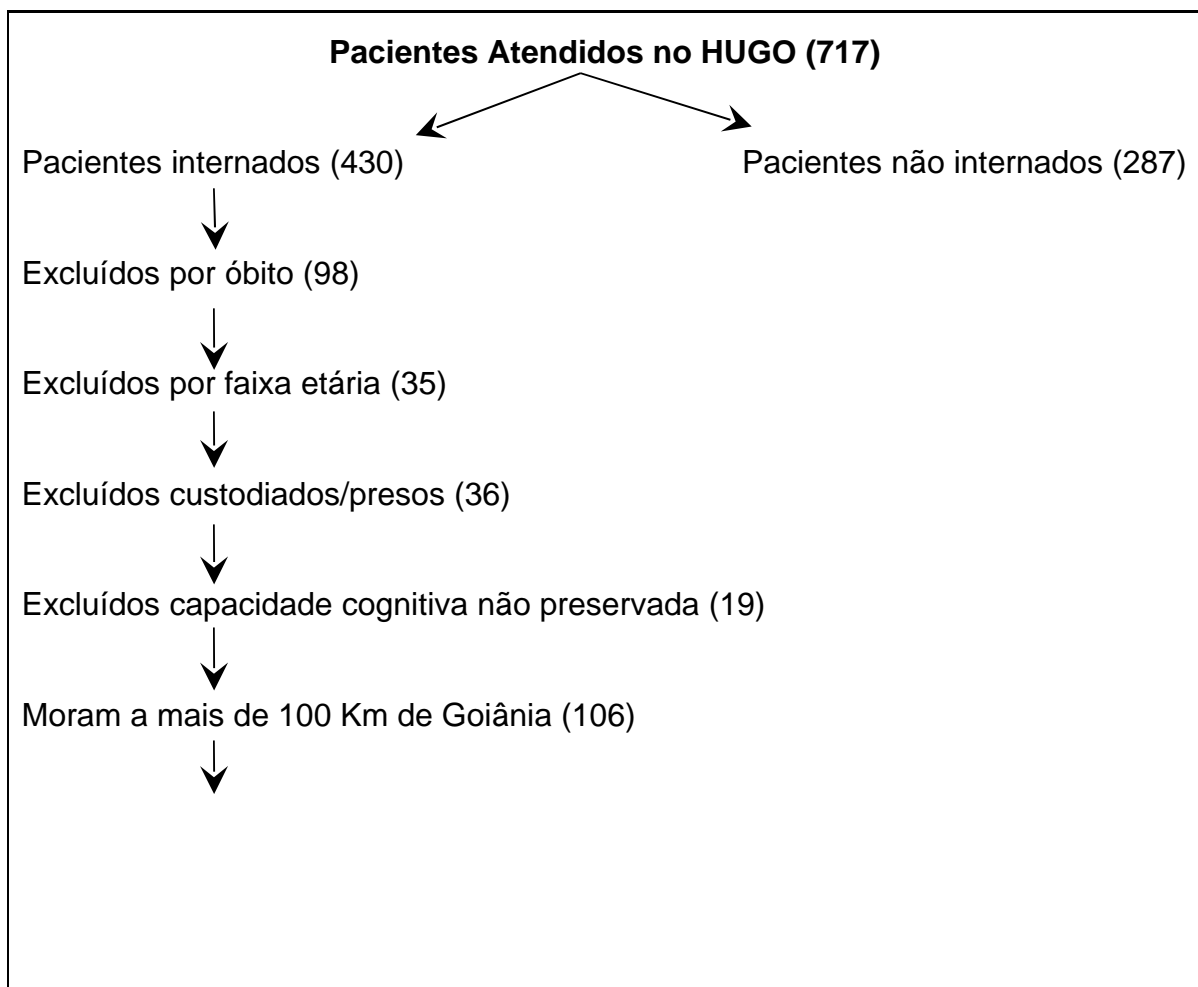
Fizeram parte do estudo as vítimas de projétil de arma de fogo e internadas no HUGO no mínimo por 24 horas, de idade entre 18 e 39 anos, com capacidade cognitiva / nível de compreensão preservado ao serem abordadas no hospital e que concordaram em participar do estudo.

A escolha da faixa etária estudada se deu pelo fato das pesquisas realizadas no Brasil apontarem que as taxas de morbi-mortalidade por violência armada, atingem especialmente a faixa etária de 15 a 39 anos (PERES, 2004; ASSIS, DESLANDES, SANTOS, 2005; FERNANDES et al, 2005; OLIVEIRA, 2005; PHEBO, 2005; FARIA, 2008).

Foram considerados critérios de exclusão do estudo:

- idade inferior a 18 anos (não responderiam o questionário auto-aplicável de qualidade de vida);
- tentativa de violência auto-inflingida por projétil de arma de fogo (não caracteriza violência interpessoal);
- ser custodiado pelo Estado (preso) ou ter se tornado custodiado ainda no hospital (ao receberem alta hospitalar não retornam às suas atividades habituais);
- endereço ou telefone de contato incorreto (mesmo com dados do Boletim de Ocorrência da polícia civil);
- recusa da vítima ou família em conversar com a pesquisadora no hospital ou no momento de agendar a entrevista por telefone (medo, desconfiança - receio da polícia, imprensa e outros);
- residir em município situado a mais de 100 km de distância de Goiânia (dificultaria o retorno para a entrevista).

Para melhor compreensão das razões da não participação de algumas das 717 vítimas de violência interpessoal por projétil de arma de fogo atendidas no HUGO no período do estudo, foi elaborado o seguinte fluxograma:



Recusaram participar do estudo (41)



Total Entrevistados => 95

Ao final da coleta de dados, participaram da pesquisa, 95 vítimas de violência interpessoal por projétil de arma de fogo, internadas no HUGO por no mínimo 24 horas.

4.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto foi encaminhado para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Urgências de Goiânia e aprovado conforme protocolo CEP/HUGO/SES nº 046/07 (Anexo I).

Todos os sujeitos de pesquisa foram informados sobre os objetivos da pesquisa antes da coleta de dados, e esclarecidos do caráter opcional de participar da pesquisa, da confidencialidade dos dados e da possibilidade da retirada de seu consentimento a qualquer momento que desejassem. O seu consentimento foi registrado com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice I), elaborado com base na Resolução 196/96 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996), que regulamenta a pesquisa em seres humanos no país.

4.5 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora por meio de entrevistas estruturadas, utilizando instrumentos para identificar as características sócio-demográficas das vítimas de violência interpessoal por projétil de arma de fogo (preenchido pela pesquisadora), para avaliar a qualidade de vida dessas vítimas (questionário de auto-resposta), bem como para rastrear sintomas clinicamente significativos que podem indicar o potencial desenvolvimento de transtorno de estresse pós-traumático.

4.5.1 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

▪ INSTRUMENTO 1 - CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS (APÊNDICE II)

A seleção de quais características sócio-demográficas seriam utilizadas no instrumento foi feita a partir de variáveis identificadas em diversos estudos da literatura e no instrumento proposto pelo Ministério da Saúde e adotado pelos serviços sentinela (Rede VIVA) - Ficha de Notificação Compulsória de Violência Contra a Mulher e Outras Violências Interpessoais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004a). Foram elas:

- sexo, idade, etnia (por critério de autodeterminação), escolaridade, prática religiosa, situação conjugal, filhos, renda mensal familiar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004a).
- data, hora, dia da semana e local da ocorrência do evento, se estava sozinho e o que fazia no momento para caracterizar as circunstâncias que envolveram o evento violento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004a) .
- se havia ingerido e qual bebida alcoólica ou droga. Estudos indicam que a ingestão de drogas ou álcool potencializa o comportamento violento (ORPINAS, 1999; SOTELO-CRUZ, CORDERO-OLIVARES, WOLLER-VÁSQUES, 2000; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004a; DEGENHARDT et al, 2005; CUNNINGHAM et al, 2006; OYEFESO et al, 2006; REIS, FIGLIE, LARANJEIRA, 2006; CLAASSEN et al, 2007).
- se foi vítima ou presenciou violência anteriormente. O fato de ter sido vítima de violência anteriormente, pertencer a um núcleo familiar disfuncional ou freqüentar locais ou comunidade exposta a eventos violentos, pode indicar comportamento de risco para ocorrência da violência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004a; CUNNINGHAM et al, 2006; CLAASSEN et al, 2007);
- se procurou atendimento prévio em serviços de emergência. Pesquisas indicam que vítimas de violência tendem a freqüentar mais os serviços de emergência que os demais usuários (DESLANDES, 2000; MARGIS, 2003; SCHNURR et al, 2006);
- alterações físicas ou psicológicas decorrentes do trauma. As vítimas referem que o evento teve conseqüências de ordem física e psicológica

(SOTELO-CRUZ, CORDERO-OLIVARES, WOLLER-VÁSQUES, 2000)
(MERCY et al, 2003);

- motivo da agressão. O uso ou tráfico de drogas e a atividade laboral indicam o potencial para exposição a eventos violentos por projétil de arma de fogo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004a; HALGELSTAM, HAKKANEN, 2006).

Este instrumento incluía ainda, espaço reservado para registro de todos os relatos, declarações histórias do entrevistado, impressões gerais da pesquisadora acerca do evento de violência ocorrido com a vítima, além de informações obtidas dos prontuários e dados encontrados na polícia civil. Tais observações ajudaram na descrição das variáveis relacionadas às circunstâncias que envolveram a violência interpessoal por projétil de arma de fogo.

▪ **INSTRUMENTO 2 - AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA - WHOQOL-BREF (ANEXO I)**

Para avaliação da qualidade de vida da vítima foi realizada busca na literatura, tendo sido encontrados diversos instrumentos de mensuração de qualidade de vida de abordagem geral da saúde e outros específicos para indivíduos com algumas patologias. Porém, não foi identificado um que abordasse a população em estudo.

Assim sendo, foi feita a opção pelo um instrumento genérico proposto pela OMS, denominado WHOQOL-100, em sua versão abreviada - WHOQOL-Bref (THE WHOQOL GROUP, 1998), que aborda aspectos físicos, psicológicos, relativos ao meio ambiente e relações sociais e preserva a abrangência do construto *qualidade de vida* (FLECK et al 2000).

No Brasil, a tradução do WHOQOL-Bref para o português foi feita por um grupo de pesquisadores da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, integrantes do grupo WHOQOL, utilizando grupos focais com membros da população geral, profissionais da área de saúde, pacientes internados e em atendimento ambulatorial (FLECK, 1998). O grupo considerou que o instrumento é uma boa oportunidade de “parar para pensar” em suas vidas (FLECK et al, 2000).

O instrumento foi aplicado e apresentou características satisfatórias de consistência interna, validade discriminante, validade de critério, validade concorrente e fidedignidade teste-reteste (FLECK et al, 2000).

O WHOQOL-Bref é um questionário auto-explicativo, abordando como o indivíduo se sente a respeito de sua QV, saúde e outras áreas de sua vida nas duas últimas semanas. Consiste das 26 questões que obtiveram os melhores desempenhos psicométricos, extraídas do WHOQOL-100.

Inclui duas questões gerais de qualidade de vida e outras 24 questões que representam cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original. Assim, diferente do WHOQOL-100 em que cada uma das 24 facetas é avaliada a partir de quatro questões, no WHOQOL-Bref cada faceta é avaliada por apenas uma questão (FLECK, 2008).

Essa versão abreviada é composta por quatro domínios que identificam, cada qual, um foco particular de atenção à qualidade de vida dos indivíduos: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Os domínios e facetas / questões do WHOQOL-Bref (FLECK et al, 2000) são:

❖ **Domínio 1 - Físico**

- Questão 03. Dor e desconforto
- Questão 10. Energia e fadiga
- Questão 16. Sono e repouso
- Questão 15. Mobilidade
- Questão 17. Atividades de vida cotidiana
- Questão 04. Dependência de medicação ou de tratamentos
- Questão 18. Capacidade de trabalho

❖ **Domínio 2 - Psicológico**

- Questão 05. Sentimentos positivos
- Questão 07. Pensar, aprender, memória e concentração
- Questão 19. Auto-estima
- Questão 11. Imagem corporal e aparência
- Questão 26. Sentimentos negativos
- Questão 06. Espiritualidade/religião/crenças pessoais

❖ **Domínio 3 - Relações Sociais**

- Questão 22. Relações pessoais
- Questão 20. Suporte (apoio) social
- Questão 21. Atividade Sexual

❖ **Domínio 4 - Meio ambiente**

- Questão 08. Segurança física e proteção
- Questão 23. Ambiente no lar

- Questão 12. Recursos financeiros
- Questão 24. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade
- Questão 13. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades
- Questão 14. Participação em, e oportunidades de recreação/ lazer
- Questão 09. Ambiente físico (poluição/ruídos, trânsito/clima)
- Questão 25. Transporte

Para responder às questões do instrumento os entrevistados são solicitados a pensar sobre seus valores, aspirações, prazeres e preocupações ocorridas nas *últimas duas semanas*. As respostas são distribuídas em uma escala tipo *Likert* de cinco pontos, com escalas de *intensidade* (nada a extremamente), *capacidade* (nada a completamente), *freqüência* (nunca a sempre) e *avaliação* (muito satisfeito a muito insatisfeito, muito ruim a muito bom).

▪ **INSTRUMENTO 3 - IMPACTO DOS EVENTOS VIOLENTOS - *POST TRAUMATIC STRESS DISORDER CHECKLIST - CIVILIAN VERSION (PCL-C) (ANEXO III)***

Foi identificado na literatura um instrumento denominado *Post Traumatic Stress Disorder Checklist* que avalia o impacto dos eventos violentos na vida das pessoas, desenvolvido no *National Center for Post Traumatic Stress Disorder - EUA (PTSD)*. Ele permite rastrear a possibilidade de desenvolvimento do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), por meio de sintomas considerados clinicamente significativos (WEATHERS et al, 1993).

Esse instrumento possui duas versões: a *Military Version (PCL-M)*, especificamente desenvolvida para a avaliação das conseqüências de experiências militares; e a *Civilian Version (PCL-C)*, desenvolvida para a população civil e que avalia as conseqüências de diversos tipos de experiências traumáticas. Ambas as versões têm como base os critérios diagnósticos para transtornos mentais para o TEPT. No Brasil a versão em português foi feita pelo Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (BERGER et al, 2004).

É uma escala auto-aplicável de rastreamento de sintomas composta por 17 questões e, para o seu preenchimento, a vítima deve mensurar o quanto tem

sido perturbada no último mês pelos sintomas, utilizando uma escala de gravidade que varia de 1 a 5 (nada até muito).

Os sintomas são reunidos em grupos (BERGER et al, 2004):

- **sintomas A:** é o evento em si, não são os sintomas; os indivíduos se sentem amedrontados, impotentes ou horrorizados durante o ocorrido;
- **sintomas B:** revivescências - recordações aflitivas; pensamentos recorrentes; sonhos; *flashbacks* etc.;
- **sintomas C:** comportamento evitativo/entorpecimento emocional - evita pessoas, pensamentos, atividades ou lugares que lembrem o evento traumático; lapsos de memória etc.;
- **sintomas D:** hiperexcitabilidade - hipervigilância; insônia; resposta de sobressalto.

Um sintoma é considerado significativo se obtiver um escore maior ou igual a 3 (médio) em um dos 17 itens. As pessoas que apresentarem, além dos sintomas A, um sintoma clinicamente significativo do grupo de sintomas B, três do C e dois do D, serão nomeadas “TEPT positivo”.

4.5.2 OPERACIONALIZAÇÃO DA COLETA DE DADOS

O primeiro contato com a vítima de violência por projétil de arma de fogo para estabelecimento de vínculo profissional e apresentação da pesquisa ocorreu, na maioria das vezes, na Sala de Emergência. Nos casos mais graves esse contato só foi possível no dia seguinte ou durante o período de internação. Foram coletados os dados pessoais e telefone para contato ou endereço, com a vítima, com seus familiares, ou na ficha de caracterização social do prontuário.

Algumas vezes não foi possível fazer esse contato inicial, pois as vítimas obtiveram alta logo após as 24 horas de internação, sendo identificadas a partir dos registros do SAME/HUGO e/ou dos registros da polícia civil no Boletim de Ocorrência. Foram então contatadas por telefone para participarem da pesquisa.

Aquelas pessoas que concordaram em participar do estudo foram convidadas a responder um questionário numa entrevista posterior, que ocorreria no mínimo, após 60 dias da sua alta hospitalar. As 95 entrevistas ocorreram entre

60 e 194 dias (média 133,60 ± 37,62 dias), após a alta hospitalar. Esse tempo de espera fundamentou-se na expectativa de que os sujeitos já tivessem retornado às suas atividades de vida cotidiana, podendo, portanto avaliar o impacto do evento na qualidade de suas vidas.

Conhecer as vítimas na Sala de Emergência ou durante a internação, possibilitou o conhecimento das circunstâncias do evento de violência e facilitou a interação e confiança para participarem das entrevistas após a alta hospitalar.

O contato seguinte para a realização das entrevistas foi feito pela pesquisadora via telefone, convidando a vítima a vir ao HUGO e oferecendo, quando necessário, o custeio das despesas com transporte e alimentação para viabilizar a entrevista. Quando isso não era possível, a pesquisadora ia ao domicílio.

Contudo, em alguns casos as entrevistas foram realizadas somente com os sujeitos que se dispuseram a se deslocar até o hospital, pois, alguns endereços eram locais de risco em função do tráfico de drogas e possibilidade de confrontos entre gangues, além das ações policiais corriqueiras.

As vítimas que tiveram a vingança, drogas e assalto como motivo da agressão sofrida, em geral relutaram informar telefone de contato ou endereço, pois, às vezes, eram sobreviventes e precisavam se esconder (do agressor, dos colegas e até da polícia que investiga os casos registrados). A migração destas vítimas para outros bairros, cidades e até estados por medida de proteção é freqüente. Nos prontuários, não foram raras as vezes em que foram encontradas anotações de que a vítima iria se mudar para outra cidade por estar “marcada para morrer”. Esse fato dificultou a localização de algumas vítimas.

As migrações forçadas por motivo de violência com conflito armado são um fenômeno social que afeta 23,7 milhões de pessoas em todo o mundo e acontecem como medida de sobrevivência e preservação da integridade física (BUILES, ARIAS, MINAYO, 2008).

Antes do início do preenchimento dos questionários era solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e as entrevistas duraram, em média, 30 minutos, sendo necessário apenas um encontro.

Foi buscado para cada entrevista um ambiente que permitisse privacidade. O preenchimento do instrumento contendo dados sócio-demográficos foi realizado pela pesquisadora e o de avaliação da qualidade de vida e o PCL-C foram preenchidos pelos entrevistados. Algumas vezes os entrevistados solicitaram ajuda para responder questões não compreendidas. Nesses casos, a pesquisadora lia as perguntas de forma pausada, sem qualquer outra explicação, interpretação ou utilização de sinônimos.

4.6 TRATAMENTO DOS DADOS

Os dados foram codificados e digitados no programa estatístico (STATISTICAL PACKAGE FOR SOCIAL SCIENCES, 2008), versão 17.0. Procedeu-se a análise de qualidade e consistência dos dados, caso a caso, comparando os dados digitados com os questionários.

Para o cálculo dos escores da qualidade de vida do WHOQOL-Bref foram seguidas as recomendações de sintaxe padronizada pelo grupo WHOQOL da OMS (THE WHOQOL GROUP, 1998). As respostas foram recodificadas, de maneira que todas tivessem o mesmo significado numérico (quanto menor o valor, pior a situação). As questões Q3, Q4 e Q26 são originalmente formuladas com valores na direção oposta (quanto maior o escore mais desfavorável a situação). Esses valores foram invertidos para composição final do escore (1=5; 2=4; 3=3; 4=2; 5=1). Embora o número de domínios e de facetas seja pequeno, avaliou-se a consistência interna do WHOQOL-Bref pelo coeficiente de fidedignidade de Cronbach para esses itens.

Para permitir comparação com outros estudos que utilizam a versão original (WHOQOL-100), os escores foram transformados numa escala de zero a 100. Pelo fato da QV ser um constructo multidimensional não é possível estabelecer um escore total de QV. Assim, cada domínio recebeu um escore independente.

A análise das características sócio-demográficas dos sujeitos do estudo foi feita por meio de análise descritiva. Calculou-se média, mediana, desvio padrão e intervalos de 95% de confiança para os domínios e facetas da qualidade de vida. Todas as variáveis contínuas utilizadas no estudo apresentaram distribuição normal.

Usou-se teste *t* de *Student* para amostras independentes para analisar diferenças das médias dos domínios da qualidade de vida entre os estratos das variáveis sócio-demográficas, das variáveis referentes à violência sofrida e da classificação de estresse pós-traumático. Todos os escores dos domínios foram considerados como variáveis contínuas e todas as variáveis de exposição foram dicotômicas. O nível de significância estatística foi estabelecido em 5%.

Para rastreamento do TEPT foram listados sintomas dos grupos de critérios B, C e D, segundo a proposta de (WEATHERS et al, 1993) (Quadro 1).

Quadro 1. Classificação dos sintomas para rastreamento do TEPT, segundo os critérios de (WEATHERS et al, 1993).

Itens	Sintomas	CRITÉRIOS
1.	<i>Memória, pensamentos e imagens</i> repetitivos e perturbadores referentes a uma experiência estressante do passado?	B
2.	<i>Sonhos</i> repetitivos e perturbadores referentes a uma experiência estressante do passado?	B
3.	De repente, <i>agir</i> ou <i>sentir</i> como se uma experiência estressante do passado estivesse acontecendo de novo (como se você a estivesse revivendo)?	B
4.	Sentir-se <i>muito chateado</i> ou <i>preocupado</i> quando alguma coisa lembra você de uma experiência estressante do passado?	B
5.	Sentir <i>sintomas físicos</i> (por exemplo, coração batendo forte, dificuldade de respirar, suores) quando alguma coisa lembra você de uma experiência estressante do passado?	B
6.	Evitar <i>pensar</i> ou <i>falar sobre</i> uma experiência estressante do passado ou evitar <i>ter sentimentos</i> relacionados a esta experiência?	C
7.	Evitar <i>atividades</i> ou <i>situações</i> porque <i>elas lembram</i> uma experiência estressante do passado?	C
8.	Dificuldades para <i>lembrar-se de partes importantes</i> de uma experiência estressante do passado?	C
9.	<i>Perda de interesse</i> nas atividades de que você antes costumava gostar?	C
10.	<i>Sentir-se distante</i> ou <i>afastado</i> das outras pessoas?	C
11.	Sentir-se <i>emocionalmente entorpecido</i> ou <i>incapaz</i> de ter sentimentos amorosos pelas pessoas que lhe são próximas?	C
12.	Sentir como se <i>você não tivesse expectativas para o futuro</i> ?	C
13.	Ter problemas para <i>pegar no sono</i> ou para <i>continuar dormindo</i> ?	D
14.	Sentir-se <i>irritável</i> ou ter <i>explosões de raiva</i> ?	D
15.	Ter dificuldades para se concentrar?	D
16.	Estar <i>“superalerta”</i> , <i>vigilante</i> ou <i>“em guarda”</i> ?	D
17.	Sentir-se <i>tenso</i> ou facilmente <i>sobressaltado</i> ?	D

As questões do instrumento pertencentes ao grupo B são as relacionadas às revivescências, *flashbacks*, pensamentos recorrentes e sonhos.

O grupo de sintomas C inclui o comportamento evitativo/entorpecimento emocional, evitar pessoas, pensamentos, atividades ou lugares que lembrem o evento traumático, lapsos de memória; o grupo D é representado por hipervigilância, insônia e resposta de sobressalto.

Um sintoma foi considerado clinicamente significativo quando alcançou escore maior ou igual a três (WEATHERS et al, 1993). Foi considerado “TEPT positivo”, o indivíduo que apresentou, além dos sintomas A, um sintoma clinicamente significativo do grupo B, três do C e dois do D.

5. RESULTADOS

“...nunca [...] plenamente maduro, nem nas idéias nem no estilo, mas sempre verde, incompleto, experimental.”

(Gilberto Freire, 1926)

Para apresentação dos resultados do estudo inicialmente estão descritos os aspectos sócio-demográficos e as circunstâncias que envolveram a agressão. Em seguida são apresentados os aspectos relativos à avaliação da qualidade de vida e à presença dos sintomas clinicamente significativos para o desenvolvimento de transtorno de estresse pós-traumático.

As vítimas de violência interpessoal por projétil de arma de fogo foram entrevistadas entre 60 e 194 dias, com média $133,60 \pm 37,62$ dias após a alta hospitalar. O tempo decorrido entre a data do evento e a entrevista foi entre 62 e 224 dias, média $138,78 \pm 38,58$ dias.

5.1 ASPECTOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

As vítimas estudadas eram predominantemente do **sexo** masculino (94,7%), a média de **idade** era de $24,6 \pm 5,5$ anos, sendo que mais da metade (57,9%) tinha entre 18 e 24 anos, como mostra a Tabela 1.

Em relação à **etnia**, 58,9% das vítimas se autodenominaram negros ou pardos e os demais (41,1%) se declararam brancos (Tabela 1).

A **situação conjugal** predominante foi sem companheiro fixo (66,3%) e os demais referiram ser casados ou ter união estável (33,7%). Com relação ao **número de filhos**, 61,1% dos entrevistados não tinha filhos e 38,9% afirmaram ter filhos (Tabela 1).

Quanto à **escolaridade**, 60% das vítimas referiram ter até o oitavo ano do ensino fundamental (antigo primeiro grau) e 40% concluíram o ensino fundamental ou superior. Mais da metade das vítimas (73,3%) referiu ter **renda** familiar inferior a dois salários mínimos, 13,7% ignoravam a renda e 12,6% tinham renda superior a três salários mínimos.

A maioria 50,5% dos indivíduos entrevistados não tinha **prática religiosa**, enquanto que 49,5% afirmaram pertencer a outras denominações religiosas (católica, espírita, candomblé e outros).

Tabela 1 - Caracterização sócio-demográfica de 95 vítimas de violência interpessoal por projétil de arma de fogo com idade entre 18 a 39 anos, internadas no HUGO. Goiânia - GO, 2007-2008.

Características sócio-demográficas	n	%
Sexo		
Masculino	90	94,7
Feminino	5	5,3
Faixa etária (anos)		
18-24	55	57,9
25-39	40	42,1
Cor		
Negra ou parda	56	58,9
Branca	39	41,1
Filhos		
Não	58	61,1
Sim	37	38,9
Companheiro Fixo		
Não	58	66,3
Sim	37	33,7
Escolaridade		
Ensino fundamental incompleto	57	60,0
Ensino fundamental completo ou superior	38	40,0
Faixa de renda (salários mínimos)*		
1 a 2	70	73,7
3 ou mais	12	12,6
Ignorada	13	13,7
Prática religiosa		
Não	48	50,5
Sim	47	49,5

* Salário mínimo vigente - R\$415,00

Os resultados sobre a caracterização das circunstâncias que envolveram a agressão evidenciaram que a maioria das ocorrências aconteceu no **horário** entre 20 e 7 horas (89,5%), principalmente das 23 às 03 horas (64,7%). No Gráfico 1 é possível identificar que horário que, proporcionalmente, nas doze horas durante o dia, acontece o mesmo que durante uma ou duas horas noturnas.

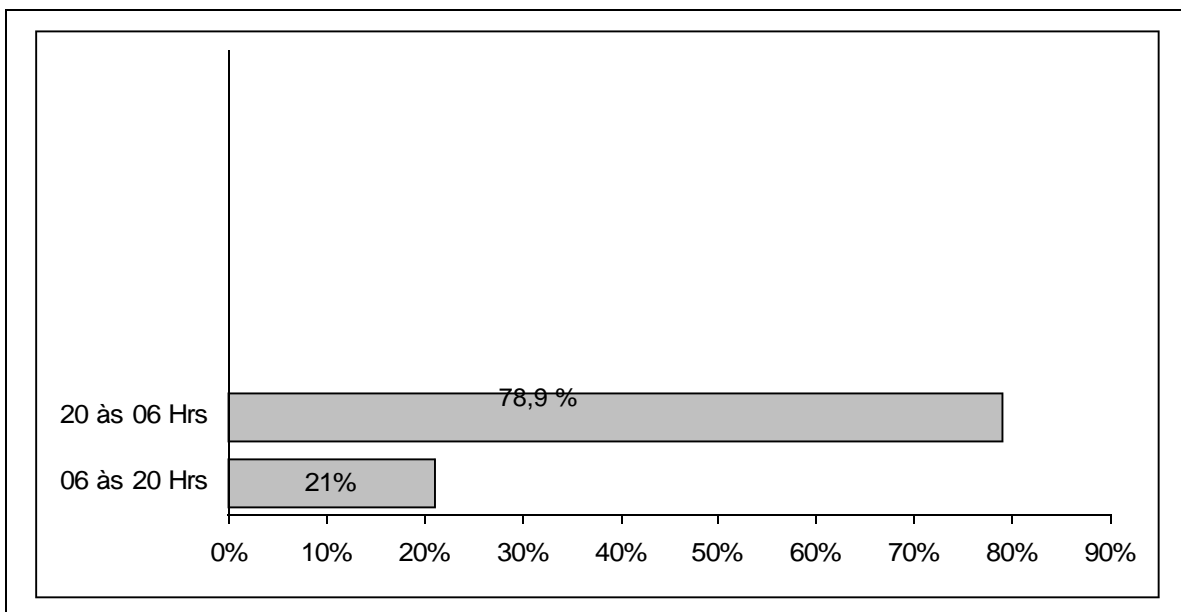


Gráfico 1 - Horário de ocorrência da violência por projétil de arma de fogo com 95 vítimas de idade entre 18 a 39 anos, internadas no HUGO. Goiânia - GO, 2007-2008.

A violência interpessoal por projétil de arma de fogo ocorreu na presença de **pessoas conhecidas** em 73,7% dos casos; 18,9% se encontravam desacompanhadas e 7,4% estavam na presença de pessoas desconhecidas (Tabela 2).

A **atividade** realizada predominantemente pelas vítimas (57,9%) no momento da ocorrência era o lazer, 24,2% estavam trabalhando e 15,8% estavam no trânsito (Tabela 2).

A ocorrência de violência foi evidenciada predominantemente nos **finais de semana e feriados** (52,6%) e os demais 47,4% aconteceram entre segunda e sexta-feira, como mostra a Tabela 2.

O Gráfico 2 discrimina os eventos em todos os dias da semana e mostra que isoladamente, o maior número ocorreu no sábado (19), seguido da quinta-feira e domingo (14). É válido lembrar que o amanhecer da segunda-feira começa no domingo.

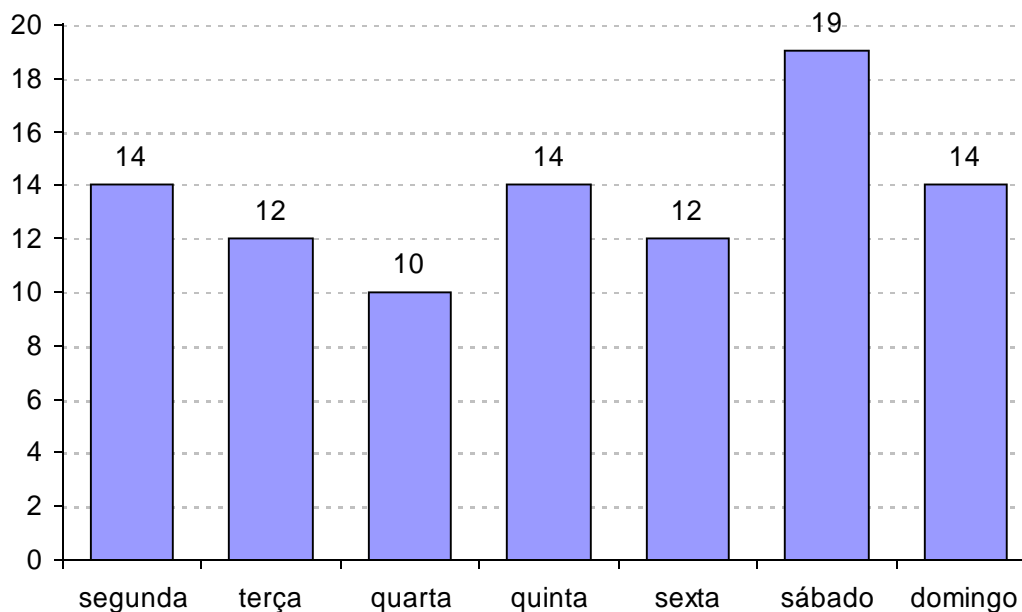


Gráfico 2 - Dia da semana em que ocorreram eventos violentos com arma de fogo, a 95 vítimas de idade entre 18 a 39 anos, internadas no HUGO. Goiânia - GO, 2007-2008.

Em relação ao uso de **substâncias psicoativas** nas seis horas que precederam o evento, 51,6% não fizeram uso ou preferiram não informar. Os demais 48,4% das vítimas entrevistadas declararam ter utilizado álcool ou droga ou a associação destas (Tabela 2). As drogas informadas pelos entrevistados foram associadas ou não com outras. Usaram álcool (47,4%), maconha (6,3%), cocaína (5,3%) e *crack* (10,5%).

Os sujeitos entrevistados referiram que **foram vítimas ou presenciaram violência anteriormente** em 78,9% dos casos e os demais 21,1% referiram nunca terem sido vítimas de violência (Tabela 2).

Ao serem indagadas se a agressão sofrida causou **alterações físicas**, a resposta foi positiva para 74,7% delas, no que se refere à parte motora (45,3%), cicatrizes (41,1%) e dormência em membros (15,8%). Com relação à presença de **alterações emocionais** 57,9% confirmaram e 42,1% disseram que não. As alterações alegadas foram insegurança (46,3%), medo (51,6%) e desesperança (32,6%).

Tabela 2 - Caracterização das circunstâncias que envolveram a agressão de 95 vítimas de violência interpessoal por projétil de arma de fogo com idade entre 18 a 39 anos, internadas no HUGO. Goiânia - GO, 2007-2008.

Circunstâncias da Agressão	n	%
Horário		
8 - 19	10	10,5
20 - 7	85	89,5
Dia da semana		
Segunda a sexta-feira	45	47,4
Final de semana / feriado	50	52,6
Local da ocorrência (n=94)		
Bar	34	35,8
Rua/calçada	28	29,5
Área de comércio	10	10,5
Residência	6	6,3
Local de trabalho	6	6,3
Fazenda ou chácara	6	6,3
Área de esportes	3	3,2
Escola	1	1,1
Ignorado	1	1,1
Com quem estava no momento da agressão		
Pessoas conhecidas	70	73,7
Sozinho(a)	18	18,9
Pessoas desconhecidas	7	7,4
Atividade que realizava no momento da ocorrência		
Lazer	55	57,9
Trabalho	23	24,2
Trânsito	15	15,8
Estudo	2	2,1
Ingeriu álcool ou drogas nas últimas 6 horas da agressão		
Não	46	51,6
Sim	49	48,4
Já tinha presenciado ou foi vítima de violência?		
Sim	75	78,9
Não	20	21,1
Houve alguma alteração física após agressão?		
Sim	71	74,7
Não	24	25,3
Houve alguma alteração emocional após agressão?		
Sim	55	57,9
Não	40	42,1
Você já considerou a possibilidade de ser vítima de violência armada?		
Sim	49	51,6
Não	46	48,4
Motivo da agressão?		
Drogas	29	30,5
Assalto	16	16,8
Envolvimento afetivo	14	14,7
Discussão sem motivo prévio	13	13,7
Disputa no trânsito	11	11,6
Não relacionado à vítima	8	8,4
Dívida	2	2,1

Vingança	1	1,1
Intervenção legal	1	1,1

Em resposta à pergunta de já haver considerado a **possibilidade de ser vítima de violência armada**, 51,6% dos entrevistados afirmaram que sim e 48,4% nunca consideraram esta possibilidade.

Dentre os **motivos** apontados para a ocorrência de violência interpessoal por projétil de arma de fogo, os mais citados foram os que envolviam o uso ou tráfico de drogas (30,5%), por dívida, rixa ou disputa entre gangues. A tentativa de roubo (assalto) seguida de agressão foi referida por 16,8% dos entrevistados e outra motivação alegada para as agressões (14,7%) foi relacionada ao envolvimento afetivo entre pessoas de mesmo sexo ou não.

A discussão sem motivo prévio e que culminou com a agressão foi alegada por 13,7% dos entrevistados, e especificamente a discussão no trânsito foi referida por 11,6% das vítimas. Em alguns casos (8,4%), as vítimas foram atingidas sem envolvimento direto com o evento violento; em outros, os motivos foram dívidas financeiras não relacionadas a drogas (2,1%). A vingança por disputa de terras ou intervenção legal foi referida por 1,1% das vítimas (Tabela 2).

5.2 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

Para apresentação dos resultados referentes à avaliação da qualidade de vida, inicialmente estão apresentadas as respostas referentes às questões gerais de avaliação da QV e satisfação com a saúde (questões 01 e 02). Em seguida são apresentados os escores referentes aos domínios e suas facetas.

5.2.1 AVALIAÇÃO GERAL DA QUALIDADE DE VIDA E SATISFAÇÃO COM A SAÚDE

Quando questionadas sobre como avaliavam sua qualidade de vida em geral, 36,8% das vítimas de violência interpessoal por projétil de arma de fogo consideraram-na como *boa*, 25,3 % como *ruim* e 10,5% como *muito ruim* (Gráfico 3).

Ao serem indagadas sobre a satisfação com sua saúde, 29,5% dos entrevistados afirmaram estar *insatisfeitos*, 28,4% afirmaram estar *nem satisfeitos nem insatisfeitos* e 24,2% estavam *satisfeitos* (Gráfico 3).

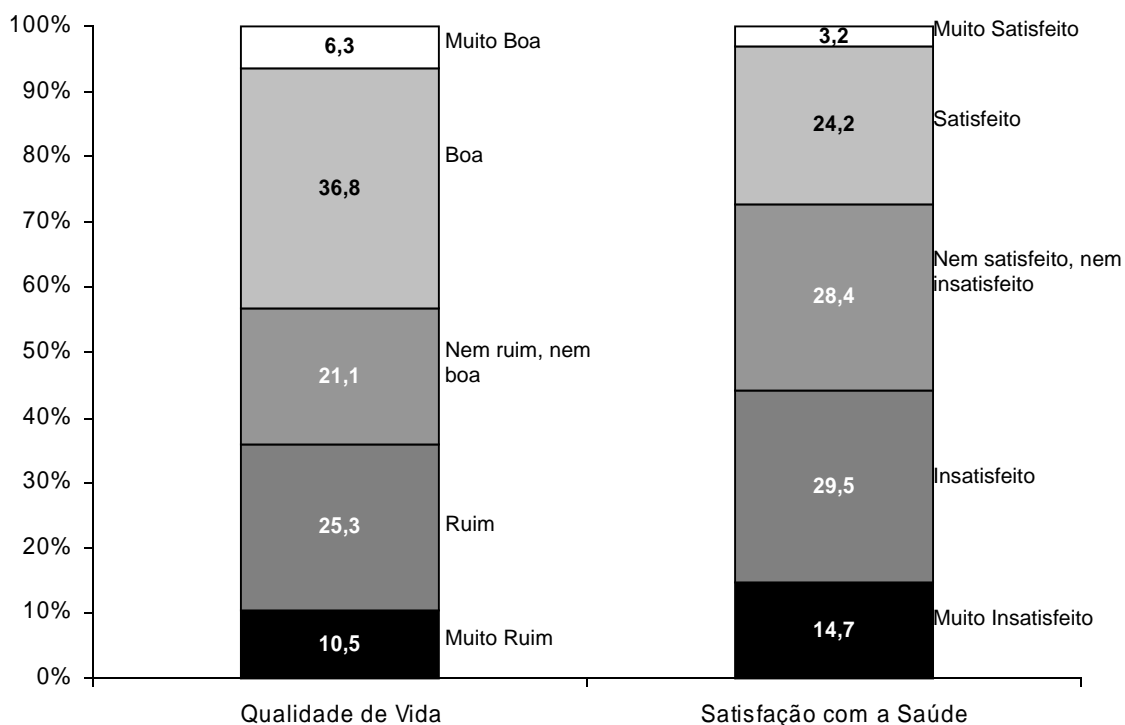


Gráfico 3 - Avaliação da qualidade de vida e satisfação com a saúde das 95 vítimas de violência por projétil de arma de fogo, internadas no HUGO. Goiânia, 2007 - 2008.

A média das respostas para a auto-avaliação de qualidade de vida foi 3,03, sendo o 95%IC entre 3,26 e 2,8, como mostra a Figura 1.

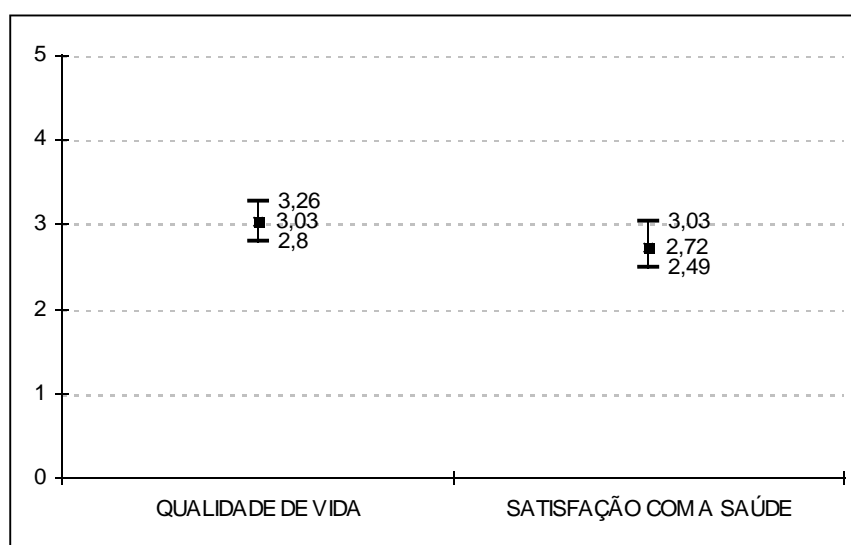


Figura 1 - Média e respectivos 95%IC das questões gerais do WHOQOL-Bref, sobre a percepção geral de qualidade de vida e satisfação com a saúde, aplicadas a 95 vítimas de violência interpessoal por arma de fogo, internadas no HUGO. Goiânia, 2007-2008.

A satisfação dos entrevistados com a própria saúde obteve média 2,72, com respectivos 95%IC entre 3,03 e 2,49 (Figura 1).

5.2.2 MÉDIA DOS DOMÍNIOS E FACETAS DO WHOQOL-BREF

Os resultados indicaram que as médias dos quatro domínios do WHOQOL-Bref, analisadas com escores entre 0 e 100, variaram entre 44,71 e 52,84.

Os Domínios Relações Sociais e Psicológico apresentaram os maiores escores (52,84 e 50,98 respectivamente), tendo havido superposição dos intervalos de confiança obtidos (entre 56,83 e 48,84 para o Relações Sociais e 53,87 e 48,10 para o Psicológico). O Domínio Físico obteve média de 48,26, enquanto que o Domínio Meio Ambiente apresentou o menor escore (44,71), como indica a Figura 2.

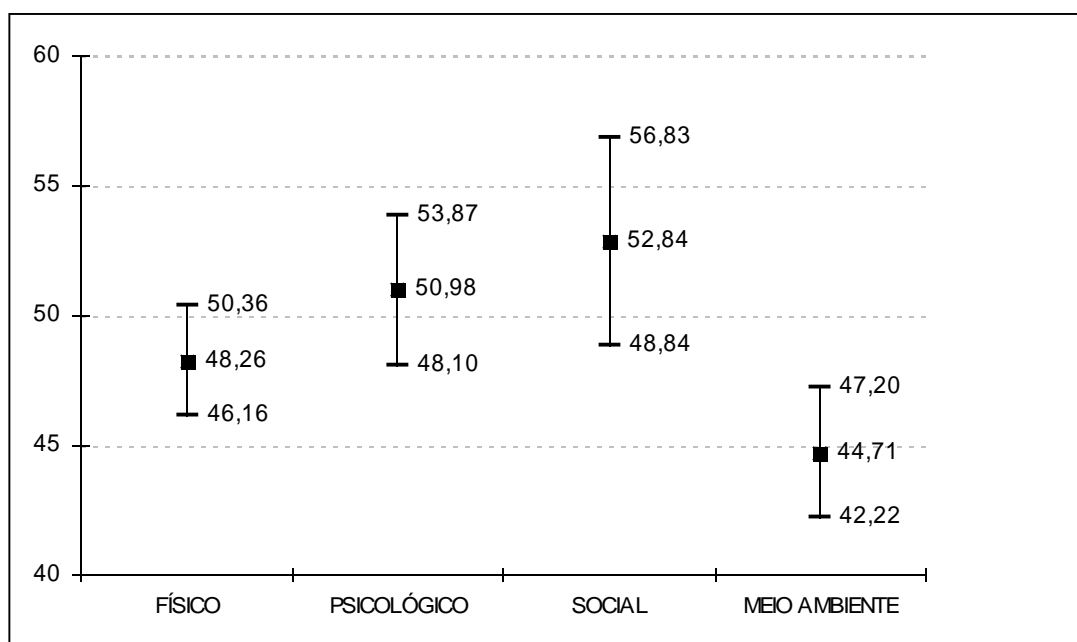


Figura 2 - Médias e respectivos IC95% dos quatro domínios do WHOQOL-Bref, aplicado a 95 vítimas de violência interpessoal por arma de fogo, internadas no HUGO. Goiânia, 2007-2008.

AVALIAÇÃO DO DOMÍNIO FÍSICO

As respostas relacionadas às facetas do Domínio Físico estão demonstradas na Tabela 3 e incluem os aspectos relativos à presença de dor, necessidade de tratamento médico, quantidade de energia, locomoção, sono, atividades de vida diária e capacidade para o trabalho.

Quando as vítimas foram questionadas sobre o quanto a dor as impedia de realizar atividades que necessitavam, as respostas se dividiram entre *bastante* (29,5%) e *mais ou menos* (28,4%).

Tabela 3 - Descrição em frequência e percentagem das respostas às questões do Domínio Físico do WHOQOL-Bref, aplicadas a 95 vítimas de projétil de arma de fogo internadas no HUGO. Goiânia, 2007-2008.

Facetas	Extremamente %	Bastante %	Mais ou menos %	Um pouco %	Nada %
QV 3 - Em que medida você acha que sua dor o impede de fazer o que precisa	10,5	29,5	28,4	24,2	7,4
QV 4- O quanto precisa de tratamento médico para levar a vida adiante	9,5	24,2	37,9	21,1	7,4
	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
QV 10- Você tem energia suficiente para seu dia-a dia	3,2	17,9	43,2	24,2	10,5
	Muito Ruim	Ruim	Nem ruim nem bem	Bem	Muito Bem
QV 15- Quão bem você é capaz de se locomover	10,5	26,3	34,7	20,0	7,4
	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
QV 16- Satisfação sono	14,7	24,2	31,6	24,2	5,3
QV 17- Desempenho AVD	5,3	29,5	29,5	24,2	11,6
QV 18- Capacidade trabalho	12,6	30,5	30,5	22,1	4,2

Com relação à necessidade de tratamento médico para levar a vida adiante, a maioria das vítimas declarou que necessitava *mais ou menos* (37,9%) e *bastante* (24,2%) do tratamento. Sobre a quantidade de energia para desenvolver as atividades diárias 43,2% das vítimas disseram ter *mais ou menos* energia e 24,2% afirmaram ter *bastante* energia.

Ao serem indagadas sobre quão bem eram capazes de se locomover, 34,7% das vítimas entrevistadas afirmaram ser *nem ruim nem bem* e 26,3% responderam que sua locomoção é *ruim*.

Com relação à satisfação com o sono, as vítimas se dividiram entre *nem satisfeitas nem insatisfeitas* (31,6%), *satisfeitas* (24,2%) e *insatisfeitas* (24,2%). Sobre o seu desempenho nas atividades de vida diária a maioria delas afirmou estar *nem satisfeita nem insatisfeita* (29,5%) e *insatisfeita* (29,5%).

Quanto à capacidade para o trabalho 30,5% afirmaram estar *insatisfeitas* ou *nem satisfeitas nem insatisfeitas* e 22,1% estavam *satisfeitas* (Tabela 3).

AVALIAÇÃO DO DOMÍNIO PSICOLÓGICO

O domínio psicológico inclui aspectos sobre aparência física, concentração, aproveitar a vida, satisfação consigo mesmo, perceber sentido na vida e frequência de sentimentos negativos, cujas respostas estão descritas na Tabela 4.

Quando os indivíduos foram indagados sobre o quanto aproveitavam a vida, a maioria afirmou que aproveitava *bastante* (34,7%) ou *muito pouco* (27,4%).

Responderam também que sua vida tinha *bastante* sentido, 32,6% dos entrevistados. Os demais 28,4% afirmaram que a vida tinha *mais ou menos* sentido ou *muito pouco* sentido (18,9%).

Ao serem indagados o quanto eram capazes de se concentrar, 30,5% disseram ser *mais ou menos capazes, muito pouco ou nada* (29,5%) ou *bastante* (25,3%) capazes de se concentrar. A aceitação da aparência física foi avaliada como *mais ou menos* por 33,7% dos indivíduos, *bastante* por 25,3% deles e *muito pouco* por 21,1% dos demais.

Tabela 4 - Descrição das respostas em frequência e porcentagem às questões do Domínio Psicológico do WHOQOL-Bref, aplicadas a 95 vítimas de projétil de arma de fogo internadas no HUGO. Goiânia, 2007-2008.

Facetas	Nada %	Muito pouco %	Mais ou menos %	Bastante %	Extremamente %
QV 5 - O quanto aproveita a vida	6,3	27,4	26,3	34,7	5,3
QV 6- Em que medida você acha que sua vida tem sentido	3,2	18,9	28,4	32,6	14,7
QV 7- O quanto você consegue se concentrar	6,3	29,5	30,5	25,3	8,4
QV 11 - Você é capaz de aceitar sua aparência física	10,5	21,1	33,7	25,3	8,4
	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
QV 19 - Satisfação com ele mesmo	9,5	25,3	33,7	24,2	7,4
	Nunca	Algumas vezes	Freqüentemente	Muito freqüentemente	Sempre
QV 26 - Frequência de sentimentos negativos	10,5	32,6	28,4	18,9	9,5

Quanto à satisfação consigo mesmo, 33,7% disseram estar *nem satisfeitos nem insatisfeitos*, 25,3% se consideraram *insatisfeitos* e 24,2% *satisfeitos*. Com relação à frequência de sentimentos negativos como mau humor, desespero, ansiedade e depressão, 32,6% afirmaram que *algumas vezes* sentem, 28,4% sentem *freqüentemente* e 18,9% *muito freqüentemente*.

AVALIAÇÃO DO DOMÍNIO RELAÇÕES SOCIAIS

A tabela 5 descreve as respostas às questões do Domínio Relações Sociais que abordam sobre a vida sexual, as relações sociais e a satisfação com os amigos. Quando perguntados se estavam satisfeitos com suas relações pessoais, 34,7% dos entrevistados afirmaram estar *nem satisfeitos nem insatisfeitos* e 21,1% afirmaram estar *insatisfeitos*.

Sobre a satisfação com a sua vida sexual 35,8% estavam *satisfeitos* ou *nem satisfeitos nem insatisfeitos* (25,3%) e 15,8% estavam *insatisfeitos*.

Tabela 5- Descrição das respostas em frequência e percentagem às questões do Domínio Relações Sociais do WHOQOL-Bref, aplicadas a 95 vítimas de projétil de arma de fogo internadas no HUGO. Goiânia, 2007-2008.

Facetas	Muito insatisfeito %	Insatisfeito %	Nem satisfeito nem insatisfeito %	Satisfeito %	Muito satisfeito %
QV 20- Satisfação relações sociais	9,5	21,1	34,7	2,1	12,6
QV 21- Satisfação vida sexual	6,3	15,8	25,3	35,8	16,8
QV 22- Satisfação apoio amigos	10,5	30,5	30,5	20,0	8,4

A satisfação com o apoio dos amigos não foi considerada positiva pela maioria dos entrevistados, que afirmaram estarem *insatisfeitos* (30,5%) ou *nem satisfeitos nem insatisfeitos* (30,5%).

AVALIAÇÃO DO DOMÍNIO MEIO AMBIENTE

Para avaliar o Domínio Meio Ambiente foram feitas perguntas sobre segurança, ambiente físico, dinheiro, lazer, satisfação com o local onde mora, acesso aos serviços de saúde e transporte, como indica a tabela 6.

Ao serem indagadas quão seguras se sentiam em sua vida diária, a maioria respondeu se sentir *muito pouco* segura (37,9%), *mais ou menos* segura (26,3%) e *nada* segura (24,2%).

Com relação ao ambiente físico que freqüentam (clima, barulho, poluição), 28,4% das vítimas afirmaram ser *mais ou menos* ou *bastante* saudável (28,4%), e 26,3% consideraram-no *muito pouco* saudável. Perguntadas se tinham dinheiro para as suas necessidades, 37,9% disseram ser *muito pouco* suficiente e 27,4% consideraram ser *mais ou menos* suficiente.

Tabela 6 - Descrição das respostas em frequência e porcentagem às questões do Domínio Meio Ambiente do WHOQOL-Bref, aplicadas a 95 vítimas de projétil de arma de fogo internadas no HUGO. Goiânia, 2007-2008.

Facetas	Nada %	Muito pouco %	Mais ou menos %	Bastante %	Extremamente %
QV 8 - Quão seguro você se sente em sua vida diária	24,2	37,9	26,3	10,5	1,1
QV 9 - Quão saudável é seu ambiente físico	10,5	26,3	28,4	28,4	5,3
QV 12- Você tem dinheiro suficiente para satisfazer necessidades	9,5	37,9	27,4	18,9	6,3
QV 13- Quão disponíveis estão as informações	7,4	24,2	33,7	25,3	9,5
QV 14- Em que medida você tem oportunidades de lazer	8,4	31,6	32,6	22,1	5,3
Facetas	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
QV 23- Satisfação condições onde mora	6,3	32,6	34,7	21,1	5,3
QV 24- Satisfação acesso serviços de saúde	10,5	20,0	36,8	25,3	7,4
QV 25- Satisfação meio de transporte	18,9	30,5	24,2	23,2	3,2

A disponibilidade de informações foi considerada *mais ou menos*, por 33,7% das vítimas entrevistadas, *bastante* por 25,3% delas e *muito pouco* disponíveis para 24,2% das demais. Para a maioria delas há *mais ou menos* (32,6%) ou *muito poucas* (31,6%) oportunidades de lazer no seu cotidiano.

Ao serem perguntadas acerca da satisfação com o local onde vivem, 34,7% afirmaram estar *nem satisfeitas nem insatisfeitas* ou *insatisfeitas* (32,6%).

Em relação ao acesso aos serviços de saúde 36,8%, disseram que estavam *nem satisfeitas nem insatisfeitas*, e 25,3% estavam *satisfeitas*.

Ainda no domínio meio ambiente a maioria das vítimas afirmou estar *insatisfeita* (30,5%) com o meio de transporte ou *nem satisfeita nem insatisfeita* (24,2%).

AVALIAÇÃO DO ALPHA DE CRONBACH

Apesar de não ser objetivo do estudo verificar a confiabilidade do WHOQOL-Bref aplicado às vítimas de projétil de arma de fogo internadas no HUGO, foi feito o cálculo do *Alpha de Cronbach* das dimensões, entre os quatro domínios e para as 26 questões do WHOQOL-Bref (Tabela 7).

Tabela 7 - Valores do Alfa de Cronbach das dimensões do WHOQOL-Bref aplicado a 95 vítimas de violência interpessoal por arma de fogo, internadas no HUGO. Goiânia, 2007-2008.

Domínio	Alpha de Cronbach
Relações Sociais	0,430
Psicológico	0,455
Meio Ambiente	0,458
Físico	0,022
Entre domínios	0,506
26 questões	0,675

Os valores encontrados no presente estudo ficaram abaixo de 0,70 em todos os domínios e, particularmente no domínio físico, foi bastante insatisfatório.

COMPARAÇÃO ENTRE AS MÉDIAS DOS DOMÍNIOS E A ESTRATIFICAÇÃO DAS VARIÁVEIS DE EXPOSIÇÃO

Os escores médios e respectivos IC95% obtidos nos quatro domínios do WHOQOL-Bref foram comparados com as variáveis de exposição: tempo de internação, tempo entre a alta e entrevista, idade, sexo, cor da pele, situação conjugal, número de filhos, escolaridade, prática religiosa, renda familiar, história de violência anterior ao evento, história de violência doméstica, história de agressão física, ingestão de álcool e/ou drogas e motivo da agressão relacionado a drogas (Tabela 8).

Em relação à variável **ingestão de álcool e/ou droga** nas seis horas que antecederam o evento violento, houve diferença estatística entre as médias nos domínios Físico e Relações Sociais ($p = 0,005$ e $p = 0,057$, respectivamente). As médias dos grupos foram menores (45,48 e 49,15) quando comparadas com os grupos que negaram a ingestão de álcool ou droga (51,28 e 56,85).

Tabela 8 - Diferença entre as médias e respectivos IC95% dos domínios do WHOQOL-Bref em relação às variáveis de exposição estratificadas, de 95 vítimas de projétil de arma de fogo internadas no HUGO, com idade de 18 a 39 anos. Goiânia - GO, 2007-2008.

VARIÁVEIS DE EXPOSIÇÃO	DOMÍNIOS											
	FÍSICO			PSICOLÓGICO			RELAÇÕES SOCIAIS			MEIO AMBIENTE		
	Média	IC 95%	p	Média (dp)	IC 95%	p	Média (dp)	IC 95%	p	Média (dp)	IC 95%	p
Tempo de internação												
>5 dias	50,67 (11,08)	44,76-56,57	0,316	53,91 (12,86)	47,05-60,76	0,365	61,46 (18,48)	51,61-71,30	0,050	43,36 (11,17)	57,40-49,31	0,651
2 a 5 dias	47,84 (10,09)	45,49-50,04		50,38 (14,33)	47,15-53,61		51,05 (19,34)	46,71-55,43		44,87 (12,40)	42,20-47,79	
Faixa Etária												
18-24	49,61 (9,98)	46,89-52,34	0,125	49,47 (11,71)	46,28-52,67	0,230	52,93 (19,70)	47,55-58,31	0,967	45,20 (11,78)	41,98-48,41	0,705
25-39	46,43 (10,48)	43,08-49,78		53,02 (16,72)	47,67-58,37		52,71 (19,46)	46,48-58,93		44,06 (12,77)	39,98-48,15	
Sexo												
Feminino	48,10 (9,89)	46,03-50,18	0,393	59,17 (6,85)	50,66-67,66	0,183	53,05 (18,63)	49,15-56,95	0,599	44,25 (12,10)	41,71-46,78	0,211
Masculino	52,14 (16,09)	32,16-72,12		50,52 (14,27)	47,51-53,53		48,33 (33,02)	7,33-89,33		51,25 (11,82)	36,57-65,92	
Cor												
Negra ou parda	47,32 (11,15)	44,33-50,30	0,256	50,74 (13,97)	47,00-54,48	0,842	51,93 (18,68)	46,93-56,93	0,602	43,80 (12,41)	40,48-47,12	0,436
Branca	49,75 (8,66)	46,94-52,56		51,34 (14,44)	46,59-56,08		54,06 (20,58)	47,38-60,73		45,79 (11,78)	41,96-49,60	
Companheiro fixo												
Sim	49,88 (11,56)	45,71-54,05	0,289	53,51 (15,48)	47,93-59,09	0,212	53,38 (23,84)	44,79-61,98	0,837	46,29 (13,78)	41,32-51,25	0,342
Não	47,52 (9,47)	45,13-49,91		49,68 (13,25)	46,31-53,04		52,51 (16,91)	48,25-56,74		43,77 (11,22)	40,94-46,59	
Filhos												
Sim	49,13 (11,64)	45,24-53,01	0,540	51,80 (13,91)	47,16-56,45	0,653	56,08 (19,21)	49,67-62,48	0,190	44,68 (13,87)	40,05-49,30	0,970
Não	47,80 (9,27)	45,36-50,24		50,45 (14,30)	46,65-54,24		50,72 (19,39)	45,62-55,81		44,58 (11,00)	41,68-47,47	
Faixa escolaridade												
Ensino fundamental incompleto	49,13 (9,26)	46,55-51,54	0,346	50,15 (13,76)	46,46-53,83	0,488	53,65 (19,73)	48,39-59,05	0,604	42,79 (11,68)	39,77-46,06	0,071
Ensino fundamental ou superior	47,10 (11,54)	43,31-50,89		52,21 (14,65)	47,40-57,03		51,53 (19,07)	45,27-57,80		47,37 (12,43)	43,28-51,45	
Renda Familiar												
1 a 2 Salários Mínimos	47,89(9,68)	45,56-50,21	0,734	51,52(13,99)	48,16-54,88	0,796	51,21(19,92)	46,42-55,99	0,269	43,02(11,19)	40,34-45,71	0,066
3 ou mais Salários Mínimos	49,11(15,31)	39,38-58-84		50,35(17,36)	39,32-61-38		58,33(24,87)	42,53-74,14		50,00(17,17)	39,09-6091	
Prática religiosa												

VARIÁVEIS DE EXPOSIÇÃO	D O M Í N I O S											
	FÍSICO			PSICOLÓGICO			RELAÇÕES SOCIAIS			MEIO AMBIENTE		
	Média	IC 95%	p	Média (dp)	IC 95%	p	Média (dp)	IC 95%	p	Média (dp)	IC 95%	p
Sim	47,64 (9,94)	44,72-50,56	0,526	53,99 (15,02)	49,57-58,40	0,038	51,59 (20,01)	45,72-57,47	0,550	46,61 (12,26)	43,01-50,20	0,114
Não	48,98 (10,55)	45,91-52,04		47,98 (12,53)	44,29-51,65		53,99 (18,99)	48,50-59,48		42,67 (11,81)	39,24-46,09	
História de violência anterior												
Sim	48,73 (10,74)	46,25-51,20	0,453	50,29 (14,34)	46,96-53,61	0,363	53,67 (20,65)	48,91-58,41	0,406	44,56 (12,51)	41,68-47,43	0,926
Não	46,78 (8,01)	43,03-50,53		53,54 (13,12)	47,39-59,68		49,58 (13,65)	43,19-55,97		44,24 (10,88)	39,74-49,93	
História de violência doméstica												
Sim	48,69 (12,13)	45,09-52,29	0,647	51,38 (14,20)	47,16-55,59	0,793	52,54 (20,85)	46,34-58,73	0,873	43,75 (12,20)	40,13-47-37	0,411
Não	47,84 (8,19)	45,46-50,22		50,61 (14,12)	46,51-54,71		53,12 (18,32)	47,80-58,44		45,64 (12,17)	42,10-49,17	
História de agressão física												
Sim	46,89 (9,94)	44,20-49,58	0,111	49,48 (14,06)	45,68-53,28	0,222	51,82 (18,82)	46,73-56,90	0,563	44,43 (11,64)	41,28-47,58	0,861
Não	50,18 (10,51)	46,77-53,59		53,10 (14,04)	48,55-57,65		54,27 (20,58)	47,60-60,94		45,11 (13,00)	40,90-49,32	
Ingesta de álcool e/ou droga												
Sim	45,48 (9,47)	42,76-48,20	0,005	50,34 (15,11)	46,00-54,68	0,646	49,15 (17,11)	44,23-54,06	0,057	43,18 (13,08)	39,42-46,93	0,233
Não	51,28 (10,34)	48,18-54,39		51,68 (13,01)	44,78-55,59		56,85 (21,27)	50,46-63,24		46,39 (10,97)	43,09-49,68	
Ingesta de álcool												
Sim	45,63 (9,75)	42,71-48,56	0,014	50,65 (15,46)	46,00-55,29	0,821	48,15 (17,49)	42,89-53,40	0,028	43,75 (13,29)	39,76-47,74	0,522
Não	50,76 (10,32)	47,76-53,75		51,32 (12,99)	47,55-55,09		57,12 (20,63)	51,13-63,11		45,57 (11,20)	42,32-48,82	
Motivo da agressão - droga												
Sim	48,40 (8,73)	45,08-51,72	0,961	49,57 (16,15)	43,42-55,71	0,518	47,99 (18,05)	41,12-54,85	0,109	40,09 (11,78)	35,60-44,57	0,015
Não	48,20 (10,94)	45,48-50,91		51,61 (13,15)	48,36-54,87		55,00 (19,86)	50,08-59,92		46,78 (11,83)	43,85-49,71	

Este fato também ocorreu com a variável **ingesta de álcool**. Houve diferença estatística no domínio Físico ($p = 0,014$) e no domínio Relações Sociais ($p=0,028$). As médias dos escores para aqueles que ingeriram álcool foram menores que os demais (48,15 X 47,12 no domínio Físico) e (45,63 X 50,76 no domínio Relações Sociais).

No que se refere à **prática religiosa** foi evidenciada diferença estatística no domínio Psicológico entre os grupos ($p = 0,038$). A média desse domínio foi maior ($53,99 \pm 15,02$) para os que afirmaram ter alguma prática religiosa, quando comparada aos que negaram ($47,98 \pm 12,53$). Contudo, nos Domínios Físico e Relações Sociais a média foi maior dentre os que não tinham prática religiosa (48,98 e 53,99, respectivamente), apesar de não ter sido verificada diferença estatística entre os grupos.

O **tempo de internação** apresentou diferença estatística entre as médias no domínio Relações Sociais ($p=0,050$). Aqueles que permaneceram internados em período superior a 5 dias, obtiveram média maior ($61,46 \pm 18,48$), do que dentre aqueles que permaneceram de 2 a 5 dias.

Também houve diferença estatística entre as médias dos grupos no domínio Meio Ambiente com $p=0,015$ quando o **motivo da violência estava relacionada à droga** (por briga entre gangues, disputa de território, dívidas, tráfico de drogas). A média do escore foi mais baixa para este grupo ($40,09$ X $46,78$).

Não é possível afirmar que houve diferença estatística entre os grupos das variáveis **faixa de escolaridade e renda**, pois obtiveram valores de p *borderline* ($p=0,071$ e $p=0,066$, respectivamente). As médias dos escores foram maiores para os que tinham ensino fundamental completo e superior ($47,37$) e para os que tinham renda familiar superior a 3 salários mínimos ($50,00$).

Não houve diferença estatística entre os grupos na estratificação das variáveis renda familiar, sexo, faixa etária, cor da pele, companheiro fixo, presença de filhos, história de violência anterior, doméstica e agressão física.

TRIAGEM PARA RASTREAMENTO DO TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS TRAUMÁTICO - PCL-C.

Os sintomas considerados clinicamente significativos são aqueles cujo escore total foi maior ou igual a três (médio) em um dos 17 itens da lista do instrumento *Post Traumatic Stress Disorder Checklist - Civilian Version (PCL-C)*.

Todas as 95 vítimas entrevistadas apresentaram pelo menos um sintoma clinicamente significativo. Foi possível verificar que 60% das vítimas de violência interpessoal por projétil de arma de fogo (57), são vulneráveis ao desenvolvimento do TEPT.

A Tabela 9 mostra que não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos considerados TEPT positivo e TEPT negativo em todos os domínios do WHOQOL-Bref. Foi obtido um valor de p *borderline* ($0,073$) no domínio Psicológico.

Tabela 9 - Médias e IC95% dos domínios do WHOQOL-Bref, segundo os resultados do PCL-C para rastreamento do TEPT em 95 vítimas de projétil de arma de fogo internadas no HUGO, com idade de 18 a 39 anos. Goiânia - GO, 2007-2008.

Domínios	média(dp)	IC95%	p
Físico			
TEPT positivo	47,96(10,19)	45,23-50,69	0,983
TEPT negativo	48,02(10,00)	44,53-51,51	
Psicológico			0,073
TEPT positivo	48,51(14,27)	44,69-52,33	
TEPT negativo	53,95(12,89)	49,45-58,44	
Relações Sociais			0,848
TEPT positivo	52,83(19,35)	47,64-58,01	
TEPT negativo	51,96(20,21)	44,91-59,01	
Meio Ambiente			0,580
TEPT positivo	43,41(10,95)	40,48-46,35	
TEPT negativo	44,67(12,58)	40,28-49,06	

A frequência de cada grupo de sintomas para rastreamento do TEPT está descrita na Tabela 10, indicando o quanto a vítima foi perturbada naquele mês pelos sintomas (revivências – grupo B; comportamento evitativo – grupo C; hiperexcitabilidade – grupo D).

Tabela 10- Frequência de sintomas para rastreamento do TEPT, segundo os resultados do PCL-C, em 91* vítimas de projétil de arma de fogo internadas no HUGO, com idade de 18 a 39 anos. Goiânia - GO, 2007-2008.

Grupo de Sintomas	%
Sintomas B	
Sim	89,5
Não	6,3
Sintomas C	
Sim	71,6
Não	24,2
Sintomas D	
Sim	82,1
Não	13,7

*quatro missing.

6. DISCUSSÃO

“Que o nosso tempo seja lembrado pelo despertar de uma nova reverência face à vida, pelo compromisso firme de alcançar a sustentabilidade, a intensificação da luta pela justiça e pela paz, e a alegre celebração da vida.”

A Carta da Terra

Não foram encontrados estudos no Brasil que permitissem a comparação dos dados sobre qualidade de vida de vítimas de violência interpessoal por projétil de arma de fogo. Estudos sobre mortalidade foram úteis para indicar similaridades em relação às características sócio-demográficas e em relação às circunstâncias envolvendo os eventos violentos por projétil de arma de fogo. No que se refere aos efeitos da violência na qualidade de vida das pessoas que podem desencadear o Transtorno de Estresse Pós Traumático, há pesquisas que apontam a existência de sintomas desencadeados por eventos violentos, inclusive envolvendo arma de fogo, o que permitiu a comparabilidade com os resultados deste estudo.

6.1. ANÁLISE DAS CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS E AS CIRCUNSTÂNCIAS QUE ENVOLVERAM A VIOLÊNCIA INTERPESSOAL POR PROJÉTIL DE ARMA DE FOGO

A maioria das vítimas entrevistadas nesse estudo era do sexo masculino (97,4%), com idade média de 24,6 anos, como em inúmeros estudos em todo o mundo. O que se constata é que, muito precocemente, os homens jovens se envolvem com a violência e imputam prejuízos a si mesmos, a seus familiares, aos serviços de emergência, à segurança pública e ao sistema judiciário, podendo comprometer a qualidade de sua vida.

Os índices de violência por arma de fogo no cenário mundial são expressivos, atingindo pessoas com idade entre 15 e 44 anos (KRUG et al, 2002a). Em 1997, nos EUA, 86% das internações foram de vítimas de violência por projétil de arma de fogo (COBEN, STEINER, 2003) e no Canadá, 94% dos atingidos foram os homens de 15 a 34 anos, entre os anos 1999 a 2003 (FINLEY et al, 2008).

No Brasil, a violência interpessoal por projétil de arma de fogo, cresce entre os jovens e adultos de 15 a 39 anos, ora como vítima, ora testemunhando ou agredindo (HOWARD et al, 2002; WAISELFISZ, 2002; PHEBO, 2005; PHEBO, MOURA, 2005; NACHIF, 2006; WAISELFISZ, 2006; FAGUNDES et al, 2007; MASCARENHAS, PEDROSA, 2008). Inclusive o risco de morte por homicídios cometidos com arma de fogo foi considerado cerca de vinte vezes maior nos

homens jovens com idade entre 10 e 19 anos, do que nas mulheres residentes na cidade de Recife-PE (FALBO, BUZZETTI, CATTANEO, 2001).

Esse envolvimento dos jovens com a violência tem sido explicado pela cultura da virilidade e masculinidade (ZUBILLAGA, BRICEÑO-LEÓN, 2001). São elencados ainda, a inabilidade para regular emoções, o prazer pela situação de risco, a relação com o cuidador e aceitação de seu núcleo familiar, a dificuldade em se inserir na comunidade, imaturidade para resolução de problemas. Este padrão de comportamento pode ser influenciado por fatores culturais e uso de substâncias psicoativas (KLEWER et al, 2004; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Tem sido muito discutida a qualidade da relação dos jovens com seus cuidadores ou responsáveis, como determinante para o envolvimento com a violência e desfechos negativos. O diálogo nos núcleos familiares e a livre expressão de sentimentos e pensamentos resultam em relações saudáveis entre pais e filhos que residem em comunidades de risco, podendo diminuir a exposição dos jovens à violência urbana (LUTHAR, GOLDSTEIN, 2004); mas o contrário também pode observado, quando a família adota comportamento repressor e agressivo, como os castigos corporais (HOWARD et al, 2002).

Ainda tem sido discutida a forte influência que a mídia parece ter sob os jovens apontando para a necessidade de escolha e limitação de programas televisivos, o estímulo à postura crítica diante dos programas inadequados (NJAINÉ, 2004; PERKINS, JONES, 2004).

No que se refere à cor da pele, a maioria (58,9%) das vítimas de violência interpessoal por projétil de arma de fogo entrevistadas no presente estudo se autodenominou negra ou parda, reafirmando os resultados de diversos estudos no país (NACHIF, 2006; MASCARENHAS, PEDROSA, 2008).

A arma de fogo foi o instrumento utilizado em cerca de 70% dos homicídios ocorridos no Brasil entre os anos de 2000 a 2003, e o risco de óbito por homicídio entre negros foi 1,8 vezes maior do que entre brancos. Isso permitiu aos autores afirmarem que homens pardos e negros apresentam maior risco de serem vítimas de homicídio, quando comparados aos homens brancos (SOARES FILHO et al, 2007).

Tem sido considerado (HENRIQUE, 2001) que os indivíduos de pele negra pertencem a grupos de risco a exposição de eventos violentos, pois se inserem em comunidades com escolaridade deficitária, que incentivam o trabalho infantil, trabalham na informalidade e em serviços de baixa remuneração. Este grupo é pouco representado em profissões de melhor *status* social como médicos, juízes, cirurgiões dentistas, engenheiros, professores e intelectuais, indicando que no Brasil, a segregação racial ocorre de forma velada e contínua.

Para outros autores (BATISTA, ESCUDER, PEREIRA, 2004) a ocorrência de eventos violentos em grupo social não se define por relações de raça ou cor; são as diferenças étnicas entre os grupos que promovem a desigualdade social. A etnia não determina o fator de risco, mas a inserção de um grupo de uma minoria em grupo social contrário é que torna os indivíduos vulneráveis e pode determinar a forma de viver e morrer da maioria.

Este estudo identificou também, que 61,1% das vítimas de projétil de arma de fogo, internadas no HUGO, não tinham filhos, nem companheiro fixo. A ocorrência de eventos violentos pode ser influenciada por diversos fatores como a existência de filhos, união estável e ter familiares dependentes. Podem contribuir como forte motivação para o amadurecimento e construção de uma identidade dos jovens na sociedade.

A situação conjugal em casos de violência intrafamiliar tem sido avaliada, e estudo em São Paulo entre os anos de 2001 a 2005 apontou que os agressores sem união estável estão mais envolvidos em episódios de violência física sugerindo que nas relações estáveis a frequência é menor; provavelmente o fato de serem responsáveis por uma ou mais pessoas, contribui para que os indivíduos se exponham menos a comportamento de risco (DOSSI et al, 2008).

Neste sentido, a atual desintegração familiar tem trazido prejuízo ao processo progressivo de adaptação dos jovens, bem como para toda a sociedade na qual estão inseridos. A família perdeu sua força agregadora e a ausência de seu papel protetor inseriu os jovens em situações vulneráveis para a ocorrência de eventos violentos (BRICEÑO-LEÓN, 2005).

A maioria (60%) das vítimas de violência armada entrevistadas para o presente estudo cursou o ensino fundamental incompleto. Em todo o Brasil questões

relativas ao grau de **escolaridade**, ocupação e a renda familiar colocam grande parte dos cidadãos na linha de fogo da violência.

O grau de escolaridade dos jovens e seus responsáveis, bem como a inserção no mercado de trabalho, características e local de moradia e a densidade populacional das residências, podem desencadear reações violentas por parte dos seus integrantes alimentando o ciclo da violência (FERREIRA, 1998; BERGER, 2005). Em Recife/PE a baixa escolaridade foi considerada fator de risco para homicídios em crianças e jovens de 10 a 19 anos (FALBO, BUZZETTI, CATTANEO, 2001).

Na América Latina um terço da população é jovem (58 milhões) e 21 milhões estão inseridos num contexto de pobreza. Jovens de até 18 anos que não estudam ou trabalham são considerados mais vulneráveis a eventos violentos em suas vidas (WEAVER, MADDALENO, 1999; BRICEÑO-LEÓN, 2005).

A falta de motivação para o estudo, a não freqüência à escola e o desinteresse por estudos também podem ser originados pela própria escola. A escola tem se tornado espaço para agressões e humilhações públicas contra alunos e que pode partir de professores, funcionários ou os próprios colegas. Este comportamento comum nas escolas em todo o mundo tem predisposto os jovens a eventos violentos. Não se pode negar que o fato deste tipo de violência (*bullying*) ser palco nas próprias escolas, lugar que deveria desenvolver o papel de proteção, têm se tornado fonte de estresse e medo.

Os noticiários nos EUA e Europa têm divulgado os massacres de vítimas de *bullying* (LOPES NETO, 2005). Já há estudos nestes países (WIEBE, 2003) indicando que os indivíduos que freqüentaram menos de quatro anos de estudo também apresentam maior risco de cometer ou serem vítimas de homicídio.

A baixa escolaridade e o grau de conhecimento da população trazem à tona uma importante reflexão sobre a proposta de educação pública, o papel das escolas brasileiras na formação das pessoas e como a qualidade deste ensino pode determinar o futuro da sociedade. Estas afirmações fazem sentido quando alegam que a escola funciona como proteção a eventos relacionados à violência, especialmente naquela em que a arma de fogo está presente (PRIULI, MORAES, 2007).

A maioria das vítimas entrevistadas nesse estudo (73,7%) afirmou ter **renda familiar** de até dois salários mínimos. De modo similar à escolaridade, a renda familiar, tem sido considerada de forte relação com a vulnerabilidade dos indivíduos à violência, potencializando a desigualdade social, que exclui e segrega socialmente (FERREIRA, 1998; SZWARCOWALD, 1999), colocando em risco o potencial dos jovens brasileiros e o seu desenvolvimento (HENRIQUE, 2001).

Há vários relacionando a renda e escolaridade com eventos violentos Brasil. Em Diadema/SP, o fato das vítimas terem empregos estáveis garantindo renda familiar, reforçou que a estabilidade financeira pode afastar a possibilidade de ocorrência por violência interpessoal por arma de fogo fatal (SILVA FILHO, 2003). Pesquisa realizada em Salvador/BA entre 1998 e 2001 observou que renda familiar maior teve efeito protetor na ocorrência de homicídios para os habitantes da cidade (SANTANA, 2004). Além disso, ter sido roubado ou assaltado associou-se significativamente e diretamente com a renda familiar baixa (SPARREBERGER, SANTOS, LIMA, 2004; SANTOS et al, 2008).

Outro aspecto digno de nota refere-se ao fato da maioria (50,5%) dos envolvidos do presente estudo não se envolverem com **práticas religiosas**. Participar de ritos como batismos, casamentos, funerais e atividades sociais que influenciam o altruísmo, compromete positivamente os jovens inserindo-os num grupo atuante e protetor. O comportamento de grupos religiosos, também parece representar fator de proteção, porque incentiva o controle do comportamento individual, a leitura da Bíblia, inibe e condena o consumo de drogas, especialmente álcool e fumo e desaprova a linguagem vulgar e o comportamento violento (BRICEÑO-LEÓN, 2005).

O **horário de ocorrência** de violência por projétil de arma de fogo foi predominantemente entre 20 e 7 horas (89,5%), sendo que, destes, 55 (64,7%) ocorreram das 23 às 3 horas, coincidindo com outras pesquisas no país. Em 2001 a maior parte dos crimes registrados em São Paulo/SP também ocorreu durante a noite, principalmente entre 19 e 01h (GAWRYSZEWSKI, KAHN, MELLO JORGE, 2005). Em Uberlândia/MG quase metade dos casos de violência foram atendidos no Hospital das Clínicas entre 21 e 03h (OLIVEIRA, 2005). Em Teresina/PI um estudo em 2007 revelou que 61,1% das ocorrências de violência interpessoal por projétil de

fogo foram no início da noite e final da madrugada (MASCARENHAS, PEDROSA, 2008). Em levantamento realizado em São Paulo/SP no ano 1998, dos homicídios em todos os estratos sociais, as mortes se concentraram no período entre 18 e 06 horas da manhã (COSTA, LUDEMIR, AVELAR, 2007).

As atividades de lazer dos jovens incluem a freqüência a bares, boates, shows de música, e geralmente o início destas atividades ocorre por volta das 23 horas. Nestes locais é freqüente o envolvimento com drogas, briga entre gangues, assaltos e desentendimentos por motivos fúteis. O hábito noturno de sair de casa em horários mais avançados em que ocorrem os eventos violentos acompanha a rotina de lazer da maioria dos jovens no Brasil. Aqueles que freqüentam a vida noturna, seja em atividades de lazer, trabalho ou estudo estão mais expostos a eventos violentos, pois, neste horário a atuação da polícia é menos ostensiva, há grandes áreas sem iluminação pública e o acesso aos bairros pelo transporte público é dificultado, tornando a vida noturna mais arriscada para esta população.

Confirmando dados de outras pesquisas, os sujeitos entrevistados no presente estudo foram atingidos por projétil de arma de fogo especialmente nos **finais de semana e feriados** (52,6%). A literatura aponta que nos finais de semana ocorrem eventos violentos com maior freqüência porque são dias em que se presume que as pessoas estejam em atividades com a família e lazer. Nos finais de semana e feriados aumenta a freqüência em locais públicos como parques, bares, *shopping* e nestes dias as pessoas fazem mais uso de bebida alcoólica, tornando-se mais vulneráveis a agressões (SOUZA, 1995).

Na cidade de Cuiabá/MT, em 2005, os atendimentos na emergência também se concentraram nos finais de semana (45,1%) (OLIVEIRA, MELLO JORGE, 2008). De maneira similar, na cidade de São Paulo/SP o serviço de informação sobre homicídios indicou que em 2001, 53% do total de casos que resultaram em morte ocorreram no sábado, seguido do domingo e sexta feira (GAWRYSZEWSKI, KAHN, MELLO JORGE, 2005). No Canadá, estudo realizado em 1997 evidenciou que 33% das vítimas de violência interpessoal por projétil de arma de fogo foram admitidas no sábado e domingo (**COBEN, STEINER, 2003**).

Em relação ao **local** em que se encontravam no momento da violência interpessoal por projétil de arma de fogo, as vítimas do estudo atual se encontravam

principalmente em bares (38,5%), via pública/ou calçada (29,5%), em áreas de comércio como lojas de conveniência, motel, casas noturnas, posto telefônico (10,5%), residência (6,3%), trabalho (6,3%) e fazendas/chácaras (6,3%).

A relação local e atividade realizada no momento da agressão está no fato de que durante as atividades de lazer o consumo de álcool é maior (bares, jogos de futebol, festas noturnas) e nesses casos a violência ocorre por motivos banais, comuns à vida cotidiana (SOUZA, 1995).

Em Uberlândia/MG no ano de 2004, as ocorrências por projétil de arma de fogo foram especialmente em via pública (56,6%), em residências (23,84%) e (15,89%) em bares/boates (OLIVEIRA, 2005).

Estudos realizados nos EUA apontaram as residências ou área privada ao redor da casa como local de maior ocorrência (54%) de eventos relacionados a arma de fogo. Este fato se deve à presença permissiva de arma de fogo no domicílio, evidenciando que os residentes estão mais sujeitos a tiros involuntários (WIEBE, 2003; DAHLBERG, IKEDA, KRESNOW, 2004; SOUZA et al, 2007).

A restrição ao porte de arma de fogo pela população reduziu as taxas de ocorrência de homicídios e os conflitos armados no Brasil. Com a campanha de desarmamento entre os anos de 2003 e 2004 ocorreu uma diminuição das hospitalizações por arma de fogo no Brasil; em cidades como São Paulo/SP e no Distrito Federal houve diminuição de 10% na taxa de morbidade por esta causa (SOUZA et al, 2007). Em 2004 houve decréscimo na taxa de morbidade hospitalar brasileira por ferimento de projétil de arma de fogo em 4,6%, 13% no número de lesões não intencionais e 18% no número de suicídios (MACINKO, SOUZA, 2007).

Já a mortalidade por homicídios por arma de fogo apresentou decréscimo em cidades marcadas por altas taxas de homicídios por arma de fogo; a cidade de São Paulo apresentou queda expressiva de 41% do número de mortes por esta causa, no Rio de Janeiro diminuiu 17,5% e na cidade de Vitória/ES 14,6% (MACINKO, SOUZA, 2007).

Infelizmente, mesmo após a campanha, um plebiscito para aprovação do estatuto do desarmamento restringindo o porte de arma não alcançou êxito, pois a sociedade brasileira, insegura com a violência que os cerca, registrou o desejo de portar armas como forma de proteção.

Há evidências de que a presença de projétil de arma de fogo aumenta a probabilidade de que, indivíduos que participam direta ou indiretamente de conflitos, sejam mortos. A arma fornece risco ao portador da mesma como a seus familiares. Para cada vez que é utilizada para matar pessoas em legítima defesa, é utilizada 43 vezes em violência auto-infligida, acidentes e assassinatos, que não têm como finalidade a preservação da vida (MERCY, 1993).

A maioria dos entrevistados (73,7%) do presente estudo afirmou que estava **na companhia de pessoas conhecidas ou sozinho** (18,9%). Pesquisa realizada na cidade de Belo Horizonte/MG entre os anos de 1995 a 1999, considerou que o fato dos jovens estarem em atividades de lazer com pessoas conhecidas pode influenciar na ocorrência de conflitos interpessoais e resultar em lesão fatal (MATOS, PROIETTI, BARATA, 2007).

Estudo de mortalidade por causas externas com jovens residentes em Goiânia/GO identificou que 84,4% utilizaram a arma de fogo e as vítimas estavam em atividades de lazer, na rua e envolveram amigos ou ex-companheiros (FARIA, 2008). Outro estudo sobre mortalidade evidenciou que a maioria dos homicídios têm ocorrido entre pessoas conhecidas, em ambientes domésticos e em locais próximos às suas residências (BEATO FILHO et al, 2001).

Se a violência se inicia no próprio ambiente que deveria ser de proteção como é o caso da família, os jovens certamente irão disseminar para além do núcleo familiar e, nas ruas terão como pares jovens com histórias semelhantes. As famílias que têm permitido que jovens vivenciem no próprio domicílio a violência intra-familiar, estimulam estes jovens a encenar duplo papel, ora como vítimas, ora como agressores (BUVINIC, MORRISON, 2002; BRASIL et al, 2006). Um passado violento é um forte preditor para violência individual (BID/IDB, 2002).

As vítimas de violência armada entrevistadas (48,4%) declararam ter **ingerido bebida alcoólica nas últimas 6 horas** que precederam a agressão. No Brasil, a relação entre álcool, drogas e violência tem sido confirmada. O uso do álcool desinibe as pessoas tornando-as mais sinceras e mais intensas em suas expressões verbais e corporais. Estes fatores podem atuar conjuntamente aumentando a predisposição para comportamento agressivo e violento (SANTANA, 2004). Em São Paulo/SP, dos homicídios pesquisados em 2001 pelo setor saúde e

segurança pública, 42,5% das vítimas de homicídios tiveram exame toxicológico positivo para álcool (GAWRYSZEWSKI, KAHN, MELLO JORGE, 2005).

Iniciativas do setor de segurança parecem influenciar no número de eventos violentos. Estudo para análise da incidência de agravos com arma de fogo realizado na cidade de Ceilândia/DF constatou que, após a implantação da Lei Seca, limitando hora e local onde bebidas podiam ser servidas ou compradas, houve redução expressiva do número de vítimas por projétil de arma de fogo e arma branca (AZEVEDO et al, 2007).

Em São José do Rio Preto/SP, em análise do comportamento dos adolescentes foi destacado o papel das drogas no cotidiano dos jovens. O levantamento mostrou que a maioria (85,4%) era tabagista, 83,3% usuários de maconha, 66,6% de bebida alcoólica e o mesmo número de *crack*. Estes jovens admitiram utilizar um ou mais tipo de drogas (PRIULI, MORAES, 2007).

O consumo de álcool ou drogas está associado à tentativa de auto-extermínio, maus-tratos contra crianças e adolescentes, violência doméstica, homicídios e acidentes de trânsito (DAHLBERG, IKEDA, KRESNOW, 2004) e muitos homicídios resultam de um motivo banal quando combinado com o uso de drogas (BRICEÑO-LEÓN, 2005).

A combinação de uso de arma letal com drogas psicoativas como o álcool e cocaína atuam de forma sinérgica. Nos EUA, são considerados preditores dos homicídios, jovens do sexo masculino que consomem álcool, e se envolvem em discussão e portam arma de fogo (TARDIFF, 1994). Nesse país na maioria dos homicídios, violência auto-infligida e morte por outras causas, ocorreu o uso de álcool nas últimas 4 horas, e/ou utilizaram drogas ilícitas no último ano (DAHLBERG, IKEDA, KRESNOW, 2004).

No Canadá, 35% de vítimas de violência interpessoal por projétil de arma de fogo tiveram níveis sanguíneos positivos em relação ao uso de álcool (FINLEY et al, 2008) e na Finlândia, estudo do período 1990-2001 sobre homicídios entre adolescentes evidenciou que 69% dos agressores tinham níveis sanguíneos compatíveis com intoxicação por drogas (HALGELSTAM, HAKKANEN, 2006).

Para alguns autores (SCHENKER, MINAYO, 2003 p.27) o problema “não é a droga em si, e sim, a relação que o indivíduo estabelece com ela, que, por sua vez, influencia e é influenciada fortemente pelo universo de interações”.

No presente estudo, quando os sujeitos foram questionados se já tinham **sofrido ou presenciado violência anteriormente** à agressão por arma de fogo, 78,9% afirmaram positivamente e a maioria (51,6%) das vítimas também disse que já tinha considerado a hipótese de ser vítima de violência armada.

O fato de ter sido vítima ou presenciado violência anteriormente pode determinar a possibilidade de ocorrência de eventos violentos, pelo fato de que, em determinadas comunidades a violência é mais explícita; a presença da arma de fogo pode ser parte habitual deste cenário e culturalmente haver maior aceitação da violência doméstica (FERREIRA, 1998), sexual, contra a criança e adolescentes. (HALGELSTAM, HAKKANEN, 2006). É válido lembrar que há comunidades rodeadas pelo tráfico de drogas e utilizam armas de fogo como demonstração de poder em determinados territórios (ZALUAR, 1996).

A violência presente e testemunhada nas comunidades brasileiras se apresenta como outra forma de vitimização dos jovens. Estudo nas capitais brasileiras demonstra que jovens de 16 a 24 anos testemunharam duas vezes mais violências na comunidade do que os adultos, 52% presenciaram cenas de agressão física, 42% assistiram tráfico de drogas, 19% já testemunharam violência interpessoal por projétil de arma de fogo e 18% já estiveram presentes em execuções com morte (CARDIA, 1999).

Além disto, 48% declararam ser colegas de pessoas que já espancaram outras pessoas, 36% têm colegas que portam armas e 14% são amigos de quem já cometeu homicídio. Os jovens deste estudo afirmam que perdem com frequência amigos e parentes por migrações por problemas relacionados à violência (CARDIA, 1999).

A associação da violência interpessoal por projétil de arma de fogo com **motivos relacionados ao uso de drogas** é grande. Esse foi o principal motivo alegado no estudo atual (30,5%), seguido de 16,8% de casos de assalto/roubo, 14,7% por envolvimento afetivos e em 13,7% dos casos ocorreu discussão sem motivo prévio. Foi constatado em Belo Horizonte/MG entre os anos de 1995 a 1999,

a associação de homicídios ao uso e tráfico de drogas pelas disputas por territórios de compra e venda, guerra entre traficantes rivais, pela ascensão na hierarquia do sistema, pelo roubo e retaliações dos traficantes (vingança), eliminação de informantes, ou pela não quitação de débitos (BEATO FILHO et al, 2001).

6.2. ANÁLISE DAS FACETAS E DOMÍNIOS DO WHOQOL-BREF

6.2.1 QUESTÕES GERAIS DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE (Q1 e Q2)

As respostas às duas questões do WHOQOL que avaliaram a qualidade de vida em geral e a satisfação com a saúde ficaram em torno do ponto médio (3,03 e 2,72, assim como as respostas às demais facetas do instrumento.

Considerando que o constructo qualidade de vida está intimamente associado à sensação de bem-estar, esta pode ou não estar associada ao manejo de eventos estressantes que ocorrem atinge à pessoa, a sociedade, a família e a cultura e são inerentes à vida. A percepção do indivíduo a estes eventos pode influenciar na avaliação da qualidade de vida e a saúde (SILVA et al, 2007b).

Alguns autores (KAWACHI, KENNEDY, WILKINSON, 1999) ponderam que os índices criminais e a violência gerada podem refletir diretamente na saúde de sua população e na qualidade de vida de uma comunidade ou população. Assim sendo, poderíamos considerar que os altos índices de morbidade hospitalar por violência interpessoal por projétil de arma de fogo no Brasil, poderiam não somente influenciar na percepção das vítimas com relação à sua saúde, autonomia, independência, mas também acarretar alterações emocionais e de uma maneira geral, diminuir a satisfação com a vida (BAMPI, 2008).

Isoladamente, a pergunta sobre a avaliação da qualidade de vida obteve resposta de 56,9% dos jovens entrevistados como *muito ruim e nem ruim nem boa*, o que para a faixa etária (24,4 anos) não seria esperado. Esse fato pode indicar que a violência interpessoal por projétil de arma de fogo realmente atingiu os domínios relacionados à qualidade de suas vidas, confirmando as respostas às facetas. Apesar de não ter sido objeto desse estudo a observação do local de moradia, integração familiar, oportunidade para o trabalho, perspectivas para o futuro e oportunidades de lazer, poderiam ser considerados fatores que produziram

sinergicamente um efeito indesejado na qualidade de vida desta população tão jovem.

Com relação à satisfação com a saúde, 72,6% das vítimas respondeu entre *muito insatisfeito a nem satisfeito e nem insatisfeito*. A dependência de tratamentos médicos para melhora das alterações físicas, emocionais, permanentes ou temporárias influencia diretamente na satisfação dos indivíduos com relação ao bem-estar físico (KRUG et al, 2002a). A violência armada pode ter significado um marco em relação à autonomia e independência, seja permanente ou temporária.

Contudo, é válido considerar que os itens podem ter sido avaliados erroneamente pelas vítimas de violência interpessoal por projétil de arma de fogo. Apesar das instruções dadas pelo questionário de que as respostas deveriam tomar como base as últimas duas semanas, talvez tenha sido difícil para elas separar cronologicamente o momento mais recente e o momento logo após a agressão e internação.

Acrescenta-se a isto, o fato da entrevista ter se iniciado com o instrumento sócio-demográfico, contendo questões que buscam esclarecer as circunstâncias que envolveram o evento violento. Mesmo tendo decorrido o tempo, acredita-se que as vítimas relembrou o evento e isso pode ter interferido nas suas respostas.

6.2.2 DOMÍNIOS DO WHOQOL - BREF E VARIÁVEIS DE EXPOSIÇÃO

Todos os domínios obtiveram média inferior a 55 indicando que houve prejuízo nas quatro dimensões que avaliaram a qualidade da vida das vítimas de violência armada. Os mais afetados foram os domínios meio ambiente e físico (44,71 e 48,26, respectivamente).

O *Alpha de Cronbach* entre os quatro domínios (0,506) e para as 26 questões (0,675) não foi satisfatório. Alguns autores consideram que os valores aceitáveis para uma boa avaliação de consistência interna se encontram nos valores acima de 0,70 e outros acima de 0,50 (BOWLING, 1997). Porém, há quem pondere que “não há um ponto de corte ideal que se possa arbitrar para a concepção de qualquer indicador” (PEREIRA, 1999), sendo necessário considerar o quanto um

determinado fenômeno é complexo de se medir. E assim, é necessário lembrar a complexidade e as inúmeras variáveis que envolvem o evento violento, sendo pertinente também refletir se o número de entrevistados foi suficiente para permitir essa avaliação.

Domínio Físico

O domínio Físico foi a segunda dimensão mais afetada e envolve a presença de dor, tratamento médico, energia locomoção, sono, capacidade para o trabalho e desempenho de atividades de vida diária. Tendo em vista, a gravidade das lesões por projétil de arma de fogo, mesmo para uma população tão jovem, as alterações físicas podem persistir de forma temporária ou permanente. A presença de dor também pode ser um fator limitante, assim com a qualidade do sono e energia para o desempenho de atividades cotidianas.

Em estudo realizado no Hospital Sarah Kubitschek em Brasília – DF de janeiro de 2005 a maio de 2006, com 96 vítimas de lesão medular traumática (com interferência parcial ou completa na independência social, reprodutiva e funcional), sendo 30 delas por ferimento por projétil de arma de fogo, apresentou similaridade com o presente estudo tendo obtido, os piores escores nos domínios físico e meio ambiente. Estes achados se devem ao fato de que os sujeitos têm uma limitação física que os impede de realizar as atividades cotidianas e trabalhar (BAMPI, 2008).

No Chile, estudo realizado em 2004 para medir a expectativa de vida com relação às incapacidades adquiridas, indicou que com o passar dos anos as incapacidades/seqüelas decorrentes de qualquer causa podem: limitar a vida em diferentes aspectos com a diminuição do bem-estar físico, estimular sentimentos negativos quanto a saúde, determinar limitação ou dificuldades na realização de atividades, restrições com relação à participação em atividades sociais e barreiras ambientais físicas ou mecânicas (CONCHA, LABBÉ, 2006).

Outro estudo sobre a qualidade de vida utilizou instrumento SF-36 em motociclistas envolvidos em acidente de trânsito na cidade de Maringá (PR), no ano de 1999, e as lesões de membros inferiores diminuíram o escore no domínio físico

por necessitar de longo período de recuperação com limitação de mobilidade acarretando importantes custos econômicos e sociais (OLIVEIRA, SOUSA, 2003).

Ao se observar se houve diferença entre as médias dos domínios e as variáveis de exposição “íngesta de álcool e/ou droga” e “íngesta de álcool”, foi constatada diferença estatística entre as médias das vítimas nos domínios Físico e Relações Sociais ($p=0,005$ e $p=0,057$, respectivamente). O estilo de vida que inclui o uso de álcool, nicotina e dependência de medicações pode piorar a qualidade do sono, afetando a disposição e a energia no desenvolvimento de tarefas (EDINGER et al, 2001; MC CRAE et al, 2003).

O domínio Físico parece ter sofrido influencia de fatores que vão além da lesão causada pelo projétil de arma de fogo, e o álcool pode desempenhar o papel de agravante de um quadro não muito favorável a estas vítimas, visto que, dependendo da gravidade da lesão, tempo de internação e alterações físicas, as vítimas podem ter o sono, níveis de energia, presença de fadiga e dificuldade na realização de atividades cotidianas. O uso de substâncias psicoativas parece estar associado à pior qualidade de vida, quando comparados aqueles que não fizeram uso de droga.

Em pesquisa para avaliação do sono em usuários de cocaína, os sujeitos entrevistados apresentaram, menores escores nos domínios físico, psicológico e relações sociais com valores estatísticos significativos ($p=0,001$) em relação ao grupo controle (LIMA, 2008). Os distúrbios de sono entre os jovens provocam maior incidência de comorbidades e dentre elas estão a depressão, ansiedade, irritabilidade, medo, raiva tensão, instabilidade emocional, desatenção, problemas de conduta, uso de álcool e outras drogas, ideação ou tentativa de violência auto infligida, fadiga, falta de energia, dores de cabeça e de estômago e pior saúde (ROBERTS, ROBERTS, CHEN, 2001).

Pesquisadores afirmam que distúrbios do sono comprometem a QV e provocam conseqüências adversas na vida das pessoas prejudicando seu funcionamento diário, aumentando a propensão a distúrbios psiquiátricos, déficits cognitivos, surgimento e agravamento de problemas de saúde, riscos de acidentes de tráfego e absentéismo no trabalho (MULLER, GUIMARAES, 2007).

Domínio Psicológico

O domínio Psicológico obteve o terceiro melhor escore do WHOQOL-Bref (50,98) e envolve as questões relacionadas ao sentido da vida, concentração, aproveitar a vida, aparência física, satisfação consigo mesmo e frequência de sentimentos negativos. A observação da diferença entre as médias e a variável de exposição “prática religiosa”, revelou diferença estatisticamente significativa entre os grupos.

A imaturidade e inexperiência de jovens entre 18 e 24 anos, aliada à condição de solteiros, sem a responsabilidade de criar filhos, o baixo envolvimento com atividades religiosas e o consumo de bebidas alcoólicas pode dificultar o manejo dos indivíduos para lidar com as consequências da violência interpessoal por projétil de arma de fogo (evento estressor), diminuindo a saúde psicológica dos jovens.

A prática religiosa está associada com um maior nível de bem-estar psicológico em indivíduos que vivenciaram experiências traumáticas. Em estudo com adolescentes de 15 a 18 anos na cidade de Pelotas (RS) em 2002, aqueles que freqüentavam semanalmente atividades relacionadas à religião e aqueles que diziam acreditar em Deus, apresentaram melhores escores para bem-estar psicológico do que outros demais (SILVA et al, 2007b).

A religiosidade é considerada um dos fatores que promovem além da cura de doenças, a percepção dos indivíduos de terem alcançado uma melhor qualidade de vida (Souza e Soares, 2004). Esta variável tende a auxiliar na recuperação de indivíduos que foram vítimas de eventos estressores (ELLISON, 1991; MACINTOSH, SILVER, WORTMAN, 1993).

Há evidências de que a religiosidade está associada à saúde mental e que pode representar um fator de proteção para prevenção de casos de violência auto infligida, abuso de álcool e drogas, além de comportamento delinqüente (SCHENKER, MINAYO, 2003; BRICEÑO-LEÓN, 2005).

A inserção dos jovens em atividades religiosas é considerado fator de proteção contra eventos violentos, na medida em que se incentiva a solidariedade

entre as pessoas, o incentivo a tratar bem os semelhantes, aproxima e inclui aqueles que de alguma forma se sentem excluídos. O núcleo familiar resulta em suporte social mais eficaz na medida em que se apóiam mutuamente. Os religiosos são estimulados a recorrer à figura divina para resolução dos conflitos e desestimulam atividades que aumentam o risco de ocorrência de violência como uso de bebidas alcoólicas, a participar de shows, festas e outras atividades que geralmente envolvem este tipo de atração (BRICEÑO-LEÓN, 2005).

A ocorrência determinados eventos psicossociais na vida das pessoas sugere que, uma mudança no curso da vida como morte de familiares, assalto ou roubo, pode levar o indivíduo a uma perda da sensação de bem-estar e provocar uma ruptura quanto a sentir-se psicologicamente bem; o manejo inadequado individual, familiar, cultural e social diante destes eventos, pode levá-los a um sofrimento significativo (SPARREBERGER, SANTOS, LIMA, 2004).

Outro aspecto evidenciado na literatura foi o nível sócio-econômico e a baixa escolaridade materna (indicam a inserção dos adolescentes em classes sociais menos favorecidas), como indicadores de menores índices de bem-estar psicológico. Da mesma maneira o estilo de vida de jovens tabagistas e que fizeram uso de bebidas alcoólicas do último mês apresentaram déficit nos escores relacionados à sensação de bem-estar psicológico (SILVA et al, 2007b).

Domínio Relações Sociais

O domínio Relações Sociais apresentou o melhor escore (52,84) e engloba os aspectos relacionados à satisfação com a vida sexual, com o apoio dos amigos e com as relações sociais. Nesse domínio houve diferença significativa entre os grupos das variáveis “tempo de internação”, “ingesta de álcool e/ou drogas” e “ingesta da álcool”.

Resultados semelhantes foram obtidos em outro estudo (LIMA, 2008), no qual o uso de drogas foi associado à diminuição dos escores no domínio Relações Sociais, devido ao isolamento e ao próprio uso, que leva a prejuízos nas relações sociais, familiares, de trabalho e outros.

Os problemas sociais decorrentes do uso de álcool são pouco explorados no Brasil, pela dificuldade de padrão de mensuração em saúde para comparação de dados, pela incipiente sistematização de dados sociais para efeito de comparação, além da limitação nas fontes de dados existentes (OLIVA, 2007).

Esse autor considera ainda que existem percepções sociais relacionadas ao dependente de álcool que não podem ser esquecidas - ele pode ser considerado por alguns como ser humano, um indivíduo improdutivo, socialmente incomodativo, desprovido de qualificações, que gera problemas familiares e está longe do padrão aceitável pela sociedade. Por outro lado, é um doente que necessita de cuidados, um fracassado e incapaz (OLIVA, 2007).

Em relação ao “tempo de internação”, os indivíduos com maior permanência obtiveram melhores escores, podendo indicar que sua percepção do apoio dos amigos e relações sociais foi valorizada. Muitas vezes, um tempo para “pensar na vida” e na conduta pessoal pode ter sido valorizado durante o período afastado da vida social, podendo favorecer as relações sociais.

Domínio Meio Ambiente

Esse domínio obteve o mais baixo escore e abordou a segurança, o ambiente físico, dinheiro, lazer, disponibilidade de informações, satisfação com o local de moradia, com os serviços de saúde e transporte.

A avaliação da qualidade de vida de vítimas de trauma raquimedular também encontrou déficit no mesmo domínio, tanto pelas limitações financeiras como pela falta de oportunidades de lazer, de adquirir habilidades, assim como dificuldades para o acesso aos meios de transporte (BAMPI, 2008).

Os indivíduos interagem constantemente com o meio ambiente (MACHADO, 2003) e as situações percebidas como conflituosas e/ou estressoras e a forma de enfrentamento é determinada pelo valor que eles dão aos recursos emocionais, mentais, físicos, culturais e sociais em determinado contexto. As constantes pressões exercidas pelo cotidiano geram prejuízo ao bem-estar físico, mental e emocional de milhões de pessoas no mundo; sendo assim, entende-se que o ser humano não pode ser desvinculado do contexto individual, sócio-cultural em que o indivíduo está inserido (LIPP, 2000).

E assim, talvez possa ser esta uma justificativa para o fato de nesse domínio ter sido evidenciada diferença entre os grupos nos quais o “motivo da agressão foi a droga”. O ambiente de insegurança e disputa, envolvimento financeiro caracterizam as relações e podem ter influenciado nas respostas das vítimas.

6.2.3 RASTREAMENTO DO TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO

A maioria das vítimas de violência interpessoal por projétil de arma de fogo entrevistadas apresentou o grupo de sintomas para rastreamento do desenvolvimento do Transtorno de Estresse Pós Traumático. A alta frequência do grupo de sintomas de rastreamento do TEPT na população estudada pode ter influenciado na diminuição das médias dos escores nos domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.

Outros estudos ratificam esses resultados afirmando que os efeitos de eventos estressores podem influenciar a qualidade de vida das pessoas ao desencadear alterações frequentes no estado de humor, problemas relacionais, desavenças no local de trabalho, precariedade e/ou alterações em sua condição de vida e moradia, gerando frustrações, medos, sensação de angústia (JARDIM, 2001; REGEHR et al, 2002b; MACHADO, 2003; MARGIS, 2003; BUCASIO et al, 2005; SCHNURR et al, 2006).

Estudo realizado com vítimas de seqüestro em São Paulo discutiu que o desenvolvimento do TEPT está associado à severidade do evento vivenciado e que os eventos de natureza mais grave resultaram no aparecimento do TEPT em mais de 75% das vítimas (SANTOS, 2006). Esse autor afirma ainda que as vítimas de violência armada podem desenvolver hipervigilância e sensibilidade exacerbada frente às ameaças ambientais. O local onde as vítimas residem pode aumentar a sensação de insegurança, as relações sociais podem não oferecer o suporte social necessário, e, além disso, a idade pode dificultar a elaboração e superação por meio dos mecanismos de defesa.

A população norte americana foi analisada quanto a ocorrência de eventos que pudessem desencadear o Transtorno de Estresse Pós-Traumático, e o

estudo demonstrou que 61% dos homens e 51% das mulheres reportaram a ocorrência de pelo menos um evento traumático em suas vidas (HERMAN, 1992).

Apesar de divergências de frequência e dados entre autores, estudos demonstram que o TEPT pode ser diagnosticado imediatamente ao evento traumático (ROTHBAUM et al, 1992) ou como manifestação tardia (KILPATRICK et al, 1987; RESNICK et al, 1993).

Em 2002, um estudo de caso com vítima de assalto a banco, demonstrou os efeitos desta violência na vida da vítima, três anos após a agressão. Após o retorno às atividades laborais, ao passar pela roleta da agência retornava várias vezes sobressaltada, com tremores e calafrios. Perdeu peso, não conseguia permanecer em locais fechados, não utilizava elevador, não dirigia automóvel, permanecia em estado de alerta, chorava sempre, não se concentra, tinha ideação suicida e impressão permanente que estava sendo seguida. Sente-se ameaçada principalmente por homens negros (um dos assaltantes era negro). Sentia o coração acelerado, tinha dificuldade para respirar, mal-estar e referia pesadelos freqüentes sobre o assalto. A noite sentia insegura, evitava sair de casa (BUCASIO et al, 2005).

Há vários fatores que podem contribuir para o desenvolvimento de trauma psíquico após violência e agressões incluindo a idade, o contexto em que a violência ocorreu, a intensidade e a duração da experiência, a impotência que a pessoa sentiu, o significado da experiência na história de vida da pessoa e os sentimentos que a situação despertou, como medo, raiva, pânico e culpa (SCARPATO, 2004).

Esse autor afirma também que a experiência vivenciada pode diminuir a responsividade da vítima ao mundo; alguns desenvolvem estado depressivo, perda de interesse em atividades ou *hobbies*, desânimo, apatia, embotamento emocional e sem perspectiva para o futuro, a pessoa pode relembrar o evento repetidamente e para alguns ocorre a amnésia temporária ou permanente. Situações extremas podem levar a estados de ansiedade, alerta e vigilância, respostas exageradas e sobressaltos e desconfiança. O sono pode ter sua qualidade afetada por pesadelos e insônia e a instabilidade emocional pode levar a irritabilidade, com explosões e ataques de raiva (SCARPATO, 2004).

A vida social pode ser seriamente afetada, quando a vítima passa a evitar situações que possa oferecer riscos. Além de evitar lugares, as vítimas podem evitar pessoas, amigos, familiares (MARGIS, 2003; SCARPATO, 2004).

Estudo desenvolvido com 325 homens ex-combatentes da guerra do Vietnã em um grupo de terapia para TEPT nos anos de 2001 a 2003 demonstrou que quanto mais grave a manifestação do TEPT maior o prejuízo social e a saúde física (SCHNURR et al, 2006).

As vítimas podem ainda experimentar alterações físicas relacionadas ao trauma psíquico, podendo ocorrer alterações no sistema cardiovascular, com elevação da pressão arterial, taquicardia, vasoconstrição da pele e vísceras, vasodilatação dos músculos do sistema esquelético e hiperventilação, ao que denominado de reação de luta ou fuga. Vítimas de eventos estressores, dentre eles a violência armada, podem desenvolver lesões gástricas, aumento da produção da uréia, aumento a susceptibilidade a aterosclerose, necrose miocárdica, imunossupressão e diminuição do apetite (MARGIS, 2003). O sentimento de culpa, ressentimento, vergonha, raiva também são manifestações comuns às vítimas de violência intensa (VIEIRA NETO, VIEIRA, 2005).

As vítimas de violência interpessoal por projétil de arma de fogo entrevistadas, passam por sofrimento psíquico intenso e por desconhecer termos médicos, critérios e sintomas característicos do Transtorno de Estresse Pós-Traumático não sabem mensurar o grau de sofrimento em decorrência da violência, mas certamente reconhecem os prejuízos e as marcas que certamente o acompanharão pela vida afora.

Seres humanos e seus familiares estão padecendo a mercê da própria sorte; vítimas das desigualdades sociais, do abandono, da ignorância e do desespero, sendo obrigadas a conviver com os transtornos sociais, morais e familiares; sufocando suas dores, escondendo seus temores e aprendendo a conviver eternamente com os dissabores de quem passa por experiência tão devastadora para qualquer ser humano (SANTOS, 1998).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

“A verdadeira sabedoria consiste em saber como aumentar o bem-estar do mundo.”

Benjamin Franklin

O estudo corrobora os dados da literatura nacional e internacional. As vítimas de violência interpessoal por projétil de arma de fogo são em maioria indivíduos jovens, com idade entre 18 e 24 anos, do sexo masculino, com baixo grau de escolaridade, renda familiar insuficiente para suprimento das necessidades da família, solteiros e sem filhos.

As circunstâncias que envolveram o evento violento são similares aos dados encontrados em outros estudos com esta população. A maioria das ocorrências foi no período em que a noite se inicia até o final da madrugada, nos finais de semana e/ou feriados, na presença de pessoas conhecidas, em atividades de lazer ou trabalho, em bares, lojas de conveniência em postos de gasolina, festas ou casas noturnas. A utilização de drogas, especialmente o álcool, nas últimas 6 horas que antecederam ao evento parece ter forte relação com o envolvimento com este tipo de violência.

A aplicação do WHOQOL-Bref evidenciou que as vítimas de violência armada tiveram sua qualidade de vida afetada, especialmente nos domínios Meio Ambiente e Físico. Contudo, os baixos escores obtidos nos demais domínios indicam a necessidade de atenção profissional.

O instrumento para rastreamento do Transtorno de Estresse Pós Traumático evidenciou que 60% dos entrevistados têm potencial para desenvolvimento do TEPT. Contudo, por mais esforços que tenham sido mobilizados, faz-se necessário reconhecer que dificilmente alcançamos a complexidade dos temas investigados (qualidade de vida, violência e TEPT). Apesar dos dados explicitados e a manifestação visível e concreta dos temas, não se pretendeu que os resultados explicitassem na totalidade, as dimensões e repercussões que acompanham o problema.

As limitações do estudo não se restringem somente à complexidade do tema estudado, mas principalmente pelo fato de que o número de indivíduos entrevistados não possibilita generalizações para a população de jovens atingidos por este tipo de violência. Não há dificuldades para se identificar os sujeitos nos

serviços de Emergência e, sim, no fato de estarem envolvidos com drogas, polícia e fugindo dos agressores, migrarem de residência, o que dificulta o contato e localização.

Finalmente, o contexto em que os sujeitos da pesquisa estão inseridos, não fornece segurança para pesquisadores que devem se deslocar para os locais onde as vítimas moram. São áreas de risco que não permitem a aproximação, seja pela comunidade que se submete a normas rígidas para este tipo de contato ou pela possibilidade de confrontos entre os próprios integrantes da comunidade ou pela polícia.

Em Goiânia, o Hospital de Urgências é a maior porta de entrada para as vítimas de violência da região metropolitana, unidades básicas de saúde e municípios. Um hospital de referência desta magnitude e abrangência poderia se constituir se não o maior, o melhor observatório para monitoramento das ocorrências de violências e acidentes.

Naturalmente, este espaço seria local para detecção e atendimento a estas vítimas, mas não para o campo para intervenções que possibilitasse a interrupção do ciclo da violência. A implantação de um serviço sentinela VIVA (Vigilância e Informação para Violências e Acidentes) possibilitaria o monitoramento de áreas e populações de risco e os dados poderia subsidiar as políticas governamentais estaduais e regionais para atuação na promoção e prevenção de agravos relacionados à violência e aos acidentes.

É preciso desvincular a consolidação de políticas públicas da aquiescência dos gestores, sejam da área da saúde, educação, segurança pública. É um equívoco depender do entendimento dos gestores que assumem cargos para dar continuidade ou não às políticas essenciais já estabelecidas, sejam de atendimento, de notificação, de encaminhamento, de compartilhamento, tratamento ou reabilitação das vítimas de violência.

Os avanços da tecnologia da informação devem proporcionar segurança e agilidade nas informações e o sistema de vigilância para violência e acidentes deve consentir a articulação inter e extra-setorial, compartilhado e complementado pelas instâncias competentes.

O apoio às vítimas de violência que se inicia no atendimento pré-hospitalar e culmina nas unidades de saúde para atendimento a emergências pode e deve estar articulado com outros serviços e instituições como abrigos ou casas de apoio, delegacias especiais de atendimento, conselho estadual de direitos humanos, serviços de apoio, dentre outros já existentes.

Os serviços sentinela (VIVA) podem auxiliar na obtenção das rotinas para encaminhamento das vítimas em situação de violência, para serviços especializados no atendimento, acompanhamento e reabilitação. Sobretudo, os profissionais de saúde devem conhecer a rede de apoio disponível para cada tipo de vítima, seja ela a mulher, a criança, o idoso ou o homem.

Partindo da premissa de que os homens são não somente as maiores vítimas destes agravos à saúde, mas, sobretudo como agressores, podemos refletir que se adotarmos uma conduta que atenda grupo, teremos grande possibilidade de promover, prevenir e intervir não somente no âmbito das questões relativas à violência, mas, muito provavelmente na sua maior fonte de energia.

Para alguns, qualidade de vida pode significar estabilidade financeira, com possibilidade de aquisição material para seu conforto, para outros pode significar a realização profissional com reconhecimento social, ou ainda poder andar com vistas à superação de limites e expectativas funcionais ou poder adquirir seu próprio negócio, deixando a condição de funcionário. Para outros tantos poderia ser a possibilidade de viver no campo para fugir do estresse das grandes cidades garantindo uma vida mais saudável e tranquilidade mental ou física.

A busca por melhores condições de vida para a humanidade propõe desafios para o desenvolvimento pessoal, familiar, institucional e coletivo, respeitando a complexidade e singularidade histórica e cultural do ser humano.

Espera-se que este estudo possa fornecer subsídios que venham a contribuir para o aprimoramento do serviço de atendimento às vítimas de violência, bem como para o planejamento de ações da equipe multiprofissional, estabelecimento de protocolos de encaminhamento para rede social de atenção e reabilitação, nas áreas de prevenção, assistência, ensino e pesquisa relacionadas às vítimas de violência interpessoal por projétil de arma de fogo.

Contudo, são necessários mais estudos que possibilitem o aprofundamento, nem sempre facilitado, dos aspectos relacionados aos desfechos negativos dos eventos violentos que envolvem não apenas as vítimas de violência, mas todos os cidadãos do mundo.

Serve também para pensarmos e não esquecermos que, por mais individualizados que estejamos, por mais singulares que sejamos, não estamos separados do meio, não estamos fora do contexto, fora das contingências da sociedade e dos valores da cultura. Lembrando-nos de que somos humanos na radicalidade do que isto significa, para o bem ou para o mal. É para este umbigo que o TEPT aponta, tornando legítimo afirmar que mesmo sendo conjugada na primeira pessoa do singular, a dor da perda e da morte tem origem nos seus valores, devendo, portanto, por eles ser reconhecida sempre (JARDIM, 2001).

8. REFERÊNCIAS

9. ANEXOS E APÊNDICES

APÊNDICE I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar, como voluntário, em uma pesquisa que pretende avaliar a qualidade de vida das vítimas de violência por arma de fogo. Para tanto gostaríamos de contar com a sua colaboração durante alguns minutos para responder a um questionário. Serão feitas varias perguntas sobre diferentes aspectos de sua vida nas duas últimas semanas, relacionadas à sua saúde física, sua vida emocional, sua relação com amigos e familiares, e seu meio ambiente.

O título da pesquisa é “**Violência interpessoal por arma de fogo: impacto sobre a qualidade de vida da vítima**”, tendo como objetivo geral identificar o impacto da experiência de ser vítima de violência por arma de fogo, na qualidade da vida de indivíduos com idade entre 18 a 39 anos, atendidos no Hospital de Urgências de Goiânia (HUGO).

Em caso de dúvidas: procurar a pesquisadora responsável Enfermeira Ana Cláudia de C. Mello Silva, cujos telefones de contato são: 3202 03 77 ou 8429 02 67 e Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/HUGO) End: Av. 31 de março com 5 radial s/n Setor Pedro Ludovico Telefone: 3201 44 38.

Garantimos que a sua participação na pesquisa não lhe trará qualquer risco e nem prejuízo ou gastos de sua parte, pois os dados obtidos serão mantidos em sigilo e você não precisará se identificar. Os resultados deste estudo serão divulgados em reunião científica, sendo garantido seu anonimato e serão utilizados para fins acadêmicos e publicações.

Você terá total liberdade de se recusar a participar, podendo desistir no momento em que julgar conveniente, ou seja, poderá retirar o consentimento a qualquer momento.

No caso de aceitar fazer parte do estudo, por favor, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é a sua e a outra é do pesquisador responsável. A pesquisadora lhe entregará um questionário auto-aplicável explicando sobre o processo de preenchimento e que deverá ser preenchido em um único encontro.

Consentimento de Participação da Pesquisa como Sujeito

Eu, _____, RG, _____,

CPF, _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo: Violência Interpessoal por Arma de Fogo: impacto sobre a Qualidade de Vida da Vítima, como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora, Enfermeira Ana Cláudia de C. Mello Silva, sobre a pesquisa e os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação.

Goiânia, ____/____/____.

Nome e assinatura do sujeito responsável _____

Nome: _____ Assinatura: _____

APÊNDICE II
INSTRUMENTO 1 - CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA

Nº identificação _____	Registro hospitalar _____
Data ocorrência ___/___/___	Data alta hospitalar ___/___/___
Data entrevista ___/___/___	Data nascimento ___/___/___
Tempo de Internação	1 () >5dias 2 () 2 a 5 dias
Sexo	1 () masculino 2 () feminino
Cor	1 () negra ou parda 2 () branca
Companheiro fixo	1 () sim 2 () não
Filhos	1 () sim 2 () não
Série / anos estudo	1 () ensino fundamental incompleto 2 () ensino fundamental completo ou superior
Renda mensal familiar	1 () 1 a 2 salários mínimos 2 () 3 ou mais salários mínimos
Prática religiosa	1 () sim 2 () não
Data ocorrência _____	Horário ___: ___
Dia da semana	1 () semana 2 () final de semana e/ou feriado
Mês	1 () novembro/07 7 () maio/08 2 () dezembro/07 8 () junho/08 3 () janeiro/08 9 () julho/08 4 () fevereiro/08 10 () agosto/08 5 () março/08 11 () setembro/08 6 () abril/08
Local da ocorrência da violência?	1 () residência 9 () comércio 2 () trabalho 10 () construção civil 3 () escola 11 () rua, calçada 4 () bar 12 () outro local _____ 5 () indústria 6 () fazenda ou similar 7 () natureza (rio, floresta, lago, mar) 8 () área de esportes
Com quem você estava no momento da ocorrência?	1 () sozinho 2 () pessoas conhecidas 3 () pessoas desconhecidas
O que fazia no momento da ocorrência?	1 () atividade de lazer, entretenimento 2 () trabalho 3 () trânsito 4 () estudo 5 () outro
Havia ingerido bebida alcoólica ou outra droga nas 6h anteriores?	1 () sim 2 () não
Você foi vítima / presenciou violência antes?	1 () sim 2 () não
Você foi vítima / presenciou violência doméstica	1 () sim 2 () não
Você foi vítima / presenciou agressão física	1 () sim 2 () não
Motivo da agressão	1 () Drogas

-
-
- 2 () Assalto
-
- 3 () Envolvimento afetivo
-
- 4 () Discussão sem motivo prévio
-
- 5 () Disputa no trânsito
-
- 6 () Não relacionado à vítima
-
- 7 () Dívida
-
- 8 () Vingança
-
- 9 () Intervenção legal
-

Observações

ANEXO I

AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Hospital de Urgências de Goiânia

PARECER CEP/HUGO/SES Nº 042/07

Referente ao protocolo CEP/HUGO/SES Nº 046/07

CAAE: 0038.0.171.000-07

Folha de Rosto: FR -165000

Título: VIOLÊNCIA INTERPESSOAL POR ARMA DE FOGO: IMPACTO SOBRE A QUALIDADE DE VIDA DA VITIMA

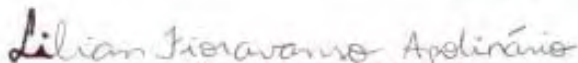
Pesquisador (a) Responsável: Virginia Visconde Brasil

Área Temática: Grupo III

Locais de realização: HUGO

PROJETO APROVADO

Goiânia, 20 de novembro de 2007



Lilian Fioravanso Apolinário
Vice-coordenadora do CEP/HUGO/SES

ANEXO II

INSTRUMENTO 2 - WHOQOL-BREF

ID: _____

Registro:

Nome: _____

Nascimento: __/__/____

WHOQOL - ABREVIADO

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio, como abaixo.

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1.	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2.	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3.	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4.	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5.	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6.	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7.	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8.	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?					
9.	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?					

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10.	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11.	Você é capaz de aceitar sua aparência física?					
12.	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?					
13.	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?					
14.	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?					

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15.	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16.	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17.	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18.	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19.	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20.	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21.	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22.	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23.	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24.	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25.	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26.	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO

INSTRUMENTO 3 - ANEXO III

POST TRAUMATIC STRESS DISORDER CHECKLIST - CIVILIAN VERSION (PCL-C)

ID: _____ Registro: _____

Iniciais Nome: _____ Data: ___/___/_____

Instruções

Abaixo: há uma lista de problemas e de queixas que as pessoas às vezes apresentam como uma reação a situações de vida estressante.

Por favor, indique o quanto você foi incomodado por estes problemas durante o último mês.

Marque **1** para “nada”, **2** para “um pouco”, **3** para “médio”, **4** para “bastante” e **5** para “muito”.

	Nada	Um pouco	Médio	Bastante	Muito
1. Memória, pensamentos e imagens repetitivos e perturbadores referentes a experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5
2. Sonhos repetitivos e perturbadores referentes a uma experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5
3. De repente, agir ou sentir como se uma experiência estressante do passado estivesse acontecendo de novo (como se você a estivesse revivendo)?	1	2	3	4	5
4. Sentir-se muito chateado ou preocupado quando alguma coisa lembra você de uma experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5
5. Sentir sintomas físicos (por exemplo, coração batendo forte, dificuldade de respirar, suores) quando alguma coisa lembra você de uma experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5
6. Evitar pensar ou falar sobre uma experiência estressante do passado ou evitar ter sentimentos relacionados a esta experiência?	1	2	3	4	5
7. Evitar atividades ou situações porque elas lembram uma experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5
8. Dificuldades de lembrar-se de partes importantes de uma experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5
9. Perda de interesse nas atividades de que você antes costumava gostar?	1	2	3	4	5
10. Sentir-se distante ou afastado das outras pessoas?	1	2	3	4	5
11. Sentir-se emocionalmente entorpecido ou incapaz de ter sentimentos amorosos pelas pessoas que lhe são próximas?	1	2	3	4	5
12. Sentir como se você não tivesse expectativas para o futuro?	1	2	3	4	5
13. Ter problemas para pegar no sono ou para continuar dormindo?	1	2	3	4	5
14. Sentir-se irritável ou ter explosões de raiva?	1	2	3	4	5
15. Ter dificuldades para se concentrar?	1	2	3	4	5
16. Estar “superalerta”, vigilante ou “em guarda”?	1	2	3	4	5
17. Sentir-se tenso ou facilmente sobressaltado?	1	2	3	4	5

