

FERNANDA PIRES FREIRE DOS SANTOS

**VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA FÍSICA ATENDIDAS PELO SAMU E AS REDES DE
ATENÇÃO A SAÚDE EM UM MUNICÍPIO DO SUL DO BRASIL**

RIO GRANDE-RS

2019

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

**VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA FÍSICA ATENDIDAS PELO SAMU E AS REDES DE
ATENÇÃO A SAÚDE EM UM MUNICÍPIO DO SUL DO BRASIL**

FERNANDA PIRES FREIRE DOS SANTOS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Enfermagem- Curso de Mestrado- Universidade
Federal do Rio Grande (FURG)- Área de Concentração:
Enfermagem e Saúde.- Linha de Pesquisa: O Trabalho da
Enfermagem/Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a Laurelize Pereira Rocha.

RIO GRANDE-RS

2019

Ficha catalográfica

S237v Santos, Fernanda Pires Freire dos.

Vítimas de violência física atendidas pelo SAMU e as redes de atenção a saúde em um município do sul do Brasil / Fernanda Pires Freire dos Santos. – 2019.

95 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande – FURG, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Rio Grande/RS, 2019.

Orientadora: Dra. Laurelize Pereira Rocha.

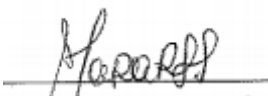
1. Serviços Médicos de Emergência 2. Violência 3. Agressão
4. Exposição à Violência 5. Enfermagem I. Rocha, Laurelize Pereira
II. Título.

CDU 616-08.039.74(816.5)

FERNANDA PIRES FREIRE DOS SANTOS

**VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA FÍSICA ATENDIDAS PELO SAMU E AS REDES DE
ATENÇÃO A SAÚDE EM UM MUNICÍPIO DO SUL DO BRASIL**

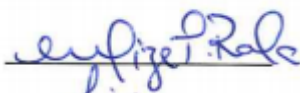
Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de Mestre em Enfermagem e aprovada na sua versão final em 26 de Junho de 2019, atendendo as normas da legislação vigente da Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Enfermagem e Saúde.



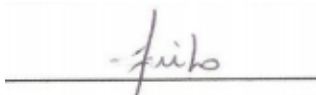
Profa. Dra. Mara Regina Santos da Silva

Coordenadora do Programa de Pós- Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de
Rio Grande (FURG)

BANCA EXAMINADORA



Dra. Laureлизe Pereira Rocha- Presidente (FURG)



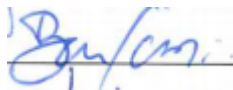
Dra. Eliana Cardia de Pinho – Efetivo (IFRS)



Dra. Jamila Geri Tomaschewski Barlem- Efetivo (FURG)



Dra. Janaína Sena Castanheira- Efetivo (FURG)



Dr. Edison Luiz Devos Barlem- Suplente (FURG)



Dra. Diana Cecagno- Suplente (UFPEL)

*“Viva como se fosse morrer
amanhã... Aprenda como se
fosse viver para sempre”.*

(Mahatma Gandhi)

AGRADECIMENTOS

Chegar até aqui foi árduo, mas isso não tornou a trajetória menos prazerosa. Foram momentos de muita reflexão e aprendizado e tenho plena convicção de que concluir esta etapa da minha vida acadêmica e profissional transformou a minha forma de pensar, corroborando com a ideologia que tenho de que só a educação transforma o mundo. Sou muito grata a minha FURG, instituição que tanto me orgulha por provar que o ensino público pode e deve ser de qualidade. Sou grata também a Escola de Enfermagem que me tornou Enfermeira e agora Mestre, me oportunizando além de uma profissão, uma forma diferenciada de enxergar o outro, em sua plenitude e essência.

Sou grata a Deus e a Nsa Senhora Aparecida por me darem saúde e por me fortalecerem diante dos obstáculos que a vida impõe, fazendo com que estes se pareçam pequenos diante da minha fé e coragem para enfrentar todo e qualquer desafio.

A realização desta conquista não teria sido possível se pessoas especiais não estivessem estado ao meu lado, por isso, agradeço imensamente:

À Profª Drª Laurelize Pereira Rocha, minha orientadora, amiga e parceira de jornada acadêmica, por ter sonhado junto comigo e acreditado na minha proposta de trabalho. Obrigada Laure por todo o conhecimento, paciência e carinho. Seguimos firmes e juntas para novos desafios!

Aos professores que compuseram minha banca, Profº Dr Edison, Profª Drª Jamila, Profª Drª Eliana, Profª Drª Janaina, Profª Drª Diana por toda a contribuição na construção desta dissertação. Minha admiração pelo trabalho de vocês!

Ao meu esposo André Vinícius, amor da minha vida, minha alma gêmea. Obrigada meu amor por dividir a vida comigo, por ser meu companheiro em todos os momentos, me tranquilizando e me dando muito amor. Tu me faz feliz todos os dias e não existem palavras que eu possa utilizar para descrever o quanto sou grata por toda dedicação que tens a mim. Te amo muito, te amo mais. Obrigada por tudo!

Ao meu filho(a) que está por vir e que mesmo ainda dentro do meu ventre já me modificou como mulher e me transformou em mãe, minha melhor versão. Te amo tanto!

Ao meu pai Luiz Fernando, por ter me dado a vida e por ter sido meu porto seguro nos momentos mais difíceis, estando ao meu lado sempre. Tu não podes imaginar o quanto sou grata por tudo que fizestes e fazes por mim pai. Obrigada por me oportunizar o estudo, por ser tão presente na minha vida e por acreditar e vibrar com cada sonho meu.

Ao meu irmão Fernandinho, meu anjo de luz, meu presente de Deus que veio para me ensinar a amar incondicionalmente. Obrigada por estar sempre comigo, por ser meu parceiro, meu amigo...por me dar tanto amor. Te ter na minha vida é especial!

À minha mãe Tânia, que muito embora não esteja mais presente fisicamente ao meu lado, foi e é meu exemplo de vida. Obrigada mãe por ter me ensinado valores, princípios e a lutar pelo o que eu acredito. Tu me inspiras a ser uma pessoa melhor a cada dia. Te amarei eternamente!

Aos meus avós e a minha tia Tetê que também não poderei abraçar fisicamente, mas que fizeram parte da construção de quem eu sou. Obrigada meus amores...levo vocês no coração sempre!

Aos meus dindos Paulo e Mariza, por serem a ligação com a minha infância, por estarem sempre comigo.

À minha amiga do peito, Suelen e as minhas meninas Alana e Larissa por tudo que vivemos juntas. Meu amor por vocês é gigante!

À família do meu esposo e que agora é minha também , que me acolheu de braços abertos. Obrigada pela compreensão nos momentos de ausência, pelo carinho e por estarem sempre comigo...minha sogra Dagmar, Andréa, Marcos, Simone, Tia Núbia.Amo vocês!

À Sônia, esposa do meu pai, por cuidar dele por mim enquanto eu estive focada na minha dissertação...Obrigada por cuidar deste meu bem tão precioso!

Aos amigos que o Mestrado me deu: Eliel, Silvana, Aline, Cíntia, Bibiane, Vanessa, Jéssica, Patrícia e Juliana. Vocês fizeram o percurso ficar leve... Obrigada pelas risadas boas, pelos conselhos, reflexões e amizade. Vocês são demais!

À minha amiga Vera Silva, por ter acreditado na Urgência e Emergência em Rio Grande e por ter valorizado tanto o SAMU no nosso município. Serei eternamente grata.

Às minhas madrinhas e amigas samudicas Kamylla e Liliam, por todo apoio e carinho em um dos momentos mais delicados que vivenciei.

Ao SAMU Rio Grande, equipe que tanto me orgulho em fazer parte...Obrigada colegas pelas trocas de plantões, parceria e companheirismo durante esta minha trajetória. "Ninguém é tão bom quanto todos nós juntos".

Aos pacientes que atendo diariamente e que me motivam a buscar o conhecimento através da pesquisa. Vocês são a razão do meu trabalho!

E por fim...agradeço a Enfermagem , por me mostrar que podemos ir além... e que devemos nos doar ao máximo, buscando qualificação permanente e exercer nossa profissão

com ética e com boas práticas, pois nossa matéria prima é a vida humana e esta não tem preço!

Gratidão!

RESUMO

FREIRE-DOS SANTOS, Fernanda Pires. **As vítimas de violência física atendidas pelo SAMU e as redes de atenção à saúde em um município do sul do Brasil**. 2019. 95f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande.

Introdução: O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência está inserido na Rede de Atenção à Saúde e geralmente é o primeiro a realizar o atendimento a vítima de violência física. Este estudo tem como **objetivos:** analisar as características do atendimento às vítimas de violência física, a partir dos boletins realizados pelas equipes do Serviço de Atendimento Móvel de Urgências em município no sul do Brasil; e, Conhecer a assistência às vítimas de violência física e o funcionamento da Rede de Atenção à Saúde, a partir do trabalho das enfermeiras, em Unidades Básicas de Saúde e Unidades Saúde da Família. **Metodologia:** a pesquisa foi realizada em duas etapas. A primeira, analítica, retrospectiva, documental e de abordagem quantitativa analisando os boletins de atendimento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no período entre 2013 a 2017. Fizeram parte da amostra 1.201 boletins de atendimento. A coleta ocorreu de outubro a dezembro de 2018, por meio de um instrumento estruturado. Os dados foram analisados no software Statistical Package for the Social Sciences versão 21, mediante estatística descritiva simples, Teste Kruskal Wallis e Teste Qui-Quadrado. A segunda etapa constituiu-se de pesquisa analítica, exploratória e de abordagem qualitativa, na qual foram efetuadas entrevistas semiestruturadas com 14 enfermeiras das Unidades Básicas de Saúde e Unidades Básicas de Saúde da Família, dos bairros com maior índice de atendimento pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência as vítimas de violência física. **Resultados:** Os resultados foram apresentados em dois artigos: “Os atendimentos do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência às vítimas de violência física.” e “Enfermeiras e a Rede de Atenção à Saúde na assistência as vítimas de violência física”. No primeiro artigo foi possível identificar maior frequência de violência física entre homens de 18 a 25 anos, vítimas de agressão. Constatou-se diferenças significativas entre os tipos de violência e faixa etária ($p=0,000$) e entre o tipo de violência e segmento corporal atingido ($p=0,000$). Constatou-se associação significativa entre as condutas adotadas pelas equipes e os tipos de violência sofridos pelas vítimas ($p=0,000$). O segundo artigo evidenciou que a maioria das enfermeiras desconheciam os índices de violência que ocorrem nos bairros em que trabalham. O uso de drogas foi elencado como fator predisponentes de violência física. As enfermeiras não reconhecem o funcionamento da Rede de Atenção à Saúde, assim como, os serviços de apoio da comunidade. A educação em saúde foi reconhecida como uma forma de reduzir índices de violência física, porém não há ações nas unidades com essa finalidade. **Conclusões:** Ao caracterizar os atendimentos realizados pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência às vítimas de violência física foi possível concluir que a maioria dos enfermeiros desconhecem os índices dos casos de violência física que ocorrem nos bairros em que trabalham, gerando angústia e medo em relação aos impactos na assistência prestada, o que leva a necessidade de esclarecimento destes profissionais sobre a temática, bem como quanto ao funcionamento da Rede de Atenção à Saúde.

Descritores: Serviços Médicos de Emergência, Violência, Agressão, Exposição à violência, Enfermagem.

ABSTRACT

FREIRE-DOS SANTOS, Fernanda Pires. **The victims of physical violence attended by SAMU and the health care networks in a municipality of the south of Brazil.** 2019. 95f. Dissertation (Master in Nursing) - School of Nursing. Graduate Program in Nursing, Federal University of Rio Grande.

Introduction: The Mobile Emergency Care Service is part of the Health Care Network and is usually the first to provide care to victims of physical violence. This study **objective:** analyze the characteristics of care for victims of physical violence, based on the bulletins made by the teams of the Mobile Emergency Care Service in a municipality in southern Brazil; and, To know the assistance to the victims of physical violence and the functioning of the Health Care Network, based on the nurses' work in Basic Health Units and Family Health Units. **Methodology:** The research was conducted in two steps. The first descriptive, retrospective, documentary and quantitative approach analyzing the bulletins of the Mobile Emergency Care Service from 2013 to 2017. The sample included 1,201 bulletins. The collection took place from October to December 2018, through a structured instrument. Data were analyzed using the Statistical Package for Social Sciences software version 21 using simple descriptive statistics, Kruskal Wallis Test and Chi-Square Test. The second stage consisted of a descriptive, exploratory and qualitative approach, in which semi-structured interviews were conducted with 14 nurses from the Basic Health Units and Basic Family Health Units, from the neighborhoods with the highest attendance rate by the Mobile Assistance Service. of Emergency the victims of physical violence. **Results:** The results were presented in two articles: "The Mobile Emergency Care Service for victims of physical violence." And "Nurses and the Health Care Network in assisting victims of physical violence". In the first article it was possible to identify a higher frequency of physical violence among men aged 18 to 25, victims of aggression. Significant differences were found between the types of violence and age group ($p = 0.000$) and between the type of violence and body segment reached ($p = 0.000$). A significant association was found between the behaviors adopted by the teams and the types of violence suffered by the victims ($p = 0.000$). The second article showed that most nurses were unaware of the rates of violence that occur in the neighborhoods where they work. Drug use was listed as a predisposing factor of physical violence. Nurses do not recognize the functioning of the Health Care Network, as well as the community support services. Health education has been recognized as a way to reduce rates of physical violence, but there are no actions in the units for this purpose. **Conclusions:** By characterizing the care provided by the Mobile Emergency Care Service to victims of physical violence, it was possible to conclude that most nurses are unaware of the rates of cases of physical violence that occur in the neighborhoods in which they work, generating anguish and fear regarding their lives. impacts on the care provided, which leads to the need for clarification of these professionals about the theme, as well as regarding the functioning of the Health Care Network.

Descriptors: Emergency Medical Services; Violence; Aggression; Exposure to violence; Nursing.

RESUMEN

FREIRE-DOS SANTOS, Fernanda Pires. **Las víctimas de violencia física atendidas por el SAMU y las redes de atención la salud en un municipio del sur del Brasil**. 2019. 95f. Disertación (Maestría en Enfermería) - Escuela de Enfermería. Programa de Postgrado en Enfermería, Universidad Federal de Rio Grande.

Introducción: El Servicio Móvil de Atención de Emergencia es parte de la Red de Atención Médica y generalmente es el primero en brindar atención a las víctimas de violencia física. Este estudio tiene como **objetivo:** analizar las características de la atención a las víctimas de violencia física, en base a los boletines realizados por los equipos del Servicio Móvil de Atención de Emergencia en un municipio del sur de Brasil; y, Conocer la asistencia a las víctimas de violencia física y el funcionamiento de la Red de Atención de Salud, en base al trabajo de las enfermeras en Unidades Básicas de Salud y Unidades de Salud Familiar. **Metodología:** La investigación se realizó en dos pasos. El primer enfoque descriptivo, retrospectivo, documental y cuantitativo que analiza los boletines del Servicio Móvil de Atención de Emergencia de 2013 a 2017. La muestra consistió en 1,201 boletines. La colección tuvo lugar de octubre a diciembre de 2018, a través de un instrumento estructurado. Los datos se analizaron usando el paquete estadístico para el software de Ciencias Sociales versión 21 usando estadísticas descriptivas simples, Kruskal Wallis Test y Chi-Square Test. La segunda etapa consistió en un enfoque descriptivo, exploratorio y cualitativo, en el que se realizaron entrevistas semiestructuradas con 14 enfermeras de las Unidades Básicas de Salud y Unidades Básicas de Salud Familiar, de los barrios con la mayor tasa de asistencia del Servicio de Asistencia Móvil. de Emergencia a las víctimas de violencia física. **Resultados:** Los resultados se presentaron en dos artículos: "El servicio móvil de atención de emergencia para víctimas de violencia física" y "Las enfermeras y la red de atención médica para ayudar a las víctimas de violencia física". En el primer artículo fue posible identificar una mayor frecuencia de violencia física entre hombres de 18 a 25 años, víctimas de agresión. Se encontraron diferencias significativas entre los tipos de violencia y el grupo de edad ($p = 0,000$) y entre el tipo de violencia y el segmento corporal alcanzado ($p = 0,000$). Se encontró una asociación significativa entre los comportamientos adoptados por los equipos y los tipos de violencia sufridos por las víctimas ($p = 0,000$). El segundo artículo mostró que la mayoría de las enfermeras desconocen las tasas de violencia que ocurren en los vecindarios donde trabajan. El consumo de drogas fue catalogado como un factor predisponente de violencia física. Las enfermeras no reconocen el funcionamiento de la red de atención médica, así como los servicios de apoyo comunitario. La educación para la salud ha sido reconocida como una forma de reducir las tasas de violencia física, pero no hay acciones en las unidades para este propósito. **Conclusiones:** Al caracterizar la atención brindada por el Servicio Móvil de Atención de Emergencia a las víctimas de violencia física, fue posible concluir que la mayoría de las enfermeras desconocen las tasas de casos de violencia física que ocurren en los vecindarios en los que trabajan, generando angustia y miedo con respecto a sus vidas. impactos en la atención brindada, lo que lleva a la necesidad de aclaración de estos profesionales sobre el tema, así como sobre el funcionamiento de la Red de Atención Médica.

Descriptor: Servicios Médicos de Urgencia; Violencia; Agresión; Exposición a la violencia; Enfermería.

LISTA DE ABREVIADURAS E SIGLAS

APH-	Atendimento Pré-Hospitalar
CEPAS-	Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde
ESF-	Estratégia Saúde da Família
FAB-	Ferimento por Arma Branca
FAF-	Ferimento por Arma de Fogo
FURG-	Universidade Federal do Rio Grande
MS-	Ministério da Saúde
MT-	Motolância
NEPES –	Núcleo de Ensino e Pesquisa em Ética em Saúde
NEU-	Núcleo de Educação em Urgências
NUMESC-	Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva
OMS-	Organização Mundial da Saúde
ONU-	Organização das Nações Unidas
PNAU-	Política Nacional de Atenção às Urgências
PNRMAV-	Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências
RAS-	Rede de Atenção a Saúde
RAU-	Rede de Atenção às Urgências
SAMU-	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAV-	Suporte Avançado de Vida
SBV-	Suporte Básico de Vida
SCA-	Segmento Corporal Atingido
SINAN-	Sistema de Informação de Agravos de notificação
SMS-	Secretaria de Município da Saúde
SPSS-	Software Statistical Package for the Social Sciences
SUS-	Sistema Único de Saúde
TCLE-	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
USA-	Unidade de Suporte Avançado
USB-	Unidade de Suporte Básico
UPA-	Unidade de Pronto Atendimento
VIVA-	Vigilância de Acidentes e violências

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Características do atendimento das equipes do SAMU de acordo com o ano e a região de estudo. Rio Grande, RS, Brasil, 2018. (n=1.201).....**46**

Tabela 2- Características do atendimento quanto ao tipo de violência física em relação a faixa etária e Segmento Corporal Atingido. Rio Grande, RS, Brasil, 2018. (n=1.201).....**47**

Tabela 3- Principais condutas das equipes do SAMU em relação aos atendimentos aos pacientes conforme o tipo de violência física sofrida. Rio Grande, RS, Brasil. (n= 1.201).....**48**

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	16
2. OBJETIVOS	21
3. REVISÃO DE LITERATURA	22
3.1 VIOLÊNCIA E FATORES DE RISCO	22
3.2 OS DANOS DA VIOLÊNCIA FÍSICA PARA A VÍTIMA E PARA A SOCIEDADE ...	25
3.3 O SAMU E AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NA ASSISTÊNCIA A VÍTIMA DE VIOLÊNCIA	28
4. PERCURSO METODOLÓGICO	32
4.1 ETAPA I: ABORDAGEM QUANTITATIVA	32
4.1.1 Delineamento da pesquisa	32
4.1.2 Local da Pesquisa	33
4.1.3 População e amostra.....	33
4.1.4 Coleta de Dados	34
4.1.5 Análise de dados	34
4.2 ETAPA II: ABORDAGEM QUALITATIVA.....	35
4.2.1 Delineamento da pesquisa	35
4.2.2 Local da pesquisa	35
4.2.3 Participantes da Pesquisa.....	36
4.2.4 Coleta de Dados	36
4.2.5 Análise dos dados.....	36
4.3 ASPECTOS ÉTICOS.....	37
4.3.1 Declaração quanto ao destino do material coletado	38
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	39
5.1 ARTIGO 1	40

5.2 ARTIGO 2	54
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	73
REFERÊNCIAS.....	76

1. INTRODUÇÃO

A violência física é caracterizada por ocasionar lesões e dor, acarretando vários prejuízos às suas vítimas, como dentre outros, o medo e a depressão (SAMPAIO, et al, 2017), atingindo muitas pessoas em todo o mundo. Segundo estimativas, aproximadamente um quarto da população adulta mundial (23%) sofreram violência física na infância. Além disso, cerca de um terço (35%) das mulheres também já foram vítimas de violência física em algum momento da sua vida (WHO,2018).

Os índices de mortalidades oriundas de causas externas no Brasil configuram a primeira causa de mortes entre jovens, principalmente do sexo masculino. Dentre estas causas, chama a atenção os casos de violência, que consequentemente evoluem para homicídios (MELO; GARCIA, 2017). Segundo último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no período compreendido entre 1990 e 2009, o Rio Grande do Sul registrou inúmeros índices de homicídios, obtendo uma média de 17,38 mortes a cada 100 mil habitantes, elevado quando em comparação com outro estado da federação, como é o caso do Rio Grande do Norte, que obteve média de 12,08 (IBGE, 2010).

Segundo a Organização Mundial da Saúde, a violência é definida como sendo o “uso intencional da força física ou do poder em uma forma de ameaça ou contra si mesmo, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade, que resulte ou que tenha grandes probabilidades de acarretar lesão, morte, dano psicológico, alterações no desenvolvimento ou privação” (OMS,2002, p.5).

O Ministério da Saúde (MS), através da Portaria nº 737 de 2001, instituiu a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências com o intuito de minimizar os casos de violência através de medidas sistematizadas e articuladas. Esta política enquadra a violência em diferentes formas de expressão, dentre elas: violência física, sexual, psicológica e institucional (BRASIL, 2001).

A violência é considerada importante problema de saúde publica há muitos anos. Considerando esta magnitude, o Brasil adotou a notificação universal, como forma de garantir a implementação de políticas publicas voltadas para a prevenção (SILVA, et al, 2013). A violência está inclusa na lista de agravos de notificação compulsória do MS, estabelecido pela Portaria GM/MS nº 104 de 25 de janeiro de 2011, devendo obrigatoriamente ser notificado todo e qualquer caso que ocorra nos mais diversos estados e municípios da federação (BRASIL,2011).

Dados do MS em relação a notificações de violência apresentam crescimento significativo. No Brasil, no ano de 2010, foram registrados 45.045 casos, aumentando para 126.784 casos no ano de 2013. É possível que se tenha a subnotificação como fator obstaculizador da veracidade do quantitativo de casos de violência, uma vez que no ano de 2015, encontra-se apenas 212 casos de violência registrados no país (DATASUS, 2015).

Considerando a ocorrência de subnotificações, a conscientização dos profissionais pode fazer com que se consiga modificar esta realidade, possibilitando que sejam apresentados dados mais fidedignos a fim de instituir políticas públicas eficazes nesta temática (GARBIN, et al, 2015).

Estudo realizado no Rio Grande do Norte, aponta como principal vítima de violência, pessoas do sexo masculino, com faixa etária entre 15 e 24 anos, vítimas de ferimento por arma de fogo (FAF) ocorrida principalmente aos finais de semana à noite (FREITAS, et al, 2017). Entre os casos de agressão, grande parte deles, tem relação com o uso de bebida alcoólica, que pode ser considerado importante fator de risco para sua ocorrência (SOUTO, ET AL, 2017). Outros fatores de risco que aproximam os jovens da violência são o contexto familiar, o uso de drogas ilícitas, como por exemplo, o crack e o tráfico de drogas (MOURA; MONTEIRO; FREITAS, 2016).

Visando integralizar o cuidado prestado aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), dentre eles as vítimas de violência física, que o Ministério da Saúde através da Portaria nº 4.279 de 30 de Setembro de 2010, estabeleceu diretrizes para a Rede de Atenção a Saúde (RAS). Neste sentido, para que a RAS se concretizasse, foi necessário integrar o Sistema de Saúde, de modo que fosse discutido e refletido de forma contínua o Pacto pela Saúde, as Políticas Vigentes e os desafios Sanitários (BRASIL,2010).

Dentre as Políticas vigentes tem-se a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), instituída através da Portaria GM/MS nº 1.863 de 29 de Setembro de 2003, que busca universalidade, integralidade, descentralização, humanização e participação social, fortalecendo a construção do SUS. A PNAU define como componente pré-hospitalar fixo as Unidades de Saúde e Unidades de Saúde da Família, bem como as equipes de Agentes comunitários de Saúde, os ambulatórios e as Unidades não-hospitalares. Como componente pré-hospitalar móvel, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgências (SAMU). Na PNAU, ainda são definidos os componentes hospitalares e pós-hospitalares (BRASIL,2003).

Para que o âmbito da urgência e emergência consiga atuar de forma mais efetiva, visto o aumento significativo da demanda, e neste se inclui os crescentes casos de violência, a PNAU englobou três portarias na tentativa de regulamentação dos serviços de Saúde. Sendo assim, passou a integrar a PNAU, a Portaria de implementação da Política de Urgências (Portaria 1.863/2003), a Portarias de implementação do SAMU (Portaria GM/MS nº. 1864/2003) e a Portaria GM/MS nº 2048 de novembro de 2002. Esta última, objetivando além de dividir responsabilidades, organizar a rede de atendimento as urgências (BRASIL, 2003). A Portaria nº 2048, visa antes de qualquer coisa, dar fluidez ao Sistema Único de Saúde, no que tange aos atendimentos de maior complexidade (BRASIL,2002).

O SAMU foi implantado com o intuito de reorganizar a rede de atenção às urgências, uma vez que este setor se encontrava deficiente no Sistema de Saúde brasileiro. Com a implantação do serviço, foi possível fortalecer o Atendimento pré-hospitalar (APH), que compreende qualquer atendimento realizado no ambiente extra-hospitalar, seja de origem clínica, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, traumática e/ou violenta (SILVA; NOGUEIRA, 2012).

Muitos pacientes vítimas de violência física acabam necessitando de atendimento pré-hospitalar de urgência e emergência, devido a gravidade de suas lesões. As emergências são situações caracterizadas pela necessidade de intervenção direta de profissionais qualificados, sob pena de o paciente vir a óbito rapidamente. As urgências, por sua vez, necessitam de atendimento o mais rápido possível para que se evite agravos que possam levar o indivíduo a morte. Em ambos os casos, muitas vezes, estes incidentes podem ocorrer fora do ambiente hospitalar, necessitando de um serviço qualificado, que chegue até a vítima o mais rápido possível, objetivando manter a vida e reduzir sequelas (DIAS, et al, 2016).

Muito embora existam outros modelos de atendimento pré-hospitalar, como é o caso do modelo norte-americano, que é realizado por paramédicos capacitados, sem regulação médica, no Brasil o dispositivo de atendimento pré-hospitalar móvel de urgência é o SAMU, que teve como inspiração, o modelo de atendimento idealizado em 1986, na França, que é o Sistema de Atenção Médica às Urgências também conhecido como SAMU. Baseado no modelo francês, o modelo brasileiro também utiliza uma central médica de regulação para triagem e coordenação dos chamados (BRASIL,2006).

Dentre os protocolos de atendimento pré-hospitalar existentes, o modelo Francês, prioriza o atendimento no local do incidente e o Norte-americano é conhecido por “hora de

ouro”, uma vez que prioriza remover a vítima o mais rápido possível ao hospital (SILVA, SOUZA, 2013). Os serviços de atendimento pré-hospitalar, por meio da regulação médica conseguem propiciar ao paciente uma assistência no local do incidente, transporte seguro quando necessário, bem como orientar e dar os encaminhamentos necessários ao paciente (PAI et al, 2015).

O SAMU recebe as solicitações de atendimento, via ligação telefônica, de uso exclusivo do serviço, a fim de agilizar o atendimento ao paciente. Este número fica vinculado às Centrais de Regulação Médica, na qual o usuário após informações referentes ao local do incidente, número de vítimas, segurança da cena, é direcionado ao médico regulador, que decidirá sobre o envio ou não de uma viatura ao local. Muitas vezes, as críticas da população surgem, pois desconhecem o propósito do serviço e o real objetivo de um serviço de atendimento pré-hospitalar (OTAVIANO, et al, 2016).

Os enfermeiros possuem papel fundamental no atendimento às vítimas no pré-hospitalar. Através de sua avaliação primária e secundária, poder de decisão e condutas adequadas, os enfermeiros realizam um exame físico completo, buscando lesões e alterações que possam piorar o estado das vítimas, realizando uma intervenção imediata e precisa no APH (COSTA, et al, 2016).

No Brasil, existem 210 centrais reguladoras do SAMU, que controlam o serviço em 3.049 municípios, atingindo uma cobertura aproximada de 76,28% da população brasileira. Estas centrais trabalham na tentativa de ofertar um atendimento rápido e eficaz, fazendo com que as equipes cheguem ao local do incidente no menor tempo possível, aumentando desta forma, a chance de sobrevivência dos pacientes, inclusive das vítimas de violência (TELES, ET AL, 2017).

Ao analisar os dados do DATASUS, referentes aos registros de violência do município de Rio Grande, percebe-se que apenas existem dados referentes ao período de 2010 a 2014, percebendo-se uma discrepância de resultados. Em 2010 e 2011, foram registrados um caso de violência ao ano. Em 2012, 59 casos, enquanto que em 2013 foram encontrados 180 casos e em 2014, 179 registros (DATASUS, 2014).

Partindo da problemática crescente de vítimas de violência no município de Rio Grande- RS, destaca-se a importância de abordar a temática a partir dos boletins de atendimento do SAMU do município, diante do fato que esse serviço, muitas vezes é acionado no instante em que ocorre a violência. Estas informações podem contribuir com o

processo de trabalho dos trabalhadores das Unidades Básicas de Saúde (UBS), tanto tradicionais, quanto de Estratégia de Saúde da Família (ESF), que atendem as vítimas de violência, assim como, contribuir com a criação de políticas públicas por parte dos gestores municipais para que estratégias preventivas de redução de violência possam ser aplicadas pela rede de atenção à saúde nas áreas de maiores índices, identificadas pela pesquisa.

Além disso, o atendimento as vítimas de violência, torna-se complexo à medida que estes pacientes, em diversos casos, possuem problemas sociais agregados, tais como a drogadição, tráfico de entorpecentes, além de estarem envolvidos com a criminalidade. Situações estas que acabam obstaculizando muitas vezes o atendimento das equipes do SAMU, impedindo que os profissionais da saúde atuem de forma eficaz. Sendo assim, analisar o atendimento às vítimas de violência física realizado pelas equipes do SAMU possibilita que os enfermeiros que atuam no serviço, juntamente com os enfermeiros que atuam nas Unidades Básicas de Saúde localizadas em áreas identificadas como violentas, possam planejar e estabelecer medidas preventivas e de promoção à saúde, conseguindo desta forma, criar um plano de ação que envolva toda Rede de Atenção à Saúde. Deste modo, se entende que a pesquisa possui grande relevância para a Enfermagem, pois os dados apresentados permitem estabelecer estratégias para a implementação de melhorias na prática assistencial destes trabalhadores e na organização do fluxo da Rede de Atenção à Saúde.

No município de Rio Grande, RS, a Rede se distribui nas Superintendências de Atenção Básica, Superintendência de Média e Alta Complexidade e Superintendência de Vigilância e Saúde, na qual englobam os serviços de Saúde Mental com um ambulatório e três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), oito Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 19 Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), Serviço Municipal de Urgências (SMU) e Serviço de Atendimento Móvel de Urgências (SAMU) (PMRG, 2019). O município consta com um Complexo hospitalar (Hospital Geral, Hospital de Cardiologia e Oncologia e Hospital Psiquiátrico) e um Hospital Universitário, da Universidade Federal do Rio Grande (FURG).

Nesse contexto, esta pesquisa teve como questões norteadoras: Quais as características do atendimento às vítimas de violência física, atendidas pelo SAMU em um município do sul do Brasil? Quais os principais tipos de violência física e os desfechos das ocorrências? e Como se dá a assistência à saúde e o funcionamento da Rede de Atenção à Saúde às vítimas de violência física nos bairros de maior índice, a partir do trabalho do enfermeiro?

2. OBJETIVOS

Analisar as características do atendimento às vítimas de violência física, a partir dos boletins realizados pelas equipes do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em um município no sul do Brasil.

Conhecer a assistência às vítimas de violência física e o funcionamento da Rede de Atenção à Saúde, a partir do trabalho das enfermeiras, em Unidades Básicas de Saúde e Unidades Saúde da Família.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 VIOLÊNCIA E FATORES DE RISCO

Compreender a violência como um problema de saúde pública de cunho sócio histórico ajuda no entendimento dos inúmeros impactos acarretados na vida destas vítimas, tais como lesões físicas e mentais, que podem levar, inclusive, a morte (ROCHA, et al, 2014). De acordo com o Instrutivo de Notificação de Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências, emitido pelo Ministério da Saúde através da Vigilância de Violência e Acidentes (2011), a violência, pode ser classificada conforme a sua tipologia, em: física, sexual, tortura, psicológica/moral, tráfico de seres humanos, econômica / financeira, negligência/abandono, trabalho infantil e intervenção legal (BRASIL, 2011).

Alguns fatores são considerados de risco, ao passo que aumentam a vulnerabilidade das vítimas a sofrerem algum tipo de violência física. Dentre estes se podem citar o uso de drogas, descontrole e agressividade, pouca escolaridade e aspectos relacionados ao histórico existente de maus tratos tanto físicos como psicológicos assim como problemas de cunho familiar. Neste sentido, tem-se famílias sem qualificação para o trabalho devido a baixa escolaridade, envolvidas com a criminalidade e relacionamentos conturbados (BORGES; ALENCAR, 2015).

A violência física apresenta maior incidência entre os jovens do sexo masculino, sendo estes, as principais vítimas e os principais agressores (CARVALHO, et al, 2017). Nesta fase da vida, os casos de violência, na grande maioria das vezes, estão diretamente relacionados ao uso de drogas ilícitas, assim como ao consumo de álcool, acometendo principalmente vítimas do sexo masculino. A explicação para que a ocorrência dos atos violentos acometa em sua maior parte, os meninos, pode estar atrelado ao fato de receberem em muitos lares uma educação machista, na qual utilizam armas para brinquedo, diferente das meninas, que são presenteadas com bonecas. Além disso, os jovens do sexo masculino estariam mais expostos ao risco da violência (MALTA, et al, 2017).

Outro estudo apresenta que entre os fatores de risco para ocorrência de violência estão o fator socioeconômico, que apresenta relação direta com os casos de violência, considerando aspectos como raça, cor, idade e condições financeiras, nesse caso, os negros, jovens e desempregados são as principais vítimas da violência, e os países em desenvolvimento são os que apresentam os maiores índices (DHAFALLA, et al, 2013). Os jovens que são de baixa renda são mais suscetíveis à violência, uma vez que, por não terem muitas vezes acesso a um

ensino de qualidade, acabam marginalizados na disputa por uma vaga no mercado de trabalho, o que acarreta prejuízo no seu desenvolvimento e consequentemente na inserção social (RIZZINI, LIMONGI, 2016).

O uso de bebida alcoólica pode ser considerado um fator de risco para os casos de violência, uma vez que gera o aumento dos índices de casos reincidentes de traumas associado a comportamentos criminosos, assim como os casos de mortes por lesões (NUNN, et al 2016).

De acordo com uma pesquisa realizada pelo Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT), da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), o crack, conhecido popularmente como pedra, surgiu em meados de 1980 nos Estados Unidos (EUA), chegando ao Brasil por volta dos anos 1990. Considerada uma droga psicoativa de rápida dependência, o crack atinge principalmente adultos jovens, do sexo masculino, negros ou pardos, solteiros e com baixa escolaridade, além da maioria dos usuários de crack se encontram em situação de rua (BERTONI; BASTOS, 2014).

Em pesquisa realizada com usuários de crack em seis capitais brasileiras, tem-se uma associação do uso da droga com a situação de moradia e violência. Os autores evidenciam que muitos usuários encontram-se em situação de rua e apresentam dados que causam impacto, como o fato de que 55,5% deles já sofreram algum tipo de violência física (HALPERN, et al, 2017).

Butler, et al (2016) afirmam que 75% dos pacientes que apresentam problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas, jamais acessaram qualquer tipo de serviço especializado para o tratamento da dependência química.

A violência psicológica ocorre quando há uso do poder de uma pessoa em relação à outra, acarretando um prejuízo emocional a vítima. Muitos casos acabam sendo banalizados, pois embora muito complexos, trata-se de uma forma subjetiva de agressão que não deixam marcas físicas. É comum ocorrências de violência psicológica dentro do ambiente de trabalho, onde as vítimas sofrem intimidações, assédio moral e insinuações (TURTE-CAVADINHA, 2014). Outros tipos de violências que acometem uma grande quantidade de pessoas é a violência sexual e a violência praticada pelo parceiro íntimo, que ainda necessita que providências eficazes sejam tomadas. Estes tipos de violência acometem na grande maioria das vezes, mulheres que acabam sofrendo danos físicos, emocionais e sexuais em silêncio (WHO, 2012).

A violência praticada contra a mulher passou a ser considerado problema de saúde pública, uma vez que, além dos inúmeros prejuízos tanto físicos, quanto psicológicos, sociais e familiares que as mulheres sofrem, acarreta um alto custo aos serviços de saúde. Estas ocorrências atingem uma parcela significativa da sociedade, principalmente no continente americano, da qual o Brasil faz parte, que registra altos índices de violência contra a mulher, sendo superado apenas por países da África, Oriente Médio e Sudeste da Ásia (GARCIA, et al, 2016).

Ao analisar a violência contra a mulher, percebe-se que esta tem caráter social e cultural, em um contexto historicamente de submissão, em que os homens assumem o poder e as mulheres são responsáveis pelos afazeres do lar. Neste sentido, desde 1981, o Brasil adotou o que foi estabelecido na Convenção sobre a Eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher (CEDAW). Em 1985 foi dado o primeiro passo na tentativa de garantir os direitos das mulheres, com a criação do Conselho Nacional dos direitos da mulher (CNDM) e a Primeira Delegacia da Mulher (DEAM) (LIMA, et al, 2016).

O abuso infantil, pode se manifestar de quatro formas distintas de violência (física, emocional, sexual ou negligência), acarretando inúmeros danos às crianças, podendo levar inclusive a morte. Trata-se de um problema de saúde pública a nível mundial, uma vez que aproximadamente 155 mil crianças morrem por ano no mundo em decorrência de violência infantil (CHANG, et al, 2016). Em crianças, também é possível verificar o uso de violência física como prática educativa, sendo praticada na maioria das vezes pelos pais, dentro da própria residência (GONÇALVES, et al, 2015).

Os casos de negligências ou omissão por parte de um membro da família, assim como maus-tratos, são considerados violência intrafamiliar. Em crianças e adolescentes, torna-se difícil a identificação destes casos, uma vez que os atos violentos são considerados métodos educativos (MAGALHÃES, et al, 2017). As crianças, por serem indefesos, acabam tornando-se vítimas vulneráveis da violência, chamando a atenção para o fato de que na grande maioria das vezes, o agressor é um familiar próximo, sendo o próprio domicílio da criança, o principal local de ocorrência dos atos de violência (MALTA, et al, 2015). Neste sentido, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), instituído através da Lei nº. 8069 surgiu para, dentre outras atribuições, proteger os menores, de sofrerem agressões, priorizando o atendimento em casos de qualquer suspeita de violência (BRASIL, 1990).

Outra situação que deve ser levada em consideração é a população em situação de rua, que acaba exposta rotineiramente aos atos violentos, uma vez que acabam excluídos e marginalizados da sociedade em decorrência de uma política neoliberal e desigualdade social e pautado no histórico familiar. Esta população acaba rompendo vínculos familiares e de trabalho e o cotidiano vivenciado por eles acaba envolvendo a violência, solidão, preconceito e criminalidade (FIORATI, et al, 2016).

Halpern e Diemen (2017) entendem que o fator moradia contribui significativamente para a exacerbação da vulnerabilidade social a qual esta população está submetida nas mais diversas áreas, que compreendem desde o risco iminente de sofrerem violência, até o contato com o álcool e o crack, dentre outras drogas e a falta de renda que culmina com a impotência em manter suas necessidades básicas.

Considerando qualquer forma de violência, a prevenção dos casos passaram a receber amparo, através da publicação da Portaria nº 737 MS/GM, de 16 de maio de 2001, que aprova a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (BRASIL, 2001). Tendo em vista que a violência é um problema de saúde pública, esta política visa articular ações que possibilitem a redução dos índices de morbimortalidade por esta causa.

Egry, Apostolico e Moraes (2018) entendem que a violência deve ser trabalhada na Rede de Atenção a Saúde, diante do fato que as equipes de atenção básica desempenham papel fundamental na identificação e encaminhamento dos casos, uma vez que encontram-se próximas ao contexto familiar das vítimas.

3.2 OS DANOS DA VIOLÊNCIA FÍSICA PARA A VÍTIMA E PARA A SOCIEDADE

A violência física pode ocorrer tanto dentro do ambiente familiar, como fora dele. A violência física pode ser definida como o uso de força intencional, a fim de ferir e lesar a outra pessoa, de forma não acidental (BRASIL, 2011).

Quando o ato violento ocorre no espaço extrafamiliar, é comum nominar de violência comunitária, pois geralmente ocorre em algum local frequentado pela vítima, seja na escola, bairro onde reside, acarretando dentre outras consequências, sérios prejuízos a vítima, principalmente no que tange a sua saúde mental (PATIAS; SILVA; DELL'AGLIO, 2016). Em relação à mulher, as violências físicas mais comuns são as bofetadas, empurrões, puxões de cabelo e torções, lesionando principalmente cabeça, face e pescoço (WONG, et al, 2016).

Os índices de violência física apontados pelo DATASUS no ano de 2013 são alarmantes. No Brasil foram registrados 126.784 casos. Destes, 23.612 casos ocorreram na Região Sul do país, na qual, 8.157 casos foram no estado do Rio Grande do Sul e 171, especificamente no município de Rio Grande-RS (DATASUS, 2013).

Em 2014, embora se tenha notado diminuição dos índices referentes à violência física, continua-se com quantitativos preocupantes. Neste ano, no Brasil registrou-se 112.803 casos de violência física, sendo 21.746 ocorrências na Região Sul, que apesar de ter atenuado o numero de casos registrados, passou de terceira região mais violenta do país para a segunda região, não superando apenas a Região Sudeste. O Rio Grande do Sul teve 6.722 casos de violência física, sendo que 161 casos ocorreram no município de Rio Grande-RS (DATASUS, 2014).

De acordo com o Relatório de Estatísticas da Saúde Mundial de 2016, emitido pela Organização Mundial de Saúde, o Brasil tem a nona maior taxa de homicídios dentre as Américas (OMS, 2016). A violência externa pode ser considerada a principal causa de mortes de jovens brasileiros, principalmente os de sexo masculino com faixa etária entre 20 e 30 anos, que são considerados as principais vítimas da violência física (CIANTELLI, et al, 2013). A violência assumiu um papel causador de grande preocupação no Brasil, uma vez que coloca a saúde pública em uma situação de vulnerabilidade, tanto individual quanto coletivo (GOMES, ET AL, 2017).

Em países latino-americanos, como o Brasil, um fator que eleva estes índices de violência e consequentemente os casos que culminam em mortes, é o porte de armas. Do total de homicídios, em média 76% são em decorrência de ferimentos por arma de fogo (RIBEIRO; SOUZA; SOUSA, 2017).

No Brasil, os homicídios configuram a principal causa de morte por violência, que por sua vez, ocorrem na maioria das vezes através do uso de arma de fogo e tem como principais vítimas, pessoas do sexo masculino. A explicação da predominância masculina dos casos de violência física pode estar atrelada a impulsividade, competitividade e maior acesso a armas letais, e ainda o aumento dos casos de homicídios pode ter relação com desigualdades sociais e tráfico de drogas (ABREU, et al, 2014).

Os homicídios também se encontram no topo da lista das causas externas, as mortes violentas em trabalhadores, caracterizadas como acidentes de trabalho, pois a maioria destes ocorre durante o deslocamento até o local de trabalho das vítimas (CORDEIRO, et al, 2017).

Segundo Baltieri (2014), os casos de presidiários que cumprem pena por homicídios que continuam consumindo drogas ilícitas no cárcere privado. São pessoas violentas, com histórias de vida de inserção em ambientes de drogadição e violência e que acabam tendo grandes dificuldades de reabilitação e reinserção social.

Drumond, Souza e Hang-Costa (2015), entendem que os casos de agressão tem forte relação com o uso de álcool e outras drogas ilícitas. Deste modo, o uso destas substâncias potencializam a violência física, a medida que induz atos que envolvem organizações criminosas e o tráfico de drogas. O uso abusivo de drogas é fator de risco para a ocorrência de violência, podendo culminar com lesões incapacitantes temporárias, permanentes ou até mesmo levar a morte. Além disso, gera altos custos ao setor público com a utilização dos serviços de saúde (SANTANA; OLIVEIRA, 2017).

Este impacto se torna de grande proporção, a medida que o número de vítimas da violência ultrapassam um milhão de pessoas por ano, onerando os cofres públicos em um valor estimado em 3,3% do Produto Interno Bruto (PIB) brasileiro (MARTINS; JORGE, 2016). Neste sentido, acrescenta-se o fato de que muitos jovens, em fase produtiva, sofreram lesões em decorrência de atos violentos, produzindo prejuízos tanto físicos quanto emocionais, aumentando desta forma, os custos ao Estado (MALTA; NAGHAVI, 2017). Cunningham, et al (2015), publicaram estudo que estimou em 36 bilhões de dólares anuais, os gastos para cuidados de saúde e manutenção financeira de vítimas de violência.

Esta quantidade de mortes violentas no Brasil acarreta um prejuízo imenso aos cofres públicos. No ano de 2014, o Brasil registrou um gasto de 3,78% do PIB, liderando a lista de países ao apresentar um custo superior a US\$ 120 bilhões com violência, principalmente de homens jovens com faixa etária entre 15 e 29 anos (BID, 2014).

Estudo realizado pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento (2017), afirma que para constatar o custo gerado por um caso de violência, é preciso levar em consideração os ferimentos gerados, assim como os danos e perdas acarretadas. Além disso, é estimado também, o valor que é despendido à família destas vítimas, em caso de crimes. Realizando uma comparação entre os países da América Latina e Caribe, conclui-se que os custos com o crime, nestes 17 países, podem chegar ao montante de 171 bilhões de dólares (JAITMAN; TORRE, 2017).

Souza e Minayo (2017) fazem uma comparação entre os homicídios registrados no Brasil com a Guerra na Síria, demonstrando que entre os anos de 2011 e 2015, foram 279.567

homicídios no Brasil contra 256.124 assassinatos na guerra no mesmo período, o que leva a reflexão quanto ao exorbitante quantitativo de mortes associado ao elevado custo despendido pelo governo com o crime no Brasil.

3.3 O SAMU E AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NA ASSISTÊNCIA A VÍTIMA DE VIOLÊNCIA

Os sistemas de saúde eram caracteristicamente fragmentados, fazendo com que as atenções primárias, secundárias e terciárias não possuissem comunicação entre si. As primeiras ações em prol da unificação do sistema e consequentemente a formação de Redes de Atenção à Saúde (RAS) surgiram no ano de 1920 por meio do chamado Relatório de Dawson (ARRUDA, et al, 2015).

O Relatório de Dawson foi elaborado pelo Reino Unido, na qual foram criados os níveis de Atenção e a necessidade de desfragmentação dos serviços, através de um sistema de saúde integrado e descentralizado (LIMA, et al, 2018).

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) caracteriza-se por defender um cuidado contínuo e integralizado, de abordagem multiprofissional, focada nas necessidades de saúde da população, visando desta forma, apresentar resultados sanitários e econômicos. Para o funcionamento da RAS é imprescindível que se realize um diagnóstico situacional para conhecimento da população. Além disso, é importante a realização de um planejamento de ações embasado em necessidades territoriais (BRASIL, 2014).

Tendo em vista que aproximadamente 120 mil pessoas morrem no Brasil em decorrência de causas externas, foi aprovada no ano de 2001 a Portaria nº 737/GM que deu origem a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência, que dentre outras medidas, participa do processo de consolidação do Atendimento Pré-hospitalar (APH) (BRASIL, 2001).

O APH tem por característica chegar precocemente, prestando o atendimento à vítima no local do incidente (Portaria 2048/GM/2002). Desta forma, em 29 de setembro do ano de 2003, foi implantada a portaria nº1864, que instituía o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, através da implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) (BRASIL, 2002).

O SAMU surgiu no Brasil como componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), após comprovação internacional dos benefícios desta modalidade de atendimento. Teve sua grande disseminação no território brasileiro, no período estabelecido entre 2003 e 2008 (O'DWYER, ET AL, 2017).

O SAMU presta atendimento de urgência e emergência nos mais diversos locais, vivenciando as mais diversas realidades existentes na mesma cidade. O atendimento aos pacientes vítimas de violência requer que a equipe esteja acompanhada de força policial, nominado entre os socorristas, de Bravo, para segurança dos profissionais que estão atuando, caso o médico regulador entenda que a equipe sofre algum tipo de risco. No Estado do Rio Grande do Sul, os profissionais encontram este respaldo, na nota técnica nº. 06/2013 da Coordenação Estadual do SAMU do Estado do Rio Grande do Sul (SES, 2013).

Dentre as quatro principais causas de trauma que levam os pacientes aos serviços de emergência, tem-se a violência física presente em duas destas. As agressões em decorrência de assaltos e os ferimentos por arma de fogo apresentam altos índices de ocorrência (MOODLEY; CLARKE; ALDOUS, 2015). O trauma pode ser considerado uma pandemia uma vez que é o causador de milhares de mortes mundo a fora, com estimativa de 8,4 milhões de vítimas fatais no ano de 2020. Desta forma, o Atendimento Pré-hospitalar surgiu com a ideologia de minimizar os índices de mortalidade, aumentando a sobrevivência dos pacientes graves (BEURAN, et al, 2012).

Estatísticas demonstram que, no mundo, uma pessoa morre a cada um minuto, em decorrência de violência física. Neste sentido, o atendimento pré-hospitalar mostra-se como uma estratégia de minimizar estes índices (FRANÇA; MARTINO, 2013).12).

Levando em consideração a magnitude da temática da violência e seu impacto na saúde pública brasileira, no ano de 2006, o Ministério da Saúde implantou um sistema para vigiar os casos de violência e acidentes. A Vigilância de Acidentes e violências (VIVA) é vinculada ao Sistema de Informação de Agravos de notificação (SINAN) e objetiva dar visibilidade aos casos de violência, uma vez que muitos são desconhecidos pelo sistema de saúde, e a partir disso, encaminhar as vítimas para que tenham acompanhamento. Além disso, possibilita que ações possam ser planejadas a fim de minimizar os casos de morbimortalidade (BRASIL, 2017).

A Portaria ministerial nº 104, de 25 de janeiro de 2011, inclui a violência à lista de notificações compulsórias e estabelece além de fluxos, atribuições e responsabilidades aos

profissionais. As notificações compulsórias são obrigatórias a todos os profissionais da saúde, bem como a todos os responsáveis por estabelecimentos de saúde e ensino, sejam estes públicos ou privados (BRASIL, 2011).

Nesse sentido, o Ministério da Saúde estabeleceu as diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), através da Portaria 4.279, datada de 30/12/2010, na tentativa de responder as necessidades dos usuários de forma integral e humanizada (BRASIL, 2010).

Compondo a RAS, tem-se a Rede de Urgência e Emergência (RUE), que por sua vez compreende e integram ao SAMU, os seguintes componentes: Unidades de Pronto Atendimento (UPAS), Hospitais, Unidades de Terapia Intensiva (UTI), atenção primária a saúde, salas de estabilização, atenção domiciliar. A RUE objetiva, além de outros, territorializar a assistência a saúde, regulamentar o acesso aos serviços e qualificar a assistência prestada (BRASIL, 2013).

Muito embora já se tenha avançado neste aspecto, faz-se necessário a implementação de políticas voltadas a redução da desigualdade social e racial, assim como ações voltadas para a vulnerabilidade em que muitos se encontram (VALÉRIO; NASCIMENTO, 2017). O atendimento as vítimas de violência, principalmente entre adolescentes e jovens, requer um trabalho integrado, intersetorial e multidisciplinar, a fim de dar suporte tanto à vítima, quanto a sua família. Dentre os dispositivos que integram a Rede de atenção à Saúde a estas vítimas de violência, tem-se o conselho tutelar, promotoria, juizado da infância e adolescência, escolas e os serviços de saúde (GONÇALVES, et al, 2015).

Os aspectos relacionados à violência devem ser trabalhados em rede e os profissionais que atuam diretamente neste cenário, devem ter um suporte emocional, para que consigam agir frente aos mais diferentes sentimentos que são inerentes ao cuidado prestado (PEDROSA, MOURA, 2016).

O princípio da cooperação é essencial para que se trabalhem os aspectos relacionados com a violência (SIQUEIRA, 2016). Neste viés, enfatiza-se a necessidade da interação dos serviços, através da criação de vínculos entre os serviços a fim de realizar o atendimento em rede aos pacientes vitima de violência e desta forma estabelecer medidas que visem minimizar este contexto (GONÇALVES, et al, 2015).

O atendimento as vítimas de violência, principalmente entre adolescentes, requer um trabalho integrado, intersetorial e multidisciplinar, a fim de dar suporte tanto à vítima, quanto

a sua família. Dentre os dispositivos que integram a rede de atenção a estas vítimas de violência, tem-se o conselho tutelar, promotoria, juizado da infância e adolescência, escolas e os serviços de saúde (GONÇALVES, et al, 2015).

Deste modo, destaca-se a importância de identificar a rede de assistência ao paciente vítima de violência nos locais de maior incidência dos casos, a medida que a criação de um fluxo de atendimento que tenha como proposta, o trabalho em rede é fundamental para que se consiga enfrentar a violência dentro do contexto da saúde pública, porém é preciso que este trabalho seja exercido de forma a integrar os diferentes níveis de atenção a saúde (EGRY; APOSTOLICO; MORAIS, 2018).

4. PERCURSO METODOLÓGICO

A pesquisa foi realizada em duas etapas. A primeira etapa foi descritiva, retrospectiva, documental e de abordagem quantitativa e a segunda constituiu-se de uma pesquisa descritiva, exploratória com abordagem qualitativa.

Tornou-se necessário a realização destes dois momentos para que fosse possível alcançar os objetivos propostos. A fase quantitativa da pesquisa possibilitou analisar as características do atendimento às vítimas de violência física, a partir dos boletins realizados pelas equipes do Serviço de Atendimento Móvel de Urgências em município no sul do Brasil. A fase qualitativa, por sua vez, somou à pesquisa, no sentido de tornar possível conhecer a assistência à saúde às vítimas de violência física, nos bairros de maior índice, a partir do trabalho do enfermeiro e o funcionamento da Rede de Atenção à Saúde. Deste modo, foi possível extrair o maior número de informações possíveis, a fim de enriquecer a pesquisa e contribuir socialmente com os resultados apresentados.

Neste sentido, para melhor entendimento do leitor, a metodologia da pesquisa será apresentada da seguinte forma:

4.1 ETAPA I: ABORDAGEM QUANTITATIVA

4.1.1 Delineamento da pesquisa

A pesquisa teve característica analítica, uma vez que observou o fato a ser investigado (boletins de atendimento), registrou os dados obtidos, analisou, classificou e interpretou os mesmos, sem interferência do pesquisador (RODRIGUES, 2007).

A pesquisa enquadrou-se como retrospectiva, pois utilizou dados de atendimentos efetuados em anos anteriores. (FONTELLES, et al, 2009).

Foram analisados documentos públicos (boletins) dos atendimentos realizados pelas equipes do SAMU em um município do Sul do Brasil. O uso destes documentos possibilitou extrair informações fundamentais para que se conseguisse uma maior compreensão do objeto estudado (SA-SILVA, 2009).

A pesquisa documental possibilita demonstrar a evolução histórica de um problema a partir do conhecimento das informações documentais reunidas (CHIZZOTTI, 2018).

A pesquisa quantitativa possibilita retratar a realidade a ser estudada, de modo claro e objetivo, principalmente quando realizada de forma exploratória, pois permite que o problema em questão se torne familiar (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

4.1.2 Local da Pesquisa

O estudo foi realizado no setor responsável pelo Núcleo de Educação em Urgências (NEU) e pelo Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva (NUMESC), localizados na sede da Secretaria de Saúde de um município no sul do Brasil. Neste local, se encontram os boletins de atendimentos do SAMU, catalogados por ano.

O Núcleo de Educação em Urgências foi fundado no ano de 2013 através do decreto municipal nº 12052/2013 e é reconhecido como o 1º Centro de Educação Permanente do interior do estado do Rio Grande do Sul (RS) habilitado a capacitar profissionais de saúde que desempenham funções voltadas ao setor de Urgência e Emergência. O Núcleo de Educação em Urgências está inserido no Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva, que é um programa da Secretaria Estadual de Saúde do RS e objetiva descentralizar as ações em educação para os municípios, a fim de contemplar as especificidades locais (SES, 2016).

4.1.3 População e amostra

Foram investigados os boletins de atendimento do SAMU, as vítimas de algum tipo de violência física em um município do Sul do Brasil.

Inicialmente, para realizar o cálculo do tamanho da amostra dos atendimentos às vítimas de violências que são efetuados pelas equipes do SAMU, solicitou-se a coordenação do serviço, informações referentes ao quantitativo mensal de atendimentos e a prevalência dos casos de violência registrados em um mês aleatório.

Utilizou-se o Programa StatCalc Epi InfoTM 7.2.2.6, no qual, empregando-se um nível de confiança de 95% e uma margem de erro amostral de 5%, estimou-se uma amostra mínima de 219 boletins para a realização da pesquisa.

Foram incluídos na amostra, todos os boletins, de atendimentos realizados pelas equipes do SAMU entre o período de 2013 e 2017 que caracterizaram atendimentos às vítimas de violência física. Foram excluídos os boletins de atendimentos que se apresentaram

illegíveis. Dessa forma, foram analisados 25.457 boletins e após aplicados os critérios de inclusão e exclusão, obteve-se uma amostra final de 1.201 boletins.

4.1.4 Coleta de Dados

A coleta de dados ocorreu por meio da leitura e análise dos boletins de atendimento gerados entre os anos de 2013 e 2017 pelas equipes do SAMU. Após, foram filtrados todos os documentos que caracterizaram algum tipo de violência física.

A coleta da etapa quantitativa ocorreu de outubro à dezembro de 2018 e seguiu um instrumento estruturado em cinco blocos que corresponderam a: dados pessoais de identificação do paciente (sexo, idade, etc.), tipos de violências físicas (agressão, ferimento por arma de fogo, ferimento por arma branca e outros), dados referentes ao atendimento (bairro, horário do atendimento, dia da semana, desfecho, etc.), Conduta das equipes (oximetria, administração de oxigênio, punção venosa, etc.) e avaliação clínica (Segmento Corporal Atingido, etc.) (APENDICE A). A coleta de dados foi realizada pela mestranda, com auxílio de uma bolsista do grupo de pesquisa, previamente orientada, mantendo desta forma uniforme o padrão de coleta.

4.1.5 Análise de dados

Os dados foram organizados por meio da dupla digitação para compor um banco de dados, realizado através de uma planilha no programa Microsoft Excel® for Windows XP®, versão 2010. Após os dados foram transferidos para o *Software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 21. Foi realizada análise estatística descritiva simples para a identificação da frequência absoluta e percentual de dados para as seguintes variáveis: sexo, idade, bairro, dias da semana e ano do atendimento e o Teste de Kolmogorov- Smirnov para a verificação da normalidade dos dados ($p=0,000$), identificando a sua assimetria.

O Teste de Kruskal- Wallis foi utilizado para verificação de diferença estatística entre o tipo de violência e faixa etária, assim como, entre tipo de violência e Segmento Corporal Atingido, sendo realizado logo após o mesmo teste par a par, para verificar as diferenças entre os grupos. Utilizou-se o Teste Qui-quadrado para identificar a existência de associações entre as principais condutas adotadas pelas equipes e os tipos de violência física sofridos pelas

vítimas, assim como, entre desfecho e tipo de violência. Em todos os testes aplicados utilizou-se como nível de significância $p < 0,05$.

4.2 ETAPA II: ABORDAGEM QUALITATIVA

4.2.1 Delineamento da pesquisa

A segunda etapa da pesquisa foi descritiva, exploratória e de abordagem qualitativa e teve por objetivo aprofundar a temática, apresentando na íntegra, as interfaces que permeiam o paciente vítima de violência física.

Para Gray (2012), a pesquisa descritiva visa desenhar um panorama geral da situação que está sendo estudada, podendo apenas descrever o problema ou ainda, seguir uma normativa capaz de realizar inter-relações entre os agentes envolvidos.

Nesta fase da pesquisa, pretendeu-se explorar ao máximo o contato com os enfermeiros que foram entrevistados. A pesquisa exploratória é extremamente importante quando se quer conhecer um fenômeno através de questionamentos feitos a especialistas em campo (GRAY, 2012).

A pesquisa qualitativa recebe um viés naturalístico, uma vez que é realizada no local de ocorrência do problema, identificado pelo pesquisador, a partir do contato direto com os personagens que compõem o cenário a ser estudado (LUDKE; ANDRÉ, 2012).

4.2.2 Local da pesquisa

A pesquisa foi realizada em quatro Unidades Básicas de Saúde e dez Unidades Básicas de Saúde da Família, dos cinco bairros identificados como os que apresentam maiores índices de vítimas de violência física atendidos pelo SAMU, de um município do Sul do Brasil. Estes bairros foram definidos a partir da realização da primeira etapa da pesquisa (etapa quantitativa).

Estas unidades estão localizadas em bairros centrais e de periferia do município e estão vinculadas a Superintendência da Atenção Básica da Secretaria da Saúde, compondo a Rede de Atenção a Saúde municipal.

4.2.3 Participantes da Pesquisa

Participaram da pesquisa, 14 enfermeiras, quatro que desenvolvem o trabalho em Unidades Básicas de Saúde e dez em Unidades Básicas de Saúde da Família. Foram incluídos na pesquisa todas as participantes que desempenham suas atribuições em regime estatutário, lotadas nos bairros identificados como de maior incidência de casos de violência física que geraram atendimentos do SAMU.

Os critérios de exclusão da pesquisa foram: as enfermeiras que se encontravam afastadas por motivo de férias ou qualquer tipo de licença.

4.2.4 Coleta de Dados

A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista com instrumento semiestruturado com questões fechadas para identificação dos participantes como idade, sexo, titulação, etc. e questões abertas que abordaram a temática principal como o conhecimento dos profissionais quanto aos índices de violência do bairro, ações preventivas de saúde, etc. (APÊNDICE B).

A coleta de dados foi realizada nos meses de janeiro e fevereiro de 2019 pela mestranda e objetivou conhecer a assistência à saúde às vítimas de violência física, nos bairros de maior índice, a partir do trabalho do enfermeiro e o funcionamento da Rede de Atenção à Saúde.

Para isso, todas as entrevistas foram previamente agendadas com as enfermeiras e solicitado que fosse disponibilizado uma sala apropriada para a realização da entrevista, visando à privacidade do entrevistado, bem como evitar interrupções constantes. A entrevista foi gravada em áudio e posteriormente transcrita.

Os objetivos estavam claros e bem delimitados e o pesquisador possuía domínio da temática e do contexto na qual estava realizando a entrevista passando desta forma, segurança ao entrevistado (DUARTE, 2004).

4.2.5 Análise dos dados

Após coletados os dados com os enfermeiros trabalhadores da rede, foram realizadas transcrições de todas as entrevistas realizadas. Para análise utilizou-se a análise de conteúdo proposta por Bardin (2011). Para o autor, a análise de conteúdo contempla a análise da informação através de um conjunto de técnicas que englobam o quantitativo de pessoas e a

natureza da mensagem dita. Para que a análise seja válida, é imprescindível que sejam seguidas as seguintes regras: homogeneidade, exaustão, exclusividade, objetividade e pertinência.

Seguindo as ideias de Bardin (2011), a análise dos dados seguiu quatro etapas, descritas a seguir:

1ª etapa (Pré- análise): Nesta etapa foi realizada a leitura do material e coleta dos dados para análise;

2ª etapa (Análise exploratória): Fase de codificação dos dados, na qual foram esgotados todos os dados de forma exaustiva;

3ª etapa (Interpretação dos dados): Neste momento, foi realizado a análise da informação e mensagens obtidas nas falas dos enfermeiros entrevistados;

4ª etapa (Fundamentação teórica): Fase de argumentação e discussão dos resultados obtidos;

A partir da análise emergiram três categorias: O (des) conhecimento dos índices de violência física e os fatores de risco identificados pelas enfermeiras nos bairros que atuam; Ações realizadas pelas enfermeiras e equipes da UBS/UBSF, frente aos casos de violência física nos bairros de maior índice; Assistência às vítimas de violência física e a Rede de Atenção à Saúde.

4.3 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa fez parte de um macroprojeto intitulado de “O paciente vítima de violência física atendido pelo SAMU Rio Grande- RS”. Conforme a Resolução nº 466 de 12 de Dezembro de 2012 (BRASIL, 2012), foram respeitados todos os preceitos éticos exigidos para pesquisas com seres humanos. Foram ainda, entregues aos participantes que compuseram a segunda fase da pesquisa, um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C), o qual foi minuciosamente detalhado sobre o objetivo da pesquisa, justificativa para a sua aplicação, bem como a metodologia utilizada, permitindo que os mesmos pudessem retirar a sua participação a qualquer instante, sem prejuízo algum. Como forma de garantir o anonimato, os participantes serão identificados da sigla ENF, de enfermeira, acrescido de uma sequência cronológica de análise das entrevistas (ENF 1, ENF2, ENF3...), garantindo desta forma o anonimato dos participantes.

Os aspectos éticos foram mantidos no decorrer de toda a realização da pesquisa. Tendo em vista, que o conteúdo estudado envolve dados sigilosos, houve uma preocupação durante todo o desenvolvimento do trabalho em manter o anonimato dos pacientes contidos nos boletins de atendimentos, bem como dos enfermeiros que foram entrevistados. A pesquisa seguiu todos os padrões éticos exigidos e foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde (CEPAS) da Universidade, obtendo aprovação conforme CAAE: 90846618.4.0000.5324 (ANEXO A). Foi submetido também ao Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva do município onde foi realizada a pesquisa, obtendo parecer favorável (ANEXO B).

4.3.1 Declaração quanto ao destino do material coletado

Os dados coletados, bem como as gravações realizadas e os consentimentos assinados pelos enfermeiros participantes permanecerão armazenados por um período de cinco anos, para assegurar e validar a pesquisa. De forma a garantir o total sigilo destes dados, os mesmos estão lacrados e arquivados na Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande sob a responsabilidade da pesquisadora responsável Laurelize Pereira Rocha. Os pesquisadores assinaram um Termo de Compromisso para Utilização de Dados na qual consta que as informações obtidas foram utilizadas exclusivamente para a realização desta pesquisa (ANEXO C).

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e a discussão da pesquisa serão apresentados neste capítulo, por meio de dois artigos científicos que foram construídos a partir dos objetivos desta dissertação. O primeiro artigo intitulado “ Os atendimentos do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência às vítimas de violência física.” buscou analisar as características do atendimento às vítimas de violência física, a partir dos boletins realizados pelas equipes do SAMU em município no sul do Brasil e foi elaborado nas normas do periódico científico Revista Texto & Contexto Enfermagem– Qualis A2, as quais estão disponíveis online em <http://www.scielo.br/revistas/tce/pinstruc.htm>.

O segundo artigo intitulado “Enfermeiras e a Rede de Atenção à Saúde na assistência às vítimas de violência física” objetivou conhecer a assistência à saúde às vítimas de violência física, nos bairros de maior índice, a partir do trabalho do enfermeiro (a) e o funcionamento da Rede de Atenção à Saúde, o qual foi elaborado nas normas do periódico científico Revista Brasileira de Enfermagem (REBEN) – Qualis A2, as quais estão disponíveis online em: <http://www.scielo.br/revistas/reben/pinstruc.htm>

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados da pesquisa, na qual foram apresentados por meio de dois artigos, conclui-se que os objetivos propostos foram alcançados, uma vez que se conseguiu analisar as características do atendimento que é prestado pelo SAMU às vítimas de violência, bem como conhecer a assistência às vítimas de violência física e o funcionamento da Rede de Atenção à Saúde a partir do trabalho das enfermeiras.

Deste modo, no primeiro artigo verificou-se que o atendimento do SAMU no que se refere as vítimas de violência física é caracterizado por atender com maior frequência os jovens do sexo masculino. O principal tipo de violência física atendido são as agressões, seguido dos ferimentos por arma de fogo e ferimentos por arma branca e ocorrem preferencialmente a noite aos finais de semana, principalmente aos domingos, seguidos de sábados e sextas-feiras. Quanto ao desfecho dos casos, a maioria das vítimas são encaminhadas ao hospital. Identificou-se também que ao longo dos anos houve redução dos índices de violência física no município, chamando a atenção os índices de atendimentos de violência no Centro.

Foram verificadas diferenças estatisticamente significativas entre os tipos de violência física e o segmento corporal atingido e identificou-se associação significativa entre as condutas que foram adotadas pelas equipes e os tipos de violência sofridos pelas vítimas. Neste sentido, destaca-se como principais condutas realizadas pelas equipes, a verificação de oximetria, seguidos de uso de colar cervical e maca rígida para imobilização das vítimas. Em relação ao segmento corporal atingido, a região da cabeça e pescoço foi a mais atingida.

No segundo artigo, identificou-se que a grande maioria das enfermeiras desconhece os índices de violência que ocorrem nos bairros em que trabalham, acarretando sentimentos de angústia e medo em relação ao impacto que esta falta de conhecimento pode gerar na sua assistência.

As enfermeiras atribuíram os altos índices de violência física, às questões relacionadas ao tráfico e ao uso de drogas como principais fatores, seguido das questões socioeconômicas como desemprego, baixa escolaridade e desinformação.

Quanto as ações realizadas pelas equipes às vítimas de violência física nos bairros de maior índice, percebeu-se que muitas enfermeiras associam ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família, o manejo do paciente vítima de violência física, além de atrelar a outros profissionais da saúde, a resolução do atendimento a estas vítimas. No entanto, também foi possível perceber que algumas enfermeiras se apropriam da condução do atendimento às vítimas de violência física.

A maioria das equipes das Unidades de Saúde localizadas nos bairros de maior índice de violência, não desempenham nenhuma atividade preventiva, muito embora as enfermeiras entendam que a educação em saúde é uma das principais contribuições da Enfermagem capazes de reduzir os índices de violência física.

Foi verificado na pesquisa que a estrutura física inadequada e a insuficiência de recursos humanos, assim como a alta demanda e sobrecarga de trabalho são os principais obstáculos para as enfermeiras desempenharem ações que venham a minimizar os índices nos bairros em que trabalham.

Identificou-se também que as enfermeiras, na sua grande maioria, desconhecem a diferença entre os serviços de apoio existentes na comunidade e a Rede de Atenção à Saúde, porém demonstraram descontentamento com a contra-referência dos pacientes atendidos, identificando problemas relacionados ao funcionamento da Rede de Atenção à Saúde.

Sendo assim, conclui-se que a pesquisa contribuiu para que a temática da violência física receba maior atenção por parte das equipes de saúde, seja através de capacitações, formação e conscientização sobre a importância de desenvolver ações que minimizem estes índices, seja no campo da Urgência e Emergência ou na Atenção Básica. Neste sentido, chegou-se ao entendimento que a Enfermagem é indispensável na condução do atendimento aos casos de violência e que são inúmeras as ações que podem e devem ser realizadas de modo que a vítima tenha um atendimento de qualidade, porém, é preciso que os profissionais que atuam na ponta, convivendo diariamente com as situações de violência física, seja nas Unidades de Saúde ou ambulâncias do SAMU, busquem o conhecimento e o preparo adequado para exercer um trabalho estruturado e eficaz.

No que diz respeito aos gestores, compreende-se que a pesquisa conseguiu apresentar obstáculos identificados pelos enfermeiros que acabam impedindo que ações sejam feitas em

relação a prevenção da violência, tais como exposição equivocada dos profissionais, estrutura inadequada e recursos humanos insuficientes. Além disso, apresentou características do atendimento das violências, possibilitando que medidas sejam tomadas a fim de reduzir estes índices.

A Enfermagem desempenha papel fundamental de orientação e educação em saúde, mas para que isso seja possível, é preciso que entenda seu lugar dentro da Rede de Atenção em Saúde e nas equipes multiprofissionais, conseguindo identificar e conduzir corretamente os casos de violência física.

Por fim, entende-se que a pesquisa teve relevância social, uma vez que pode apresentar dados que serão facilitadores de planejamento de ações em saúde, melhorando os índices de violência a nível municipal e consequentemente a qualidade do atendimento prestado.

REFERÊNCIAS

- ABREU, F.S.et al. Perfil epidemiológico das agressões por arma de fogo e arma branca no interior da Bahia. **Rev.Saúde.Com**, v.10, n.04, p. 360-67, 2014.
- ALÉRIO, A.L.R.; NASCIMENTO, W.F. Drogas, direitos humanos e bioética: dupla vulnerabilidade do usuário de drogas em situação de rua. **Rev.latinoam.bioet**, vol. 17 , n. 2, p. 63-75, 2017.
- ALMEIDA, P.M.V.et al.Análise dos atendimentos do SAMU 192: Componente móvel da rede de atenção às urgências e emergências. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem [en lineal]**, v.20,2016. Disponível em :<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127745723012>>
- ALVIM, C.C.E.; SOUZA, M.M.T.;GAMA, L.N.; PASSOS, J.P. Relação entre processo de trabalho e adoecimento mental da equipe de enfermagem. **Revista Fluminense de Extensão Universitária**. Vol.07, n.01, p.12-16, 2017.
- ARRUDA, C.; LOPES, S.G.R.; KOERICH, M.H.A.L.; WINCK, D.R.; MEIRELLES, B.H.S., MELLO, A.L.S.F. Redes de atenção à saúde sob a luz da teoria da complexidade. **Esc Anna Nery**. Vol 19, n.01, p. 169-173, 2015.
- AVANCI,J.Q.; PINTO,L.W.; ASSIS, S.G. Atendimento dos casos de violência em serviços de urgência e emergência brasileiros com foco nas relações intrafamiliares e nos ciclos de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol.22, n.09, p. 2825-2840, 2017.
- BALTIERI, D.A. Predictors of drug use in prison amongwomen convicted of violent crimes. **Criminal Behaviour and Mental Health**, v.24, p.113–28, 2014.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. 1. ed. São Paulo: Martins Fontes, vol 70, p.09-223, 1977.
- BERNARDINO, I.M.; BARBOSA, K.G.N.; NÓBREGA, L.M.; CAVALCANTE, G.M.S.; FERREIRA, E.F.; D'ÁVILA, S. Violência interpessoal, circunstâncias das agressões e padrões dos traumas maxilofaciais na região metropolitana de Campina Grande, Paraíba, Brasil (2008-2011). **Ciênc. saúde colet**. vol. 22, n.9,2017.
- BERTONI, N.; BASTOS, F.I. Quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Perfil sociodemográfico e comportamental destes usuários: resultados de uma pesquisa de abrangência nacional.**Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica, Fiocruz**, 2014.
- BEURAN, M. et al. Prehospital Trauma Care: a Clinical Review. **Chirurgia**, vol.107, n.05,p.564-70, 2012.
- BORGES, L.S.; ALENCAR, H.M. ORIGINAL RESEARCH. Violências no cenário brasileiro: fatores de risco dos adolescentes perante uma realidade contemporânea. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum**. vol.25 ,n.2, 2015.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução N° 466/ 2012 de 12 de dezembro de 2012. Regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 13 de junho de 2013. Vigilância de Violência e Acidentes (VIVA), 2011 Vigilância de Violência e Acidentes (VIVA), 2011 Vigilância de Violência e Acidentes (VIVA), 2011 Seção 1, p.59.

_____. Presidência da República. **Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007**. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências.

_____. Lei nº 8.069, de 13 de Julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília,DF, 16 jul 1990. Seção 1, p. 13563.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)**. 2012.

_____. Presidência da República. **Lei nº 13.431 de 04 de abril de 2017**. Estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente).

_____, Ministério da Saúde.Gabinete do Ministro. Portaria nº 737 de 16 de maio de 2001. Aprova a Política Nacional de redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência. **Diário Oficial da União**, Brasília,DF, 18 de maio de 2001. Seção 1e.

_____.Ministério da Saúde.Gabinete do Ministro.Portaria 2048 de 05 de novembro de 2002. Aprova, na forma do Anexo desta Portaria, o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. **Diário Oficial da União**, Brasília,DF, 12 nov 2002. Seção 1, p. 32-54.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 1863 de 29 de Setembro de 2003**. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as Unidades federadas, respeitando as competências das três esferas de gestão.

_____. Ministério da Saúde.Gabinete do Ministro.Portaria 1864 de 29 de setembro de 2003. Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU- 192. Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU- 192. **Diário Oficial da União**, Brasília,DF, 06 de outubro de 2003. Seção 1, p.57.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada **Regulação médica das urgências**. Série A. Normas e Manuais Técnicos Brasília, 2006.

_____.Ministério da Saúde.Gabinete do Ministro.. Portaria 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do

Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília,DF, 31 de dezembro de 2010. Seção 1,p.88.

_____. Ministério da Saúde.Gabinete do Ministro . Portaria nº.104 de 25 de Janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília,DF, 26 de janeiro de 2011. Seção 1,p.37.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada . **Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, DF, 2013.

_____.Ministério da Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e Outras Estratégias da SAS**. Brasília, 2014.

_____. Ministério da Saúde.**Vigilância de Violência e Acidentes (VIVA)**. Brasília, DF, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 2.395 de 11 de outubro de 2011. Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**.2013.

BUSANA, J.A.; HEIDEMANN, I.T.S.B.; WENDHAUSEN, A.L.P. Participação popular em um conselho local de saúde: limites e potencialidades. **Texto Contexto Enferm**, vol.24, n.02, p. 442-9, 2015.

BUTLER,K.et al. Estimating prevalence of drug and alcohol presentations to hospital emergency departments in NSW, Australia: impact of hospital consultation liaison services. **Public Health Research & Practice**. Vol.26, n.04, 2016.

CARNUT,L. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. **Saúde debate**. Vol.41, n. 115, p.1177-1186, 2017.

CARVALHO, A.P.et al. Consumo de álcool e violência física entre adolescentes: quem é o preditor? **Ciênc. Saúde Colet**. Vol. 22, n.12, 2017.

CERQUEIRA,D.; LIMA, R.S.; BUENO, S.; NEME, C.; FERREIRA ,H.; COELHO, D. et al. **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada- IPEA**. Atlas da Violência 2018.

CIANTELLI, G.L.et al.Vítimas de Ferimentos . Arma de Fogo atendidas pelo SAMU-Sorocaba. **Rev. Fac. Ciênc. Méd.** Sorocaba, v. 15, n. 2, 2013.

CHANG, Y. et al. Child protection medical service demonstration centers in approaching child abuse and neglect in Taiwan. **Medicine**. Vol. 95, n.44, 2016.

CHAPARRO-NARVÁEZ, P.; COTES- CANTILLO, K.; LEÓN-QUEVEDO, W.; CASTAÑEDA-ORJUELA, C. Mortalidad por homicidios en Colombia, 1998-2012. **Biomédica**, vol. 36, p. 572-82, 2016.

COFEN. **Resolução COFEN-240/2000** – Revogada pela Resolução COFEN-311/2007. Aprova o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e dá outras providências.

COFEN. **Resolução COFEN-358/2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências.

CONCEIÇÃO, A.S.; SANTANA, E.S.; BARBOSA, M.D.; HORA, N.M.; SANTOS, J.B.; PAZ, M.J.J.; SILVA, T.O. Ações da enfermeira na visita domiciliar da atenção básica. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**. Vol. 20, 2019.

CORDEIRO, R. et al. Violência urbana é a maior causa de acidente de trabalho fatal no Brasil. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo. Vol.51, 2017.

COSTA, D.F.; GUEDES, D.P.; JUNIOR, J.A.L.R.J.; SILVA, R.M.S. Atividades do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar, com ênfase na Unidade de Suporte Básico (USB) do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) de Macapá. **Revista Madre Ciência Saúde**, vol 1, nº1, 2016.

CUNNINGHAM, R.M. et al. Violent Reinjury and Mortality Among Youth Seeking Emergency Department Care for Assault-Related Injury. **JAMA Pediatr**. Vol 169, n.1, p.63-70, 2015.

DHAFFALA, A. et al. Demographic profile and epidemiology of injury in Mthatha, South Africa. **African Health Sciences**, Vol 13, n.04, 2013.

DIAS, J.M.C. et al. Perfil do Atendimento do Serviço Pré-hospitalar Móvel de Urgência Estadual. **Rev. Cogitare Enfermagem**. Vol21, n.01, 2016.

DUARTE, R. Entrevistas em pesquisas qualitativas. **Educar**, Curitiba, n. 24, p. 213-25, 2004.

DRUMOND, E.F.; SOUZA, H.N.F.; HANG-COSTA, T.A. Homicídios, álcool e drogas em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2000-2009. **Epidemiol. Serv. Saúde**. Vol 24, n.04, 2015.

EGRY, E.Y.; APOSTOLICO, M.R.; MORAIS, T.C.P. Notificação da violência infantil, fluxos de atenção e processo de trabalho dos profissionais da Atenção Primária em Saúde. **Ciênc. saúde colet**. Vol. 23, n.01, 2018.

FALKENBERG, M.B; MENDES T.P.L.; MORAES E.L.; SOUZA, E.M. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciênc. saúde coletiva**. Vol.19, n.03, 2014.

FIORATI, R.C.et al.As rupturas sociais e o cotidiano de pessoas em situação de rua: estudo etnográfico. **Rev. Gaúcha Enferm**. Vol 37, 2017.

FONTELLES, M.J.et al. Metodologia da Pesquisa Científica: Diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa. **Revista Paraense de Medicina**. Vol 33, n.03, 2009.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública**. 2018.

FRANÇA, S.P.S.; MARTINO, M.M.F. Atendimento pré-hospitalar como estratégia de promoção de saúde pública: revisão integrativa. **J Nurs UFPE on line**. Vol. 07, n.04,p.1225-33, 2013.

FREITAS, R.A.G.; COSTA, I.K.F.; DANTAS, R.A.N.; LEITE,J.E.L.; DANTAS, D.V.; TORRES,G.V. Perfil dos casos de violência socorridos por um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência Estadual. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**. Vol.19, n.02, p.06-14, 2017.

GADEA, C.A.; SILON,J.; ROSA, F.S.; CEZAR, M.S.; DICK, H. Trajetórias de jovens em situação de vulnerabilidade social: sobre a realidade juvenil, violência intersubjetiva e políticas para jovens em Porto Alegre – RS. **Sociologias**, Porto Alegre, vol.19, n.45, p.258-299, 2017.

GARBIN, C.A.S.et al. Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento. **Ciência & Saúde Coletiva**. Vol. 20, n.06, p.1879-90, 2015.

GARCIA, L.P.et al. Violência doméstica e familiar contra a mulher: estudo de casos e controles com vítimas atendidas em serviços de urgência e emergência. **Cad. Saúde Pública**. Vol. 32, n.04, 2016.

GAZIGNATO, E.C.S.; CASTRO E SILVA, C.R. Saúde mental na atenção básica: o trabalho em rede e o matriciamento em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família. **Rev.Saúde debate**. Vol.38, n.101, p.296-304, 2014.

GERHARDT, T.E.; SILVEIRA, D.T. Métodos de pesquisa / [organizado por] Tatiana Engel Gerhardt e Denise Tolfo Silveira ;coordenado pela Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e pelo Curso de Graduação Tecnológica – **Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS**. – Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GOMES, A.T.L.et al.Perfil epidemiológico das emergências traumáticas assistidas por um serviço pré-hospitalar móvel de urgência. **Enferm. glob**. Vol.16, n.45, 2017.

GONÇALVES, C.F.G.; SILVA, L.M.P.; PITANGUI, A.C.R. Rede de atendimento ao adolescente em situação de violência: percepções dos profissionais de saúde. **Rev.Eletronica de Enfermagem**. Out,2015. Disponível em <http://revistas.ufg.br/fen/article/view/33042>

GONÇALVES, H.C.B.; QUEIROZ, M.R.; DELGADO, P.G.G. Violência urbana e saúde mental: desafios de uma nova agenda? **Fractal: Revista de Psicologia**, vol. 29, n.01, 2017.
GRAY, D.E. Pesquisa no mundo real. 2ªed. **Editora Penso**, p.36, 2012.

GROSSI, P.K.et al. O enfrentamento à violência sexual contra crianças e adolescentes: desafios à Intersetorialidade. Disponível em ebooks.pucrs.br/edipucrs/anais/sipinf/edicoes/I/38.pdf. Acesso em 20/09/16.

HALPERN,S.C.; et al.Vulnerabilidades clínicas e sociais em usuários de crack de acordo com a situação de moradia: um estudo multicêntrico de seis capitais brasileiras. **Cad. Saúde Pública**. vol. 33, n.06, 2017.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Óbitos por causas externas - homicídio - Taxa de mortalidade específica (TME)**, 2010. Disponível em <https://seriesestatisticas.ibge.gov.br/series.aspx?no=2&op=1&vcodigo=MS4&t=obitos-causas-externas-homicidio-taxa-mortalidade> . Acessado em 27 de maio de 2018.

JAITMAN,L.; TORRE,I. Os custos do crime e da violência: Novas evidências e constatações na América Latina e Caribe. Parte I: Estimativas dos custos diretos do crime e da violência. **Banco Interamericano do Desenvolvimento**. Laura Jaitman, editora, 2017. Disponível em https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/8133/Os-custos-do-crime-e-da-violencia_novas-evidencias-e-constatacoes-na-America-Latina-e-Caribe.pdf?sequence=9 . Acessado em 17 de fevereiro de 2018.

KONDER, M.T.; O'DWYER, G. As Unidades de Pronto-Atendimento na Política Nacional de Atenção às Urgências. **Physis**. Vol. 25, n.02, 2015.

LAGE, C.E.B.; ALVES, M.S. (Des)valorização da Enfermagem: implicações no cotidiano do Enfermeiro. **Enferm. Foco**, vol.7, n.3/4, p.12-16, 2016.

LAGE, C.E.B.; ALVES, M.S. Debatendo a valorização da enfermagem: a voz dos enfermeiros da atenção primária à saúde. **Rev enferm UFPE on line**. Vol.11, n.03, p. 1381-7, 2017.

LIMA, L.A.A.et al. Marcos e dispositivos legais no combate à violência contra a mulher no Brasil. **Revista de Enfermagem Referência**. Vol. 04, n.11, 2016.

LOGAN, J.E.; HAILEYESUS, T.; ERTL, A.; ROSTAD,W.L.; HERBST,J.H. Nonfatal Assaults and Homicides Among Adults Aged ≥ 60 Years — United States, 2002–2016. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, vol.68,p.297–302, 2019.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M.E.D.A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 2012.

MADEIRA, L.M.; RODRIGUES, A.B. Novas bases para as políticas públicas de segurança no Brasil a partir das práticas do governo federal no período 2003-2011. **Rev.Adm.Pública**, vol.49, nº1, p.3-2, 2015.

MAGALHÃES, J.R.F.et al. Violência intrafamiliar: vivências e percepções de adolescentes. **Esc Anna Nery** . Vol. 21, n.01, 2017.

MALTA, D.C.et al. Atendimentos por acidentes e violências na infância em serviços de emergências públicas. **Cad. Saúde Pública**. Vol. 31, n.05, p.1095-1105, 2015.

MALTA,D.C.et al.Violências contra adolescentes nas capitais brasileiras, segundo inquérito em serviços de urgência. **Ciênc. Saúde Colet**. Vol. 22, n.09, 2017.

MALTA, D.C.; NAGHAVI, M. Mortalidade e anos de vida perdidos por violências interpessoais e autoprovocadas no Brasil e Estados: análise das estimativas do Estudo Carga Global de Doença, 1990 e 2015. **Rev. Bras. Epidemiol**. Vol.20, 2017.

MELO,A.C.M.; GARCIA, L.P. Atendimentos de jovens vítimas de agressões em serviços públicos de urgência e emergência,2011: diferenças entre sexos. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**. vol. 22, n.04, 2017.

MELO, A.C.M.; SILVA, G.D.M.; GARCIA, L.P. Mortalidade de homens jovens por agressões no Brasil, 2010-2014: estudo ecológico. **Cad. Saúde Pública**, vol.33, n.11, 2017.

MONTEIRO, L.F.V.; SILVA, D.R.; MACEDO, M.A. Monopólio Estatal da Violência. **Revista Interfaces- Saúde, Humanas e Tecnologia**. vol.03,2015.

MOODLEY, N.B.; CLARKE, D.L.; ALDOUS, C. Current trauma patterns in Pietermaritzburg. **Trauma Surgery**, vol. 53, n.3, 2015.

MOREIRA,J.A. Relação Profissionais de Saúde – Usuários do SUS: Problematizando o Termo “ Ajuda ”. **Rev. Polis e Psique**, vol.07, n.03, p.43-60, 2017.

MOURA, N.A.; MONTEIRO, A.R.M.; FREITAS, R.J.M. Adolescentes usuários de drogas (i)lícitas e práticas de violências. **Rev enferm UFPE on line**. vol.10, n.05, 2016.

NASCIMENTO, M.A.F.; UZIEL, A.P.; HERNÁNDEZ, J.G. Homens jovens em centros de detenção juvenil no Rio de Janeiro, Brasil: gênero, sexualidade, masculinidades e implicações para a saúde. **Cad. Saúde Pública**, vol. 34, n.02, 2018.

NETTO, M.F.V.; DESLANDES, S.F. As Estratégias da Saúde da Família no enfrentamento das violências envolvendo adolescentes. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, 2016.

NEVES, A.C.M.; GARCIA, L.P. Mortalidade de jovens brasileiros: perfil e tendências no período 2000-2012. **Revista Epidemiologia, Serviço e Saúde**, Vol.24, n.04, p. 595-606, 2015.

NUNES, A.J.; SALES, M.C.V. Violência contra crianças no cenário brasileiro. **Rev.Ciênc. saúde colet.**, vol. 21, n.03, 2016.

NUNN, J.; ERDOGAN, M.; GREEN, R.S. The prevalence of alcohol-related trauma recidivism: A systematic review. **Care Injured** . vol.47, p.551-58, 2016.

O'DWYER, G.; KONDER, M.T.; RECIPUTTI, L.P.; LOPES, M.G.M.; AGOSTINHO, D.F.; ALVES, G.F. The process of implementation of emergency care units in Brazil. **Rev. Saúde Pública** . vol. 51, n.11, 2017.

OLIVEIRA, C.D.; MAGALHÃES, E.B. Análise dos homicídios registrados no município de Várzea Grande-MT, anos 2012 a 2014. **RHM** - vol 16 n.01, 2016.

OLIVEIRA, S.N.; RAMOS, B.J.; PIAZZA, M.; PRADO, M.L.; REIBNITZ, K.S.; SOUZA, A. C. Unidade de pronto atendimento – upa 24h: percepção da enfermagem. **Texto Contexto Enferm.** vol.24, n.01, p.238-44, 2015.

OMS. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Cap.I, p.5, 2002.

OTAVIANO, M.D.A.; GONÇALVES, K.G.; PEREIRA, R. C.C.; FELIX, T. A.; DIAS, M.S.A.; OLIVEIRA, E.N. Tecendo Informações sobre o Serviço Pré-Hospitalar: Relato de Experiência. **Rev. SANARE**. vol.15, n.01, 2016.

DAL PAI, D.; LIMA, M.A.D.; ABREU, K. P., ZUCATTI, P.B.; LAUTERT, L. Equipes e condições de trabalho nos serviços de atendimento pré-hospitalar móvel: revisão integrativa. **Rev.Eletronica Enfermagem**.vol.17, n.04, 2015.

PATIAS, N.D.; SILVA, D.G.; DELL'AGLIO, D.D. Exposição de Adolescentes à Violência em Diferentes Contextos: Relações com a Saúde Mental. **Temas em Psicologia** . vol. 24, n.01, 2016.

PEDROSA, C.M.; DINIZ, C.S.G.; MOURA, V. G.A.L. O Programa Iluminar Campinas: a construção de uma política intersetorial e interinstitucional para o enfrentamento da violência como um problema social. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**. vol.21, n.06, 2016.

PEREIRA, A. et al. **Análise de conteúdo de uma entrevista semi-estruturada**, 2011.

PEREIRA, J.S.; MACHADO, W.C.A. Referência e contrarreferência entre os serviços de reabilitação física da pessoa com deficiência: a (des)articulação na microrregião Centro-Sul Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. Vol.26, n.03, p.1033-1051, 2016.

PIVETA, R.T.A.; CARVALHAES, F.F. A Juventude das periferias como alvo da violência: uma análise sobre enunciados difundidos pela sociedade brasileira. **Rev. psicol. polít.**, vol. 17, n.39, 2017.

PMRG- Prefeitura Municipal de Rio Grande. Secretaria de Município da Saúde, 2019. Disponível em www.riogrande.rs.gov.br/saude/index.php

RIBEIRO, A.P.; SOUZA, E.R.; SOUSA, C.A.M. Injuries caused by firearms treated at Brazilian urgent and emergency healthcare services. **Ciência & Saúde Coletiva**. vol.22, n.09, p. 2851-60, 2017.

RIBEIRO, F.M.L.; MINAYO, M.C.S. O papel da religião na promoção da saúde, na prevenção da violência e na reabilitação de pessoas envolvidas com a criminalidade: revisão de literatura. **Ciênc. saúde coletiva**. Vol.19, n.06, 2014.

RIO GRANDE DO SUL. Assembléia Legislativa. **Decreto nº 51.388 de 17 de Abril de 2014**. Institui o Programa Estadual de Policiamento Comunitário, no âmbito da Secretaria da Segurança Pública, e cria Comitê Gestor.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. **Portaria nº 503/2014**. Institui a Política de Redução de Danos para o cuidado em álcool e outras drogas dentro das Políticas Estaduais de Atenção Básica, Saúde Mental e DST/AIDS e redefine as Composições de Redução de Danos.

RIZZINI, I.; LIMONGI, N.S. Percepções sobre violência no cotidiano dos jovens. **R. Katálýsis**. vol.19, n.01, 2016.

ROCHA, E.A.; GUIMARÃES, J.M.; MAIA, L.G.; PAULA, C.R.; LEITE, G.R. Perfil epidemiológico de notificações de todas as formas de violência. **Rev enferm UFPE on line**. vol.08, n.10, p.3401-11, 2014.

RODRIGUES, E.A.S.; TAVARES, R.; MELO, V.H.; SILVA, J.M.; MELO, E.M. Violência e Atenção Primária à Saúde: percepções e vivências de profissionais e usuários. **Rev. Saúde Debate**. vol 42, n.04, p. 55-56, 2018.

SAMPAIO, L.S.; FERREIRA, M.J.S.; SAMPAIO, T.S.O.; SOUZA, W.P.; PRADO, A.P.S.; REIS, L.A. Violência Física em idosos. **Rev. Ciência e Desenvolvimento**. Vol. 10, n.02, 2017.

SAMPAIO, S.S.; RODRIGUES, F.W. Ética e sigilo profissional. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, Vol. 117, p.84-93, 2014.

SANTANA, C.J.; OLIVEIRA, M.L.F. Effects of drug involvement on long-term users' family members. **Rev Rene**. vol.18, n.05, p.671-8, 2017.

SANTOS, L.F.S.; CARDOSO, T.Z.; PEREIRA, M.C.A.; CARDOSO, O.O. A Escola como Dispositivo Social de Promoção da Saúde. **Rev. FSA**. Vol. 16, n.02, p.149-165, 2019.

SANTOS, M.A.F. A geografia dos crimes violentos em Uberlândia- MG. **Revista da Associação Nacional de Pós-graduação e Pesquisa em Geografia (Anpege)**. vol.12, nº.19, p.166-182, 2014.

SANTOS, N.N, SANTOS, G.B. Impacto social da violência urbana. **Revista da FAESF**, vol. n.1, p. 33-44, 2019.

SA-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C.D.; GUINDANI, J.F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**. Ano 01, n.01, 2009. SECRETARIA ESTADUAL DE SAUDE/RS. **Norma Técnica nº.06: Atendimento Pre-hospitalar/SAMU compartilhado com apoio do bravo**; 2013.

SILVA, D. S.; SOUZA, M. M.T. O profissional de resgate e as repercussões emocionais frente ao risco eminente de morte. **Revista Pró-UniverSUS**. vol.04, n.01, p.15-19, 2013.

SILVA, M. C. M.; BRITO, A. M.; ARAÚJO, A.L.; ABATH, M. B. Caracterização dos casos de violência física, psicológica, sexual e negligências notificados em Recife, Pernambuco, 2012. **Rev. Epidemiologia, Serviço e Saúde**. vol.22, 2013.

SILVA, N. C.; NOGUEIRA, L. T. Avaliação de Indicadores Operacionais de um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. **Rev. Cogitare Enfermagem**. vol.17, n.03, 2012.

SIQUEIRA, V.B. Violência Baseada em Gênero: Um fenômeno social de abordagem interdisciplinar. **Rev. Enfermagem UFPE on line**. vol.10, 2016.

SORATTO, J.; PIRES, D.E.P.; TRINDADE, L.L.; OLIVEIRA, J.S.A.; FORTE, E.C.N.; MELO, T.P. Insatisfação no trabalho de profissionais da saúde na estratégia saúde da família. **Texto Contexto Enferm**, Vol. 26, n.03, 2017.

SOUTO, R.M.C.V.et al. Perfil epidemiológico do atendimento por violência nos serviços públicos de urgência e emergência em capitais brasileiras, Viva 2014. **Ciênc. saúde colet**. vol.22, n.09, 2017.

SOUZA,E.R.; MINAYO, M.C.S. Segurança pública num país violento. **Cad.Saúde Pública**, vol.33, n.03, 2017.

TELES,A.S.et al. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) do Estado da Bahia: subfinanciamento e desigualdade regional. **Cad. Saúde Colet**. Vol.25, n.01, p.51-57, 2017.

TOLEDO,L.; GÓNGORA,A.; BASTOS, FIPM. À margem: uso de crack, desvio, criminalização e exclusão social – uma revisão narrativa. **Ciênc. saúde colet**. Vol.22, n.01, 2017.

TRINDADE, R.F.C.; COSTA, F.A.M.M.; SILVA, P.P.A.C.; CAMINITI, G.B.; SANTOS, C.B. Mapa dos homicídios por arma de fogo: perfil das vítimas e das agressões. **Rev. esc. enferm. USP**. Vol 49, n.05, 2015.

TURTE-CAVADINHA, S.L.; TURTE-CAVADINHA, E.; LUZ, A.A.; FISCHER, F.M. A violência psicológica no trabalho discutida a partir de vivências de adolescentes trabalhadores. **Rev. bras. Saúde ocup**. Vol.39, n.130, p.210-23, 2014.

VARELA, D.S.S.; SILVA, M.D.F.; MONTEIRO, C.F.S. Dificuldades de enfermeiros no trabalho com usuários de álcool e outras drogas: revisão integrativa. **Rev enferm UFPE on line**. Vol.9, n.10, p.9576-83, 2015.

VIEIRA, F.S.; PORTELA, N.L.C.; SOUSA, G.C.; COSTA, E.S.; OLIVEIRA, D.E.P.; NEIVA, M.J.L.M. Inter-relação das ações de educação em saúde no contexto da Estratégia Saúde da Família: percepções do enfermeiro. **J. res.: fundam. care. Online**. Vol.9, n.4, p.1139-1144, 2017.

VISENTIN, F.; VIEIRA, L.B.; TREVISAN, I.; LORENZINI, E.; SILVA, E.F. A enfermagem na atenção primária ao cuidar de mulheres em situação de violência de gênero. **Invest. Educ. Enferm.** Vol 33, n. 03, 2015.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da Violência 2016: Mortes Matadas por Arma de Fogo**. Flacso, 2016.

WHO, World Health Organization. **World report on violence and health, 2014**. Disponível em: <<http://www.who.int/topics/violence/en/>>. Acesso em: 19 de nov. 2016.

WHO, World Health Organization. **World health Statistics, 2016**. Disponível em http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/en/ . Acesso em : 23 de novembro de 2016.

WHO, World Health Organization. **World health Statistics, 2018: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals**. Disponível em <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272596/9789241565585-eng.pdf?ua=1&ua=1>. Acesso em 05 de Julho de 2019.

WHO, **World Health Organization**. Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher: Ação e produção de evidência. Disponível em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44350/3/9789275716359_por.pdf?ua=1 . Acesso em 13 de janeiro de 2018.

WONG, J.Y.; CHOI, A.W.; FONG, D.Y.; CHOI, E.P.H.; WONG, J.K.; SO, F.L.; LAU, C.; KAM, C. A comparison of intimate partner violence and associated physical injuries between cohabitating and married women: a 5-year medical chart review. **BMC Public Health** . Vol. 16, n.1207, 2016.



APÊNDICE A

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE ESCOLA DE ENFERMAGEM TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, enfermeira (o), _____ concordo em participar da pesquisa intitulada **“VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA FÍSICA ATENDIDAS PELO SAMU E AS REDES DE ATENÇÃO A SAÚDE EM UM MUNICÍPIO DO SUL DO BRASIL.”** desenvolvido pela enfermeira Fernanda Pires Freire dos Santos, sob orientação da Profª Drª Laurelize Pereira Rocha para fins de realização de Dissertação de Mestrado. Este trabalho tem por objetivo geral, analisar o perfil das vítimas de violência física atendidas pelas equipes do SAMU Rio Grande e por objetivos específicos, mapear os tipos de violência física no município e o desfecho das ocorrências, além de conhecer os serviços de assistência a saúde existentes nos bairros de maior vulnerabilidade para ocorrência de violências no município de Rio Grande- RS. A pesquisa será realizada em duas etapas. A primeira etapa será quantitativa, retrospectiva, documental e exploratória e norteará a segunda etapa, que constitui-se de pesquisa qualitativa, descritiva, exploratória, motivo pela qual será realizada entrevista semi-estruturada, que será gravada para posterior transcrição e análise do conteúdo.

Sendo assim, declaro que fui informada(o) dos objetivos do presente estudo, bem como:

- Da possibilidade de questionamentos com a garantia de obter resposta sobre riscos ou esclarecimentos de eventuais dúvidas, tendo como principal pesquisador, a Enfª Drª Laurelize Pereira Rocha e a Enfª Mestranda Fernanda Pires Freire dos Santos, Fones: (53) 32374607 e (53) 984572066, Emails: laurelize@gmail.com e nandapfreire84@gmail.com;
- Da liberdade de obter respostas a quaisquer dúvidas quanto aos procedimentos, riscos e benefícios da pesquisa;

- De que a minha participação é livre e voluntária e que em caso de dano pessoal, causado diretamente pela pesquisa, serei encaminhado(a) para consulta com psicóloga, contratada pela pesquisadora responsável pelo projeto.
- De que não terei despesa alguma, sendo todos os gastos da pesquisa, custeados pelos pesquisadores responsáveis, inclusive gastos com consultas e exames, caso sejam necessários.
- De que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, deixando de participar do estudo, sem que eu sofra qualquer prejuízo;
- Da garantia de confidencialidade, sendo preservada a minha identidade durante toda a execução da pesquisa;
- De que o material coletado por meio desta entrevista semiestruturada será utilizado apenas nesta pesquisa;
- De que o presente trabalho apresenta como benefícios, a possibilidade de identificar problemas e soluções referentes a temática da violência, contribuindo para a qualificação do processo de trabalho dos enfermeiros.
- De que a pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde (CEPAS) da FURG, localizado no Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr., fone: (53)3237.4652, na qual terei a liberdade de obter esclarecimentos junto a este Comitê.

Assinatura da(o) enfermeiro da Unidade Básica de Saúde

Contato:

Assinatura da pesquisadora responsável

Contato:



APÊNDICE B

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE ESCOLA DE ENFERMAGEM INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

DADOS PESSOAIS		
INICIAIS:		
SEXO:	☐ MASCULINO	☐ FEMININO ☐ NÃO CONSTA
IDADE:	☐ ANOS	☐ MESES ☐ NÃO CONSTA
TIPO DE VIOLÊNCIA FÍSICA		
☐ AGRESSÃO	☐ QUEIMADURA	
☐ FAB	☐ ATROPELAMENTO	
☐ FAF		
☐ OUTRO:		
☐ NÃO CONSTA		
DADOS DO ATENDIMENTO		
ENDEREÇO:		
BAIRRO:		
HORÁRIO DO CHAMADO: ☐ 00:01h- 04h ☐ 04:01- 08h ☐ 08:01- 12h ☐ 12:01- 16h		
☐ 16:01-20h ☐ 20:01-24h		
DIA DA SEMANA: S ☐ T ☐ Q ☐ Q ☐ S ☐ S ☐ D ☐		
MÊS: JAN ☐ FEV ☐ MAR ☐ ABR ☐ MAI ☐ JUN ☐ JUL ☐ AGO ☐ SET ☐ OUT ☐ NOV ☐ DEZ ☐		
DESFECHO: ☐ REMOVIDO PELO SAMU AO HU/FURG		
☐ REMOVIDO PELO SAMU A SANTA CASA		
☐ CHAMADO CANCELADO PELA REGULAÇÃO		
☐ ÓBITO NA CENA		
☐ EQUIPE NÃO DESLOCOU POR FALTA DE APOIO POLICIAL		
☐ RECUSOU ATENDIMENTO		
☐ FALSO		
☐ OUTRO:		
CONDUTA		
☐ ADM. OXIGÊNIO	☐ RCP	☐ INTRAÓSSEA
☐ GUEDEL	☐ PUNÇÃO TORÁCICA	☐ FLEBOTOMIA
☐ ASPIRAÇÃO	☐ DRENAGEM TORÁCICA	☐ PUNÇÃO PERICARDICA

() INTUBAÇÃO: GÁSTRICA	() VEIA PERIFÉRICA	() Sonda
() PUNÇÃO CRICO VESICAL	() INTRACATH	() Sonda
() DESFIBRILAÇÃO CERVICAL	() OXIMETRIA	() Colar
() IMOBILIZAÇÃO MEMBROS	() CURATIVO	() KED
() PRANCHA LONGA	() REPOSIÇÃO	() MEDICAMENTOS
AVALIAÇÃO CLÍNICA		
VIA AÉREA: () LIVRE () PARC. OBSTRUÍDA () OBSTRUÍDA () NC RESPIRAÇÃO: () NORMAL () ALTERADA () AGÔNICA ()) APNÉIA () NC CIRCULATÓRIO: () NORMAL () SANGRAMENTO () CHOQUE ()) PCR () NC NEUROLÓGICO: () NORMAL () CONVULSÃO () AGITAÇÃO ()) CONFUSÃO () COMA () NC EXPOSIÇÃO: () SEM ALTERAÇÃO () DEFORMIDADE () FRATURA ()) FERIMENTOS () NC ECG: SCA: () CABEÇA E PESCOÇO () TÓRAX () ABDOME () MMSS () MMII () MÚLTIPLOS FERIMENTOS () ESTUPRO () NÃO CONSTA		



APÊNDICE C

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

UBS/UBSF:

ENFERMEIRO (A):

IDADE:

SEXO: () FEMININO () MASCULINO

ESPECIALIZAÇÃO: () SIM () NÃO

MESTRADO: () SIM () NÃO

DOUTORADO: () SIM () NÃO

TEMPO DE FORMAÇÃO:

TEMPO DE TRABALHO NA UBS:

- 1) Você tinha conhecimento de que a sua unidade está localizada em um bairro de alto índice de casos de violência física? Como você vê isso para assistência?
- 2) Existe algum trabalho voltado para a prevenção da violência na sua unidade? Qual?
- 3) De que forma a sua unidade realiza o manejo com o paciente vítima de violência física?
- 4) Você realiza a notificação de todos os casos de violência? Quais os tipos que mais acontecem aqui?
- 5) Como é a relação entre a equipe de saúde e os pacientes vítimas de violência física que moram nesta localidade?
- 6) A que você atribui os altos índices de violência neste bairro?

- 7) Existem outros serviços de apoio as vítimas de violência aqui nessa comunidade?
Quais? O que eles realizam?
- 8) Como é a relação da unidade com esses serviços de apoio?
- 9) Como é a relação da unidade com os demais componentes da rede de atenção a saúde na assistência ao paciente vítima de violência?
- 10) De que forma você acredita que a Enfermagem possa contribuir para a redução dos índices de violência física no município de Rio Grande? Você identifica algum obstáculo para a realização deste trabalho?

ANEXO A



C E P A S

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE
Universidade Federal do Rio Grande /
FURG
www.cepas.furg.br

Termo de Compromisso para Utilização de Dados

Título do Projeto

	Cadastro
--	----------

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos pacientes cujos dados serão coletados em prontuários do Serviço de Atendimento Móvel de Urgências da Prefeitura Municipal de Rio Grande. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima.

[illegible]

ANEXO B



CEPAS/FURG
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE
Universidade Federal do Rio Grande - FURG
www.cepas.furg.br

PARECER Nº 126/2018

CEPAS 53/2018

Processo: 23116.005256/2018-49

CAAE: 00846618.4.0000.5324

Título da Pesquisa: O paciente vítima de violência física atendido pelo SAMU Rio Grande-RS

Pesquisador Responsável: Laureize Pereira Rocha

PARECER DO CEPAS:

O Comitê, considerando tratar-se de um trabalho relevante, o que justifica seu desenvolvimento, bem como o atendimento à pendência informada no parecer 98/2018, emitiu o parecer de **APROVADO** para o projeto: "O paciente vítima de violência física atendido pelo SAMU Rio Grande-RS".

Segundo normas da CONEP, deve ser enviado relatório final de acompanhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme modelo disponível na página <http://www.cepas.furg.br>.

Data de envio do relatório final: 31/12/2018.

Após aprovação, os modelos de autorizações e ou solicitações apresentados no projeto devem ser re-enviados ao Comitê de Ética em Pesquisa devidamente assinados.

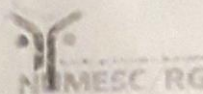
Rio Grande, RS, 19 de julho de 2018.

Prof. Eli Sinnott Silva
Coordenadora do CEPAS/FURG

ANEXO C



Estado do Rio Grande do Sul
PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO GRANDE
SECRETARIA DE MUNICÍPIO DA SAÚDE
NÚCLEO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA - NUMESC



Parecer 019/2018

Rio Grande, 19 de outubro de 2018

Projeto: **O paciente vítima de violência física atendido pelo SAMU Rio Grande - RS**

Autor: Fernanda Pires Freire e Raíssa Garcia Brum

Parecer:

Perante a análise do colegiado do Núcleo Municipal de Educação Permanente em Saúde - NUMESC, decidiu-se pelo **DEFERIMENTO** do projeto de pesquisa apresentado.

Solicito adequação dos períodos de coleta que encontram-se inadequados à submissão do projeto ao NUMESC.

Ressalta-se que após a conclusão do projeto, os resultados sejam enviados para o NUMESC e apresentado em evento organizado por este núcleo.

Núcleo Municipal de Educação
em Saúde Coletiva
Numesc - Rio Grande-RS

Enfª Dra. Carliuza Oriente Luna
COREN 79431
Coordenadora do NUMESC

Doe órgãos, doe sangue: Salve vidas!