

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA**

PAULO ROBERTO MACIEL

**AVALIAÇÃO DO PERFIL DOS PACIENTES ATENDIDOS COM
FERIMENTOS POR ARMA DE FOGO EM UM HOSPITAL DA REDE
VIVA SENTINELA**

**GOIÂNIA
2013**

TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR AS TESES E DISSERTAÇÕES ELETRÔNICAS (TEDE) NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou download, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

1. Identificação do material bibliográfico: ☐ Dissertação ☒ Tese

2. Identificação da Tese ou Dissertação

Autor (a):	Paulo Roberto Maciel		
E-mail:	falecompaulomaciel@gmail.com		
Seu e-mail pode ser disponibilizado na página? ☐ Sim ☒ Não			
Vínculo empregatício do autor	Público		
Agência de fomento:		Sigla:	
País:	UF:	CNPJ:	
Título:	AVALIAÇÃO DO PERFIL DOS PACIENTES ATENDIDOS COM FERIMENTOS POR ARMA DE FOGO EM UM HOSPITAL DA REDE VIVA SENTINELA		
Palavras-chave:	violência, causas externas, armas de fogo, ferimentos e lesões, ferimentos por armas de fogo		
Título em outra língua:	Evaluation of the profile of patients treated for gunshot injuries (PAF) at a hospital in Viva Network Sentry		
Palavras-chave em outra língua:	violence, external causes, gunshot, wounds and injuries, injuries from firearms		
Área de concentração:	Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde		
Data defesa: (dd/mm/aaaa)	05/12/2013		
Programa de Pós-Graduação:	Mestrado Profissional em Saúde Coletiva		
Orientador (a):	Profª Drª Marta Rovey de Souza		
E-mail:			
Co-orientador (a):*			
E-mail:			

*Necessita do CPF quando não constar no SisPG

3. Informações de acesso ao documento:

Concorda com a liberação total do documento ☒ SIM ☐ NÃO¹

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF ou DOC da tese ou dissertação.

O sistema da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações garante aos autores, que os arquivos contendo eletronicamente as teses e ou dissertações, antes de sua disponibilização, receberão procedimentos de segurança, criptografia (para não permitir cópia e extração de conteúdo, permitindo apenas impressão fraca) usando o padrão do Acrobat.

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura do (a) autor (a)

PAULO ROBERTO MACIEL

**AVALIAÇÃO DO PERFIL DOS PACIENTES ATENDIDOS COM
FERIMENTOS POR ARMA DE FOGO EM UM HOSPITAL DA REDE
VIVA SENTINELA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade Federal de Goiás para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde

Linha de Pesquisa: Vigilância em Saúde

Orientadora: Prof^a Dr^a Marta Rovey de Souza

GOIÂNIA

2013

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
GPT/BC/UFG

M152a Maciel, Paulo Roberto.
Avaliação do perfil dos pacientes atendidos com ferimentos de arma de fogo em um hospital da Rede Viva Sentinela [manuscrito] / Paulo Roberto Maciel. - 2013.
84 f. : il., figs., tabs.

Orientadora: Profª. Drª. Marta Rovey de Souza.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Goiás, Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, 2013.

Bibliografia.

Inclui lista de figuras, abreviaturas, siglas e tabelas.

Anexos

Apêndice.

1. Violência urbana – Goiás (Estado). 2. Armas de fogo – Ferimentos e lesões. I. Título.

CDU: 616-001.45

FOLHA DE APROVAÇÃO
PAULO ROBERTO MACIEL

AVALIAÇÃO DO PERFIL DOS PACIENTES ATENDIDOS COM
FERIMENTOS POR ARMA DE FOGO (PAF) EM UM HOSPITAL DA
REDE VIVA SENTINELA

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade Federal de Goiás para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA:

Profª Drª Marta Rovey de Souza – Orientadora e Presidente
Mestrado Profissional em Saúde Coletiva – Universidade Federal de Goiás

Profª Drª Marcos Rassi – Membro Externo
Faculdade de Medicina – Universidade Federal de Goiás

Profº Drº Claci Fátima Weirich Rosso- Membro Interno
Mestrado Profissional em Saúde Coletiva – Universidade Federal de Goiás

Profª Drª – Meire Incarnação Ribeiro Soares
Superintendencia de educação em saúde e trabalho para o SUS – Secretaria de Estado da
Saúde de Goiás

Profº Drº - Patrícia de Sá Barros
Mestrado Profissional em Saúde Coletiva – Universidade Federal de Goiás

DEDICATÓRIA

Aos meus pais Ivo e Cléa pela dedicação e amor.
À minha esposa Wilma, razão e luz da minha vida.
Aos meus filhos Camilo, Paulo Roberto e Patrícia,
alegria e esperança dos meus dias.

AGRADECIMENTOS

À Profa. Marta Rovey de Souza, pela orientação e incentivo nessa jornada de conhecimentos científicos.

À Profa. Claci Fátima Weirich Rosso, ex-coordenadora do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade Federal de Goiás, pela oportunidade e apoio na realização desse mestrado, bem como pelo apoio no processo de qualificação.

À Profa. Ellen Synthia, atual coordenadora do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade Federal de Goiás pelo incentivo para desenvolver este trabalho.

Ao Prof. Elias Rassi Neto, membro do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Goiás, pela oportunidade da realização do mestrado.

Ao Prof. Frederico Barra de Moraes, professor do Departamento de Ortopedia, Traumatologia e Cirurgia Plástica da Faculdade Medicina da UFG, pelo estímulo para iniciar o mestrado.

Ao Hospital de Urgências de Goiânia, na pessoa de seu Diretor Técnico Dr. Nasser Tannus, pela oportunidade de realizar essa pesquisa.

Aos funcionários do Hospital de Urgências de Goiânia, nas pessoas de Bárbara Antonino de Queiroz e Sílvia Regina Ferrari Becker, pela colaboração na realização dessa pesquisa.

A todos os funcionários da Secretaria do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva e colaboradores, nas pessoas de Suiany Dias e Thays Angélica de Pinho Santos, pela eficiência e colaboração.

Aos professores, colegas e amigos do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da UFG.

E a todos que direta ou indiretamente contribuíram na realização desse trabalho.

EPÍGRAFE

“Educar-se é impregnar de sentido cada momento
da vida, cada ato cotidiano”.

Paulo Freire

RESUMO

MACIEL, P R. **Avaliação do perfil dos pacientes atendidos com ferimentos por arma de fogo (PAF) em um hospital da Rede Viva Sentinela.** [dissertação]. Goiânia: Pro-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação/UFG; 2013.88p.

A violência mundial é atualmente responsável, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), por mais de 5 milhões de mortes anuais no mundo, e para cada pessoa que morre em consequência da violência, muitos outros sofrem com sequelas mentais ou físicas decorrentes dos ferimentos. No Brasil um grave problema intimamente ligado à violência é o uso de armas de fogo. No estado de Goiás a taxa de óbito decorrente do seu uso é preocupante configurando-se assim como um grave problema de Saúde Pública. Descrever o perfil sociodemográfico das pessoas com ferimentos por arma de fogo, atendidas em um Unidade Hospitalar de grande porte na cidade de Goiânia-Goiás, a qual faz parte da Rede Viva Sentinela do Ministério da Saúde. Estudo observacional descritivo com amostra não probabilística por conveniência. Participaram do estudo pacientes internados para tratamento naquela Unidade, com ferimentos por arma de fogo (PAF) no período de janeiro a março do ano de 2013. Projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Urgências de Goiânia, 182123/2013. Participaram do estudo 150 pacientes acometidos por ferimentos de armas de fogo (PAF) que deram entrada em uma hospital de grande porte de Goiânia-Goiás. Percebe-se que a maior prevalência de ferimentos se deu em vítimas que eram do sexo masculino (94,7%), jovens (67,3%), não brancos (72,0%) e com renda de até dois salários mínimos (51,3%). São na maioria pessoas que trabalham por conta própria ou assalariadas da construção civil (62,3%), com escolaridade de no máximo nove anos (ensino fundamental)e 120 delas (80,0%) declararam que eram usuárias de drogas ou faziam uso de álcool. Este estudo identificou que um número expressivo de vítimas com ferimentos por arma de fogo (PAF) internadas naquela unidade Hospitalar são : homens jovens que fazem uso de álcool ou são usuários de drogas e que a principal motivação para a ocorrência desse agravo tem relação com o tráfico e dívidas de drogas. Uma abordagem da violência sob a perspectiva de saúde pública se faz importante ao analisar e identificar dados sobre sua distribuição e seus determinantes sociais.

Palavras chave: violência, causas externas, armas de fogo, ferimentos e lesões, ferimentos por armas de fogo.

ABSTRACT

MACIEL, P R. Evaluation of the profile of patients treated for gunshot injuries (PAF) at a hospital in Viva Network Sentry. [dissertation]. Goiania: Pro Dean for Research and Graduate / UFG ; 2013.88p.

The world violence is currently responsible , according to the World Health Organization (WHO) , more than 5 million deaths each year , and for every person who dies as a result of violence , many suffer from physical or mental sequelae resulting from injuries . In Brazil a serious problem closely linked to violence is the use of firearms . In the state of Goiás the death rate resulting from its use is troubling figuring therefore as a severe public health problem. To describe the sociodemographic profile of people with gunshot wounds treated at a big Emergency Hospital localized in Goiânia-Goiás-Brazil . Descriptive observational study with non-probability sample of convenience. Participants were inpatients in a big Emergency Hospital, with gunshot wounds in the period from January to March of 2013. Project approved by the Ethics Committee in Research of Emergency Hospital of Goiânia, 182123/2013. The study included 150 patients who suffered injuries from firearms lodged in a large hospital of Goiás It can be seen that the higher prevalence of injuries occurred in the victims were male (94.7 %), young people (67,3 %), nonwhite (72,0 %) and with incomes of up to two minimum wages (51,3 %). They are mostly people who are self-employed or salaried construction (62,3 %), with schooling up to 9 years (elementary school), and 120 of them (80,0%) were users of alcohol or drugs. This study identified that a large number of victims of gunshot wounds admitted for treatment are: young men, users of drugs or alcohol and the motivation for such injury has relation to drug traffic and debts. An approach from violence from the perspective of public health becomes important to analyze and identify data on its distribution and its social determinants.

Key Words: violence, external causes, gunshot, wounds and injuries, injuries from firearms.

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

Quadro 1. Números de óbitos e ordenamento dos principais grupos de causas de morte segundo faixa a etária. Brasil, 2009	14
Quadro 2. Número de óbitos e ordenamento das principais causas de morte no grupo de causas externas segundo a faixa etária. Brasil, 2009	14
Quadro 3. Sequelas apresentadas por vítimas acometidas por PAF, janeiro a março, Goiânia, 2013	60
Figura 1. Taxas de mortalidade por PAF 1980-2010	16
Figura 2. Óbitos por armas de fogo (em 100 mil habitantes), Goiás e Goiânia. Brasil, 2000/2010	18
Figura 3. Óbitos por PAF – 1996-2011	19
Figura 4. Esquema geral de composição interna de um cartucho.	29
Figura 5. Mecanismo de cavitação que pode causar destruição tecidual no trajeto do projétil	30
Figura 6. Número de vítimas por agressão física. Goiânia, janeiro a março de 2013	45
Figura 7. Óbitos em relação às causas. Goiânia, janeiro a março de 2013.	45
Figura 8. Classificação das vítimas de agressão por arma de fogo quanto ao sexo, Goiânia, janeiro a março de 2013	46
Figura 9. Classificação das vítimas de agressão por arma de fogo quanto a cor/etnia, Goiânia, janeiro a março de 2013	47
Figura 10. Faixa etária das pessoas acometidas por ferimentos de arma de fogo, Goiânia, janeiro a março de 2013	47
Figura 11. Renda das pessoas acometidas por ferimentos com armas de fogo, Goiânia, janeiro a março de 2013	48
Figura 12. Classificação das pessoas acometidas por ferimentos por arma de fogo quanto à profissão, Goiânia, janeiro a março de 2013	49

Figura 13. Escolaridade de vítimas de agressão por arma de fogo, Goiânia, janeiro a março, 2013	50
Figura14. Local de residência das vítimas acometidas por PAF, Goiânia, janeiro a março 2013	51
Figura 15: Local de residência das vítimas de agressão por armas de fogo, por região de Goiânia, janeiro a março 2013	52
Figura 16: Motivação dos ferimentos por PAF das vítimas que deram entrada no HUGO, janeiro a março 2013	53
Figura 17. Agressões por PAF em função de tráfico/dívidas de drogas por idade, Goiânia, janeiro a março 2013	54
Figura 18. Utilização de álcool e drogas por vítimas acometidas por PAF, janeiro a março, Goiânia, 2013	55
Figura 19. Utilização de álcool e drogas por idade de vítimas acometidas por PAF, janeiro a março, Goiânia, 2013	56
Figura 20. Tempo de internação hospitalar das vítimas acometidas por PAF, janeiro a março, Goiânia, 2013	57
Figura 21. Razões para alta hospitalar de vítimas acometidas por PAF, janeiro a março, Goiânia, 2013	58
Figura 22. Classificação de vítimas acometidas por PAF por região acometida, janeiro a março, Goiânia, 2013	59

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CIOE	Centro Integrado de Operações
CGDANT	Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis
DAPES/SAS/MS	Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Área Técnica de Prevenção da Violência e Causas Externas, da Secretaria de Atenção à Saúde - Ministério da Saúde
HUGO	Hospital de Urgências de Goiânia
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NESC	Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAF	Ferimentos por armas de fogo/Projétil de Arma de Fogo
PNH	Política Nacional de Humanização
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIH	Sistema de Informações de Hospitalizações
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINARM	Sistema Nacional de Armas
SSP	Secretaria de Segurança Pública
SSPJ-GO	Secretaria de Segurança Pública do Estado de Goiás
SUS	Sistema Único de Saúde
TCE	Traumatismo Crânio Encefálico
VIVA	Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA

AGRADECIMENTOS

EPIGRAFE

RESUMO

ABSTRACT

LISTA DE ILUSTRAÇÃO E TABELAS

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

1. INTRODUÇÃO	12
2. OBJETIVOS.....	21
2.1 Objetivo Geral	21
2.2 Objetivos Específicos	21
3. REFERENCIAL TEÓRICO.....	22
3.1 Histórico dos dispositivos legais que tratam da fiscalização do uso e o mercado ilegal de armas de fogo no Brasil	24
3.2 Caracterização do termo arma de fogo.....	29
3.3 Lesões provocadas por uso de armas de fogo e sequelas comumente associadas.....	31
3.4 Políticas públicas e a violência.....	33
3.5 Custo de Assistência Hospitalar.....	40
4. METODOLOGIA.....	432
4.1. Tipo de Estudo.....	432
4.2. Cenário de estudo	432
4.3. Amostra do estudo.....	432
4.3.1. Critérios de inclusão.....	432
4.3.2. Critérios de exclusão.....	433

4.4. Procedimento de coleta de dados	433
4.5. Análise dos Dados	454
4.6. Aspectos Éticos Legais.....	454
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	465
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	62
7. REFERÊNCIAS.....	664
ANEXOS	70
APÊNDICE.....	838

1. INTRODUÇÃO

Desde os anos 90, a Organização Mundial de Saúde (OMS), aponta que a violência é hoje um importante problema de saúde pública mundial e, atualmente, é quase unânime o conceito de que a violência não faz parte da natureza humana, não apresenta raízes biológicas e, sim, que se trata de um fenômeno psicossocial complexo, de característica dinâmica, em que seu universo de criação e desenvolvimento nada mais é que a teia da vida em sociedade.

Para entender a violência, deve-se atentar para a interdisciplinaridade no cruzamento do plano individual com os problemas da economia, da política, do direito, da psicologia, da moral e, claro, das relações humanas e institucionais, e, a partir dessa visão, percebe-se que a violência é um problema de saúde pública por envolver tamanha gama de aspectos sociais, porém, à primeira vista, essa conclusão não é de tão fácil compreensão (MINAYO, 1994).

No Brasil, bem como acontece em vários países, a violência, na maioria das vezes é tratada como um problema exclusivo de segurança pública, visto que seus aspectos gerais se encontram nas instituições policiais e judiciárias. Pode-se ver que tal visão é equivocada e atualmente começa a sofrer transformações, havendo um gradativo reconhecimento do papel da saúde pública, no que tange à prevenção da violência. Essa abordagem da violência partindo da perspectiva da saúde pública busca primeiramente analisar sua distribuição e, principalmente, identificar os determinantes sociais, para que então, seja possível propor medidas preventivas multissetoriais que incluam o setor saúde. Logo, percebe-se que não diz respeito a reduzir a violência, por exemplo, a uma doença, a um problema médico, ou ao problema de infraestrutura de uma unidade carcerária, mas de enxergá-la a partir de seus efeitos para a saúde da população e conseqüentemente, para os serviços de saúde, sem se esquecer do importante potencial do papel preventivo que pode, e deve ser praticado pelo setor saúde (PERES, 2004).

Esse reconhecimento da violência como sendo um problema de saúde pública, significa conhecer sua ramificação em grupos populacionais, pontuar fatores de risco

propondo medidas preventivas, além de avaliar e monitorar tais ações. É esse tipo de prerrogativa que traz um modo de ação e compreensão do fenômeno da violência que, ao invés de reduzi-lo a uma doença ou a um problema judiciário, prima por enxergá-lo através de sua complexidade para agir de maneira preventiva por meio de políticas públicas direcionadas e eficazes. Assim sendo, a violência se faz problema social, tem suas dimensões diretamente relacionadas à saúde, à segurança e ao desenvolvimento social, devendo, portanto, ser abordada também pelos vários setores da sociedade e do Estado.

A violência mundial é atualmente responsável por mais de 5 milhões de mortes anuais no mundo, e para cada pessoa que morre em consequência da violência, muitos outros sofrem com sequelas mentais ou físicas decorrentes dos ferimentos, bem como se estima que para cada evento fatal, existem dezenas de hospitalizações, com uma progressão de centenas de comparecimentos às emergências e milhares de consultas médicas (WHO, 2012).

Na ocorrência desses eventos no quadro da violência no Brasil, sejam fatais ou envolvendo sequelas, o Ministério da Saúde caracteriza como causas externas de morbidade e mortalidade, as lesões decorrentes de acidentes relacionados ao trânsito, quedas, afogamento, envenenamento ou queimaduras e lesões decorrentes de violências agressões/homicídios, tentativas de suicídio, suicídios, abusos físicos, sexuais e psicológicos, as quais representam um grande desafio às autoridades de saúde pública (BRASIL, 2010a).

Paralelo à elevação dos índices de violência, observa-se também um crescimento importante no número de óbitos por causas externas no Brasil, o qual pode ser observado no Quadro 1, evidenciando que as causas externas figuram em primeiro lugar, notadamente, na faixa etária jovem entre 10 e 39 anos de idade.

Pode-se observar que num total de 140.816 de mortes por causas externas ocorridas no Brasil em 2009 e ordenadas por faixa etária, as agressões de uma forma geral foram as grandes responsáveis entre todas as faixas etárias, sendo a primeira causa de morte nos grupos de idade compreendido entre 15 e 39 anos de idade (Quadro 2). Ainda é possível perceber que as agressões caracterizaram 36,9% (52.066) do total de mortes ocorridas no grupo de causas externas (BRASIL, 2010a).

Posição	Faixa etária (anos)						Brasil
	0-9	10-14	15-19	20-39	40-59	60 e +	
1ª	Perinatais 25.300	C. Externas 2.473	C. Externas 13.409	C. Externas 64.267	D. Ap. Circ. 60.681	D. Ap. Circ. 247.690	D. Ap. Circ. 320.148
2ª	Malform. Congênitas 8.835	Neoplasias 720	Neoplasias 1.002	D. Ap. Circ. 9.602	Neoplasias 47.942	Neoplasias 112.399	Neoplasias 171.293
3ª	C. Externas 4.113	D. Sist. Nervoso 481	D. Ap. Circ. 782	Neoplasias 8.766	C. Externas 30.893	D. Ap. Resp. 88.243	C. Externas 138.697
4ª	D. Ap. Resp. 4.049	D. Ap. Resp. 392	D. Ap. Resp. 649	D. Infec. Parasitárias 8.692	D. Ap. Digestivo 18.706	Endócrinas 51.589	D. Ap. Resp. 114.558
5ª	D. Infec. Parasitárias 3.387	D. Ap. Circ. 318	D. Sist. Nervoso 612	D. Ap. Resp. 5.335	D. Ap. Resp. 15.713	D. Ap. Digestivo 31.551	Endócrinas 66.994
6ª	D. Sist. Nervoso 1.772	D. Infec. Parasitárias 312	D. Infec. Parasitárias 559	D. Ap. Digestivo 4.824	D. Ap. Digestivo 14.024	C. Externas 21.453	D. Ap. Digestivo 56.213

Fonte: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM (www.datasus.gov.br; acesso em 30 jul. 2011)

Quadro 1. Números de óbitos e ordenamento dos principais grupos de causas de morte segundo faixa a etária. Brasil, 2009

Posição	Faixa etária (anos)						Brasil
	0-9	10-14	15-19	20-39	40-59	60 e +	
1ª	Outras C. Externas 2.169	ATT 814	Agressões 7.653	Agressões 31.853	ATT 10.034	Quedas 5.671	Agressões 52.066
2ª	ATT 1.129	Outras C. Externas 724	ATT 2.937	ATT 17.139	Agressões 8.601	ATT 5.321	ATT 37.635
3ª	Int. Indetermin. 325	Agressões 581	Outras C. Externas 1.223	Outras C. Externas 5.284	Outras C. Externas 3.930	Outras C. Externas 3.789	Outras C. Externas 17.308
4ª	Agressões 319	Int. Indetermin. 186	Int. Indetermin. 922	Int. Indetermin. 4.738	Int. Indetermin. 3.154	Int. Indetermin. 3.365	Int. Indetermin. 15.255
5ª	Quedas 163	Suicídio 106	Suicídio 566	Suicídio 4.191	Suicídio 3.099	Agressões 1.929	Suicídio 9.381
6ª	Suicídios 8	Quedas 62	Quedas 108	Quedas 1.062	Quedas 2.075	Suicídios 1.378	Quedas 9.171

Fonte: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM (www.datasus.gov.br; acesso em 30 jul. 2011).

Quadro 2. Número de óbitos e ordenamento das principais causas de morte no grupo de causas externas segundo a faixa etária. Brasil, 2009

Vale ressaltar que as agressões citadas no Quadro 2 se devem, em sua maioria, aos homicídios provocados por arma de fogo. Essa estatística alarmante faz-nos refletir sobre suas causas, e a proliferação do uso de armas de fogo com a escalada crescente da violência e seu uso como fator de aumento dos homicídios.

Apesar do Brasil não ter conflitos armados e nem ser o país mais pobre da América Latina, ele é o quinto no ranking dos países campeões em homicídios por arma de fogo (as taxas são calculadas em relação a 100 mil habitantes) com taxa de 21,7 homicídios por 100 mil habitantes em 2005 (SAFER, 2013).

As principais vítimas e os principais agressores na comunidade referentes a esse tipo de crime são homens jovens, negros e pobres; mulheres e crianças negras desfavorecidas economicamente constituem as principais vítimas da violência doméstica. As diferenças regionais são também bastante significativas quando se trata dos índices relacionados a ferimentos por armas de fogo (PAF) e, além dos determinantes socioculturais, parte da violência no Brasil tem sido associada ao uso indevido de álcool e drogas ilícitas, bem como ao amplo acesso a armas de fogo (MORAES, et al., 2011).

Ainda segundo Waiselfisz (2013), em relação à raça/cor das vítimas, as taxas de homicídio da população negra (19,7 óbitos para cada 100 mil negros) foram 88,4% maiores que as taxas da população branca (10,5 óbitos para cada 100 mil brancos). Isto é, morrem, em proporção, 88,4% mais negros que brancos. O autor diz ainda que as taxas de óbitos dos pardos são 156,3% maiores que as dos brancos.

Andrade et al., (2012), em pesquisa realizada no ano de 2009, abordando todas as capitais do Brasil e o Distrito Federal, identificaram 39.662 atendimentos em 74 serviços de urgência e emergência. Desses, 89,9% (35.646) decorreram de acidentes e 10,1% (4.019) da violência, sendo que a grande parte das vítimas foi do sexo masculino nos dois tipos de ocorrência. Do número de atendimentos decorrente de acidentes, 22,9% couberam à faixa etária de 20 a 29 anos, acompanhado de 18,6% de crianças de 0 a 9 anos. Waiselfisz (2013) também encontrou um grande índice de vitimização do sexo masculino, informando que a taxa é extremamente elevada nas mortes por arma de fogo: 93,9%.

A questão dos homicídios é particularmente grave na região das Américas, segundo relatório da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2012), publicado em outubro de

2003. A partir dos dados de 2000, os três países com maiores taxas de mortalidade por homicídios são, em ordem decrescente: Colômbia, El Salvador e Brasil (GAWRYSZEWSKI; KAHN; JORGE 2005).

No Brasil, a contribuição das armas de fogo para o crescimento dos homicídios pode ser evidenciada pelo aumento significativo de sua participação como causa de mortes por causas externas (PERES, 2004). Segundo Soares Filho et al., (2007), a taxa de mortalidade por arma de fogo cresceu no Brasil, de 1980 a 2003, quase quintuplicando entre homens de 15 a 29 anos de idade.

De acordo com o Mapa da Violência de 2013, foram registrados entre 1980 e 2010, perto de 800 mil óbitos provocados por algum tipo de arma de fogo. Nesse período as vítimas passaram de 8.710 no ano de 1980 para 38.892 em 2010, um crescimento de 346,5% (WEISELFIZS, 2013). Esse crescimento na taxa de óbitos decorrente da violência provocada por arma de fogo aconteceu principalmente entre a população jovem conforme mostra a Figura 1 abaixo:

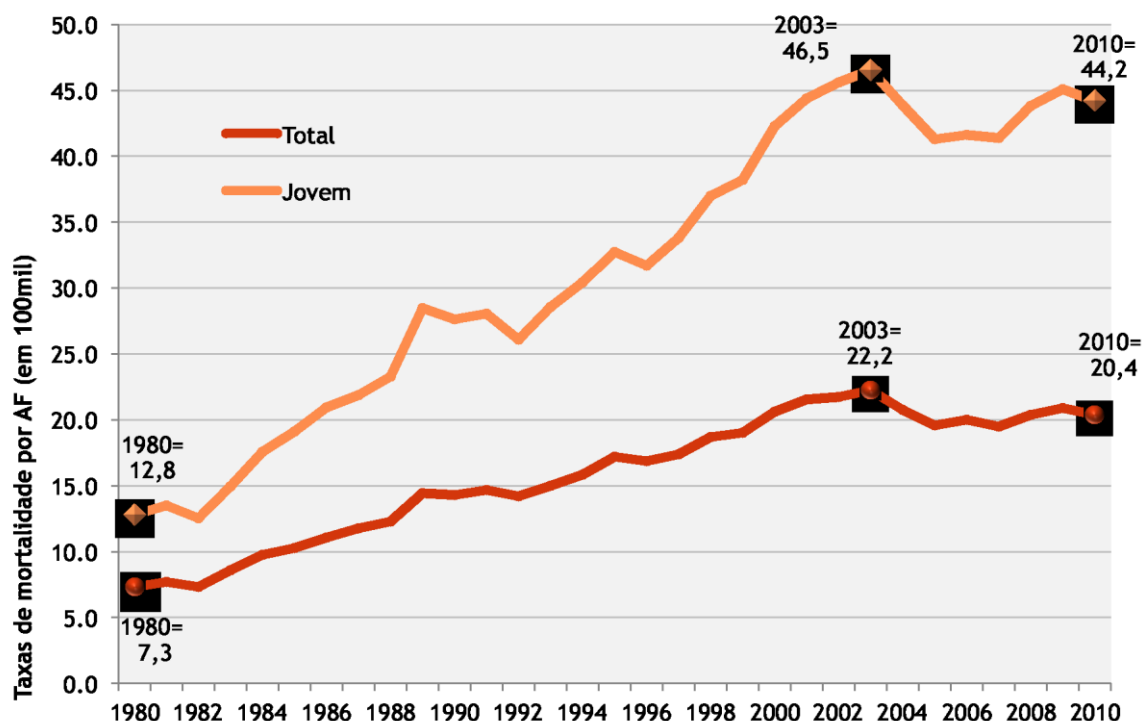


Figura 1. Taxas de Mortalidade por PAF 1980-2010.

Fonte: Mapa da Violência 2013(WAISELFISZ, 2013).

Observa-se um ligeiro declínio nas taxas em 2003, ano em que foi promulgado o Estatuto do Desarmamento, mas logo em seguida voltaram a subir.

Costa et al. (2011) ressaltam que estudos revelam uma distribuição sócioespacial desigual, em que as maiores taxas de homicídios estão em populações com piores condições de vida e segundo Reiss (1993), partindo da premissa de que os principais grupos de risco são formados por pessoas que moram na região metropolitana e interior, de baixa renda, jovens, sem qualificação profissional e em associação com uso de álcool ou drogas em excesso seguindo o perfil mundial, as estratégias de prevenção e vigilância em saúde deverão, sem dúvida, se direcionar para esses grupos populacionais.

Pode-se dizer, de acordo com o Mapa da violência 2013 de Weiselfisz, que a evolução da mortalidade por armas de fogo nas capitais fica bastante próxima à observada nos estados, porém com níveis mais elevados de vitimização.

No estado de Goiás, isso pode ser observado na Figura 2, construída a partir de dados do mapa de violência 2013, o qual mostra que, apesar da taxa de crescimento dos óbitos por arma de fogo no período de 2000 a 2010 ter sido de 32% (22,9 →30,2) 42% do estado (15,6→22,0), respectivamente, no município de Goiânia patamar das taxas na capital esteve sempre acima das do estado :

**Óbitos por armas de fogo (em 100 mil habitantes), Goiás e Goiânia.
Brasil, 2000/2010**

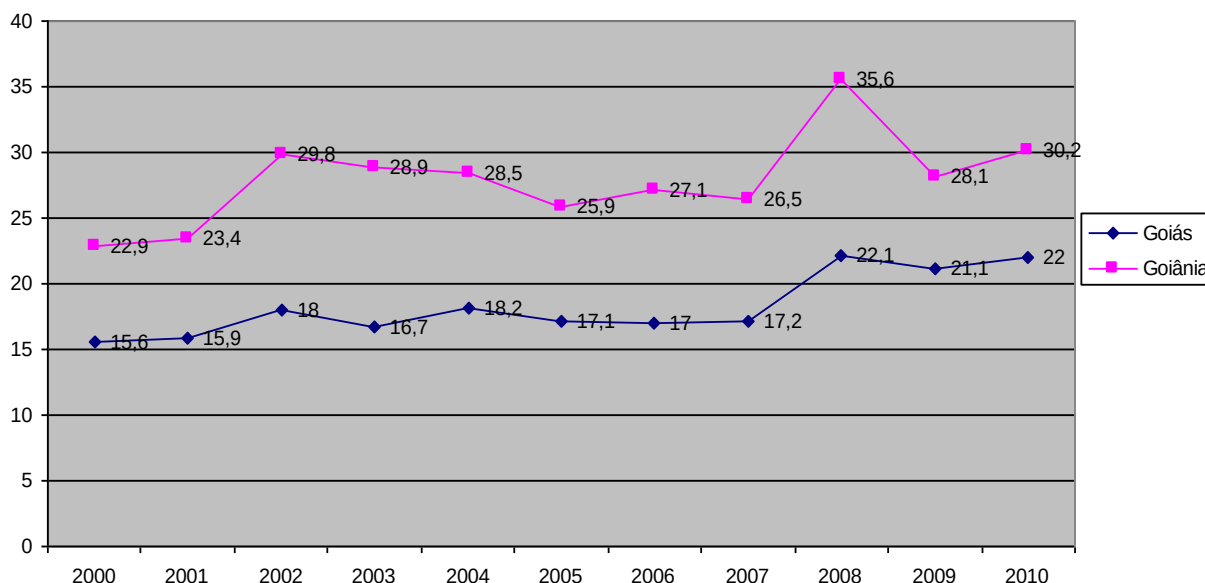


Figura 2. Óbitos por armas de fogo (em 100 mil habitantes), Goiás e Goiânia. Brasil, 2000/2010.

Fonte: Mapa da Violência 2013, WASELFSZ, 2013.

Nota-se ainda na Figura 2 que, apesar das taxas do estado e da capital manterem-se num ritmo crescente, o ano de 2008 apresentou uma súbita elevação, tanto no estado como na capital. Tal fato não pôde ser explicado em sites oficiais do Governo como o Centro Integrado de Operações (CIOE) e nem por meio das estatísticas criminais divulgadas no Portal da Transparência da Secretaria de Segurança Pública do Estado de Goiás. Talvez pelo fato de 2008 ser um ano de eleições para Prefeitura, e Goiânia ser um forte atrativo para a migração populacional em face de seu franco desenvolvimento econômico trazerem uma maior migração do crime de homicídio. Além disso, o tráfico de drogas com crimes relacionados ao acerto de contas e o consumo de álcool fazem elevar as estatísticas.

A Figura 3 abaixo mostra a evolução do número de óbitos ocasionados por PAF no período de 1996 a 2011, disponível no Sistema de Informações de Morte do Ministério da Saúde (SIM/ MS/SVS/DASIS) na cidade de Goiânia, capital do estado de Goiás.

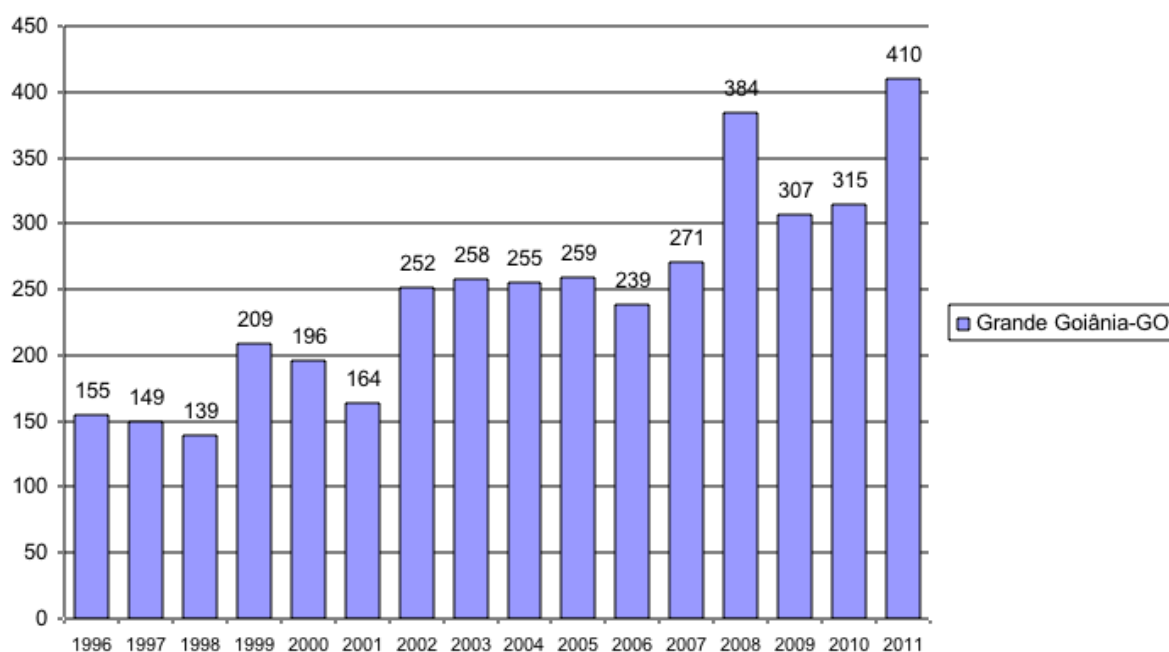


Figura 3. Óbitos por PAF – 1996-2011 Grande Goiânia

Fonte: MS/SVS/DASIS – Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

Percebe-se que, apesar de seu aspecto generalizado, a violência tem elegido os jovens das regiões metropolitanas como alvo/instrumento preferencial, atingindo assim, os indivíduos no início de sua vida produtiva, e são essas perdas precoces de vidas que refletem diretamente na expectativa de vida da população. A economia do país é impactada pelos anos em potencial perdidos de vida. A arma de fogo, o álcool e as drogas são fatores que geram e aumentam os crimes por homicídios, principalmente, no contexto de violência social em que vive o Brasil atualmente (GAWRYSZEWSKI; KAHN; JORGE 2005).

Como fatores de risco associados à violência, Cardia e Schiffer (2002) citam também a ausência de direito à saúde, à educação, à cultura e ao lazer, além da falta de capital social, que é o produto da confiança e da cooperação entre os atores sociais, o que acaba por culminar em organização, capacidade de participação e poder de ação. O desenvolvimento de uma região está relacionado ao capital social, pois o mesmo não existe sem que as pessoas se organizem em torno de interesses comuns.

Com relação às profissões propriamente ditas, Casaletti et al., (2006), dizem em seu estudo que as profissões encontradas foram subdivididas, conforme faz o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em economicamente ativos, não economicamente ativos e aposentados ou pensionistas, sendo que, a maioria das vítimas pertence à classe dos economicamente ativos, e muitos deles ficarão inativos durante o período de internação/recuperação; reduzindo, portanto, a força de trabalho, impactando diretamente na renda familiar e ,claro, aumentando os custos públicos.

Ainda de acordo com Cardia e Schiffer (2002), no Brasil, o tema da violência urbana torna-se cada vez mais objeto de preocupação nacional, e seu crescimento deve ser analisado levando-se em conta que vive-se em um sistema globalizado. Todavia, existem particularidades e fragmentações locais que podem auxiliar a entender as diferenças na forma como a violência urbana se manifesta nacional, regional ou localmente.

Diante do exposto até então, percebe-se que uma abordagem da violência sob a perspectiva de saúde pública, envolvendo mais especificamente os aspectos que se relacionam a eventos resultantes em ferimentos por armas de fogo, faz-se importante, pois analisar e identificar dados sobre sua distribuição e seus determinantes sociais e a partir desse conhecimento, esse trabalho sirva como fonte para o desenvolvimento de futuras pesquisas sobre a temática, bem como para propor medidas preventivas multissetoriais que incluam o setor saúde.

Conhecido como HUGO, o Hospital de Urgências de Goiânia é um hospital referência no atendimento a urgências no estado de Goiás. Ao longo do tempo observou-se que nos plantões havia um crescente aumento nos casos de fratura exposta provocada por arma de fogo. A partir do tratamento com os pacientes foi despertado então o interesse em pesquisar quem eram essas pessoas, vítimas de tais agressões; sabia-se basicamente que eram vítimas da violência urbana. Foi então que surgiu a oportunidade de fazer o mestrado profissional do Núcleo de Saúde Coletiva (NESC) da Universidade Federal de Goiás (UFG), no qual essa pesquisa se insere.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Caracterizar o perfil sociodemográfico dos pacientes com ferimentos por arma de fogo atendidas no Hospital de Urgências de Goiânia (HUGO).

2.2 Objetivos Específicos

- Descrever o perfil sociodemográfico e econômico das vítimas e o uso ou não de drogas/álcool pelas mesmas;
- Identificar as regiões de Goiânia das ocorrências ;
- Verificar a motivação da ocorrência;
- Caracterizar as sequelas provocadas pelos ferimentos, bem como a localização das lesões;
- Verificar o tempo de permanência hospitalar e a razão da alta.
- Identificar os custos advindos da assistência hospitalar

3. REFERENCIAL TEÓRICO

O Ministério da Saúde (MS), no uso de suas atribuições, declarou em 1996, a violência e os acidentes como importantes problemas de saúde pública. Contudo, apenas em maio de 2001 foi aprovada a Portaria GM/MS Nº 737 que trata da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência. A partir daí, várias novas portarias surgiram com o objetivo de traçar metas e ações para o enfrentamento desses problemas (BRASIL, 2001).

Assim, o Ministério da Saúde, que define violência como sendo o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação, estabeleceu que as violências notificadas no âmbito hospitalar deverão ser:

- Violência doméstica, sexual, tráfico de pessoas e intervenção por agente legal público: ambos os sexos e em todas as idades;
- Violência financeira/econômica/patrimonial e negligência/abandono: contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, e com deficiências ou transtorno mental;
- Trabalho infantil: menores de 16 anos, ambos os sexos, salvo na condição de aprendiz a partir de 14 anos;
- Violência contra criança, adolescente, mulher e pessoa idosa: ambos os sexos e em todas as idades, doméstica ou não, independente do tipo ou natureza da violência, lembrando que as agressões por arma branca, arma de fogo e espancamentos se enquadram nesse item;
- Violência autoprovocada: ambos os sexos e em todas as idades, incluindo tentativas de suicídio e suicídios por medicações, ingestão de veneno, lesão por arma de fogo, objeto perfurocortante, atropelamento, etc (BRASIL, 2001).

Sabe-se que as consequências dos variados tipos de violência são, na maioria das vezes, responsáveis por um quadro consideravelmente dispendioso aos cofres

públicos. Apesar dos acidentes de trânsito serem mais evidentes com relação ao número e aos custos de internações, bem como às letalidades, os acidentes por armas de fogo geram um tempo de internação maior, são muito mais caros e mais letais (DREYFUS, 2005). Segundo Nachif (2006), tal quadro se dá em função da maioria das lesões ocorrerem em áreas do corpo que demandam muito mais cuidados quando comparadas a outras, como a cabeça (face e crânio) e o pescoço; a autora afirma que PAF em crânio têm maior ocorrência.

No ano de 2002 no Brasil, o tempo médio de internação por acidente de trânsito foi de 6 dias, ao passo que por PAF foi de 7; a letalidade daquele foi de 4,4% e deste foi de 8,9%. As internações decorrentes de acidentes e violência foram em média 37% mais caras que as ocorridas por outros motivos, geralmente por envolverem consequências que exigem tratamento mais complexo, em função das lesões mais graves e, há o fato de que 70% das internações decorrentes de lesões e envenenamentos são cirúrgicas, ao passo que essa proporção é de 22% quando relacionada ao total de hospitalizações. Assim, ao se fazer a comparação dos custos de internação, conclui-se que as internações por PAF tiveram um custo 16,45% maior que as que se deram por acidentes de trânsito (DREYFUS, 2005).

No ano de 2004, o custo do tratamento das vítimas decorrentes de causas externas no Brasil foi estimado em 2,2 bilhões de reais, além disso, devem-se levar em consideração os prejuízos econômicos causados pela ausência no trabalho e diminuição da produtividade e os impactos sociais e psicológicos (que por sinal são de difícil mensuração), concluindo-se que os custos são na realidade, ainda muito maiores (ANDRADE et al., 2012).

Em 2006 o Ministério da Saúde (MS) implantou o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela (VIVA), por meio da Portaria MS/GM nº 1.356, de 23 de junho de 2006 (BRASIL, 2011), com o intuito de oferecer maior visibilidade da magnitude das violências e acidentes no país, bem como identificar os variados fatores associados a esses agravos (GAWRYSZESKI et al., 2007). Macário (2009) enfatiza que é de suma importância obter dados sobre os eventos violentos, mesmo os não fatais que acabam sendo responsáveis por grande demanda aos atendimentos prestados pelos serviços de urgência e emergência, notificados pelos serviços de emergência do Sistema VIVA no Brasil.

Vale lembrar que a determinação dos custos com internações é parcial, pois os dados são obtidos através do Sistema de Informação de Hospitalização (SIH), e apenas os repasses feitos pelo governo federal são cadastrados no banco de dados. Sabe-se, no entanto, que os recursos de uma unidade de saúde vinculada ao SUS podem ser de fontes estatais, municipais e outras, além ainda, do fato de que apenas a rede hospitalar pública ou com vínculo público integram obrigatoriamente esse sistema. Desse modo, percebe-se que, a partir de tais limitações, o SIH não tem como fornecer os gastos totais com internações, porém os dados parciais já fornecem uma estimativa real dos gastos com hospitalizações (DREYFUS, 2005).

3.1 Histórico dos dispositivos legais que tratam da fiscalização do uso e o mercado ilegal de armas de fogo no Brasil

Apesar de contar com estudos e estatísticas importantes e confiáveis quanto à mortalidade por arma de fogo no Brasil, sua posse e distribuição vêm recebendo crescente atenção das autoridades. Contamos com estudos que tentam quantificar ou qualificar esse fenômeno (WEISELIZ, 2013). Também a implantação de uma legislação mais rigorosa quanto ao uso, posse e comércio de armas de fogo vem sendo discutida pela sociedade.

O primeiro documento oficial que ditou regras para a fabricação/circulação de armas e munições foi o Decreto 24.602 de Getúlio Vargas em 1934, que não fazia qualquer espécie de menção às armas de uso civil, ditando, apenas, a proibição da fabricação de armas e munição de guerra por empresas privadas, permitindo que as mesmas somente as fabricassem para uso de caça (DREYFUS, 2005).

Em janeiro de 1965, o Decreto 55.649, apesar de se definir como simples atualização do anterior, desempenhou um papel muito maior que isso, formando uma importante enciclopédia de fiscalização, que era regida basicamente pelos seguintes princípios: os altos interesses da defesa militar do país; a manutenção da segurança interna do Brasil; a segurança/tranquilidade pública; o desenvolvimento nacional das indústrias desses produtos; a expectativa de exportação de produtos de boa qualidade e a assistência tecnológica e econômica à indústria bélica, visando

usufruir da mesma em caso de emergência. Com relação ao uso pela sociedade, a Polícia Civil ficou encarregada da autorização de transferências ou doações de armas e munições entre pessoas, bem como do registro de colecionadores de armas. Porém, com relação às autorizações de posse e porte, não havia critérios, o decreto fazia referência somente a permissões a civis idôneos (DREYFUS, 2005).

Apenas em 1980, pela Portaria Ministerial Nº 1.261 de 17 de outubro, foi instituída a primeira norma nacional tratando de maneira específica da aquisição e o registro de armas por civis, não sendo porém, nem uma lei nem um decreto. Estabeleceu-se, dentre outras coisas, o número máximo de 6 armas de uso permitido para cada cidadão; formalidades com relação ao processo de venda de tais armas e compras de munição, acessórios e pólvora de caça. Apesar da inegável importância, a portaria não conseguia ainda estabelecer um cadastro centralizado de registros ou mesmo uma comunicação desses dados entre as polícias civis e as autoridades federais (DREYFUS, 2005).

No dia 20 de fevereiro de 1997, a Lei Nº 9.437 marcou um considerável avanço com relação ao controle nacional das armas, dispondo pela primeira vez sobre o uso de armas por civis e padronizando o processo de autorização de registro e posse por meio da exigência de requisitos mínimos que serviriam para todo e qualquer cidadão.

Foi criada então a primeira versão do Sistema Nacional de Armas (Sinarm), que pertence à polícia federal. Um dos objetivos dessa lei foi centralizar o registro de armas, administrado isoladamente em 27 unidades da federação (UF) e dessa forma, congregando as informações nacionais sobre as armas. Outro objetivo foi controlar os pedidos de posse e, em alguns casos, portes de armas, através da consulta de registros criminais. Desse modo, somente após a autorização da Polícia Federal, os estados podiam emitir as licenças. Todavia, os estados tinham a obrigação de atualizar essas informações periodicamente, mas o processo de digitalização de registros locais era lento, o que dificultava a interligação ao Sinarm (BRASIL, 2013).

Além do mais, a maioria das informações sobre armas de fogo registradas e apreendidas era subnotificada. Pode-se perceber que tais atribuições ao serem repassadas ao Ministério da Justiça, uma instituição civil, foi antes de tudo uma

consequência à explosão da violência armada nos anos 90 e, mesmo apresentando-se de maneira ainda tímida à ascensão cada vez maior da criminalidade, percebeu-se que não mais era razoável permitir a circulação de civis armados sem um controle efetivo. O controle passou a ser mais rigoroso, entretanto ainda insuficiente para um país do tamanho do Brasil (DREYFUS, 2005).

Em 20 de novembro de 2000 surgiu o Decreto Nº 3.665, que define conceitos sobre armas de fogo permitidas e de uso restrito e reedita o Regulamento para a Fiscalização de Produtos Controlados que é o que vigora ainda hoje (MARIZ, 2013).

A nova lei de controle de armas e munições, denominada Estatuto do Desarmamento, que foi aprovada em 9 de dezembro de 2003, sob a Lei Nº 10.826 e que está tendo uma boa repercussão no exterior, provocando uma rediscussão das leis existentes em vários países, pelo fato de ser inovadora e abrangente (BRASIL, 2003b). Ela estabelece medidas para combater o tráfico ilegal de armas e controlar o comércio legal. O Estatuto tem como objetivo principal desarmar os criminosos. A nova lei aperfeiçoa um banco de dados nacional sobre armas e munições (SINARM), para que forneça informações mais rápidas, por meio do uso de um sistema “on line”, que possibilite o seu rastreamento e a repressão ao armamento ilegal.

Obriga também a marcação das armas e das munições que poderão ser rastreadas, e assim desarticular quadrilhas que abastecem o crime com esses produtos; tipifica, pela primeira vez na América do Sul, o tráfico de armas de fogo, antes igualado ao contrabando de qualquer produto inofensivo, elevando-se as penas, que podem chegar a 12 anos de prisão, no caso do contrabando de armas militares ou de uso restrito. Aqueles que se manifestam contra o Estatuto só porque defendem o uso de armas por civis, deveriam prestar mais atenção e ver as diferenças existentes na Lei, e não lutar pela extinção dela que representa um grande avanço no combate ao tráfico ilegal de armas e munições. Atacar de forma indiscriminada o Estatuto como um todo, em verdade, é colaborar para que as armas e munições continuem fluindo com facilidade para as mãos do crime organizado e para que a maioria dos crimes com armas de fogo continue a não ser investigada de forma eficaz (BANDEIRA; BOURGEOIS, 2005).

Das novidades advindas do Estatuto, a tipificação de crime do tráfico internacional de armas merece destaque. Anteriormente, o tráfico de armas entre os países do Mercosul, por exemplo, seria enquadrado apenas como conduta criminosa, a exemplo de uma ação de tráfico de animais. Agora, porém, o fato de uma organização traficar armas de fogo não é mais de importância secundária, sendo a criação desse tipo penal uma considerável evolução legal (DREYFUS, 2005).

O ponto mais importante do Estatuto, no entanto, pode ser visto como a tentativa de centralizar o controle de quaisquer atividades civis com armas de fogo e munições, no âmbito do Ministério da Justiça. Porém, para a maioria da população, o que se entendeu é que a dificuldade de se obter o registro de arma no comércio legal e a impossibilidade de portá-la foram, na verdade, a única mudança significativa trazida pelo estatuto, uma vez que nada se propôs com relação a políticas de fiscalização mais vigorosa do comércio ilegal. Tal visão foi um dos motivos pelo qual, no dia 23 de outubro de 2005, em um referendo realizado no Brasil, os cidadãos responderam à seguinte pergunta: “O comércio de armas de fogo e munição deve ser proibido no Brasil?” e segundo dados Brasil (2013c), rejeitaram a proposta com 63,94% dos votos, contra 36,06% dos que eram a favor.

Tendo a maioria da população decidido pelo "não", a comercialização das armas e munições permaneceu como estava desde o fim de 2003, mas vale lembrar que, ainda assim, de acordo com a lei, o porte de arma continua ilegal, salvo as exceções previstas. O cidadão comum que deseja possuir uma arma (a comercialização e a posse de arma tendo sido permitidas previamente) deverá mantê-la em seu domicílio, além de ter que registrá-la no momento da compra e passar por um processo burocrático que só aprovará o registro caso o cidadão preencha os requisitos exigidos (DREYFUS, 2005).

Percebe-se, portanto, que a evolução na legislação com relação ao comércio legal de arma tem, sim, papel fundamental na sociedade, porém não é suficiente para diminuir os índices de criminalidade que envolvem o uso das armas de fogo. O que se faz necessário também são estudos intersetoriais que adentrem em questões como as armas usadas no tráfico de drogas, no porquê das reações violentas no trânsito usando armas de fogo, no entendimento de quais causas de tanta

intolerância culminam, por vezes, em acontecimentos armados fatais, enfim, se faz urgente entender o que está armando o cérebro e as reações dos indivíduos com a raiva, o ódio e a incapacidade de resolver suas limitações, fazendo com que lancem mão do uso de uma arma para resolver seus variados problemas do cotidiano (DREYFUS, 2005).

Com relação ao uso de armas ilegal no País, tem-se a pesquisa ROTA realizada pelo Viva-RIO que mostra os estados mais sujeitos ao armamento ilegal de fabricação estrangeira ou brasileira e compara os dados do SINARM e das SSPs (Secretaria de Segurança Pública) que por sua vez apresentam dados que contestam a crença popular de que a maioria das armas usadas em crimes no Brasil é de origem estrangeira. Ao todo foram analisadas as armas apreendidas em cada estado e originalmente fabricadas por 11 países distintos. As armas não respeitam fronteiras. Por exemplo, são produzidas no Brasil, exportadas e reingressam no País para abastecer a criminalidade. A colaboração entre as autoridades de segurança de diferentes países se torna cada vez mais necessária para enfrentar a crescente internacionalização do crime organizado (BRASIL, 2013).

Os problemas associados ao tráfico ilícito de armas de fogo têm recebido crescente atenção internacional. O tráfico ilegal é um problema internacional que não deve e não pode ser abordado por um Estado de maneira isolada. A prevenção do tráfico requer que todos os países trabalhem de forma cooperativa e integrada para garantir que todas as partes da cadeia de abastecimento sejam adequadamente extintas.

No Brasil, a ONG Viva Rio, que já trabalhava pela redução da violência no Rio de Janeiro, começou um trabalho de pesquisa, esclarecendo a opinião pública nacional, e pressionou para que medidas fossem tomadas contra a proliferação de armas. Para isto, tornou-se parceira dos governos federal e do estado do Rio em projetos com esse objetivo, iniciando um trabalho conjunto com as polícias desses governos, mudança da lei de controle de armas, investigações sobre o tráfico de armas, criação de uma rede internacional pelo controle de armas (*International Action Network on Small Arms, IANSA* - criada em 1999) e hoje com mais de 800 entidades-membros e campanhas pelo desarmamento voluntário, com apoio crescente de outras ONGs e de diferentes governos (SENASP, 2012).

3.2 Caracterização do termo arma de fogo

Arma de fogo se refere a todo objeto que apresenta a característica de produzir efeito de lesão ou lesões perfurocontundentes, ou seja, aquelas que causam simultaneamente perfuração/ruptura de tecido, apresentando ou não laceração e esmagamento. São as armas de estudo da balística forense que na sua essência, são uma máquina térmica, cujo manuseio independe de força física (excetuando aquela relacionada ao acionamento do gatilho) e se baseia nos princípios da termodinâmica. Esse dispositivo se constitui pelo aparelho arremessador (a arma propriamente dita), a carga de projeção (pólvora) e o projétil, pois os dois últimos formam, na maioria dos exemplares, o cartucho (CHEMELLO, 2007).

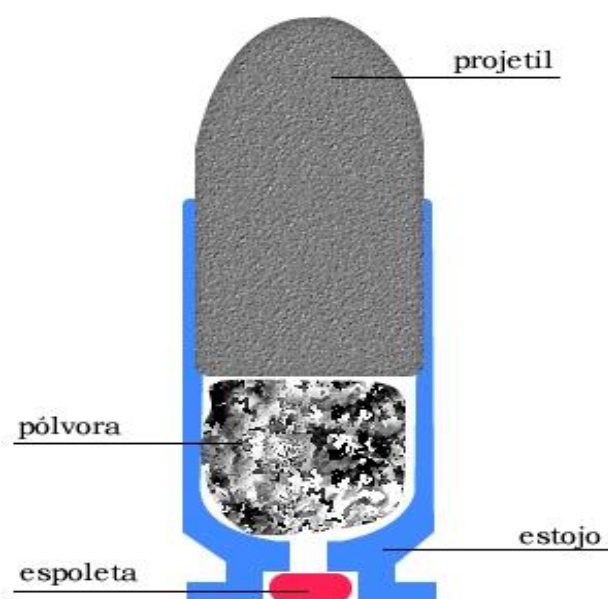


Figura 4. Esquema geral de composição interna de um cartucho.

Fonte: CHEMELLO, 2007. [adaptado da Revista Perícia Federal, Set/Out 2003].

Os ferimentos provocados por projétil de arma de fogo (PAF) são geralmente classificados como ferimentos provocados por projétil de baixa velocidade, cuja velocidade média do projétil é de 600 metros por segundo, e ferimentos de alta velocidade, cuja velocidade média do projétil é maior que 600 metros por segundo. Os ferimentos de baixa velocidade são usualmente causados por armas de porte

manual, que estão mais presentes no meio urbano e entre a população civil. Os ferimentos são geralmente menos severos quando comparados aos ferimentos provocados por projétil de alta velocidade, os quais são causados por armas militares ou de caça (BINNEBÖSEL et al., 2012).

As lesões são, portanto, diferentes quando causadas por PAF no meio urbano, das causadas nos períodos de guerra. As que ocorrem no meio urbano são lesões por armas de baixo calibre (baixa velocidade), em contrapartida, as armas de guerra são de grosso calibre e alto impacto; ainda assim, atualmente, com o aumento dos índices de criminalidade, veem-se lesões no meio urbano causadas por armas de fogo de alto impacto, como são o caso do fuzil AR-15 e o revólver de calibre 45, armas cujo calibre é de uso restrito no Brasil, que só poderiam ser utilizadas por militares, policiais e atiradores devidamente autorizados.

Em se tratando das características dos danos causados ao longo do tecido por onde o projétil passa no corpo humano, duas áreas de interesse devem ser identificadas, a cavidade permanente (lesão definitiva provocada pelo projétil) e a cavidade temporária (lesão que se forma à passagem do projétil e que, no entanto, se retrai logo após esse trajeto do mesmo):

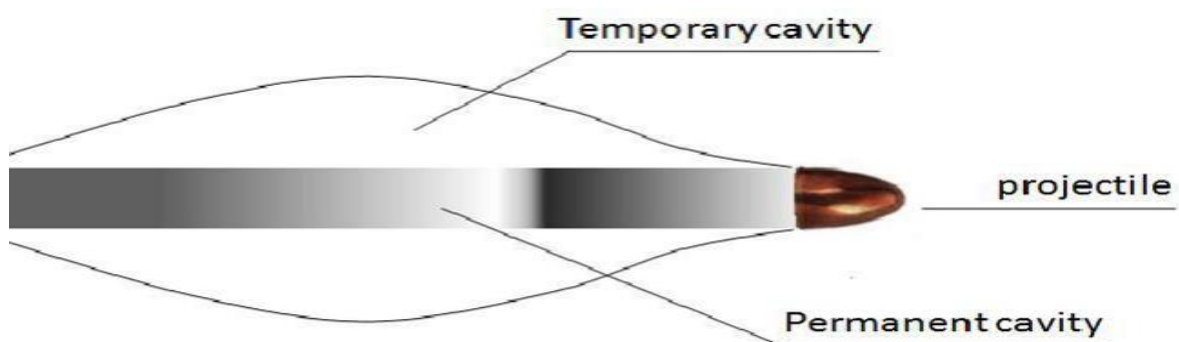


Figura 5. Mecanismo de Cavitação, que pode causar destruição tecidual no trajeto do projétil.

Fonte: BINNEBÖSEL et al, 2012.

Com bala de baixa velocidade, a destruição tecidual se faz com ação direta sobre o tecido e área adjacente e é proporcional ao tamanho do projétil. Já com a bala de

alta velocidade, a expansão (cavitação) lateral do ferimento é mais importante; após passagem do projétil, uma expansão lateral transitória de até 10 a 40 vezes o diâmetro da bala pode ser alcançado. Em tecidos elásticos, como músculos, vasos sanguíneos e pele, por exemplo, o tecido pode se afastar e se recolher após passagem da bala e, no caso de tecidos inelásticos, a exemplo do fígado ou dos ossos, as consequências podem ser fraturas e destruição tecidual permanente.

Segundo Bartlett (2012), para se avaliar a gravidade de um ferimento por PAF não é importante tão somente a velocidade do projétil e, sim, a eficiência na transferência de energia, porque essa irá variar com as características físicas do projétil, incluindo sua deformação e fragmentação, perfil de entrada, estabilidade, energia cinética, trajeto através do corpo e a característica dos variados tecidos do corpo humano.

3.3 Lesões provocadas por uso de armas de fogo e sequelas comumente associadas

Enumerando alguns tipos de lesões provocadas por PAF, o trauma cardíaco penetrante é um tipo de lesão que apresenta altas taxas de mortalidade, e os crescentes índices de violência urbana têm contribuído para o aumento no número de ferimentos cardíacos provocados por armas de fogo. Esse tipo de lesão é o que apresenta as mais altas taxas de mortalidade dentre os ferimentos cardíacos penetrantes por poderem acometer múltiplas câmaras cardíacas, elevando ainda mais os índices de mortalidade (KARIGYO, et al., 2011). Como sequela, na maioria das vezes pode haver remodelamento ventricular, que é o conjunto de alterações manifestas clinicamente como modificações na função do coração, bem como do seu tamanho, massa e forma, em decorrência de determinada injúria aguda, como um PAF. Diante de tal quadro, a maioria das vítimas seguirá por tempo indeterminado, muitas vezes por anos, em um tratamento clínico fazendo uso de medicamentos para evitar este remodelamento (PONTES; LEÃES, 2004).

Com relação aos ferimentos por PAF na coluna vertebral, o grau de lesão tecidual causado pelo ferimento vai depender da energia que o projétil transmite aos tecidos no momento da lesão, pois tal energia varia de acordo com a massa do projétil e a velocidade do mesmo. Na região da coluna vertebral, os PAF são

comumente acompanhados de déficit neurológico, em função de lesões medulares/radiculares associadas (CRISTANTE, *et al.*, 2013).

Giannini *et al.*, (2013) referem que o tórax e o abdome são as regiões do corpo mais expostas a PAF. Diz ainda que a maioria dos traumatismos isolados de tórax pode ser tratada com a adoção de medidas relativamente simples (como será especificado mais a frente) e, ainda assim, obter grande sucesso. Já as lesões abdominais representam significativa morbidez e mortalidade, sejam resultantes de ferimentos em associação ou independentes da lesão torácica. Borghese (1995), em um estudo com 127 pacientes portadores de lesão abdominal por arma de fogo, relata que 30 pacientes classificados, em estado geral mais grave, foram submetidos à colostomia.

Binnebösel *et al.*, (2012) fizeram uma pesquisa bibliográfica sobre ferimentos por PAF e chegaram às seguintes conclusões:

- **TRONCO:** pacientes atendidos com ferimentos por PAF no tronco dependem mais da estabilidade hemodinâmica no atendimento inicial. Enquanto que pacientes instáveis hemodinamicamente necessitam de tratamento cirúrgico de imediato, como toracotomia ou laparotomia, pacientes estáveis hemodinamicamente podem ser tratados com procedimentos cirúrgicos menores (por exemplo, drenagem torácica) ou mesmo conservadores.
- **CRANIOENCEFÁLICO:** o tratamento de ferimentos da região cranioencefálica segue o protocolo de tratamento para traumatismo cranioencefálico (TCE) - fístulas líquóricas devem ser fechadas e hematomas expansivos devem ser drenados. O procedimento invasivo de medida da pressão intracraniana pode ajudar na detecção precoce de um aumento na fase inicial.
- **COLUNA:** os ferimentos da coluna vertebral, com ou sem lesão da medula espinhal, podem ser tratados conservadoramente, sendo que em casos de lesão da coluna vertebral baixa (T12 a L4), com déficit neurológico incompleto, uma descompressão pode melhorar o prognóstico. O uso de corticosteroides não é recomendado.
- **FRATURAS ÓSSEAS:** as fraturas devem ser tratadas conforme protocolos já estabelecidos - protocolo de fratura fechada para ferimentos de baixa energia, e protocolo de fratura exposta para ferimentos de alta energia.

- **USO DE ANTIBIÓTICOS:** o uso de antibióticos é controverso e depende muito da preferência do cirurgião, exceto nos casos de ferimento craneoencefálico, intestinal, articular ou com dano excessivo de partes moles.

Ressalta-se que dependendo da gravidade, os ferimentos por PAF podem resultar em vítimas com lesões irreversíveis, ficando inaptas ao trabalho, ou mesmo passem a necessitar de cuidados com a saúde, como internação hospitalar, reabilitação física/mental, uso de medicamentos e uma série de outros cuidados que acabam por acarretar o crescimento da demanda pelos serviços públicos hospitalares, assim como da Previdência Social, elevando os custos com a saúde e prejudicando o desenvolvimento do país, uma vez que parte de sua mão-de-obra está comprometida (YWATA et al., 2008).

3.4 Políticas públicas e a violência

Adentrando à temática que envolve as mais variadas questões relacionadas a um acometimento por PAF, sob o ponto de vista das sequelas resultantes das lesões, sabe-se que quando não levam o paciente a óbito, podem demandar internação, por vezes longa, com gastos elevados. Além disso, existe a possibilidade de se instalarem sequelas permanentes ou mesmo incapacidades. O impacto que uma deficiência venha trazer a um cidadão pode acarretar implicações para o estado funcional do mesmo, o que engloba funções física, social e psíquica; pode interferir consideravelmente na sua capacidade de reinserção; na sua disposição em levar uma vida independente, retomando papéis sociais de relevância e na disponibilidade para que possa beneficiar-se das ajudas tecnológicas oportunas. As alterações físicas interferem de maneira muito direta na função do indivíduo, podendo comprometer sua condição de independência na realização de atividades do cuidado pessoal e mobilidade, em suas atividades ocupacionais e profissionais, no papel desempenhado por ele no seio familiar e na própria qualidade desse convívio em família.

Assim, diante de todo o quadro sistêmico que envolve a violência e as vítimas de PAF, faz-se necessária uma atenção às políticas de ações articuladas e também multissetoriais existentes. Fazendo uma revisão dos dispositivos legais que se

relacionam ao tema desde o início da concepção do Sistema Único de Saúde (SUS), tem-se em seu âmago toda uma proposta de integralidade, termo este que faz parte, inclusive, de seus princípios.

No âmbito do Ministério da Saúde, em 2001, foi aprovada a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, através da Portaria Nº 737/GM de 16 de maio, que em seu parágrafo único do artigo 1º diz: “A aprovação de que trata este Artigo tem como objetivo a redução da morbimortalidade por acidentes e violências no País, mediante o desenvolvimento de um conjunto de ações articuladas e sistematizadas”.

De fato, as diretrizes que regem a política se dão de maneira bastante abrangente e sistêmica, enfatizando os fundamentos do processo de promoção da saúde relacionados ao fortalecimento da capacidade de cada indivíduo, das comunidades e da sociedade como um todo; de desenvolver, aprimorar e manter condições e estilos de vida saudáveis.

De acordo com a política, tal fortalecimento inclui a criação de ambientes saudáveis, a reorganização dos serviços de saúde, o reforço da ação comunitária e o desenvolvimento de aptidões pessoais. Portanto, percebe-se que prioriza as medidas preventivas, entendidas em seu sentido mais amplo, abrangendo desde as medidas inerentes à promoção da saúde e as voltadas a evitar a ocorrência dos episódios de violência, até as que se destinam ao tratamento das vítimas, porque se compreende as ações destinadas a impedir as sequelas e as mortes em função de tais eventos (BRASIL, 2001). Para tanto, são as seguintes diretrizes específicas que compõem essa política:

- Promoção da adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis;
- Monitoração da ocorrência de acidentes e de violências;
- Sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar;
- Assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e de violências;

- Estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e à reabilitação;
- Capacitação de recursos humanos e
- Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

Partindo das premissas da política anterior, o Ministério da Saúde resolve instituir sob a Portaria Nº 1863/GM em 29 de setembro de 2003, a Política Nacional de Atenção às Urgências, considerando, entre outros aspectos, a responsabilidade do Ministério de estimular a atenção integral às urgências através da implantação/implementação dos serviços de atenção básica e saúde da família, unidades não-hospitalares de atendimento às urgências, pré-hospitalar móvel, portas hospitalares de atenção às urgências, serviços de atenção domiciliar e reabilitação integral no País (BRASIL, 2003a).

A Política Nacional de Atenção às Urgências buscou estabelecer suas ações de modo a se compor pelos sistemas de atenção às urgências estaduais, regionais e municipais, devendo se organizar de modo que permitisse, dentre várias outras questões, fomentar projetos estratégicos de atendimento às necessidades coletivas em saúde, bem como coordenar e executar tais projetos, sendo eles decorrentes de situações de iminência de perigo, em caráter urgente e/ou transitório, de calamidades públicas ou mesmo acidentes com várias vítimas. Tal ação pode se dar a partir da construção de mapas de risco regionais e locais, assim como da implementação de protocolos não só de prevenção, mas também de atenção e mitigação dos eventos (BRASIL, 2003a).

Em paralelo à portaria mencionada anteriormente, foi instituída na mesma data a Portaria Nº 1864/GM, que tratava especificamente do componente pré-hospitalar móvel da política, através da implantação dos Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o Brasil: SAMU-192, evidenciando uma atenção especial a uma questão mais abrangente no cuidado de uma vítima, fornecendo atendimento prévio antes mesmo de esta pessoa chegar a uma unidade hospitalar propriamente dita (BRASIL, 2003a).

No ano de 2004, o Ministério da Saúde implementou a Política Nacional de Humanização (PNH) , na qual se tem o SUS tomado em sua perspectiva de rede que inclui todos os sujeitos (profissionais da saúde, usuários e cidadãos), rede esta, comprometida com a defesa da vida, em que a humanização passa a ser eixo articulador das mais variadas práticas em saúde, destacando o aspecto subjetivo existente em toda ação humana, ou seja, olhar cada indivíduo em sua própria história de vida, mas como sujeito coletivo que é, também, em sua atuação em muitas vidas (BRASIL, 2004a). Aqui, estabeleceram-se ações por eixos, em que no plano da PNH se prevê, dentre outros:

- No eixo das instituições do SUS, uma pactuação da agenda de saúde entre os Planos Nacional, Estadual e Municipal dos vários governos;
- No eixo do trabalho, ações de integração e participação efetiva das vítimas/trabalhadores no sentido a motivar o desenvolvimento pessoal e profissional;
- No eixo financeiro, integração de recursos específicos à humanização;
- No eixo da atenção, promoção direta à intersectorialidade, por meio de uma política incentivadora da interação entre os sujeitos juntamente com a ampliação da atenção integral à saúde.

No mesmo ano, a Portaria Nº 936/GM de 19 de maio, aprovou a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde, tendo como objetivo a articulação da gestão e das ações do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Área Técnica de Prevenção da Violência e Causas Externas, da Secretaria de Atenção à Saúde - Ministério da Saúde – DAPES/SAS/MS, com os núcleos de prevenção da violência e promoção da saúde estaduais e municipais e do Distrito Federal, assim como com as instituições acadêmicas e organizações não governamentais conveniadas com o Ministério da Saúde e diversas iniciativas dos Municípios e Estados que contribuam para o desenvolvimento do Plano Nacional de Prevenção da Violência (BRASIL, 2004b).

Em seu Artigo 3º, o PNPV deixa claro e evidencia que a Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde tem como objetivos

- I - promover a articulação da gestão de conhecimento no desenvolvimento de pesquisas, formulação de indicadores, disseminação de conhecimentos e práticas bem-sucedidas, criativas e inovadoras nacionais, regionais e locais;
- II - implementar a troca de experiências de gestão e formulações de políticas públicas intersetoriais e intra-setoriais;
- III - fomentar o intercâmbio das práticas de atenção integral às pessoas vivendo situações de violência e segmentos populacionais sob risco;
- IV - intercambiar as formas de participação da sociedade civil, organizações não-governamentais e comunidades no desenvolvimento do plano nas várias esferas de gestão; e
- V - acompanhar o desenvolvimento das ações do Plano Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde nas várias esferas de gestão.

Com o intuito de superar as dificuldades encontradas para a concretização das ações estipuladas até então, os gestores do SUS assumem o compromisso público da construção do PACTO PELA SAÚDE 2006, sob a Portaria Nº 399/GM, com o compromisso de ser anualmente revisado a partir dos princípios constitucionais do SUS e atenção para com as necessidades de saúde da população, implicando ao mesmo tempo no exercício de definição de prioridades articuladas e integradas nos três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS (BRASIL, 2006).

Ainda no ano de 2006, a Portaria Nº 687 aprovou a Política de Promoção à Saúde, que trazia como objetivo a promoção da qualidade de vida, a redução da vulnerabilidade e dos riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes, como condições relacionadas ao modo de viver, condições de trabalho, meio ambiente, habitação, educação, cultura, lazer, acesso a bens e serviços essenciais (BRASIL, 2006b).

Mais especificamente na temática do presente trabalho, as ações que essa política traz em seu item Prevenção da Violência e Estímulo à Cultura de Paz, merecem destaque:

- Ampliação e fortalecimento da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde;
- Investimento na sensibilização e capacitação dos gestores e profissionais de saúde na identificação e encaminhamento adequado de situações de violência intrafamiliar e sexual;

- Estímulo à articulação intersetorial que envolva a redução e o controle de situações de abuso, exploração e turismo sexual;
- Implementação da ficha de notificação de violência interpessoal;
- Incentivo ao desenvolvimento de Planos Estaduais e Municipais de Prevenção da Violência;
- Monitoramento e avaliação do desenvolvimento dos Planos Estaduais e Municipais de Prevenção da Violência mediante a realização de coleta, sistematização, análise e disseminação de informações;
- Implantação de Serviços Sentinela (do qual o HUGO é componente) que serão responsáveis pela notificação dos casos de violências (BRASIL, 2006b).

Diante do quadro de violências decorrentes de causas externas que exercem enorme impacto na qualidade de vida e nas condições de saúde da população e atingem um número muito além de pessoas do que aquelas que se encontram diretamente envolvidas aos eventos, uma vez que seus efeitos ultrapassam o sofrimento individual e coletivo, incidindo de forma direta na cultura e no modo de viver das pessoas, ou seja, devido à magnitude do problema e visando atender toda a legislação vigente, o Ministério da Saúde, por intermédio da Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (CGDANT), implantou no ano 2006 o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), almejando conhecer o impacto das violências e acidentes no perfil de morbimortalidade da população, promovendo saúde e cultura de paz (BRASIL, 2010b).

O VIVA se compõe de duas partes: o Viva Contínuo, que trata da vigilância das violências sexual, doméstica e/ou outras violências interpessoais em serviços de referência e o VIVA Inquérito, vigilância de violências e acidentes em unidades de urgência e emergência. Nesse, existem os Serviços Sentinelas de Urgência e Emergência, do qual, como já foi mencionado anteriormente, o HUGO faz parte (BRASIL, 2010b).

O termo sentinela pode ser usado em duas situações. A primeira delas é o "evento sentinela", como um dos métodos para vigilância à saúde, evidenciando situações

indesejáveis que possibilitem o monitoramento de serviços e sistema de saúde. A segunda aplicação do termo se refere aos sistemas de vigilância baseados em "serviços sentinela", que vêm sendo cada vez mais utilizados em alguns países desenvolvidos, mesmo para doenças infecciosas.

Nessa estratégia, a vigilância está organizada em redes de fontes de informação. Nos sistemas sentinela, ao contrário do modelo de notificações, o interesse está centrado na obtenção de dados com qualidade e na oportunidade de ações (GAWRYSZEWSKI et al.2007)

O VIVA Inquérito ou vigilância sentinela, realizado em hospitais sentinela, busca agregar novos conhecimentos sobre as violências e os acidentes, possibilitando o conhecimento mais aprofundado do problema e o planejamento adequado de medidas de prevenção e controle; além da obtenção de informações específicas sobre a vítima, provável autor(a) da violência, circunstâncias e local de ocorrência, não coletadas pelo SIH/SUS e SIM . É realizado por meio de coleta por amostragem pelo período de um mês previamente fixado (excluídos os meses atípicos) (GAWRYSZEWSKI et al.2007).

O VIVA contínuo – Vigilância das violências sexual, doméstica e/ou outras violências interpessoais em serviços de referência. Considerando as exigências legais de notificação da violência contra criança, adolescente, mulher e idoso, o processo proposto para esta coleta difere substancialmente do componente VIVA inquérito. Aqui a coleta é universal e contínua, realizada em serviços de referência para o atendimento às pessoas em situação de violência .

Entre as várias atividades que têm sido realizadas nos últimos anos no âmbito da monitorização da morbimortalidade por causas externas no Sistema Único de Saúde, o VIVA muito tem contribuído para a melhoria do conhecimento sobre as características da ocorrência das causas externas, ficando cada vez mais evidente a relevância social dessa problemática e impulsionando a organização dos serviços de saúde, ao fazer o direcionamento das ações de vigilância e prevenção desses agravos e de assistência às vítimas (BRASIL, 2010b).

O SUS conta com um grande aparato legal e teórico de implementação e execução de políticas públicas que olham a vítima de um evento de violência com um olhar global, já que o Sistema Único de Saúde, conforme concebido constitucionalmente, trata-se de um modelo em que todos os serviços de todos os entes federativos devem "integrar-se, constituir uma rede de serviços e ser um único sistema", com capacidade de garantir ao indivíduo a integralidade de sua saúde (ANDRADE, et al., 2012).

Sabe-se porém, que o SUS enfrenta dificuldades permanentes de prática efetiva dessas ações. Além disso, se faz necessária uma abordagem mais específica com relação ao processo de reabilitação da vítima que deve envolver esforços de múltiplas instituições públicas e privadas, bem como de organizações civis, no sentido de concretizar essa etapa ao final, habilitando o paciente para o retorno às atividades laborais, reintegrando-o à força produtiva do país. Esse tipo de ação, assim como a avaliação do impacto econômico e social da incapacitação física em si são incomuns no Brasil, em parte porque os incapacitados físicos constituem, em grande quantidade, vítimas da violência urbana, inexistindo medidas sistematizadas e institucionalizadas nesse âmbito. Assim, o presente trabalho levanta também a questão da necessidade desse tipo de estudo mais aprofundado no país.

O que se constata na realidade é que, apesar de todas essas medidas, o resultado ainda é pouco expressivo, conforme cita Waiselfisz em seu MAPA da Violência 2013 :

Os dados indicam que essas políticas, se conseguiram soffrear a tendência do crescimento acelerado da mortalidade por armas de fogo imperante no país, não tiveram suficiente efetividade ou força para reverter o processo e fazer os números regredirem, como deverá ser analisado ao longo do estudo. Entre os jovens, o crescimento da mortalidade por AF foi mais intenso ainda. Sendo no conjunto da população os números cresceram 346,5% ao longo do período, entre os jovens esse crescimento foi de 414,0%. Também os homicídios entre jovens cresceram de forma mais acelerada: na população como um todo foi de 502,8%, mas entre os jovens o aumento foi de 591,5% (WAISELFISZ, 2013, p.11).

3.5 Custos de Assistência Hospitalar

No ano de 2009, foram registradas no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) 884.665 internações referentes às causas externas, com um custo total de aproximadamente 860 milhões de reais. A primeira posição entre as internações por causas externas é ocupada por lesões acidentais, que incluem quedas, queimaduras e afogamentos, entre outros (BRASIL, 2009).

O custo do tratamento das vítimas das violências e acidentes atendidas pelo sistema público de saúde no Brasil foi estimado em 2,2 bilhões de reais para o ano de 2004 (RODRIGUES et al, 2009).

Esses custos são, de fato, muito maiores se considerados os prejuízos econômicos decorrentes da ausência no trabalho, da perda de produtividade e de impactos sociais e psicológicos de difícil mensuração (SECRETARIA DE SAÚDE DE SÃO PAULO, 2006).

Em estudo realizado por Andrade et. al foram identificados 39.665 atendimentos nos 74 serviços de urgência e emergência de 23 capitais e do Distrito Federal. Desses atendimentos, 35.646 (89,9%) foram decorrentes de acidentes e 4.019 (10,1%) devidos à violência (ANDRADE, 2012).

Vale a pena ressaltar que esses gastos não são os reais, pois o que é cobrado e pago pelo SUS, não corresponde ao real custo da internação. O SUS paga em forma de “pacote por patologia” e não pelo que realmente foi gasto com o paciente. Só para se ter uma noção, nenhum dos exames complementares realizados a mais no paciente agregam valor à fatura.

As internações por causas externas, incluindo-se assim as internações de ferimentos por arma de fogo, tendem a ser mais onerosas do que a média das internações por outras causas pagas pelo Sistema Único de Saúde (JORGE, 2005).

Verifica-se, dessa forma, que os acidentes e a violência são dois grandes responsáveis pelos atendimentos e pelos gastos na saúde pública. Embora, atualmente, existam muitas pesquisas referentes ao assunto, somente algumas delas são direcionadas para a organização dos serviços e das despesas hospitalares.

As internações oriundas de lesões geradas por causas externas nos hospitais próprios ou conveniados com o SUS, apesar de representarem um percentual abaixo de 10% do total das internações, representam um valor alto nas despesas dessas instituições.

4. METODOLOGIA

4.1. Tipo de Estudo

Descritivo, com amostra não probabilística por conveniência. Foram coletados dados sociodemográficos dos pacientes internados no Hospital de Urgências de Goiânia – HUGO que deram entrada com ferimentos por arma de fogo no período de janeiro a março do ano de 2013.

4.2. Cenário de estudo

O estudo foi desenvolvido na cidade de Goiânia, no Hospital de Urgências de Goiânia HUGO, instituição que é referência na Região Metropolitana de Goiânia nas situações de trauma e ferimentos por armas de fogo. Sendo esse um hospital público, que faz parte do programa Rede VIVA SENTINELA do Ministério da Saúde no Estado de Goiás.

4.3. Amostra do estudo

Foram coletados dados de pacientes com ferimentos por arma de fogo que procuraram o serviço na Unidade de Emergência.

4.3.1. Critérios de Inclusão

Os dados colhidos foram de pacientes internados no HUGO com ferimentos por arma de fogo, com idade igual ou superior a 18 anos, que necessitaram ou não de cirurgia, no período compreendido entre janeiro e março de 2013.

4.3.2. Critérios de Exclusão

Foram excluídos do estudo os pacientes com idade inferior a 18 anos ou que se recusaram a participar da pesquisa e/ou que não assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

4.4. Procedimento de Coleta de Dados

Ocorreu em 3 etapas:

- Por meio da leitura da ficha de admissão ou ficha de cadastro do paciente (anexo A) foram coletados dados como idade, sexo e local de moradia.

- Dados sobre o local da ocorrência, profissão, escolaridade, renda, motivo da ocorrência, **DECLARAÇÃO DE** uso de álcool e/**ou drogas ILÍCITAS**, raça/cor, foram coletados por meio do uso de um questionário simples (apêndice A), elaborado pelo pesquisador e aplicado por uma psicóloga.
- Os demais dados (parte do corpo atingida, presença de sequelas imediatas e permanência) foram lidos diretamente no prontuário dos pacientes.

Os pacientes ou familiares autorizaram tal coleta dos dados por meio da assinatura do TCLE (anexo C).

De acordo com a natureza das informações pretendidas, optou-se pelo procedimento de entrevista padronizada por meio de questionário, sendo que o roteiro do mesmo foi elaborado seguindo orientações recebidas durante o desenvolvimento da pesquisa.

O estudo foi realizado no município de Goiânia, com pacientes que procuraram o serviço de urgência/emergência do Hospital de Urgências de Goiânia – HUGO, de janeiro a março do ano de 2013, acometidos por ferimentos por arma de fogo e que, posteriormente, necessitaram de internação para tratamento, pois os mesmos autorizaram tal entrevista por meio de termo de consentimento livre e esclarecido.

Participaram dessa pesquisa os pacientes que procuraram o serviço e foram admitidos na Unidade de Emergência com ferimento por arma de fogo e posteriormente necessitaram de internação para tratamento. A coleta das informações necessárias para atender os objetivos da entrevista na pesquisa ocorreu em uma única sessão para cada participante no local de sua internação. A duração das entrevistas variou de quinze a vinte e cinco minutos.

Foram consultados em loco, na Seção de Arquivo Médico e Estatística do Hospital, todos os prontuários e fichas de atendimentos prestados e que tiveram autorização do paciente ou seu responsável para inclusão de seus dados, selecionando os casos de violência física por arma de fogo.

Detalhou-se a análise para o grupo afetado pelas agressões, considerando-se as variáveis referentes à vítima: cor, grau de escolaridade, sexo, estado civil, renda,

profissão, região acometida, se houve sequela imediata, dias de permanência, uso de álcool ou drogas, motivo da ocorrência, local da ocorrência.

4.5. Análise dos Dados

Os dados obtidos com a pesquisa foram analisados de forma descritiva e quantitativa. As informações obtidas, em razão de se utilizar o universo dos pacientes admitidos no período de janeiro a março de 2013, o volume de dados manipulados foi grande, sendo necessário o auxílio de planilha eletrônica por meio do programa Excel do Microsoft Office para obtenção das frequências absolutas e relativas, taxas de mortalidade, permanência hospitalar, viabilizando assim, a apresentação dos resultados.

Ficou assegurada a confiabilidade das informações relacionadas aos eventos/universo dessa pesquisa, passando o banco de dados por minucioso trabalho de revisão e consistência dos dados, com confirmação feita nos boletins de ocorrências do Posto da Polícia Civil do Hospital de Urgências de Goiânia e no formulário de Caracterização do Serviço Social anexo aos prontuários. Os resultados foram categorizados e apresentados em forma de tabelas usando números absolutos.

4.6. Aspectos Éticos Legais

Com vistas ao cumprimento dos aspectos éticos e legais necessários para pesquisa envolvendo seres humanos, preconizados pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Pesquisa (BRASIL, 1998), o projeto foi submetido à Plataforma Brasil por meio do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Urgências de Goiânia e aprovado com o parecer de número 182.123 de 02 de janeiro de 2013 (Anexo B). O projeto de pesquisa foi também enviado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Urgências de Goiânia à Secretaria de Saúde de Goiás e autorizado pelo Secretário de Estado da Saúde sob o despacho de número 3.904/2012-GAB/SES (ANEXO D).

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Do total de 465 vítimas por arma de fogo que deram entrada na unidade pesquisada, 150 pacientes atenderam aos critérios de inclusão na pesquisa, ou seja, idade igual ou maior que 18 anos, acometidos por PAF, no período compreendido entre janeiro e março de 2013. Nas Figuras 6 e 7 a seguir pode-se ter uma visão dos atendimentos feitos por PAF na unidade em que foi realizada a pesquisa dentro do contexto das agressões e a relação entre o número total de óbitos e os óbitos por PAF.

Sanches et al., (2009) verificaram que, num total de atendimentos realizados pelo Serviço Médico de Urgências (SAMU) de Campo Grande-MS, 3,9% correspondiam a ferimentos por arma de fogo (PAF) e 9,6% dessas vítimas foram a óbito.

Nesse estudo, obtiveram-se índices de 3,0% e 14,0% respectivamente.

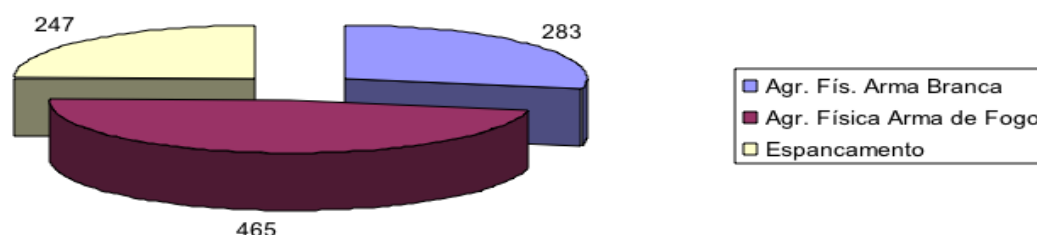


Figura 6. Número de vítimas por agressão física. Goiânia, janeiro a março de 2013.

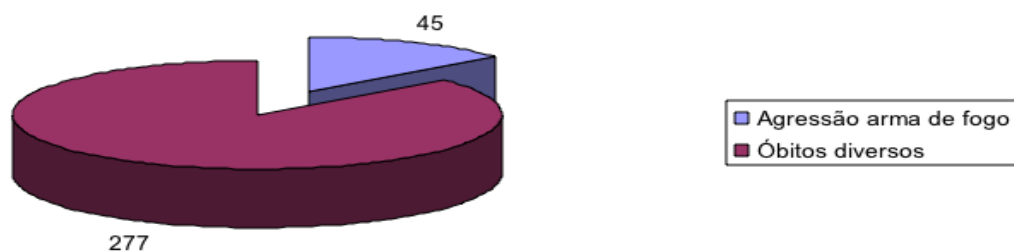


Figura 7. Óbitos em relação às causas. Goiânia, janeiro a março de 2013.

Com relação ao sexo dessas vítimas, constatou-se que a maior prevalência se dá no sexo masculino, posto que 142 (94,6 %) vítimas foram homens e 8 (5,4 %) foram mulheres. Tais achados corroboram com a pesquisa de Andrade et al., (2012) e Waiselfisz (2013), que também encontraram maior ocorrência desses eventos na população masculina (Figura 8).

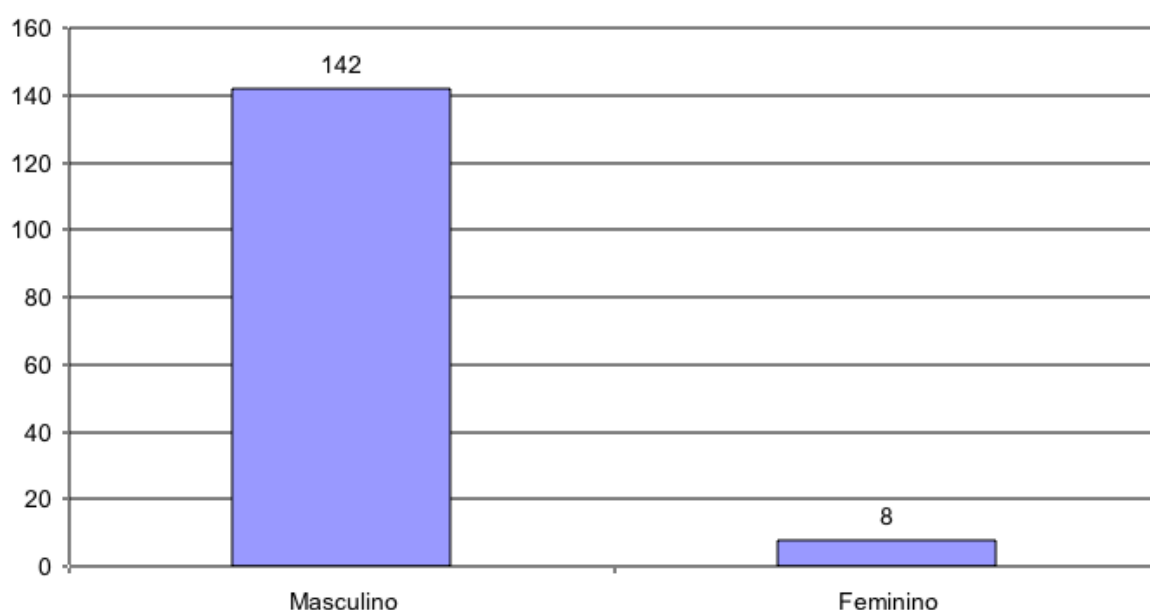


Figura 8. Classificação das vítimas de agressão por arma de fogo quanto ao sexo, Goiânia, janeiro a março de 2013.

A partir do que foi encontrado, pode-se inferir que os homens se expõem de maneira mais clara a riscos como ferir-se por armas de fogo. No que diz respeito a cor das vítimas, percebe-se maior incidência em indivíduos que não se declaram da cor branca, com 108 casos (pretos e pardos). Já os brancos somaram 42 ocorrências.

Da mesma forma, Moraes et al., (2011) afirmam que essas ocorrências acontecem mais com os não brancos, e Waiselfisz (2013) também diz que as taxas de óbito decorrentes de PAF são maiores na população não branca, como observa-se na Figura 9.

De acordo com Soares Filho et al., (2007), a população não branca representou 69% das vítimas de homicídios no Brasil em 2009 e que a de não brancos tiveram maior

risco de morte por homicídios do que a população branca, independentemente do nível de escolaridade.

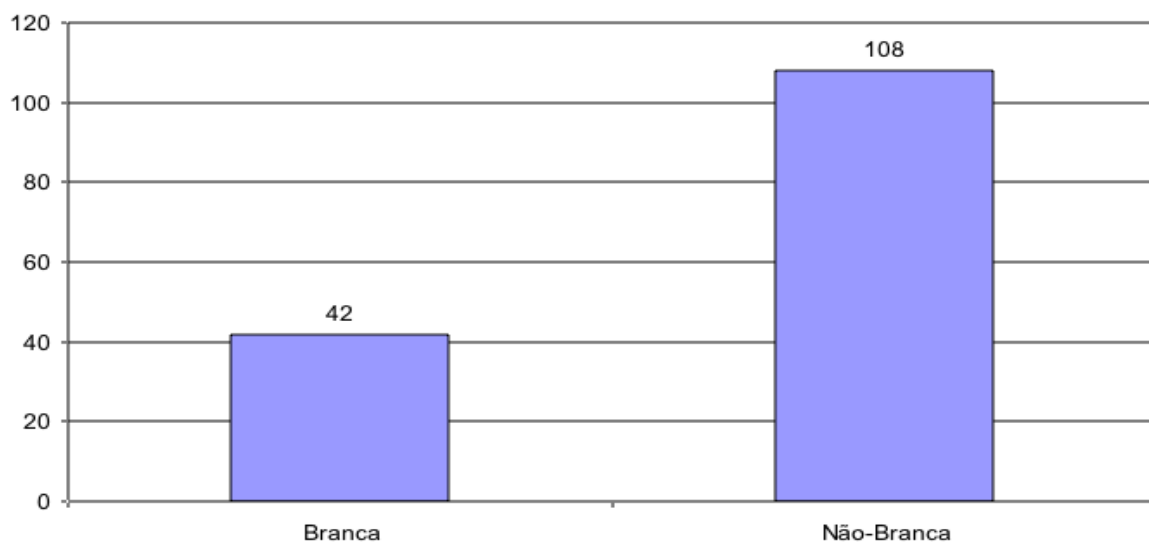


Figura 9. Classificação das vítimas de agressão por arma de fogo quanto a cor/etnia, Goiânia, janeiro a março de 2013.

A partir da Figura 10 abaixo, é possível perceber que 47 (31,3 %) vítimas de agressão por PAF tinham idade entre 20-24 anos, com média de 27,3 anos e limite máximo de 55 anos de idade. Gawryszewski; Kahn; Jorge (2005), Soares Filho et al., (2007), Brasil (2010), Andrade et al., (2012), Moraes et al., (2011) e dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM/MS), também referem que a maior parte das vítimas é composta por jovens compreendidos entre as idades de 15 e 29 anos (Figura 10).

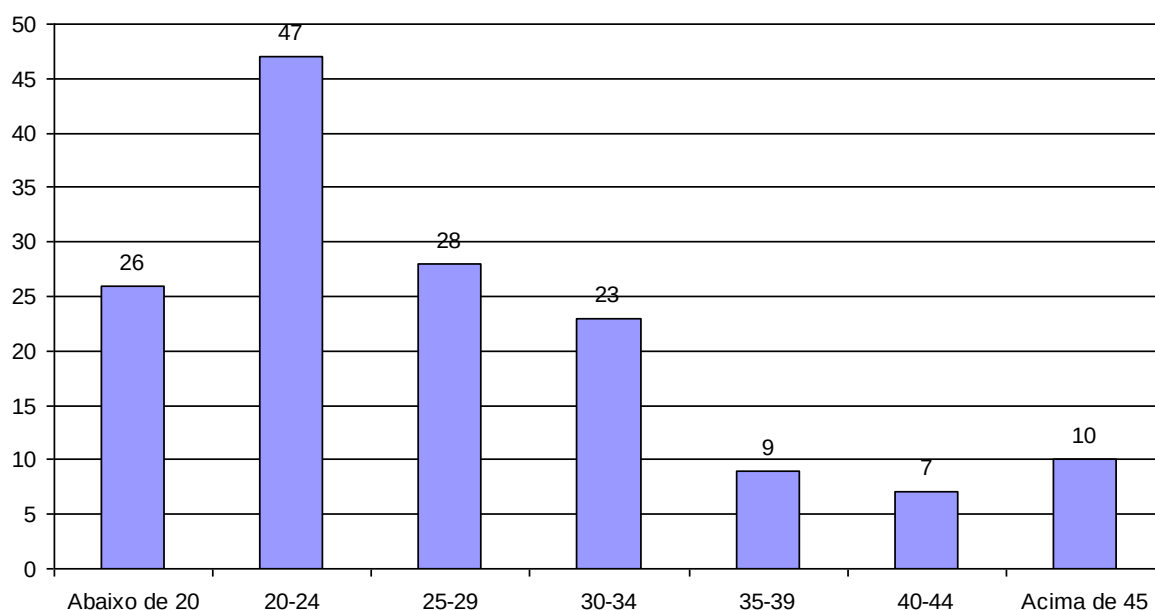


Figura 10. Faixa etária das pessoas acometidas por ferimentos de arma de fogo, Goiânia, janeiro a março de 2013.

Observa-se que de 150 vítimas as que referiram menor renda (até um salário mínimo) somaram 75 (50,0%) casos. Em segundo lugar ficaram aqueles que recebem entre um e dois salários mínimos, 39 (26,0%) indivíduos, em terceiro os que contam com uma remuneração maior que dois salários mínimos, 24 (16,0%) indivíduos e 12 (8,0%) pessoas não informaram sua renda, Figura 11.

O fato de PAF acometer mais as populações de baixa renda, foram também evidenciados em trabalhos anteriores realizados por autores como Reiss (1993), Gawryszewski; Kahn; Jorge (2005), Cardia; Schiffer (2002), Costa (2012) e Moraes et al., (2011). Pessoas com menor renda, estão mais vulneráveis socialmente, se encontram menos favorecidas no que diz respeito às condições básicas de vida, como educação, segurança, emprego, o que acaba por aumentar a exposição destas às situações de risco para ferimentos por armas de fogo.

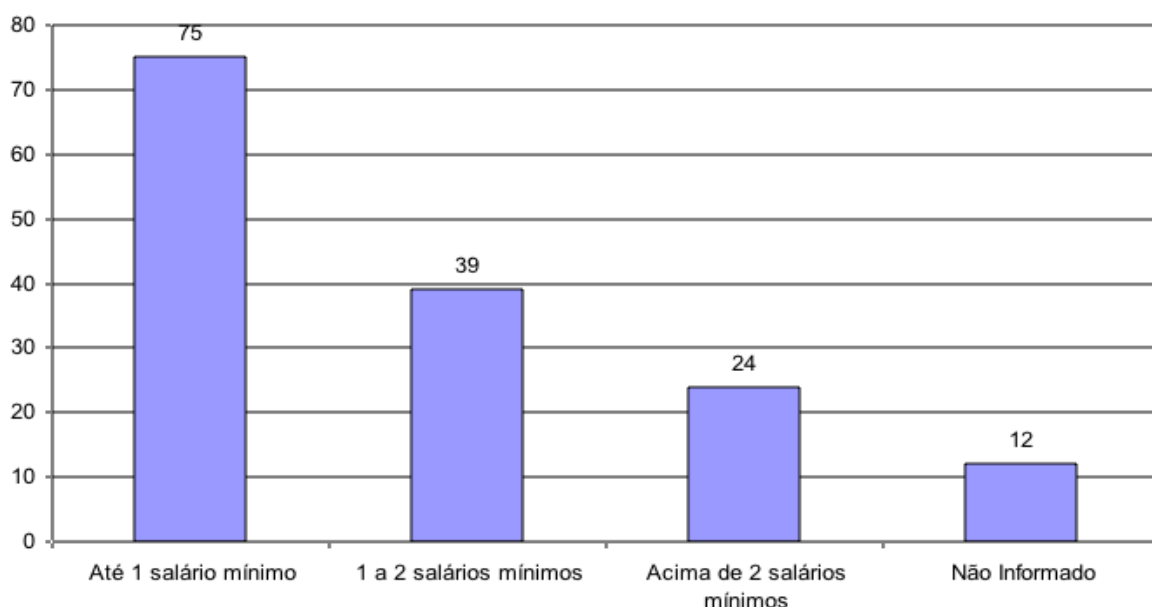


Figura 11. Renda das pessoas acometidas por ferimentos com armas de fogo, Goiânia, janeiro a março de 2013.

Dos entrevistados, 37 (24,6%) vítimas informaram ser autônomas. Trabalhadores assalariados somaram 30 (20,0%) pessoas. Os trabalhadores assalariados que trabalham especificamente na construção civil foram 25 (16,6%) indivíduos. Os desempregados ficaram em número de 24 (16%). Os que se referiram como estudantes somaram 22 (14,6%) pessoas. Empregados domésticos foram 7 (4,6%) e pequenos produtores rurais 5 (3,3%) pessoas.

Não foram encontrados trabalhos especificando profissões com relação à ocorrência de PAF, porém, Casaletti et al., (2006) dizem que a maioria das vítimas pertence à classe dos economicamente ativos, o que acaba por corroborar com os números encontrados na presente pesquisa, como se vê na Figura 12.

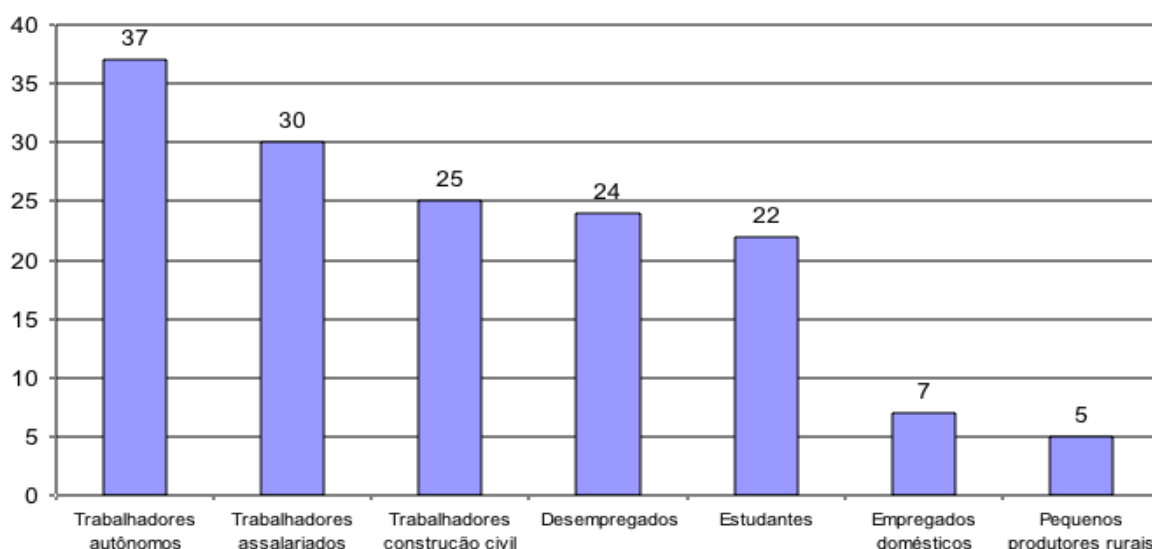


Figura 12. Classificação das pessoas acometidas por ferimentos por arma de fogo quanto à profissão, Goiânia, janeiro a março de 2013.

Com relação ao grau de escolaridade, 52 (34,6%) participantes do estudo disseram não ter completado o ensino fundamental. Percebe-se que o maior número de PAF's se deu entre indivíduos com menor grau de escolaridade (Figura 13), e Cardia e Schiffer (2002) afirmam que a falta de acesso à educação é um dos fortes fatores associados à violência.

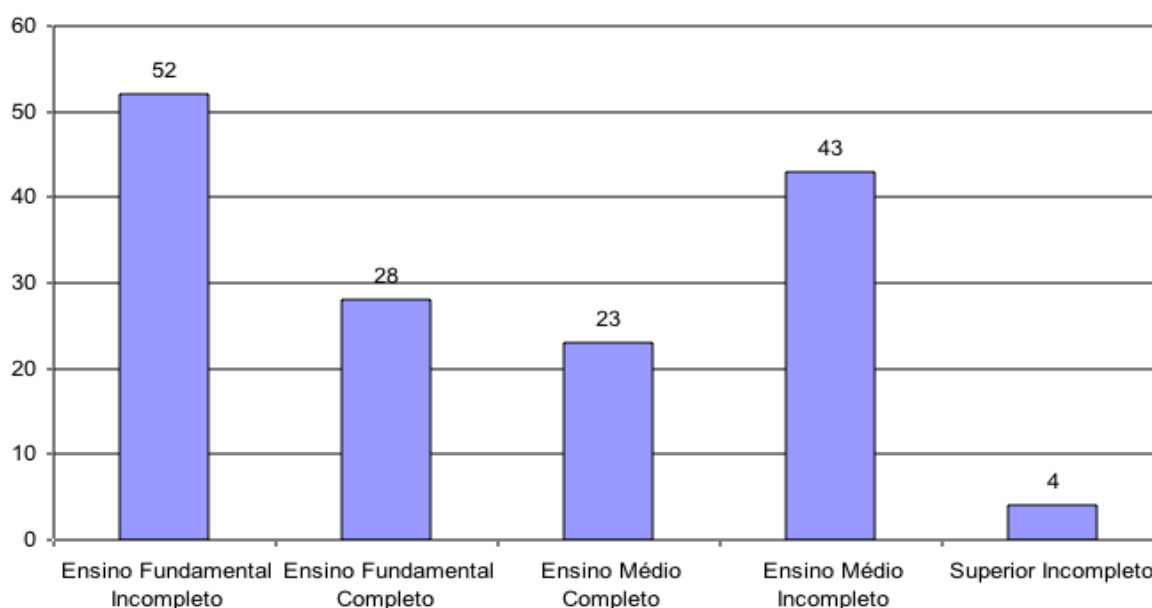
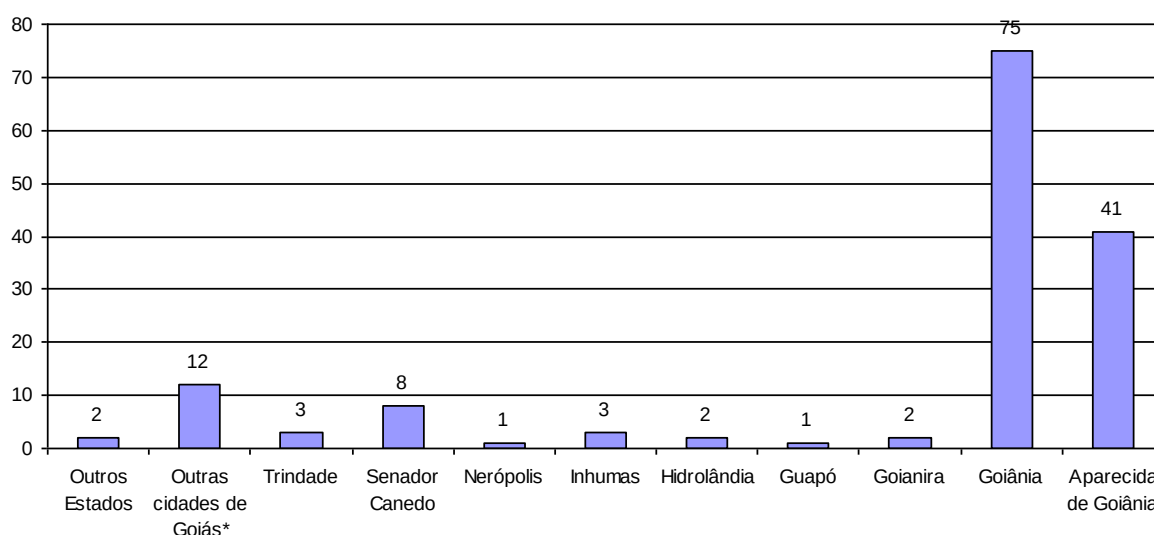


Figura 13. Escolaridade de vítimas de agressão por arma de fogo, Goiânia, janeiro a março, 2013.

Parte importante dos pesquisados, 75 (50,0%), residem na cidade de Goiânia. O município de Aparecida de Goiânia vem em seguida com 41(23,3%) indivíduos. Aqueles que são residentes de outras cidades de Goiás (Araçu, Bonfinópolis, Crixás, Cromínia, Formosa, Ipameri, Jataí, Mineiros, Uruaçu) somaram 12(8%) casos. Ainda se tratando do local de residência das vítimas, 8 (53,3%) delas disseram residir em Senador Canedo e Inhumas e Trindade com 3 (2%) cada uma. As cidades de Hidrolândia, Goianira e pessoas advindas de outros estados apresentaram 2 (1,3%) vítimas cada. Os municípios de Nerópolis e Guapó tiveram cada um, 1 (0,6%) vítima (Figura 14).

Dados divulgados na pesquisa “Mapa da Violência 2013” realizada pelo Centro Brasileiro de Estudos Latino-Americano (CEBELA) revelam que houve um aumento de 69,2% no número de homicídios por armas de fogo (AF) no período de 2000 a 2010 em Goiás, sendo que no Distrito Federal o aumento foi de 10,2%, em Mato Grosso do Sul de --28,2%, em Mato Grosso de -19,3% e na região Centro Oeste de apenas 12,4%. Portanto, Goiás, apesar das medidas do Governo Estadual no sentido de minimizar a Criminalidade, percebe-se que os índices ainda estão elevados em relação aos estados vizinhos.



*Araçu, Bonfinópolis, Crixás, Cromínia, Formosa, Ipameri, Jataí, Mineiros, Uruaçu.

Figura14. Local de Residência das vítimas acometidas por PAF, Goiânia, janeiro a março 2013.

A seguir tem-se uma representação da quantidade de ocorrências específicas nas regiões da cidade de Goiânia, com 17(11,3%) casos na região oeste, 16 (10,6%) casos na região sudoeste, 16 (10,6%), na região noroeste, 9 (6,0%), na região sul, 8 (5,3%), na região leste, 6 (4,0%), na região norte e 3 (2,0%) casos na região do centro da cidade. (Figura 15).

Portanto, pode-se observar que as regiões que apresentaram os maiores índices de vitimização foram as regiões noroeste, sudoeste e oeste. Segundo Mesquita (2013), então Secretário de Segurança Pública, baseado em recente estudo da Secretaria de Segurança Pública do Estado de Goiás (SSP-GO) e publicado no site da Secretaria foi constatado que 70,0% dos homicídios no Estado de Goiás ocorrem na Região Metropolitana de Goiânia e no Entorno do Distrito Federal. E que Goiânia, que tem cerca de 690 bairros, 57 % dos crimes ocorrem em 45 bairros, destacando-se as regiões Noroeste, Oeste e Sudoeste, pela ordem. Em outros 502 (73% do total), não houve sequer uma ocorrência do tipo.

Naquele estudo ficou constatado também que 60% dos homicídios ocorrem em locais públicos (ruas, praças etc), 88% das vítimas foram homens, em 70% dos casos há emprego de arma de fogo, 74% ocorreram entre as 18 horas e 6 horas e que em 68% deles havia algum tipo de envolvimento com as drogas.

Segundo Waiselfisz (2013), os níveis mais elevados de vitimização são apresentados nas capitais brasileiras, em comparação ao número de ocorrência nas cidades do interior e Gawryszewski; Kahn; Jorge (2005) afirmaram ainda que a violência tem como principal alvo os jovens das regiões metropolitanas (Figura 15).

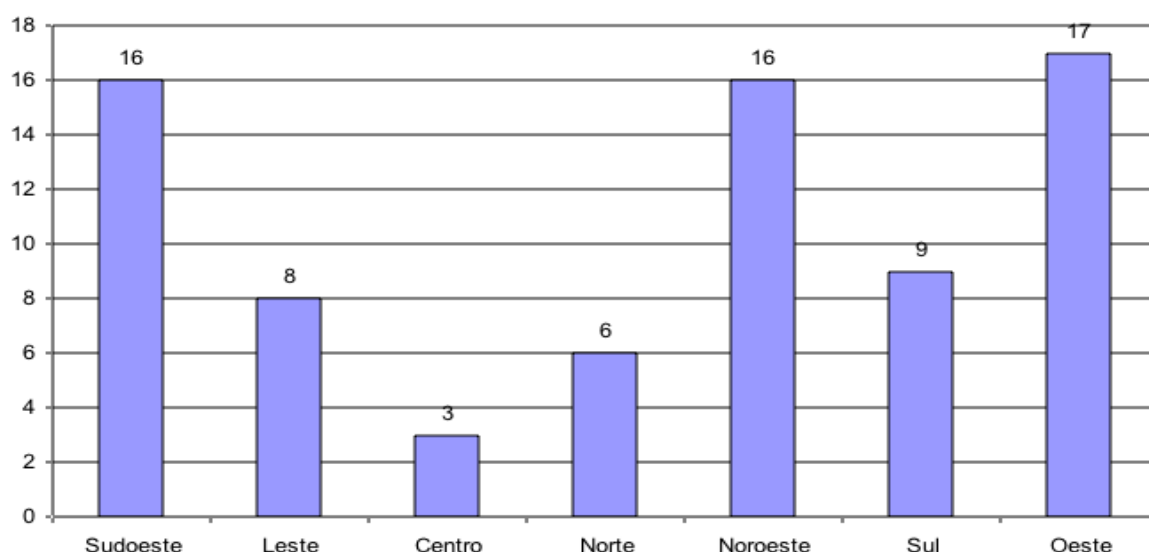


Figura 15. Local da ocorrência dos eventos ocasionados por armas de fogo, por região de Goiânia, janeiro a março 2013.

Ao observarmos os motivos que levaram à ocorrência das PAF's, pode-se perceber na figura abaixo, que dos 150 casos analisados, 68 (45,3%) vítimas afirmaram o tráfico, envolvendo dívidas de drogas ilícitas como motivação. Os que desconhecem o motivo totalizaram 6 (4,0%) vítimas. Rixas e vinganças por dívidas somaram 28(18,6%) vítimas. Assaltos foram apontados como motivação por 22 (14,6%) das pessoas entrevistadas. Brigas em local público e desentendimentos com discussão tiveram 7(4,6%) vítimas cada uma. Torcida organizada e abordagem policial, 5 (3,3%) cada. Uma (0,6%) pessoa refere insatisfação por serviços prestados e 1 (0,6%) motivo passional (Figura 16).

Um estudo realizado pela Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação encontrou como principal motivação os assaltos, com um índice de 30,5% dos entrevistados (SARAH, 2013)

Como pode ser observado pelos dados da Figura 16 parece haver uma forte relação entre o tráfico de drogas /dívidas de drogas e a ocorrência de ferimentos por arma de fogo nas pessoas pesquisadas.

Um estudo realizado por Kodato e Silva (2000), na cidade de Ribeirão Preto (SP) com adolescentes, mostrou que os motivos alegados para o homicídio referiam-se na maioria a dívidas contraídas em aquisição de entorpecentes, seguida por vingança, conflitos de natureza pessoal e desentendimentos ocasionados por brigas anteriores.

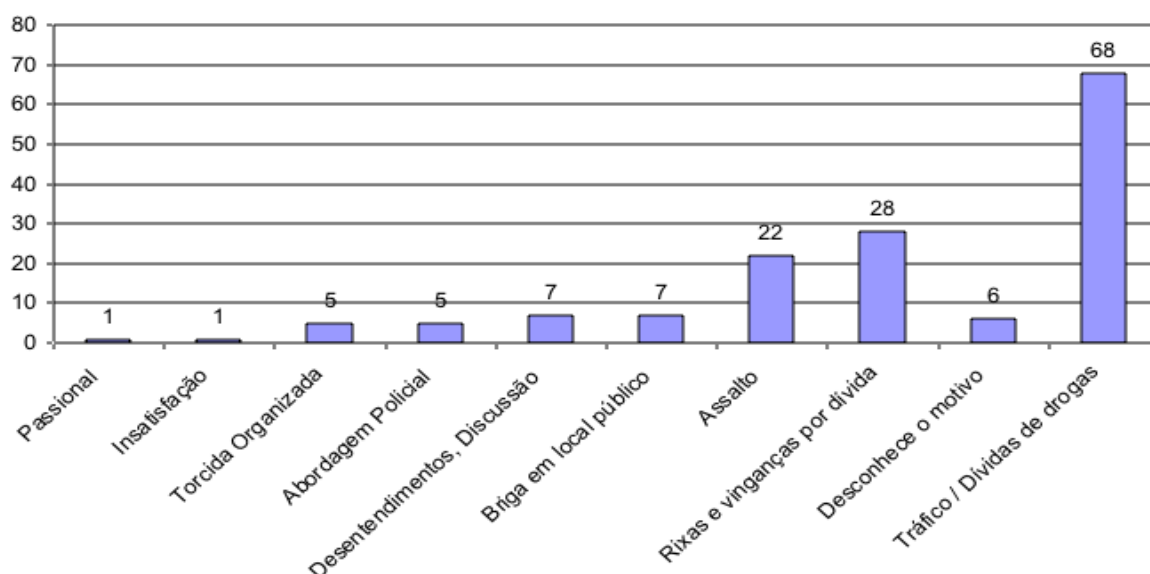


Figura 16. Motivação dos ferimentos por PAF das vítimas que deram entrada no HUGO, janeiro a março 2013.

Comparando-se os dados do Gráfico 16 (Motivação) com os do Gráfico 18 (Uso de Álcool ou drogas ilícitas) podemos observar que apesar de um alto índice de pesquisados 120 (80%) terem declarado ser usuários de álcool ou drogas, esse índice não se relacionou de maneira tão acentuada com o índice de eventos cuja motivação foi o Tráfico/Dívidas de drogas 68 (45,3%) .

No entanto, se olharmos mais atentamente o Gráfico 16 podemos perceber que motivações como: passional, torcida organizada, desentendimento/discussões e rixas/ vingança por dívidas que totalizam 41 (27,3%) dos casos, podem de certa maneira estar relacionados ao uso dessas substâncias.

Cerqueira (2000) enfatiza a associação do aumento da violência com os homicídios ocorridos em Belo Horizonte, notadamente entre jovens e o uso ou a venda de drogas ilícitas, especialmente as vendas de crack.

Na relação entre o tráfico/dívidas de drogas como motivação para o evento de PAF e a idade das vítimas. Percebe-se que a maior parte das vítimas se encontra na faixa etária situada entre 18-29 anos, com 36 (53,0%) ocorrências.

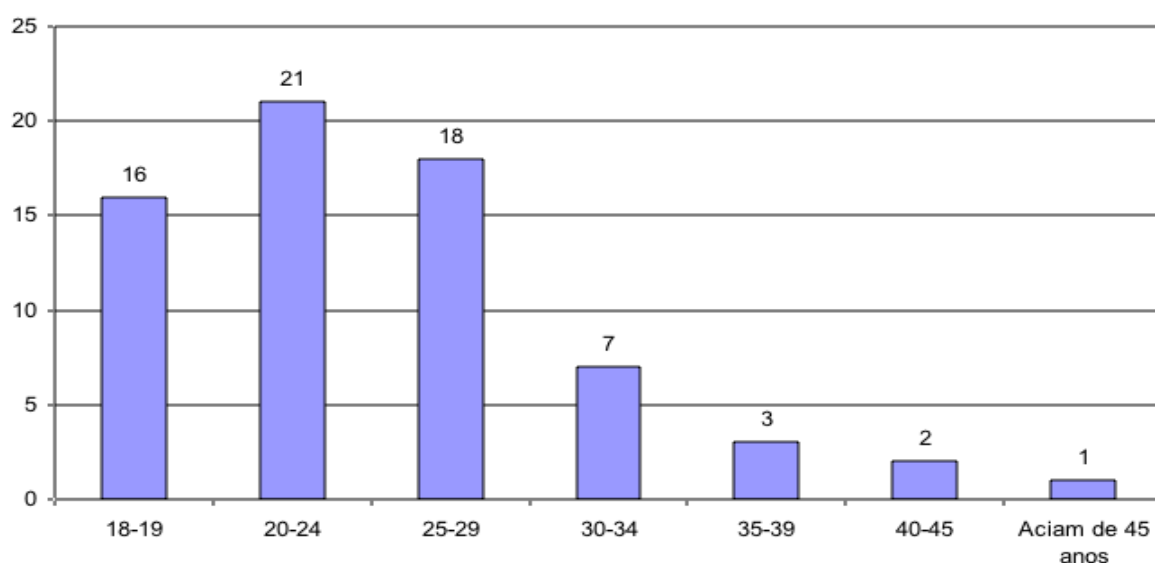


Figura 17. Agressões por PAF em função de tráfico/dívidas de drogas por idade, Goiânia, janeiro a março 2013.

Como se pode observar no presente trabalho, a maioria das vítimas se situa na idade entre 18 e 29 anos, vítimas de crimes com uso de armas de fogo devido ao comércio ilegal de drogas ilícitas, que tornou-se sinônimo de guerra em muitos municípios do Brasil (ZALUAR, 2007).

Ao serem questionados sobre o uso ou não de álcool ou drogas ilícitas, apenas 30 (20,0%) das vítimas referiram não ter nenhuma relação com as substâncias; já 120 (80,0%) indivíduos afirmaram fazer uso de uma, ou mesmo das duas substâncias em conjunto.

Reiss (1993), Moraes *et al.*, (2011) e Gawryszewski; Kahn; Jorge (2005) sustentam a presença de relação direta entre esses episódios de violência que culminam em PAF's, e o uso associado de álcool e drogas (Figura 18).

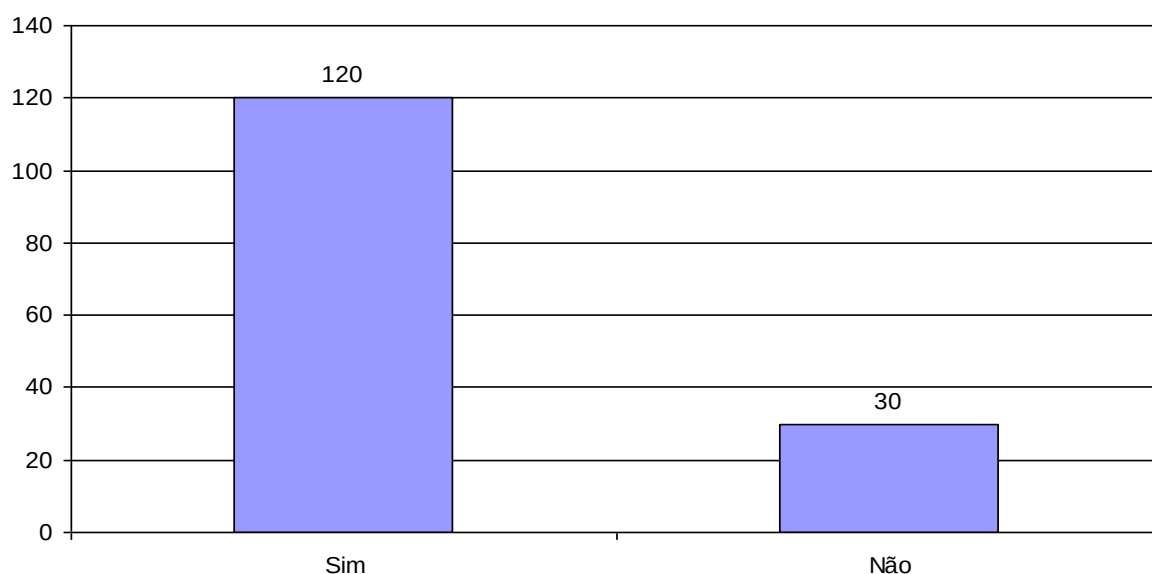


Figura 18. Utilização de álcool e drogas por vítimas acometidas por PAF, janeiro a março, Goiânia, 2013.

Na figura 19, pode-se observar a relação entre o uso dessas substâncias e a idade das vítimas, porque se percebe que parte considerável dos indivíduos se encontra na faixa etária de 18-29 anos, com 65 (54,2,%) casos. Pode-se observar que o índice percentual encontrado nessa faixa etária de 18-29 anos quando comparado ao da Figura 17 (53,0%) são muito semelhantes, o que faz pensar que, talvez, a relação da motivação com tráfico/dívidas de drogas seja maior do que a observada nessa pesquisa.

Levantamento nacional realizado pelo departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) entre 2005 e 2006 sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira mostrou que 34% dos adolescentes brasileiros bebem e a idade média de início da experimentação de bebidas alcoólicas foi de 14 anos. A quantidade usual consumida varia de acordo com sexo, classe social, renda familiar e o índice de escolaridade é que o consumo de altas doses é frequente entre os adolescentes (PINSKY, et al., 2010). Estudo encomendado pelo Ministério da Justiça à Fiocruz, o qual é o maior já realizado sobre o tema desde 2011 traçou o perfil dos usuários de drogas ilícitas crack e/ ou similares sendo os homens (78,7%), com de idade média de 30 anos (BRASIL, 2013). No presente estudo verifica-se que 89 vítimas (74 %) tinham entre 18 e 29 anos de idade.

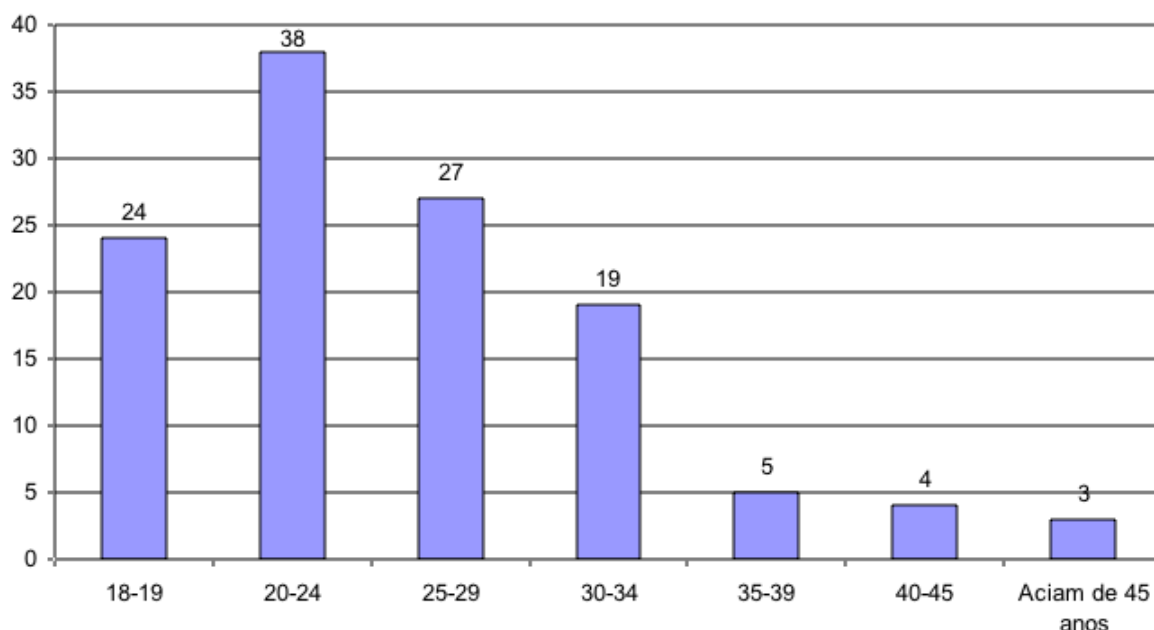


Figura 19. Utilização de álcool e drogas por idade de vítimas acometidas por PAF, janeiro a março, Goiânia, 2013

Quando se refere ao número de dias de internação das vítimas, a figura 20 mostra que a maioria 104 (69,3%) dos casos permanece internada por um período que variou de um a sete dias com média de 8,6 dias, sendo a moda de dois dias com 25 (16,6%) casos e os extremos variando de um à 62 dias de internação. Ficaram internados em UTI 22 (14,6%) casos com permanência média de oito dias (Figura 20).

Segundo Mello; Koizumi (2004), embora a permanência em internações por lesões seja menor, os custos para o SUS são maiores, pois envolvem cirurgias e procedimentos por imagem mais onerosos.

Os casos com duração maior que 30 dias de internação, considerados de longa permanência, totalizaram 8 (5,3%) casos. Os casos que permaneceram mais de 30 dias foram os que apresentaram maior complexidade no diagnóstico inicial ou tiveram comorbidades associadas.

Segundo Martins (2004), em estudo feito em hospitais públicos e privados também foram encontrados esses mesmos fatores associados à longa permanência hospitalar.

Dreyfus (2005) também encontrou, em seu trabalho, que o tempo médio de internação decorrente de PAF é de sete dias.

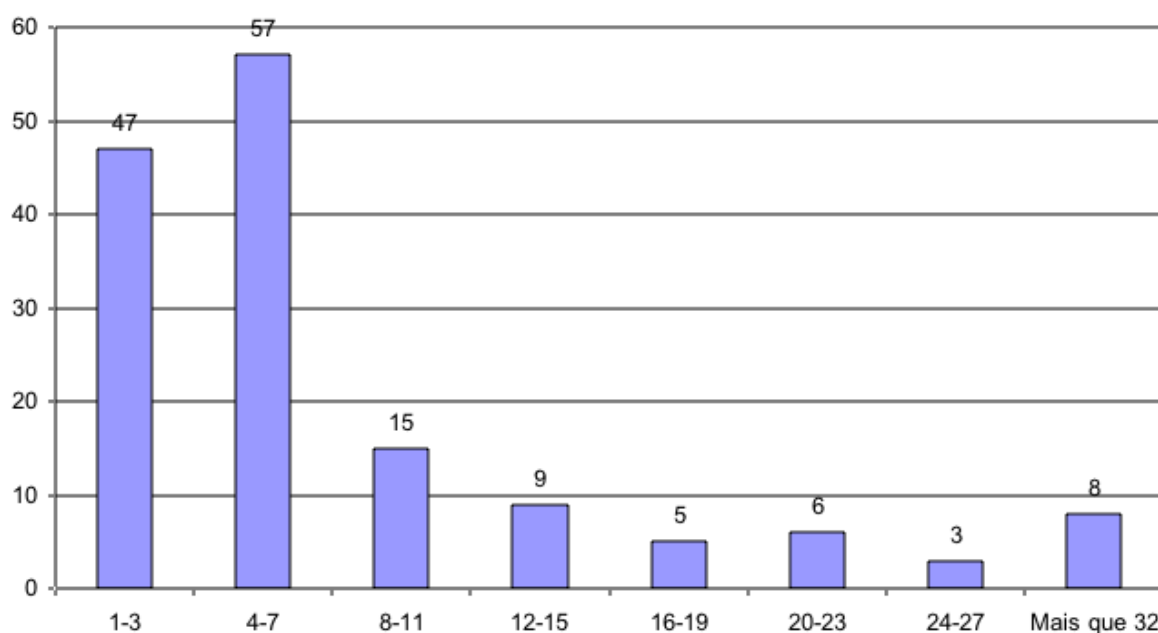


Figura 20. Tempo de internação hospitalar das vítimas acometidas por PAF, janeiro a março, Goiânia, 2013.

Pode-se notar que nesse estudo ocorreu um grande número de casos com permanência de no máximo sete dias, atendimentos que apresentaram menor complexidade no diagnóstico inicial. Como por exemplo ferimentos de extremidades sem fratura, ferimentos de tórax e abdômen sem penetração das cavidades torácica ou abdominal, ferimentos de tórax com penetração de cavidade, mas com realização de apenas drenagem torácica fechada, ferimentos de abdômen com penetração em cavidade, mas sem lesar duodeno, pâncreas, cólon ou reto nos quais não houve a necessidade de procedimentos mais complexos. Segundo Mello; Koizumi (2004), a permanência em internações por lesões seja menor, os custos para o SUS são maiores, pois envolvem cirurgias e procedimentos por imagem mais onerosos.

Dreyfus (2005) também encontrou em seu trabalho, que o tempo médio de internação decorrente de PAF era de 7 dias

É possível observar que o motivo da alta hospitalar pode estar relacionado ao tempo de permanência hospitalar evidenciado no gráfico anterior, uma vez que apenas 20 (13,3%) indivíduos tiveram alta por motivos diversos à melhora propriamente dita do quadro de saúde relacionado à PAF, o que acabou por reduzir o tempo de permanência na unidade, como transferência para outro hospital, por exemplo.

Do total de 150 pacientes, 130 (86,6%) indivíduos saíram de alta por motivo de melhora do quadro de acometimento por PAF. Já 13 (8,6%) pessoas tiveram alta por motivo de transferência para outros hospitais, 5 (3,3%) pessoas saíram de alta a pedido e ocorreram, ainda, 2 (1,3%) evasões (Figura 21).

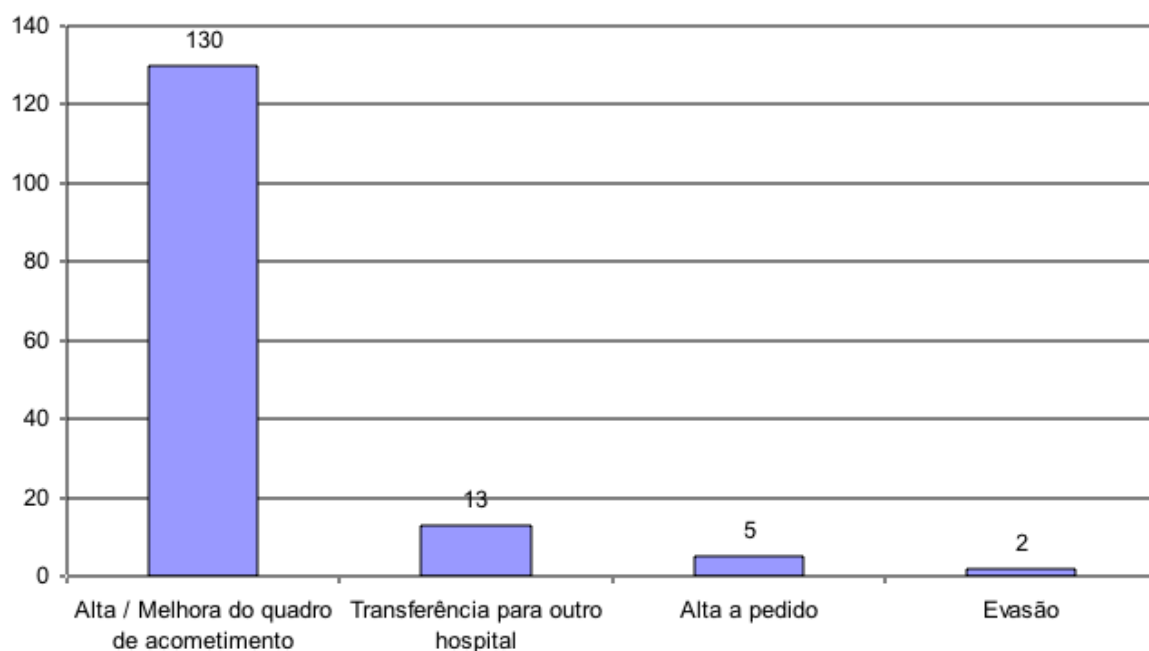


Figura 21. Motivos para alta hospitalar de vítimas acometidas por PAF, janeiro a março, Goiânia, 2013.

Na Figura 22 vê-se a apresentação dos resultados das regiões do corpo mais acometidas pelos ferimentos. Algumas vítimas apresentaram somente um tipo de lesão, e outras tiveram dois ou mais tipos de lesões decorrentes de PAF. No

universo dos 150 pacientes dessa pesquisa, a região mais acometida foi o tórax/dorso, com 63 ocorrências ao todo. Lesões no abdômen ficaram em segundo lugar com 56 ocorrências. Se considerar membros superiores e inferiores juntos, houve 80 ocorrências. Ferimento de região craniofacial apareceu em 21 ocorrências. Ferimento em coluna vertebral ocorreu em 11 vezes. Nove ocorrências em pescoço e duas, em região lombar.

Sanches e colaboradores, em estudo realizado em Campo Grande-MS, detectaram um maior número de casos de ferimentos por PAF localizados em crânio/face e pescoço.

Em seus estudos, Giannini et al., (1998) também encontraram maior incidência de lesões nas regiões de tórax e abdome, já Nachif (2006) encontrou maior ocorrência de lesões na região crânio-facial.

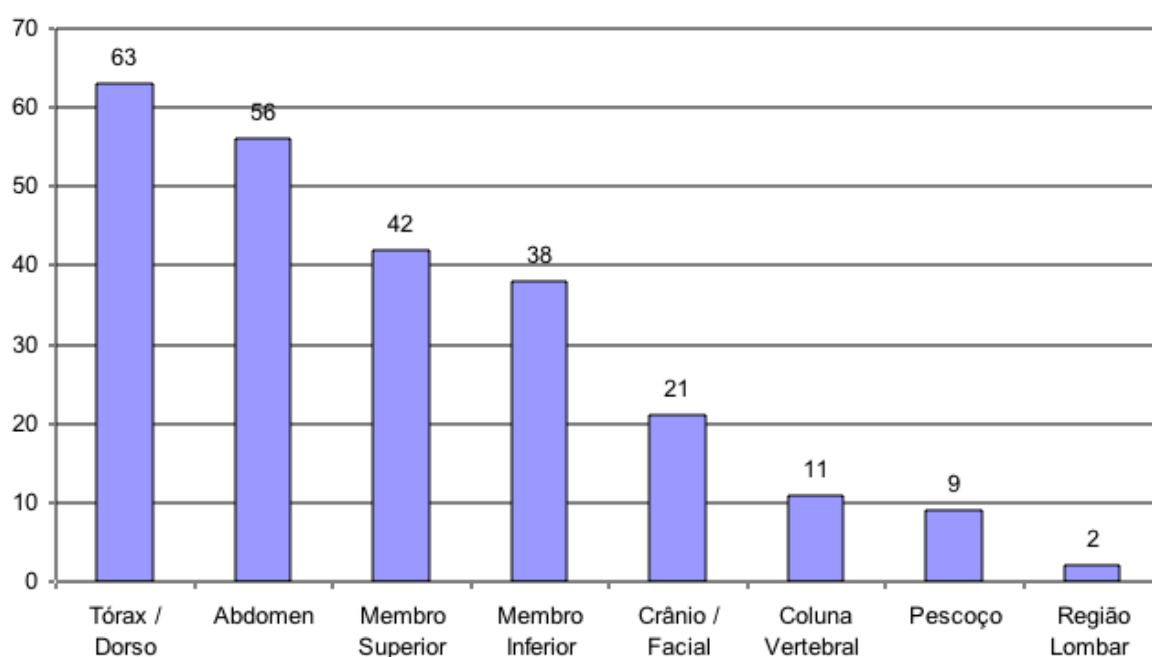


Figura 22. Classificação de vítimas acometidas por PAF por região acometida, janeiro a março, Goiânia, 2013.

No Quadro 3 a seguir, pode-se observar as sequelas provocadas pelos ferimentos decorrentes de PAF. É possível observar que o maior número de sequelas são as lesões neurológicas com 14 casos, seguidas das alterações da fala e audição e as

do aparelho digestivo com 7 casos cada uma. Apresentaram sequelas 42 casos (28,0%) do total de 150 pesquisados.

Quadro 3. Sequelas apresentadas por vítimas acometidas por PAF, janeiro a março, Goiânia, 2013.

SEQUELAS DECORRENTES DOS FERIMENTOS							
	PERDA DA VISÃO	PERDA ÓSSEA	PARESIA/PLEGIA	NEFRECTOMIA	LESÃO ARTERIAL	AUDIÇÃO/FALA	COLOSTOMIA
OFTALMOLOGIA	6						
ORTOPÉDICA		1					
NEUROLÓGICA			14				
UROLOGICO				4			
VASCULAR					3		
FONOAUDIÓLOGO						7	
AP.DIGESTIVO							7

Deitchi e Grimes (1984) observaram que a presença ou não de lesão neural era fator determinante para a incapacidade funcional das extremidades.

Ávila et al. verificaram que lesões provocadas por arma de fogo na coluna , ocasionam alto grau de incapacidade e evoluíram com alta morbidade e que a extração do projétil e o tempo transcorrido desde a cirurgia não altera o estado funcional final da vítima.

Borghese (1995), em seu estudo com pacientes portadores de lesão abdominal por arma de fogo, relatou que 20% deles foram classificados como estado geral mais grave e foram submetidos à colostomia. Cristante et al., (2013) dizem que PAF's na região da coluna vertebral são comumente acompanhados de déficit neurológico, em função de lesões medulares/radiculares associadas. Pontes e Leães (2004) referenciaram o remodelamento ventricular cardíaco como uma sequela comumente associada a PAF's de região torácica quando há lesão cardíaca.

Para efeito de levantamento das despesas geradas com os pacientes internados com ferimentos por arma de fogo nessa pesquisa, foram analisados 119 prontuários. A média de valor cobrado do Sistema Único de Saúde (SUS) por paciente foi de R\$ 1.279,18. O valor total cobrado foi de R\$ 152.222,69. Esse valor

médio por internação está bem acima da média por internação de casos clínicos que é de R\$ 600,00 por paciente, e também acima da média de internações cirúrgicas não geradas por causas externa, que é de R\$ 800,00.

De um total de 15.864 atendimentos realizados no HUGO nesse período , 465 foram vítimas de agressão por arma de fogo, o que representou 3,0% dos atendimentos.

No entanto, dos 322 óbitos ocorridos nesse período, 45 (14%) foram decorrentes de ferimentos ocasionados por PAF.

■ Agr. Fís. Arma Branca ■ Agr. Física Arma de Fogo ■ Espancamento

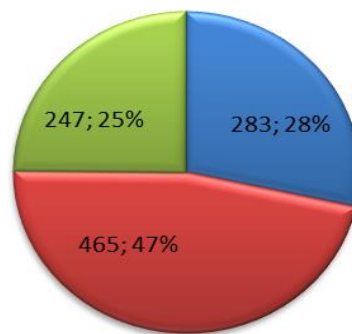


Figura 23: Quantitativo de atendimento por causa de atendimento, janeiro a março. Goiânia, 2013.

Estudo realizado por Mesquita (2009), mostrou que as internações por causas externas custam em média 37% a mais que as de causas naturais, com um custo médio de R\$ 328,78.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O perfil das vítimas com ferimentos por armas de fogo (PAF) atendidas nesta Unidade Hospitalar era, na sua maioria, do sexo masculino, jovens entre 20-29 anos de idade, não brancos e com renda de até dois salários mínimos. A maioria pessoas que trabalham por conta própria ou assalariadas da construção civil com escolaridade de no máximo nove anos (ensino fundamental). Grande parte delas disse ser usuária de drogas ou álcool, tendo como principal motivo da ocorrência o tráfico/dívidas de drogas. Esse estudo identificou que a associação com o uso de drogas ou álcool é fator importante na vulnerabilidade das vítimas aos agravos por PAF, assim como a associação com tráfico e dívidas de drogas.

Metade das vítimas morava na capital e as regiões onde mais ocorreram os ferimentos foram a Oeste, Sudoeste e Noroeste. Os ferimentos ocorreram mais no tórax e abdômen com permanência média de 8,6 dias de internação, tendo a maioria dos casos (86,6%) alta melhorada. As sequelas ocorreram em 28,0% dos pesquisados, sendo que dessas as neurológicas foram predominantes.

Foi possível também observar por meio da literatura e dos resultados obtidos nesse trabalho que a violência hoje é considerada um importante problema de saúde pública. Esse reconhecimento da violência como sendo um problema de saúde pública é um dos principais motivos que levam à importância de se conhecer sua ramificação em grupos populacionais, podendo-se, assim, pontuar fatores de risco, além de avaliar e monitorar tais ações violentas.

No Brasil, a contribuição das armas de fogo para o crescimento dos homicídios pode ser evidenciada pelo aumento significativo de sua participação como causa de mortes por causas externas, e como se observa pela literatura abordada nesse trabalho.

Nesse novo milênio, o aumento da violência, principalmente, a ocasionada pelo uso de armas de fogo (PAF) vem crescendo e, com isso, aumentando as estatísticas de morbimortalidade por causas externas, principalmente, nas capitais brasileiras. Nesse sentido, é importante que, além da visão clínica, tenha-se uma visão crítica do papel do atual modelo socioeconômico e de suas desigualdades para sua disseminação. O presente estudo busca dar uma contribuição para uma percepção

dos eventos relacionados às vítimas da violência urbana ocasionadas por armas de fogo (PAF), trabalhando de uma forma integrada com as ciências humanas, ciências sociais e da saúde.

A questão da violência é de grande valor para a Saúde Coletiva, particularmente, no que concerne às intervenções sobre grupos e comunidades, bem como no que concerne à formulação de políticas públicas de saúde de natureza intersectorial, a fim de que medidas baseadas na prevenção, promoção da saúde, reabilitação de agravos e do bem-estar da coletividade, possam ser tomadas.

A violência se insere no contexto das relações sociais, seu estudo é muito importante para o planejamento de ações no âmbito de um sistema de saúde universal e integrado, como é o caso do sistema Único de Saúde (SUS). Espera-se que estudos no campo da Saúde Coletiva se aprofundem cada vez mais no tema, para que possam contribuir com decisões solicitadas no futuro.

Diante dos achados, faz-se importante abordar a violência a partir do olhar da saúde pública, somando aos aspectos dos determinantes sociais, para que seja possível, ao atender a população nas suas necessidades globais como saneamento básico, emprego, escola, atenuar esse quadro de violência que contribui para aumento da taxa de internação e tempo de permanência, gerando aumento dos gastos para o sistema de saúde brasileiro.

7. REFERÊNCIAS

ANDRADE, Silvana S. et al. Perfil das vítimas de violências e acidentes atendidas em serviços de urgência e emergência selecionados em capitais brasileiras: Vigilância de Violências e Acidentes. **Epidemiologia dos Serviços de Saúde**. Brasília, v. 21, n. 1, p. 21-30, mar. 2012.

BANDEIRA Antônio Range; BOURGOIS, Josephine. **Armas de fogo: proteção ou risco?** Guia Prático. Respostas a 100 Perguntas, Prepare-se para o Referendo Popular, 2005.

BARLETT CS. Clinical update: gunshot wound ballistics. **Clinical Orthopaedics and Related Research**, 2003.

BINNEBÖSEL, Marcel et al. A civilian perspective on ballistic trauma and gunshot injuries. **Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine**.

BORGHESE, Ronaldo Antônio. **Estudo prospectivo dos ferimentos cólicos por arma de fogo tratados por reparo primário ou colostomia segundo a sistematização de condutas proposta por Haddad**. Campinas, 1995. Tese (Doutorado em cirurgia). Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 1995 Disponível em: <http://cutter.unicamp.br/document/?code=000094980> Acesso em: mai 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências**. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. Brasília, DF, 2003a.

BRASIL, ESTATUTO DO DESARMAMENTO, **Lei Nº 10.826 De 22 De Dezembro De 2003b**. Dispõe sobre registro, posse e comercialização de armas de fogo e munição sobre o Sistema Nacional de Armas- Sinarm, define crimes e dá outras providências. Disponível em http://www.mariz.eti.br/Lei_10826.htm. Acesso em: 10 de novembro de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política nacional de Humanização. Brasília, DF, 2004a.

BRASIL. Ministério da saúde. **Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios**. Brasília, DF, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pacto pela Saúde 2006**. Brasília, DF, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política de Promoção da Saúde**. Brasília, DF, 2006b.
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde. **Epidemiologia das causas externas no Brasil: mortalidade por acidentes e violências no período de 2000 a 2009**. Secretaria de Vigilância em Saúde, Epidemiologia. Brasília, DF, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **VIVA: Vigilância de Violências e Acidentes**. Brasília, DF, 2010b.

BRASIL, **Ministério da Justiça**. Estoques e Distribuição de Armas de Fogo no Brasil Projeto. “Mapeamento do Comércio e Tráfico Ilegal de Armas no Brasil”. Pesquisa elaborada pela Oscip VIVA COMUNIDADE. 2010c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Viva: instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências**. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde, Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Perfil dos usuários de crack e/ou similares no Brasil Inquérito epidemiológico**. Brasília, DF, 2013a.

BRASIL. **Justiça Eleitoral**. Referendos. (2013b). Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Referendo_no_Brasil_em_2005#Refer.C3.AAncias> Acesso em: 26 abr 2013.

CARDIA, Nancy; SCHIFFER, Sueli. **Violência e desigualdade social**. Rev. Cienc e Cut. São Paulo, ano 1 vol 54, pag 25-31. 2002

CASALETTI, Solon *et al*. Perfil epidemiológico dos feridos por arma branca atendidos na emergência do Hospital Florianópolis. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Florianópolis, SC, v.ol 35, n. 2, pag 63-67, 2006.

CEBELA. Estudo sobre homicídios e juventude. (2013) Disponível em: <http://www.cebela.org.br/site/>. Acesso em: 17 de novembro de 2013.

CERQUEIRA, Daniel. Fórum de Debates: “Criminalidade, Violência e Segurança Pública no Brasil: Uma Discussão sobre a Base de Dados e Questões Metodológicas”. In: FÓRUM DE DEBATES - Criminalidade, Violência e Segurança Pública no Brasil: Uma Discussão sobre as Bases de Dados e Questões Metodológicas. IPEA, julho de 2000.

CHEMELLO, E. **Química Virtual, Ciência Forense: Balística**, fevereiro 2007. Disponível em: <http://www.quimica.net/emiliano/artigos/2007fev_forense3.pdf> Acesso em: out 2012.

COSTA, Maria da Conceição Nascimento et al. Social inequalities and the rise in violent deaths in Salvador, Bahia State, Brazil: 2000-2006. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 27, supl. 2, 2011 .

CRISTANTE, Alexandre Fogaça et al. **Ferimento por projétil de arma de fogo na coluna vertebral: estudo epidemiológico**. Disponível em: <http://www.plataformainterativa2.com/coluna/html/revistacoluna/volume1/ferimento_projetil.htm> Acesso em: jun 2013.

DEITCH E. A; GRIMES, W. R. Experience with 112 shotgun wounds of the extremities. **Journal Trauma**. 1984, ano 24, vol 7, pags 600-3, 1984. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6748120>> Acesso em: out 2012.

DREYFUS, Pablo. **Brasil: as armas e as vítimas**. 7 letras, p. 34-36, Rio de Janeiro: 2005.

GAWRYSZEWSKI, Vilma Pinheiro et al. A proposta da rede de serviços sentinela como estratégia da vigilância de violências e acidentes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, p. 1269-1278, 2007.

GAWRYSZEWSKI, Vilma Pinheiro; KAHN, Túlio; JORGE, Maria Helena Prado de Mello. Informações sobre homicídios e sua integração com o setor saúde e segurança pública. **Revista Saúde Pública**, v. 39, n. 4, p. 627-633, São Paulo, 2005.

GIANNINI, Jacqueline Arantes et al. **Ferimentos penetrantes tóraco-abdominais e de tórax e abdome: análise comparativa da morbidade e mortalidade pós-operatórias**. Rev. Col. Bras. Cir., Rio de Janeiro , v. 25, n. 5, Oct. 1998 .

JORGE, Maria Helena Prado de Mello; KOIZUMI, Maria Sumie. Gastos governamentais do SUS com internações hospitalares por causas externas: análise no Estado de São Paulo, 2000. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 7, n. 2, June 2004.

KARIGYO, Carlos Júnior Toshiyuki et al. Ferimento cardíaco transfixante por projétil de arma de arma de fogo: relato de caso. **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular**, v. 26, n. 1, p. 298-300, Londrina, PR, 2011.

KODATO, Sérgio; SILVA, Ana Paula Soares da. Homicídios de adolescentes: refletindo sobre alguns fatores associados. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 13, n. 3, 2000.

MACÁRIO Eduardo Marques et al. Perfil epidemiológico dos atendimentos de emergência por violência no Sistema de Serviços Sentinelas de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva) – Brasil, 2006. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 18, n. 1, Brasília, DF, 2009.

MARTINS, Mônica; BLAIS, Régis; LEITE, Iúri da Costa. Mortalidade hospitalar e tempo de permanência: comparação entre hospitais públicos e privados na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, 2004 .

MARIZ. **Legislação sobre uso de armas de fogo**. 2013 Disponível em http://www.mariz.eti.br/lei_arma.htm. Acesso em: 12 de novembro de 2013.

MESQUITA, Joaquim. Artigo. **Trabalho focado trará resultados na segurança no site da Secretaria de Segurança Pública do Estado de Goiás** - SSPJ/GO, 2013.

MESQUITA, Gerardo Vasconcelos et al . **Análise dos custos hospitalares em um serviço de emergência**. Texto contexto - enferm., Florianópolis , v. 18, n. 2, jun. 2009 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072009000200010&lng=pt&nrm=iso. acessos em 16 jan. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072009000200010>.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. **Caderno de Saúde Pública**. v. 10, p. 07-18, Rio de Janeiro, 1994.

MORAES, Cláudia Leite et al. **Violência e lesões no Brasil: efeitos, avanços alcançados e desafios futuros**. THE LANCET. London, p.75-89, maio. 2011. Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor5.pdf>. Acesso em: 10 de novembro de 2013.

NACHIF, Maria Cristina Abraão. **O homicídio como problema de saúde pública no município de Campo Grande, MS**. Psicologia e Sociedade. v. 18, n.2, p. 99-104, Porto Alegre, RS, 2006.

PERES, Maria Fernanda Tourinho. **Violência por armas de fogo no Brasil - Relatório Nacional. NEV/USP**, Organização Pan-Americana de Saúde, 2004.

PINSKY, Ilana et al . **Primeiro levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira**. Rev. Bras. Psiquiatr., São Paulo , v. 32, n. 3, set. 2010 .

PONTES, Mauro Ricardo Nunes; LEÃES, Paulo Ernesto. Remodelamento ventricular: dos mecanismos moleculares e celulares ao tratamento. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Rio Grande do Sul**. Anexo 8, n 3, pag 1-7. Porto Alegre, RS, 2004.

REISS, A J; ROTH, J. Firearms and violence. In: Albert J. Reiss & Jeffrey A. Roth. *Understanding and Preventing Violence*. National Academy Press, Washington DC, pp. 255-287, 1993.

Rodrigues RI, Cerqueira DRC, Lobão WJA, Carvalho AXY. **Os custos da violência para o sistema público de saúde no Brasil: informações disponíveis e possibilidades de estimação**. Cadernos de Saúde Pública. 2009; 25(1):29-36.

SAFER. Global Firearms Deaths (Toronto: Small Arms/Firearms Education and Research Network, 2005). Disponível em: <http://www.ryerson.ca/SAFER-Net/>. Acesso em: 17 de novembro de 2013.

SANCHES, Simone; DUARTE, Sebastião Júnior Henrique; PONTES, Elenir Rose Jardim Cury. **Caracterização das vítimas de ferimentos por arma de fogo, atendidas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em Campo Grande-MS**. Saúde soc., São Paulo , v. 18, n. 1, mar. 2009 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000100010&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 05 nov. 2013.

SARAH, Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação. **Associação das Pioneiras Sociais**. Disponível em: <<http://www.sarah.br/Cvisual/Sarah/AA-Prevencao/PDF/2013-09/09%20Arma%20de%20Fogo.pdf>> Acesso em: 01 de janeiro de 2013.

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. **Grupo Técnico de Prevenção de Acidentes e Violências**. Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac". Coordenadoria de Controle de Doenças. O impacto dos acidentes e violências nos gastos da saúde. Revista de Saúde Pública. 2006; 40(3): 553-556

SENASP, 2012. Disponível em: <<http://portal.mj.gov.br/main.asp?View=%7B1BFF9F1B-2ECD-4A259976661FB5A66624%7D&Team=¶ms=itemID=%7B540715BB-1C9B-47D3-9549-9FA38E3E99FA%7D;&UIPartUID=%7B2868BA3C-1C72-4347-BE11-A26F70F4CB26%7D>>. Acesso em: 10 de novembro de 2013.

SOARES FILHO, Adauto Martins et al. **Análise da mortalidade por homicídios no Brasil**. Epidemiologia e Serviços de saúde, v.16, n.1, p. 7-18, Brasília, DF, 2007.

VIVA-RIO. **Viva Rio divulga mapeamento do tráfico ilícito de armas no Brasil**. Gabriela Bittencourt. Disponível em> <http://www.londrinapazeando.org.br/index.php?option=com_contet&view=article&id=258&Itemid=41>. Acesso em out 2012.

WASELFISZ, Júlio Jacobo. **Mapa da Violência 2013**. Mortes *matadas* por armas de fogo, CEBELA, Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Injuries**. Disponível em: <<http://www.who.int/topics/injuries/en/>> Acesso em out 2012.

YWATA, Alexandre Xavier de Carvalho et al. Custos das mortes por causas externas no Brasil. **Revista Brasileira de Engenharia Biomédica**, v. 26, n. 3, p. 23-47, São Paulo, SP, 2008.

ZALUAR, Alba. **Unfinished democratization: the failure of public safety**. **Estud. São Paulo** , v. 21, n. 61, dez. 2007 .

ANEXOS

Anexo A

HUGO – Hospital de Urgências de Goiânia

Sistema de Pronto Socorro

Cadastro de Pacientes – Prontuário

Data: 24/04/2012 Hora: 12:24:56

Data de admissão: 24/04/2012 – 11:49:00

Prontuário: 425939

Área de atendimento: CLASSI – CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Nome completo:

Data de nascimento:

Idade:

Endereço:

CEP:

Município:

Cartão SUS:

Bairro:

Telefone:

Nome da mãe:

Responsável:

Acidente:

PA ____ X ____

Tipo de acidente:

Pulso _____

Emergência:

Respiração _____

Classificação de risco:

Temperatura _____

Queixa:

Oxímetro _____

Exame físico:

Hgtm _____ m

Glasgow:

Encaminhamento:

Queixa principal:

Assinatura Enfermeiro (a)

H.D.A. / Exame físico

Exames complementares

Diagnóstico

Conduta

Encaminhamento

_____ / _____ / _____

Anexo B

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE
GOIÂNIA - HUGO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DO PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO DOS PACIENTES COM FERIMENTOS POR ARMA DE FOGO (PAF) ATENDIDOS NUM HOSPITAL DA REDE VIVA SENTINELA EM GOIÂNIA-GOIÁS

Pesquisador: Paulo Roberto Maciel

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 11356112.9.0000.0033

Instituição Proponente: ASSOCIACAO DE ENSINO E PESQUISA DO HOSPITAL DE URGENCIAS DE

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 182.123

Data da Relatoria: 24/12/2012

Apresentação do Projeto:

Esta é uma pesquisa prospectiva, transversal, com coleta de dados sobre casos de lesões corporais por Projétil de Arma de Fogo (PAF). O pesquisador pretende coletar dados sócio-demográficos - como idade, sexo, cor, estado civil, local de moradia, profissão, grau de escolaridade, renda familiar, uso de álcool ou drogas - além de dados sobre o acidente, como local da ocorrência do acidente e lesões provocadas pelo PAF (traumas, região acometida, fraturas, etc.). O estudo será realizado a partir de janeiro de 2013, no HUGO, com uma amostra de 150 sujeitos. Os dados serão, em parte, coletados no prontuário e também diretamente com os sujeitos. Há critérios de inclusão e exclusão.

Objetivo da Pesquisa:

O estudo visa avaliar o perfil sócio-demográfico e de ferimentos das pessoas atendidas no Hospital de Urgências de Goiânia (HUGO) a partir de janeiro de 2013, com feridas provocadas por arma de fogo, que não evoluíram para óbito.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O pesquisador reporta que os riscos são mínimos, pois os dados serão coletados principalmente a partir do prontuário, e os dados a serem colhidos com os sujeitos abordam informações sociais, com mínimo risco psicológico e sem risco físico aos participantes. O benefício da pesquisa é científico, de contribuir com o conhecimento sobre a violência causada por armas de fogo na cidade de Goiânia e demais municípios do interior de Goiás.

Endereço: Av. 31 de Março, Esquina C/ 5ª Radial, s/n

Bairro: Prédio da FUNDAH

CEP: 74.820-300

UF: GO

Município: GOIANIA

Telefone: (62)3201-4436

Fax: (62)3201-4438

E-mail: cepmh_hugo_ses@yahoo.com.br

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÂNIA - HUGO



Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é pertinente cientificamente, pois trará conhecimento sobre a realidade atual da violência na região metropolitana de Goiânia e interior de Goiás. A amostra não é probabilística. Vale lembrar que os resultados da amostragem a esmo (não probabilística, como deste projeto) são, em geral, equivalentes aos de uma amostragem probabilística desde que a população seja homogênea e se o pesquisador não for inconscientemente influenciado por alguma característica dos elementos da amostra.

O pesquisador corrigiu algumas falhas éticas do projeto: incluiu a assinatura de um TCLE e também utilizará métodos seguros de guarda dos dados. Algumas falhas metodológicas foram corrigidas, como a indicação de testes estatísticos a serem utilizados e a amostra foi aumentada para 150 sujeitos, com um erro amostral estimado em 7,3%. Assim os resultados que serão obtidos da pesquisa terão um intervalo de confiança de 95% com acréscimo e decréscimo de 7,3% dos valores encontrados na análise estatística.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados todos os documentos.

Recomendações:

Que o pesquisador siga o método proposto e tenha os cuidados éticos necessários, colhendo o TCLE de todos os sujeitos pesquisados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto está adequado eticamente e metodologicamente.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer Acatado

Endereço: Av. 31 de Março, Esquina C/ 5ª Radial, s/n
Bairro: Prédio da FUNDAH-C **CEP:** 74.820-300
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3201-4436 **Fax:** (62)3201-4438 **E-mail:** cepmh_hugo_ses@yahoo.com.br

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE
GOIÂNIA - HUGO



GOIANIA, 02 de Janeiro de 2013

Assinador por:
Larissa Silva Barbosa
(Coordenador)

Endereço: Av. 31 de Março, Esquina C/ 5ª Radial, s/n
Bairro: Prédio da FUNDAH **CEP:** 74.820-300
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3201-4436 **Fax:** (62)3201-4438 **E-mail:** cepmh_hugo_ses@yahoo.com.br

Anexo C

Termo de Consentimento Livre Esclarecido - T.C.L.E.

Convidamos o (a) senhor (a) a participar ou autorizar a participação como voluntário na pesquisa intitulada: “AVALIAÇÃO DO PERFIL SÓCIODEMOGRÁFICO DOS PACIENTES COM FERIMENTOS POR ARMA DE FOGO (PAF) ATENDIDOS NUM HOSPITAL DA REDE VIVA SENTINELA EM GOIÂNIA-GOIÁS”. Caso concorde, deverá assinar este formulário em duas vias, uma delas será sua.

A referida pesquisa tem por objetivo avaliar o perfil sociodemográfico e analisar os ferimentos das pessoas atendidas no Hospital de Urgências de Goiânia (HUGO) provocados por arma de fogo e que receberam algum tipo de atendimento e que não evoluíram para óbito, a partir de janeiro de 2013. Espera-se como resultado, o benefício de colaborar junto ao poder público no sentido de se destinar aos locais e às pessoas que apresentam maior vulnerabilidade por acidentes por armas de fogo, estratégias de promoção da saúde e de prevenção de doenças e agravos. Não haverá riscos diretos, uma vez que somente dados necessários serão colhidos e inseridos no trabalho. Haverá sigilo do questionário, assim como o participante será mantido em sigilo, e os dados obtidos terão finalidade acadêmica e publicação. Os dados serão arquivados por cinco anos e após incinerados, conforme orientação Resolução CNS N. 196/96. Conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa/ CONEP citadas na Carta Circular 003/2011, de 21 de março de 2011, o sujeito de pesquisa ou seu representante legal, quando for o caso, e o pesquisador responsável, deverão rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE- apondo suas assinaturas na última página do referido Termo. Você tem liberdade de recusar ou retirar sua permissão a qualquer momento, sem prejuízo. E, caso de dúvidas ligar/ procurar o CEP/ HUGO – no endereço: Avenida 31 de março, esquina com 5ª Radial, S/N, Setor Pedro Ludovico, CEP: 74.820.200, Goiânia – Goiás, e pelo telefone: (62) 3201-4436 / 4438. Se precisar, poderá também ligar a cobrar para: Paulo Roberto Maciel, pesquisador responsável, no telefone: (62) 9631-9556 ou com a pesquisadora orientadora, ProfªDrª Marta Rovey de Souza – (62) 9253-0326.

Eu, _____ fui devidamente informado sobre os procedimentos da referida pesquisa, tais como: objetivos e metodologia. Sendo assim concordo em participar ou autorizo a participação de _____ como sujeito dessa pesquisa.

Data/Local: _____

Todas as informações serão confidenciais.

Assinatura do sujeito ou representante legal.

R.G. _____

Grau de parentesco: _____

Paulo Roberto Maciel

Mestrando em Saúde Coletiva da UFG

Anexo D

 SUS Sistema Único de Saúde	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE	 GOV. DE GOIÁS BRASIL 1988-1990
GABINETE DO SECRETÁRIO <i>Gerência da Secretaria Geral</i>		
PROCESSO Nº	: 201200010010890	
INTERESSADO	: PAULO ROBERTO MACIEL	
ASSUNTO	: PROJETO	



DESPACHO n.º 3.904/2012-GAB/SES – Tratam os presentes autos sobre solicitação de autorização para realização da pesquisa intitulada “Avaliação do Perfil Sociodemográfico dos Pacientes com Ferimentos por Arma de Fogo Atendidos no Hospital de Urgências de Goiânia”, a ser desenvolvida pelo mestrando Paulo Roberto Maciel, do curso de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Goiás – UFG, conforme projeto contido às fls. 07/28.

A Superintendência de Educação em Saúde e Trabalho para o SUS – SEST, por intermédio do Despacho n.º 176/2012-GAB/SEST-SUS/SES-GO (fl. 32), expôs que: “...Tendo em vista que a IES responsável pelo acadêmico já possui convênio com esta Secretaria e anuência prévia dos Diretores da Unidade onde a pesquisa será realizada (fls.02), verifica-se que todas as formalidades necessárias pertinentes aos aspectos administrativos de competência desta Secretaria, foram cumpridas. Portanto, neste sentido, o projeto de pesquisa está em condições de ser apresentado ao Comitê de Ética”, ressaltando ao final que: “...apenas após a aprovação do referido Comitê, a pesquisa poderá ser iniciada e, que no período de realização da pesquisa o processo deve permanecer nesta Superintendência para fins de acompanhamento da mesma”.

Destarte, consubstanciado na manifestação da Superintendência de Educação em Saúde e Trabalho para o SUS, **autorizo** a pesquisa intitulada “Avaliação do Perfil Sociodemográfico dos Pacientes com Ferimentos por Arma de Fogo Atendidos no Hospital de Urgências de Goiânia”, a ser realizada pelo mestrando Paulo Roberto Maciel, no Hospital de Urgências de Goiânia – HUGO.

Encaminhem-se os presentes autos à **Superintendência de Educação em Saúde e Trabalho para o SUS – SEST-SUS**, para ciência e articulação junto à Regional em epígrafe, visando o prosseguimento do feito.

Secretaria de Estado da Saúde, em Goiânia, aos 30 dias do mês de agosto de 2012.


ANTONIO FALEIROS FILHO
 Secretário de Estado da Saúde

gph/gre/rf

Rua SCI nº. 266 – Parque Santa Cruz – CEP 74860-270 – Goiânia – GO
 Fone: (62) 3201-3700 / 3796 – Fax: (62) 3201-3724 e-mail: secretariageral@saude.go.gov.br



PARECER CONSUBSTANCIADO CEP/HUGO/SES Nº 001/13

Goiânia, 02 de Janeiro de 2013

Referente ao protocolo CEP/HUGO/SES Nº 026/12

CAAE: 11356112.9.0000.0033

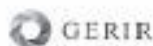
Pesquisador responsável: **Paulo Roberto Maciel**

Título: AVALIAÇÃO DO PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO DOS PACIENTES COM FERIMENTOS POR ARMA DE FOGO (PAF) ATENDIDOS NUM HOSPITAL DA REDE VIVA SENTINELA EM GOIÂNIA-GOIÁS

Área Temática: Grupo III

Descrição do projeto:

- Avaliar o perfil sociodemográfico e analisar os ferimentos das pessoas atendidas no Hospital de Urgências de Goiânia (HUGO) provocados por arma de fogo e que receberam algum tipo de atendimento e que não evoluíram para óbito, a partir de janeiro de 2013;
- Descrever o tipo de lesão dos ferimentos.
- Identificar as regiões onde mais ocorrem os eventos ocasionados por armas de fogo na região metropolitana de Goiânia.



LOCAL DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO: Hospital de Urgências de Goiânia-GO.

Parecer: PROJETO APROVADO

Recomendação do CEP: Pesquisador deve apresentar relatórios **quinzenais** para projetos com duração de **30 dias**, **mensais** para projetos de **31 a 90 dias** e **trimestrais** para projetos com duração superior a **90 dias**. Comunicar primeiramente ao CEP qualquer intercorrência ou mudança durante o projeto. Entregar uma cópia digital do artigo no CEP.

Ms. Aurélio de Melo Barbosa
Coordenador CEP/HUGO/SES

APÊNDICE

Apêndice A**Protocolo de Avaliação**LESÕES PROVOCADAS POR PROJÉTEIS DE ARMA DE FOGO (PAF)

Prontuário:

Endereço:

Local da ocorrência:

Motivo da ocorrência:

Uso de álcool ou droga associados:

SIM () QUAL(S)? _____

NÃO ()

Renda: Até 1 salário mínimo() 1 a 2 salários mínimos() > 2 salários mínimos()

Profissão :

Grau de escolaridade:

Não alfabetizado ()

Fundamental incompleto()

Fundamental completo()

Médio incompleto()

Médio completo()

Superior incompleto()

Superior completo()

Região acometida: _____

Sequelas: SIM () QUAL(S)? _____

NÃO ()

Quantidade de dias de internação: _____