

ANA PAULA DE ASSIS SALES DA SILVA

**VIOLÊNCIA ENTRE ADOLESCENTES POR ARMAS DE FOGO E BRANCAS
– MORBIMORTALIDADE, NECESSIDADES BÁSICAS E ASSISTÊNCIA
HOSPITALAR**

**CAMPO GRANDE
2012**

ANA PAULA DE ASSIS SALES DA SILVA

**VIOLÊNCIA ENTRE ADOLESCENTES POR ARMAS DE FOGO E BRANCAS
– MORBIMORTALIDADE, NECESSIDADES BÁSICAS E ASSISTÊNCIA
HOSPITALAR**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-oeste da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, para obtenção do título de Doutor.

Orientadora: Profa. Dra. Elenir
Rose Jardim Cury Pontes

**CAMPO GRANDE
2012**

FOLHA DE APROVAÇÃO

Ana Paula de Assis Sales da Silva

VIOLÊNCIA ENTRE ADOLESCENTES POR ARMAS DE FOGO E BRANCAS – MORBIMORTALIDADE, NECESSIDADES BÁSICAS E ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-oeste da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, para obtenção do título de Doutor.

Resultado _____

Campo Grande (MS), 29 de novembro de 2012.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Elenir Rose Jardim Cury Pontes
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

Prof^o. Dr^o. Raphael Mendonça Guimarães
Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof^o. Dr^o João Ricardo Filgueiras Tognini
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

Prof^o. Dr^o. Sebastião Júnior Henrique Duarte
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

Prof^a. Dr^a. Luiza Helena de Oliveira Cazola
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

DEDICATÓRIA

Aos meus familiares em especial ao meu filho Lucas e meu esposo João Francisco que me apoiaram em toda a trajetória na construção desse trabalho, sabendo respeitar e entender as minhas ausências sempre com palavras de carinho e compreensão.

A minha mãe Dn^a. Rosélia pelo cuidado que teve conosco, aos meus irmãos Andréa, Paulo André e Adriana, nossa infância e adolescência permitiu que chegássemos aqui.

Aos adolescentes feridos ou mortos, que foram objeto desse estudo, os quais deveriam estar vivos e saudáveis, aproveitando essa linda fase de vida que é adolescer, descobrindo e enfrentando em condições de igualdade e com menos iniquidades os percursos da vida.

AGRADECIMENTOS

- À minha orientadora, **Professora Dr^a Elenir Rose Jardim Cury Pontes**, por todas as oportunidades que me concedeu de avançar na vida acadêmica e solicitude constante nos nossos encontros.

- **Ao Professor Dr^o Ricardo Dutra Aydos**, pela sua contribuição científica ao nosso Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste que ao longo dos últimos anos tem trazido imensos benefícios na formação multidisciplinar de mestres e doutores na área de saúde em nosso estado.

- A **Professora Dr^a Maria Lúcia Ivo**, grande orgulho do Curso de Enfermagem, que sabe ouvir e respeitar as pessoas, dando-lhes apoio e colaborando para que essas possam avançar na vida pessoal e acadêmica.

- Ao Professor Dr^o **João Ricardo Filgueiras Tognini**, primeira pessoa com quem discuti a possibilidade de enfrentar esse percurso, grande incentivador.

- A Professora Dr^a **Alexandra Maria de Almeida Carvalho** por estar sempre disposta a ajudar as pessoas, tornando-se parte da vida de seus alunos.

- Ao Programa de Pós-graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste, onde recebi dos professores uma dedicação sem igual para a formação do meu corpo de conhecimento, aos funcionários sempre tão gentis e solícitos em atender as demandas necessárias. **A secretária Vera Nascimento da Silva** pelas orientações administrativas e sua solicitude na resolutividade dos problemas acadêmicos.

- Aos colegas, **Olinda Maria Araújo, Walter Rodrigues Júnior, Luiza Helena de Oliveira Cazola, Paulo César Martins** companheiros leais e um grande presente de Deus.

- A SEJUSP – Secretaria de Justiça e Segurança Pública de Mato Grosso do Sul, instituição que por meio de seus órgãos, a saber: Corpo de Bombeiros Militar, Polícia Militar de Mato Grosso do Sul e Centro Integrado de Operações de Segurança, forneceram os dados e permitiram a utilização de recursos na construção desse estudo. Agradecimento especial ao **Major do Corpo de Bombeiros Danilo Santos Moreira Leite** e **Major da Polícia Militar Jonildo Theodoro Júnior**.

- A SESAU – Secretaria Municipal de Saúde Pública de Campo Grande, em especial a **Psicóloga Sueli Nogueira** coordenadora do Núcleo de Violência dessa instituição por sua gentileza.

- Aos Profissionais do SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Atenção às Urgências) por serem tão gentis as e atenderem as necessidades para o desenvolvimento desse trabalho, em especial as **Enfermeiras Daniela Oshiro, Patrícia Gazal e Keith Ramos** e todos os funcionários administrativos.

- As colegas do Curso de Enfermagem pelo apoio recebido, em especial **Dr^a Ana Rita Barbieri, Dr^a Luciana Contrera, Msc. Marlene Maggionni e Dr^a Maria de Fátima Meinberg Cheade**.

- Aos funcionários dos serviços de Arquivo Médico dos serviços hospitalares: Irmandade Santa Casa de Misericórdia, **Sr^a. Luciane Alegre**, Hospital Regional Rosa Maria Predossian **Sr^a. Rosangela Silva** e ao Núcleo do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian **Sr^a Daicy Nunes Maciel**.

- As servidores do NHU/UFMS em especial a Técnica de enfermagem **Orlanda Conceição da Silva**.

“Nenhum homem sábio deixará de se espantar com a cegueira do espírito humano.”

(Sêneca)

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo estudar a morbimortalidade por ferimentos com armas de fogo e armas brancas em adolescentes de 10 a 19 anos no município de Campo Grande, Mato Grosso do Sul, no período de 2009 a 2010. O estudo integrou metodologias diferentes ao objeto investigado: em um primeiro momento foi realizado um estudo transversal com dados secundários que analisou aspectos sociodemográficos e clínicos e custos hospitalares de adolescentes internados nos serviços de emergência credenciados pelo SUS no município. Posteriormente realizou-se uma análise epidemiológica da mortalidade de adolescentes masculinos de 15 a 19 anos, considerando as regiões urbanas do município e o índice de qualidade de vida urbano (IQVU). No terceiro estudo desenvolveu-se uma abordagem qualitativa da trajetória de vida de uma adolescente vitimada por agressão por arma branca, em que se utilizaram a Teoria das Necessidades Humanas Básicas, de Horta (1979), e os Determinantes Sociais da Saúde para compreender aspectos que contribuíram para a vitimização e que influenciam as perspectivas de vida e saúde pós-vitimização. Por fim, elencaram-se os Diagnósticos de Enfermagem descritos pela North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) por meio de um estudo descritivo de análise documental, em que aspectos das anotações de enfermagem, evolução clínica e condições de alta foram considerados como elementos de investigação. Destacou-se a ocorrência de 35 óbitos em adolescentes masculinos tendo armas de fogo como objeto de perpetração, com associação positiva entre localização do óbito e piores indicadores de educação, renda e moradia. Quanto às internações, prevaleceram adolescentes masculinos, com permanência superior à de adolescentes femininas e com lesões mais graves. As mulheres foram mais vitimadas por armas brancas, com lesões localizadas na face e em membros superiores. Verificaram-se necessidades humanas básicas no âmbito econômico, social e afetivo, que colaboraram para o agravo sofrido e apontam para uma trajetória de vida de fragilização. Foram levantados 17 diagnósticos de enfermagem, sendo prioritários os que diziam respeito às condições biológicas, devido ao comprometimento clínico dos adolescentes internados e vitimados por armas de fogo e armas brancas. Este estudo permitiu verificar que a violência e seus desdobramentos ainda são vistos pela sociedade de forma neutra, como se os óbitos e lesões decorrentes não fizessem parte de seu contexto de vida. Esse fato deve-se à falta de integração político-social e conhecimento, pela sociedade civil, da magnitude do problema, que afeta sobremaneira a pirâmide etária, a economia, a qualidade e recursos de saúde e a forma de acesso à saúde, já que para o grupo etário atingido a porta de entrada ao sistema de saúde, que usualmente seria a atenção primária, passou a ser constituída pelos serviços de alta complexidade e centros de reabilitação.

Palavras-chave: saúde do adolescente, causas externas, enfermagem, epidemiologia, violência.

ABSTRACT

The purpose of this study was to investigate the rates of morbidity and mortality from injuries caused by firearms and sharp objects among adolescents aged 10 to 19 years in Campo Grande county, Mato Grosso do Sul state, Brazil, in the period of 2009-2010. Different methodologies were applied to the object investigated. As a first step, a cross-sectional study was conducted with secondary data to analyze sociodemographic and clinical aspects and costs incurred by hospitalizing adolescent patients in emergency services accredited by the Brazilian Unified Health Care System (SUS) in Campo Grande. This was followed by an epidemiological analysis of mortality among male adolescents aged 15-19, taking into account the county's urban areas and the index of urban life quality (IULQ). The third part of the investigation, which involved a qualitative approach to analyzing the life trajectory of a female adolescent assaulted with a sharp object, drew on Horta's Theory of Basic Human Needs (1979) and on Social Determinants of Health in order to elucidate aspects contributing to victimization and influencing post-victimization prospects of life and health. Finally, Nursing Diagnoses described by the North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) were identified through desk research conducted under a descriptive approach, in which nursing records, clinical evolution, and discharge conditions were the elements of investigation. A total of 35 male adolescents died as a consequence of assault by firearm, with a positive association between geographic location of death and worse indicators of education, income, and housing. Most hospitalized victims were male, who had longer hospital stays and more severe injuries than females. The rate of assault with sharp objects was higher among females, with injuries on the face and upper limbs. Basic human needs identified in the economic, social, and affective settings contributed to the event, implying a life trajectory marked by vulnerability. Seventeen nursing diagnoses were identified, with priority assigned to those related to biological conditions, given the clinical impairment of the hospitalized victims. This study revealed that violence and its consequences are still viewed neutrally by society, as if the ensuing deaths and injuries were not part of its life context. This view has roots in a lack of political and social integration, as well as in poor acknowledgment by civil society of the magnitude of this problem, which has a profound impact on the economy, age pyramid, quality of health resources, and access to healthcare services, since victims in this age group do not currently gain access to these services through primary care facilities, but by way of high complexity services and rehabilitation centers.

Keywords: adolescent health, external causes, nursing, epidemiology, violence.

LISTA DE TABELAS

ARTIGO 1

Tabela 1-	Regiões anatômicas lesadas em agressões perpetradas contra adolescentes. Campo Grande,2009.....	40
Tabela 2-	Lesões múltiplas mais frequentes em agressões perpetradas contra adolescentes,Campo Grande,2009.....	41

ARTIGO 2

Tabela 1-	Taxas de mortalidade por ferimentos por armas por 100 mil habitantes (TMFA) em adolescentes masculinos de 15 a 19 anos e Índice de Qualidade de Vida Urbana (IQVU) com respectivas dimensões.Campo Grande (regiões urbanas),MS,2009.....	55
Tabela 2-	Valores da correlação de Spearman entre taxa de mortalidade por ferimentos por armas por 100 mil habitantes(TMFA) em adolescentes masculinos de 15 a 19 anos e índice de Qualidade de Vida Urbana(IQVU).Campo Grande(regiões urbanas),MS,2009.....	55

ARTIGO 4

Tabela 1 -	Frequência de distribuição anatômica de lesões por armas brancas em adolescentes atendidos em serviços de pronto-socorro em Campo Grande,MS,2009-2010	85
Tabela 2 -	Distribuição dos diagnósticos de enfermagem identificados em adolescentes vitimados por agressões com armas de fogo e armas brancas atendidos em serviços de pronto-socorro em Campo Grande,2009	86

Lista de Figuras

Artigo 2

Figura 1-	Distribuição dos óbitos de adolescentes de 15 a 19 anos vitimados por armas de fogo e armas brancas,por região geográfica e Índice de Qualidade de Vida Urbana(IQVU).Campo Grande(regiões urbanas),2009.....	56
------------------	--	----

Artigo 3

Quadro -1	Necessidades Humanas Básicas Afetadas em adolescente feminina vítima de agressão,Campo Grande,2010.....	69
------------------	---	----

Artigo 4

Figura 1 -	Outros diagnósticos de enfermagem em adolescentes vitimados por agressões com armas de fogo e armas brancas atendidos em serviços de pronto-socorro em Campo Grande,MS,2009.....	91
-------------------	--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APVP	Anos Potenciais de Vida Perdidos
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
BIO STAT	Software Statistic for Science for Science Biology
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CIOPS	Centro Integrado de Operações de Segurança
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
DE	Diagnóstico de Enfermagem
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
GPS	Global Positioning System
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IHA	Índice de Homicídios na Adolescência
IPEA	Instituto de Pesquisas Econômicas e Aplicadas
IQVU	Índice de Qualidade de Vida Urbano
NANDA	North American Nursing Diagnoses Association
NBH	Necessidades Humanas Básicas
NHBA	Necessidades Humanas Básicas Afetadas
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONS	Office for National Statistics – UK
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PCI	Package for Processing Earth Observation
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra dos Domicílios (PNAD)
PE	Processo de Enfermagem
PROSAD	Programa de Saúde do Adolescente
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SAME	Serviço de Arquivo Médico
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel às Urgências
SESAU	Secretaria de Saúde Pública
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
TMFA	Taxa de mortalidade por ferimentos por armas
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 REVISÃO DE LITERATURA	17
2.1 Discutindo aspectos da violência	17
2.2 Contexto epidemiológico da morbimortalidade por violência.....	20
2.3 Teoria das necessidades humanas básicas, processo de enfermagem e adolescentes agredidos.....	23
3 OBJETIVOS.....	28
4 MÉTODOS	29
5 RESULTADOS	35
5.1 Artigo 1- Perfil epidemiológico e custos hospitalares de agressões por armas em adolescentes em Campo Grande,MS.....	36
5.2 Artigo 2 - Homicídios em adolescentes masculinos e Qualidade de Vida em um município do Centro-Oeste do Brasil.....	50
5.3 Artigo 3 - Adolescente vítima de agressão:desequilíbrio nas necessidades humanas básicas.....	64
5.4 Artigo 4 - Diagnósticos de enfermagem em adolescentes vítimas de agressão atendidos em serviços de emergência	80
6 DISCUSSÃO.....	96
7 CONCLUSÕES.....	102
REFERÊNCIAS.....	104
APÊNDICES.....	113
ANEXOS.....	122

1 INTRODUÇÃO

A adolescência, do ponto de vista biomédico é a fase de transição da vida humana entre a infância e a idade adulta, marcada pelas transformações biológicas da puberdade e pela maturação biopsicossocial.¹

A Organização Mundial de Saúde descreve a adolescência como um processo fundamentalmente biológico, de vivências orgânicas, no qual se aceleram o desenvolvimento cognitivo e a estruturação da personalidade. Abrange a pré-adolescência (10 a 14 anos) e adolescência propriamente dita (15 a 19 anos). Conceitua a juventude como um processo sociocultural marcado pela preparação dos indivíduos para assumirem o papel de adultos na sociedade, no plano familiar e no profissional.²

A adolescência é o espaço humano em que ocorre a maturação das habilidades cognitivas de raciocínio, sendo também o momento de vida em que se elabora a independência pessoal. Pressupõe um período de exposição, experimentação e escolhas.³

Para estudiosos, refletir sobre a saúde do adolescente, se a compreendermos de uma maneira ampliada, significa mapear os locais em que se encontram os adolescentes para que possamos alcançá-los.⁴

De acordo com Ramos (2001), p.19

“o perfil da morbimortalidade na adolescência, ou seja, as questões que afligem a saúde adolescente, com efeito de adoecer-lhe e tirar-lhe a vida, apontam para questões relativas à violência — homicídios, acidentes de trânsito, violência doméstica —, doenças sexualmente transmissíveis, uso de drogas e suicídios”.⁴

Excetuando-se as doenças sexualmente transmissíveis, todos esses eventos enquadram-se no grupo de agravos classificados como “causas externas”.⁵

A Classificação Internacional Estatística de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde da Organização Mundial da Saúde (CID 10) (OMS, 1996) descreve as chamadas causas externas como causas não-naturais: lesões, envenenamentos e outras consequências de causas externas, bem como todos os tipos de acidentes e violências que originam tais lesões.⁵

Por sua vez, a literatura conceitua as mortes por causas externas como as provocadas por práticas que precipitam a morte em corpos com saúde

suficiente para reproduzir as condições necessárias à extensão da vida. Considera que a morte de indivíduos saudáveis constitui um problema que se poderia diagnosticar como a “doença” da sociedade, configurando uma patologia de fatores exógenos ou uma questão de saúde pública.⁶

As consequências das causas externas de morbimortalidade para a sociedade brasileira alcançam diversos setores e a comunidade como um todo, refletindo-se nesses setores e na vida cotidiana de forma negativa.⁷

Acidentes e violência são a segunda causa de mortalidade e a sexta causa de internações hospitalares no Brasil. A população na faixa etária de 15 a 29 anos é a mais vitimada por homicídios e constitui a clientela principal das instituições de privação de liberdade.⁸

Os indivíduos do gênero masculino são mais suscetíveis aos processos de vitimização, nestes as duas principais causas de mortalidade são homicídios e acidentes de transporte, sendo que os homicídios ocorridos no Brasil são perpetrados em sua grande maioria por armas de fogo.^{9,10,11}

Pode-se dizer então, que a violência, conforme descrevem, Pereira, Santana e Ferriani (2001), p. 96, que :

“Consustancializa-se em atos perpetrados com intenção de prejudicar, subtrair, subestimar e subjugar, envolvendo sempre um conteúdo de poder, quer seja intelectual, físico, econômico, político ou social. Atinge de forma mais hostil os seres mais indefesos da sociedade, como as crianças e adolescentes, e também as mulheres, sem, contudo, poupar os demais”.¹²

Os estudiosos desse fenômeno consideram que não se pode estudar a violência fora da sociedade que a gera, porque ela se nutre dos fatos políticos, econômicos e culturais, traduzidos nas relações micro e macrosociais.^{13,14,15}

Para Minayo (2003), p.13, “quem analisa os eventos violentos descobre que eles se referem a conflitos de autoridade, a lutas pelo, poder e a vontade de domínio, de posse e de aniquilamento do outro ou de seus bens”.¹³

Ao discutir as diversas formas da violência na sociedade, Arendt, (1991), p.49 afirma que:

“não vê positividade na violência, como outros filósofos ou teóricos parecem enxergar”. Na visão dessa autora, a violência é um meio para a conquista do poder, embora sem se confundir com o poder — pelo contrário, demonstra a incapacidade de argumentação e de convencimento de quem o detém e sua necessidade de justificar os fins que persegue.¹⁶

A violência representa um risco maior para a realização do processo vital humano: ameaça a vida, afeta a saúde, produz enfermidade e provoca a morte como realidade ou como possibilidade próxima, diminuindo os anos que poderiam ter sido vividos se a morte não fosse prematura.^{10,17}

Diante da magnitude do problema, tornou-se o objeto do presente estudo, entender a complexidade e desdobramentos da morbimortalidade por armas de fogo e armas brancas em Campo Grande.

É fato que, em diferentes estados do Brasil a violência contra adolescentes mantém altas taxas de morbimortalidade com concentração principal em áreas urbanas e regiões metropolitanas de grandes cidades.

Campo Grande é uma capital que não possui região metropolitana, tem dois distritos Anhanduí e Rochedinho, e dividi-se em sete regiões urbanas. A concentração de moradores na cidade em relação ao estado é de 32%. Sua distribuição geográfica e sociopolítica difere-se de outras áreas de concentração populacional e tem uma densidade demográfica baixa em relação a outros estados da federação.¹⁸

No entanto, a observação de eventos violentos nas áreas urbanas da cidade com presença de adolescentes em serviços de saúde tem-se apresentado como evento rotineiro.

Nesse sentido e considerando as especificidades locais, compreendeu-se a necessidade de investigar o fenômeno da violência entre adolescentes na cidade de Campo Grande, considerando-se as diferenças demográficas e sociais em relação a outros espaços urbanos e conjunturas sociopolíticas diversas.

Devido à amplitude do assunto, fez-se a opção em utilizar metodologias diferentes, mas encadeadas numa lógica de desenvolvimento.

Primeiramente, numa visão macro, foi identificada a demanda por assistência hospitalar de adolescentes vítimas de agressão. A seguir, pelo mapeamento dos óbitos, buscou-se compreender a relação desse desfecho e a qualidade de vida desses jovens.

Posteriormente, aproximando-se mais do objeto de estudo, procurou-se entender aspectos da trajetória de vida do adolescente vitimado e das necessidades pós-vitimização, que são num primeiro momento, ainda em ambiente hospitalar, atendidas por profissionais de saúde, principalmente os

da enfermagem, por permanecerem, por maior tempo, em contato com o paciente.

Compreendendo-se a Sistematização da Assistência de Enfermagem como elemento inerente a prática profissional, buscou-se classificar um grupo de diagnósticos de enfermagem para os adolescentes estudados.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Discutindo aspectos da violência

Para a OMS(1999), “violência é o uso intencional da força ou poder físico, em forma de ameaça ou efetivamente, contra si mesmo, outra pessoa ou um grupo ou comunidade, que ocasiona ou tem grandes probabilidades de causar lesões, morte, dano psíquico, alterações ao desenvolvimento ou privações”.¹⁹

Conceituando-a, Minayo (2003), descreve que a violência não é uma, mas múltipla, mencionando que a origem latina do vocábulo evoca noções de constrangimento e de uso de superioridade física sobre o outro. Aponta que os eventos violentos se referem a conflitos de autoridade, a lutas pelo poder e a busca de domínio e aniquilamento do outro, e que suas manifestações são aprovadas ou desaprovadas, e vistas como lícitas ou ilícitas, segundo normas sociais mantidas, aparatos legais da sociedade ou usos e costumes naturalizados.⁶

A violência é um fenômeno social que atinge populações, tanto em espaços públicos quanto privados. Atualmente está presente no cotidiano das grandes cidades e constitui uma ameaça à população, embora alguns grupos sociais e étnicos estejam mais vulneráveis.^{19,20}

Alguns consideram não haver um fato denominado violência, e sim violências, manifestações de exacerbação de conflitos sociais cujas especificidades precisam ser conhecidas, e que tem profundos enraizamentos nas estruturas sociais, políticas e econômicas e nas consciências individuais.¹²

Outros, ao descrevê-la argumentam ser ela um fenômeno histórico-social relacionado às condições de vida, com raízes e formas no cotidiano e relações interpessoais.²⁰

A Declaração de Alma-Ata (1978),p.1,em seu artigo II, afirma que:

“a chocante desigualdade existente no estado de saúde dos povos, particularmente entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento, assim como dentro dos países, é política, social e economicamente inaceitável e constitui, por isso, objeto de preocupação comum de todos os países”.²¹

Tal afirmação guarda relação com o fato de que, como apontam outros autores, a violência se manifesta na dimensão de desigualdade e é uma ameaça permanente à vida por sua alusão à morte e por se caracterizar pela passividade e silêncio da vítima.¹³

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), no 39.º Conselho do Plano Diretor (2003), afirma que sob a perspectiva da saúde pública a violência é um problema, por produzir uma alta carga de mortalidade e morbidade evitável que afeta especialmente crianças, mulheres e jovens; por requerer grandes recursos financeiros para a atenção médica aos afetados, distorcendo com frequência a atenção a outros pacientes; por afetar não só a vítima, mas também sua família; por afetar o responsável pelo ato de violência, sua família e a sociedade, gerando custos com encarceramento; por provocar desequilíbrio na cotidianidade, alterando a liberdade de movimento e o direito de desfrutar os bens públicos.²²

A prática da violência acaba sendo uma resposta à negação formal ou informal ao exercício de cidadania de cada indivíduo. No Brasil, esse processo de exclusão se expressa, entre outras formas, pela não igualdade dos indivíduos perante as leis, pelo não acesso às instituições públicas, pela possibilidade de ingresso e permanência na escola, restrita a poucas crianças e jovens, e pela falta de oportunidade de trabalho.^{23,24}

A OPAS (2005) descreve que, a violência, em todas as suas manifestações, é uma prioridade de saúde pública, pois ameaça o desenvolvimento dos povos, afeta a qualidade de vida e desgasta o tecido social. A região das Américas é uma das mais afetadas pela violência.²⁵

Os atos violentos são definidos como atos intencionais “aprendidos”, de causas múltiplas, mas por isso mesmo preveníveis, evitáveis ou que podem ser desaprendidos.⁶

Na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1996), o grupo de agravos relacionados à violência é descrito como de “causas externas”.⁵

No panorama brasileiro as causas externas constituem o segundo grande grupo gerador de mortes, em seguida às doenças do aparelho

circulatório. Na faixa etária dos 5 aos 39 anos, as causas externas constituem o principal grande grupo de causas de óbito no país.^{25,26}

A partir dos anos 1980 as violências passaram a ocupar o segundo lugar no perfil de mortalidade, sendo os jovens do sexo masculino cada vez mais atingidos, seja como vítimas ou como autores.²⁷

É fato notório que a violência vem aumentando nos últimos anos nos centros urbanos, com acréscimo no número de atendimentos de vítimas nos serviços de emergência, assim como no número de hospitalizações.^{8,10}

Dados do IBGE revelam que as mortes violentas atingem com mais intensidade a população residente na Região Sudeste, sendo a taxa de mortalidade daqueles entre 15 e 29 anos de 175 mortes por 100 mil habitantes. Os dados também apontam uma razão de 14,6 por 100 mil habitantes para óbitos por causas externas na população brasileira.²⁸

Para o setor saúde a violência transforma-se em objeto de trabalho e reflexão, pois é nos serviços de saúde que se desencadeia mais explicitamente a problemática da violência no que diz respeito a seus agravos de morbimortalidade. As emergências hospitalares das grandes cidades são acometidas por esse fenômeno que se instala nos espaços do cotidiano e culmina em seus espaços físicos e sociais do cuidado a saúde.^{29,30}

Estudando a violência e seus desdobramentos no setor saúde, foi verificado que em nenhum outro serviço de saúde a violência adquire tamanha visibilidade como na emergência, que constitui para a maioria das vítimas de violência a porta de entrada no sistema público de saúde. Para muitas pessoas, essa é a única ocasião em que estarão, enquanto vítimas de agressão, diante de um profissional de saúde (que é um representante do poder público). Em muitos casos, este é um dos únicos momentos em que a violência será declarada.²⁹

As violências e os acidentes fazem parte de um conjunto de agravos à saúde que podem ou não incluir as causas ditas acidentais (devidas, por exemplo, a trânsito, trabalho, quedas, envenenamentos e afogamentos) e as causas intencionais (agressões e lesões autoprovocadas).³¹

O aumento das causas externas como fator de morbimortalidade de jovens e adultos jovens vem evidenciando a necessidade de estudos que esclareçam e apontem caminhos para a resolução dessa problemática. Torna-

se essencial que os profissionais de saúde, que atuam tanto na atenção básica como na hospitalar, possam conhecer a realidade desses eventos e procurem exercer sua co-participação, na tentativa de diminuir esse importante agravo contra a sociedade.^{32,33}

Existe a necessidade de empreender esforços para a prevenção e assistência em todos os níveis de atenção. Constata-se que a atenção à violência constitui não apenas uma necessidade, mas configura uma demanda em escala de saúde pública.³⁴

2.2 Contexto epidemiológico da morbimortalidade por violência

A violência não se esgota no ato em si. Após a sua manifestação, e dependendo de seu grau de exacerbação, desencadeiam demandas aos serviços de saúde, não apenas em termos biológicos, mas também políticos e sociais.¹²

Os estudos epidemiológicos permitem revelar os determinantes e as condições de ocorrência de doenças e agravos à saúde em populações humanas. Tais estudos empregam os mais diversos métodos e técnicas, de acordo com as próprias visões de mundo, posicionamentos teóricos, e propósitos imediatos envolvidos nas investigações.³⁵

Em se tratando das desigualdades sociais em saúde, as investigações epidemiológicas podem contribuir para análise da violência. Enfatizam que a epidemiologia pode descrever um coletivo de eventos objetivamente definidos como mortes e colaborar na explicação do excesso de mortalidade, de sua distribuição desigual ou de suas tendências de crescimento ou redução.³⁶

Estudo que cobriu o período de 1980 a 1988 revelou que, no Brasil a violência fatal contra crianças e adolescentes de 10 a 14 anos cresceram em 79,5%, sendo que na faixa de 15 a 19 anos o aumento foi de 45,3%. O aumento da taxa de homicídios foi superior a 93% para crianças e jovens do sexo masculino de 10 a 14 anos, maior, portanto que o de 79,5% observado na mesma faixa etária sem distinção de sexo.³⁷

No estudo de Waiselfisz (1998), sobre a morte de jovens no Brasil por causas violentas, constatou uma taxa de óbitos por homicídios na faixa etária 15 a 29 anos, de 49 por 100 mil habitantes, apontou ainda, que em países que dispõem de registro eficaz sobre ferimentos causados por violência, estima-se

que para cada homicídio entre jovens ocorrem de 20 a 40 casos de ferimentos não fatais.³⁸

O estudo de Peres, Cardia e Santos (2006), sobre homicídios de crianças e jovens no Brasil entre os anos de 1980-2002, apontam um progresso relativo nas condições de atenção à saúde da criança e melhorias na educação, mas também aumento das taxas de homicídios entre jovens (terceira causa de mortalidade entre adolescentes por causas externas), o que parece incoerente.³⁹

A partir de dados disponíveis sobre mortalidade mundial da WHOSIS (2008), de 193 países membros da WHO, destacaram-se o aumento das taxas de mortalidade em jovens de 15 a 24 anos, em especial nos países da América Latina e Caribe, elevação da taxa brasileira que passa a ser de 52,9 por 100.000/hab, e a estreita relação entre desigualdades, distribuição de renda e homicídios.⁴⁰

Quanto ao sexo, os estudos brasileiros tem demonstrado uma imensa desproporção nas taxas de mortalidade. Estudo sobre violência e sexo ressalta que as taxas masculinas de vitimização por homicídios são muito mais altas que as femininas; que essas diferenças são generalizadas no tempo e no espaço, não sendo características de estados ou anos específicos; e que tanto as taxas masculinas quanto as femininas são elevadas, se comparadas à de países industrializados.⁴¹

Outro aspecto sobre estudos da violência fatal, é que estes se concentraram por muito tempo nas regiões metropolitanas das grandes cidades, porém com a migração de pessoas para outras regiões do país, mudanças de perfil econômico, entrada do tráfico de drogas e outros crimes para cidades de menor porte e capitais em expansão, há uma tendência de se realizarem novas aferições acerca do fenômeno da violência.³⁹

Em um levantamento realizado com dados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) entre os anos de 1998 e 2008, foi possível verificar a mudança de comportamento das taxas de mortalidade por homicídios em jovens de 15 a 25 anos nas capitais brasileiras.⁴²

Para o ano de 1998 Campo Grande possuía uma taxa de 36,4 por 100.000 hab. e ocupava a 13ª posição no ranking dos homicídios, em 2008 dentre as capitais do Centro-Oeste apresentou a menor taxa de homicídios de

25,6 por 100.000 hab e encontrava-se em 23^o lugar no ranking entre as capitais.⁴²

As demais capitais do Centro-Oeste tem diferenças no posicionamento de óbitos de jovens por homicídios, Goiania ocupa a 10^a posição nacional e em 2008 apresentou taxa de (44,3 por 100.000 hab.), Cuiabá está em 12^a posição com (42,8 por 100.000 hab.) enquanto Brasília encontra-se em 18^a capital do ranking (34,1 por 100.000 hab.).⁴²

A caracterização desses eventos violentos contribui para entender as variantes e diferenciais nas regiões e cidades do país, a partir da contextualização local é possível uma organização mais contundente para minimizar o problema, considerando toda sua carga de comprometimento individual e coletivo e diferentes setores envolvidos.⁴³

O problema da violência, em suas mais variadas formas, envolve aspectos que extrapolam a esfera de competência do setor saúde. Não é difícil perceber, porém, que é sobre este que recai o maior ônus, por ser o setor que recebe e trata diariamente as vítimas, operando com sobrecarga apesar da contínua demanda por uma melhor política de financiamento e maior aporte de recursos tecnológicos.^{7,8}

Em levantamento realizado, onde compararam as causas de mortes violentas no Brasil e em países membros da OMS, inclusive os da América Latina, observa-se um diferencial importante nos óbitos violentos. O Brasil tem como principal causa dentre as causas externas, os homicídios, enquanto em 51% das mortes violentas nos demais países membros da OMS, relacionam-se aos suicídios, e 11% relacionam-se a guerras e conflitos civis.⁴⁴

Mesmo em países em guerra civil e conflitos armados, os quadros epidemiológicos relacionados à morte de homens jovens e adolescentes vítimas preferenciais, apresentam-se inferiores aos registros em nosso país.⁴⁴

De uma forma geral algumas caracterizações na mortalidade dos adolescentes brasileiros por homicídios permanecem ao longo de décadas mantendo um padrão de ocorrência.^{42,44}

Diversos estudos reforçam essas características peculiares na vitimização homicida em adolescentes, sendo essas: ser do gênero masculino, ser negro ou pardo, ter baixa renda e baixa escolaridade, mãe com

escolaridade inferior a quatro anos de estudos formais, residir em periferias de grandes conglomerados urbanos.^{37,39,42,44}

No entanto, nessa fase de vida, não é exclusividade dos homens, sofrerem agressões e serem mortos por homicídios. Apesar da taxa de mortalidade em adolescentes femininas representar 10% dos homicídios, sua configuração apresenta outras peculiaridades e vulnerabilidades.^{23,45}

Entre as mulheres adolescentes, em especial aquelas de idades mais avançadas entre 15 e 19 anos, a vitimização homicida apresenta-se em sua grande maioria tendo como autor o parceiro íntimo, familiar ou conhecido.⁴⁵

Em geral essa vitimização está relacionada à posse afetivo-sexual, dependência financeira da vítima com o autor, baixa escolaridade da mulher e do companheiro, baixa renda e taxa de fecundidade alta, e vitimização em geral progressiva até o desfecho homicida.^{23,41,45,46}

As regiões Norte e Nordeste, ainda são as que predominam em número de homicídios em mulheres, o que apresenta uma alta relação com aspectos culturais e desenvolvimentais da região.⁴⁴

2.3 Teoria das Necessidades Humanas Básicas, processo de enfermagem e adolescentes agredidos.

As teorias de enfermagem estão relacionadas ao fazer e saber da profissão, a sua utilização representa os aspectos do cuidado aos seres humanos, por meio uma visão que transcende o fazer biológico.⁴³

“Teoria é um conjunto de conceitos, definições e hipóteses ou proposições que explicam um fenômeno”.⁴⁸

A sua utilização no cotidiano da enfermagem tem por objetivo a efetivação de respostas humanas, que contribuam para a satisfação e melhoria nas condições de vida e saúde, na perspectiva dos componentes fenomenais do modelo teórico utilizado para essa prática.⁴⁹

Nesse sentido, é visível na atualidade que as teorias de enfermagem estão diretamente relacionadas à prática profissional e aos aspectos éticos da profissão.⁴⁸

A utilização das teorias de enfermagem serve para identificar uma filosofia de trabalho institucional, vinculando o Processo de Enfermagem aos conceitos que a equipe de enfermagem tem de sua profissão, do ser humano,

do ambiente/sociedade e saúde, conceitos esses indispensáveis ao ato de cuidar. Esse conhecimento se fundamenta na experiência clínica e social da profissão indispensáveis a uma efetiva e eficaz prática de enfermagem.^{50,51,52}

Para estudiosos a enfermagem tem como do mínimo de ação a identificação e o tratamento das necessidades de cuidado da pessoa em todos os níveis de saúde e ambiente.^{49,50}

Portanto, a teoria de enfermagem, é a conceitualização de alguns aspectos da enfermagem comunicados com o objetivo de descrever, explicar, diagnosticar e/ou prescrever cuidado de enfermagem.⁵³

A enfermagem veio ao longo do tempo, construindo seu conhecimento, para isso, considerou diferentes áreas do saber para compreender e cuidar dos indivíduos.^{51,52}

A partir do enfoque proposto por Nightingale ao final do Século XIX, para a atuação da enfermagem, um corpo de conhecimentos próprios e independentes para a profissão começa a ser parte da sua transformação. Nesse contexto, pode-se dizer que a percepção da influência do ambiente como um conceito descrito por Nightingale em seus escritos na atenção ao paciente, ainda que incipiente e controverso na época, refletem historicamente o início de uma visão diferente do cuidar.⁵²

No entanto, por conta de guerras, graves problemas estruturais da sociedade européia e norte-americana, o conhecimento da profissão perdeu-se em um fazer imediatista e curativo, e o corpo de conhecimentos próprios só passou a estabelecer-se de acordo com a evolução social e histórica no século seguinte.^{48,51,52}

Nos anos 1940 do século XX, inicia-se por meio da introdução de aspectos psicossociais do cuidado, modificações nos currículos de enfermagem, passando então a ser enfocada a enfermagem como uma prática interpessoal.⁵⁰

Na década seguinte, a enfermagem assume a visão do holismo na sua prática de cuidado, passando então a perceber o indivíduo como foco principal da sua assistência, priorizando a individualidade da pessoa independentemente da sua doença. O foco passa a ser o ser humano e as respostas desse, a assistência de enfermagem.⁵⁰

Foram às enfermeiras norte-americanas as pioneiras nos estudos das teorias de enfermagem, quando com a liberação de recursos federais para estudos de doutorado, passaram a adentrar com maior profundidade no campo das ciências sociais, humanas e comportamentais, buscando compreender o indivíduo e sociedade para quem prestavam cuidados e modificando a concepção da profissão.⁵³

Nesse aspecto, os conceitos de pessoa/ser humano, enfermagem, saúde e ambiente fizeram-se presente em praticamente todos os estudos realizados servindo de base conceitual para esses modelos.^{46,49}

No Brasil, só no final da década de 1960 e início da década de 1970, com a expansão de programas de pós-graduação nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro, foi possível a difusão do conhecimento sobre as teorias de enfermagem.^{50,53}

Horta (1979), pioneira nos estudos das teorias norte-americanas, traduziu, compilou e divulgou esse conhecimento na escola de enfermagem da Universidade de São Paulo.⁵¹

A partir de sua vasta experiência docente e assistencial, sua visão de mundo e fundamentação adquirida, Horta elaborou a teoria de necessidades humanas básicas. Para isso, baseou-se nas concepções da teoria de motivação humana de Abraham Maslow e em João Mohana, e que descreve a hierarquia de necessidades humanas do indivíduo e a satisfação das mesmas como ponto de partida e busca em realizar-se e na melhoria de sua condição de vida ou problema de saúde.^{51,53,54}

Sendo assim, a autora conceitua o homem como ser integrante do universo, que influencia e é influenciado por este e pode sofrer desequilíbrios no tempo e espaço de acordo com a não satisfação de suas necessidades, que são divididas em psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais.⁵¹

Diversas instituições brasileiras tem adotada a teoria de Horta, como base para o desenvolvimento e aplicação do Processo de Enfermagem.⁵¹

As fases do processo de enfermagem, que é o método de trabalho legal dos profissionais de enfermagem é composto pelas etapas, a saber: histórico, exame físico, diagnóstico de enfermagem, prescrição de enfermagem, evolução de enfermagem.^{55,56,57}

O diagnóstico de enfermagem baseia-se na priorização de problemas verificados pelo enfermeiro a partir de análise, de julgamento, de síntese e percepção dos dados clínicos, sociais, ambientais que desvelem as necessidades individuais da pessoa, independente da sua doença.⁵⁵

Exige acurácia, pois advém da fase do histórico de enfermagem e exame físico. A interpretação do diagnóstico e estabelecimento dos mesmos permite ao enfermeiro realizar a prescrição de enfermagem de acordo com as especificidades do cliente.⁵⁵

Na prática profissional, dentre as taxonomias reconhecidas e utilizadas, encontra-se a Taxonomia da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), que foi pioneira na formulação dos diagnósticos de enfermagem na década de 1970, e que possui uma nomenclatura mundial, o que possibilita a interpretação do diagnóstico por enfermeiros em diferentes partes do mundo.⁵⁵

A classificação da NANDA, como parte do processo de enfermagem é de suma importância nas questões relacionadas aos diferentes ciclos de vida. O levantamento dos mesmos permite a elaboração de lista de prioridades de cuidado e esforços para o alcance de execução.⁵⁵

Sendo assim, estabelecer diagnósticos de enfermagem por meio da execução do processo de enfermagem, baseado em uma teoria para uma eficaz assistência de enfermagem, é dever legal da profissão.⁵⁸

Para adolescentes vítimas de agressão, é importante aos profissionais quando na execução do cuidado, perceber que existem variáveis envolvidas na vitimização que são elucidadas durante o processo de enfermagem por meio da utilização de uma teoria, que podem ser transformadoras na prática assistencial a essa clientela.^{51,54,58}

Esses aspectos vão desde aqueles que envolvem as fases do desenvolvimento físico e emocional típicos da idade, a exposição ambiental, econômica e social que esses adolescentes estejam expostos, além dos agravos imediatos causados pela vitimização.³⁻¹⁷

Na utilização do corpo de conhecimentos próprios da profissão, como teorias de enfermagem, aplicação do processo de enfermagem e seus desdobramentos, a enfermagem não se encontra isolada. Faz parte de um complexo sistema de saúde, com diferentes inter-relações em áreas de

conhecimentos diversas, que exigem da profissão frente aos seus ideais sociopolíticos a visão do todo e do específico.^{4,29,30,34}

A compreensão que as agressões a adolescentes por armas de fogo e brancas, é um grave problema, deve servir para que diante dele, a enfermagem utilize toda sua base de conhecimento na elucidação e resolutividade do mesmo.³¹

3 OBJETIVOS

GERAL

Estudar a morbimortalidade por ferimentos com armas de fogo e armas brancas em adolescentes de 10 a 19 anos no município de Campo Grande, Mato Grosso do Sul, no período de 2009 a 2010.

ESPECÍFICOS

Efetuar um levantamento das características epidemiológicas dos adolescentes internados em decorrência de ferimentos por armas de fogo e armas brancas em três serviços de emergência na cidade de Campo Grande e estimar os gastos hospitalares provenientes dessas internações.

Verificar possíveis associações entre mortalidade por ferimentos por armas brancas e de fogo em jovens do sexo masculino (em Campo Grande, na Região Centro-Oeste do Brasil), e indicadores de qualidade de vida urbana.

Descrever as necessidades humanas básicas afetadas de uma adolescente vítima de agressão por arma branca, correlacionado com os Determinantes Sociais da Saúde.

Identificar, com base na taxonomia da North American Diagnosis Association (NANDA), um grupo de diagnósticos de enfermagem voltados a adolescentes vitimados por armas de fogo e armas brancas atendidos nos serviços hospitalares credenciados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em Campo Grande, MS.

4 MÉTODOS

4.1 Tipo de estudo

Optou-se por realizar um estudo por triangulação de métodos, mediante a utilização dos seguintes tipos de investigação epidemiológica: de caráter agregado, o transversal ecológico; e de caráter individualizado, o transversal analítico e um relato de caso.

Para Minayo, *et al.*, 2006, (p.1115):

“O uso da triangulação exige, também, a combinação de múltiplas estratégias de pesquisa capazes de apreender as dimensões qualitativas e quantitativas do objeto, atendendo tanto os requisitos do método qualitativo, ao garantir a representatividade e a diversidade de posições dos grupos sociais que formam o universo da pesquisa, quanto às ambições do método quantitativo, ao propiciar o conhecimento da magnitude, cobertura e eficiência de programa sob estudo”.⁵⁹

Estudos ecológicos são aqueles que permitem estudar um fenômeno ocorrido em grupo de pessoas em áreas geográficas definidas. Em geral observa-se a associação entre as variáveis da investigação e suas associações no grupo estudado.⁶⁰

Foram pesquisados no presente estudo, adolescentes de 10 a 19 anos residentes nas diferentes regiões urbanas do município de Campo Grande, no ano de 2009.

Para tal, este estudo foi dividido em quatro artigos, a saber: 1) estudo transversal com a caracterização sócio-demográfica, clínica e estimativas de custos de internação em adolescentes internados nos serviços hospitalares de emergência pós-vitimização; 2) estudo ecológico de mortalidade nas regiões urbanas; 3) estudo qualitativo (relato de caso) utilizando a Teoria de Necessidades Humanas de Horta (1979), onde investigou-se por meio desse modelo as características psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais da trajetória de vida de uma adolescente vítima de agressão por arma branca; 4) estudo transversal onde levantaram-se os Diagnósticos de Enfermagem dos adolescentes internados por vitimização de armas de fogo e brancas, utilizando a Classificação da North American Nursing Diagnoses Association (NANDA).^{51,55}

4.2 Local do estudo

Este estudo foi desenvolvido na cidade de Campo Grande que é a capital do Estado de Mato Grosso do Sul, com população total de 786.797 habitantes. A população de adolescentes de 10 a 14 anos é de 64.688 habitantes e a de 15 a 19 anos é de 75.555 habitantes.(IBGE,2011)⁶¹

Está no nível de gestão plena da atenção a saúde. ⁶²

Foram incluídos no estudo, três serviços de atendimento especializado em emergências traumáticas, por atenderem em conjunto a maior demanda de pacientes vítimas de agressões pelo SUS na cidade.

Os serviços de atenção hospitalar pesquisados foram: Associação Beneficente de Campo Grande, conhecida como Santa Casa que é um hospital geral, onde atende pacientes do SUS, de planos de saúde e privados, é o maior pronto-socorro do estado, tem gestão municipal e esfera administrativa privada, possui 588 leitos destinados a pacientes do SUS. O Hospital Regional de Mato Grosso do Sul, é um hospital geral com gestão municipal e com esfera administrativa estadual, atende exclusivamente pelo SUS e tem 334 leitos. O Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian é um hospital com gestão municipal e esfera administrativa federal, que atende exclusivamente pelo SUS e possui 267 leitos.⁶²

4.3 População e amostra

A população de estudo foi composta por todos os adolescentes vítimas de ferimentos por armas brancas e de fogo na atenção pré-hospitalar, os que foram submetidos à internação hospitalar e os que foram a óbito no momento da ocorrência ou durante a internação.

Os critérios de exclusão foram: vítimas de ferimento por arma branca e de fogo com idade inferior a 10 anos e superior a 19 anos, prontuários ilegíveis ou com informações incoerentes sobre a causa de internação e CID de internação ou óbito por outra causa distinta a do estudo.

Foram considerados elegíveis para esse estudo: 202 fichas de atendimentos de adolescentes vítimas de ferimentos por armas brancas e de

fogo na atenção pré-hospitalar; 78 prontuários dos adolescentes internados pelas mesmas causas provenientes da lista anterior dos atendimentos pré-hospitalar e 35 óbitos ocorridos no período, apenas de adolescentes masculinos, onde considerou-se para busca ativa as ocorrências no local da agressão e aqueles que constavam na declaração de óbito, o CID compatível com os da metodologia escolhida no presente estudo.

Para o relato de caso foi selecionada uma adolescente do sexo feminino que recebeu atendimento hospitalar, que aceitou participar da entrevista, com autorização do responsável.

4.4 Procedimentos para coleta dos dados

Foram utilizadas as seguintes fontes de dados: a) informações constantes em fichas de atendimentos, relatórios e prontuários, e b) Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e c) entrevista com uma adolescente.

O estudo dividiu-se em três fases. A primeira constituiu-se da coleta dos dados secundários, dos registros dos adolescentes de 10 a 19 anos, vítimas de agressão por armas de fogo e brancas, das fichas de atendimento do Serviço de Atendimento Móvel as Urgências (SAMU) com a transcrição da ficha pela pesquisadora para uma similar da própria instituição (Anexos B e C) e relatórios de atendimento realizado pelo Corpo de Bombeiros Militar (CIOPS), transcritos para instrumento elaborado pela pesquisadora (Apêndice A), considerando que os relatórios do Corpo de Bombeiros não dividem as ocorrências por faixa etária e tipo de evento traumático. A coleta de dados no SAMU e dados do CIOPS ocorreram entre os meses de junho de 2009 a janeiro de 2010.

Após a análise das fichas de atendimento pré-hospitalar, foram elaboradas duas listas distintas de desfechos do atendimento, a saber: uma referente aos indivíduos que foram a óbito no local de ocorrência e outra dos que foram encaminhados aos serviços de assistência hospitalar. Com as listas elaboradas nominalmente, procedeu-se busca ativa nos prontuários dos adolescentes que foram encaminhados para os três serviços de atenção hospitalar participantes do estudo.

Os dados dos prontuários foram pesquisados no Serviço de Arquivo Médico de cada um dos hospitais, onde a lista nominal era entregue previamente e os coordenadores desse serviço levantavam a existência do prontuário.

Para a obtenção dos dados dos prontuários utilizou-se um instrumento de coleta (Apêndice B) com dados sócios demográficos, a saber: idade, sexo, raça/cor, responsável pelo adolescente, estado civil, renda familiar, endereço residencial, registro de escolaridade do adolescente e dos pais, registro de profissão/ocupação adolescente e pais, registro de uso de drogas, criminalidade, aspectos clínicos, e, estimativa de custos da internação por meio da análise do espelho da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) constante no prontuário, onde constava o valor desta.

A segunda fase constituiu-se de busca e análise nos registros de dados do Sistema de Informação de Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM), e declarações de óbitos disponíveis na Secretaria Municipal de Saúde Pública de Campo Grande.

Procederam-se as categorizações das internações de acordo com a Classificação Internacional Estatística de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), que tem como Causas Externas (Capítulo XX), referentes aos códigos X85 a Y09 (Agressões) nos códigos referentes: X93 (agressão por disparo de arma de fogo de mão), X94 (agressão por disparo de arma de fogo de maior calibre), X95 (agressão por disparo de outra arma de fogo ou não especificada) e X99 (agressão por objeto cortante ou penetrante). Quando o CID verificado no prontuário referia-se ao Y09 (agressão por outros meios especificados), buscou-se na história clínica e na ficha de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) os demais CIDs, na perspectiva de selecionar casos semelhantes. No entanto, para fins desse estudo, considerou-se o CID principal da internação, ou seja, aquele que era relativo a agressão por arma de fogo e arma branca.

Em relação aos óbitos, após a elaboração de lista nominal dos adolescentes que faleceram no local da ocorrência e consulta das Declarações de Óbito fornecidas pela SESA, confirmando a idade, sexo e nome do adolescente, foi feita a confrontação entre os dois bancos de dados (D.O e

SIM), mediante os CIDs estabelecidos para a análise, a fim de levantar o número exato de óbitos.

A terceira fase constituiu-se de entrevista com instrumento semi-estruturado (Apêndice B) e uma pergunta aberta que foi gravada em meio digital, transcrita e analisada sob a perspectiva da Teoria de Horta. O sujeito dessa fase de estudo foi uma adolescente vítima de agressão por arma branca (faca), hospitalizada na enfermaria de Clínica Cirúrgica I, do Núcleo do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian da UFMS, em dezembro de 2010.

A pergunta da entrevista foi: fale para mim o que aconteceu com você, na sua vida que fez você sofrer essa agressão? O propósito foi buscar, por meio da trajetória de vida da adolescente, os aspectos sócio-demográficos, estilo de vida, renda, escolaridade, moradia, etnia, entre outros, e as possíveis necessidades humanas básicas afetadas que pudessem ser colaboradoras com o desfecho da vitimização. A escolha da amostra para a entrevista foi devido a jovem estar em condições físicas para participar da entrevista, a disposição em relatar informações pessoais e o consentimento dos responsáveis.

4.5 Análise dos dados

Para a construção do banco de dados foi utilizado o programa Microsoft Excel – Windows 95. Na análise ecológica foram utilizados os programas GPS Visualizer, uma ferramenta *online* de uso livre e o *software* PCI Geomatica. O processamento gráfico para a geração dos mapas finais foi realizado com o *software* Macromedia Freehand. Para efetuar a correlação de Spearman entre os valores de TMFA de adolescentes masculinos de 15 a 19 anos e de IQVU (Anexo D), empregou-se o programa Bio Estat, versão 5.0. O nível de significância adotado foi de 5%.^{63,64,65,66}

A análise da entrevista foi realizada à luz da Teoria de Enfermagem de Horta, que considera a hierarquia das necessidades humanas em três níveis diferenciados, psicobiológicos (oxigenação, nutrição, eliminação, sexualidade) indispensáveis a sobrevivência humana, as psicossociais que seriam um nível em que o indivíduo tendo as necessidades anteriores satisfeitas, busca o gregarismo e vida em sociedade e sua relação individual, e as psicoespirituais,

que levam o indivíduo a escolhas e exercício de uma filosofia de vida, religiosidade e transcendência em relação ao mundo espiritual. Relacionou-se a Teoria de Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta, com os Determinantes Sociais da Saúde (DSSs).^{51,67}

Para levantamento e análise dos Diagnósticos de enfermagem, utilizou-se a evolução clínica e anotações de enfermagem descritas no prontuário, listando-se as mesmas e realizando a análise das necessidades alteradas, transformando-as em diagnósticos de enfermagem de acordo com a taxonomia da NANDA.⁵⁵

Nos três serviços estudados e setores onde os adolescentes permaneceram internados, a SAE não está institucionalizada.

4.6 Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa dessa instituição (protocolo 1406, de 7 de maio de 2009) (Anexo A), a entrevista com a adolescente ocorreu após a mesma assinar o TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Apêndice C).

As instituições receberam uma cópia do projeto, emitiram documentos de autorização e após a emissão da carta de aprovação do CEP/UFMS foi entregue uma cópia a cada instituição permitindo o acesso aos dados.

5 RESULTADOS¹

Diante da metodologia utilizada, construíram-se quatro artigos, que serão apresentados a seguir.

As citações bibliográficas dos artigos estão de acordo com o padrão de referências estabelecidas nos periódicos aos quais foram submetidos.

5.1 Artigo 1

Perfil epidemiológico e custos hospitalares de agressões por armas em adolescentes em Campo Grande. R. pesq. Cuid. fundam. online 2012; 4(3):2493-01

RESUMO

Introdução: Este estudo descritivo transversal analisou as características epidemiológicas de adolescentes internados por ferimentos por armas de fogo e armas brancas em três serviços de emergência de Campo Grande, MS, e estimou os gastos hospitalares dessas internações. **Metodologia:** Os dados, de 78 adolescentes (71 masculinos e 7 femininas) de 10 a 19 anos, foram coletados de prontuários abrangendo o período de um ano. Dados sobre custos provieram dos espelhos de autorizações de internação hospitalar. **Resultados:** Dos pacientes masculinos, 46 (58,9%) foram vítimas de armas de fogo e 25 (32,1%) de armas brancas; nas pacientes, esses números foram 1 (14,3%) e 6 (85,7%), respectivamente. O tempo médio de internação foi de 3,5 dias, com custo médio de R\$ 935,00. **Conclusões:** Constatou-se que em adolescentes as lesões causadas por ambos os tipos de arma são frequentes e têm alto custo econômico e social para as vítimas, suas famílias e a sociedade.

Descritores: epidemiologia, custos, adolescentes, armas

ABSTRACT

Background: This descriptive, cross-sectional study examined the epidemiological characteristics of adolescents hospitalized for injuries caused by firearms and sharp objects at three emergency services in Campo Grande, Mato Grosso do Sul state, Brazil, and estimated the corresponding hospitalization costs. **Method:** Data from 78 adolescents (71 males, 7 females) aged 10 to 19 years were collected from medical records over the course of one year. Data on costs came from copies of admission authorizations. **Results:** Among male patients, 46 (58.9%) were injured by firearms and 25

(32.1%) by sharp objects; among females, these numbers were 1 (14.3%) and 6 (85.7%), respectively. Mean length of hospital stay was 3.5 days, at a mean cost of roughly US\$ 550 per patient. **Conclusions:** Injuries from both types of weapons were frequent among adolescents, with high economic and social costs to victims, their families, and society.

Descriptors: epidemiology, costs, adolescents, weapons

RESUMEN

Introducción: En este estudio descriptivo transversal se examinaron las características epidemiológicas de adolescentes hospitalizados por lesiones causadas por armas de fuego y armas blancas en tres servicios de emergencia en Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, y se estimaron los costos de hospitalización correspondientes. **Método:** Los datos de 78 adolescentes (71 varones, 7 mujeres) con edades de 10 a 19 años se obtuvieron de los registros médicos de un año. Los datos sobre los costos provinieron de copias de las autorizaciones de hospitalización. **Resultados:** Entre los pacientes masculinos, 46 (58,9%) resultaron heridos por armas de fuego y 25 (32,1%) por armas blancas; entre las mujeres estos números fueron 1 (14,3%) y 6 (85,7%), respectivamente. La estancia media hospitalaria fue de 3,5 días, a un costo promedio aproximado de aproximadamente US\$ 550 por paciente. **Conclusiones:** Las lesiones causadas por ambos tipos de armas fueron frecuentes entre adolescentes, con altos costos socioeconómicos a las víctimas, sus familias y la sociedad.

Descriptores: epidemiología, costos, adolescentes, armas

Introdução

Os agravos que envolvem violência representam imenso prejuízo socioeconômico, uma vez que suas repercussões podem culminar em óbito, invalidez temporária ou permanente e tratamentos dolorosos e onerosos para as vítimas e suas famílias.¹

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), em seu 39.º Conselho do Plano Diretor, considera que na perspectiva da saúde pública a violência é um problema, por produzir alta carga de mortalidade e morbidade

evitável, que afeta especialmente crianças, mulheres e jovens, e por requerer grandes recursos financeiros para a atenção médica aos vitimados, subtraindo com frequência a atenção necessária a outros pacientes.¹

Ao mapear a violência no Brasil, percebeu-se que um aspecto particularmente preocupante é que as vítimas continuam sendo majoritariamente os jovens, entre os quais duas em cada três mortes têm causa violenta.²

Embora o Brasil venha avançando em termos econômicos e sociais, ainda é muito grande a desigualdade de acesso a bens, serviços, educação e informação nos diferentes municípios e regiões do país, desigualdade essa que desfavorece a diminuição da violência em geral e de mortes por causas externas.¹

Em Campo Grande, constatou-se em 2007 entre adolescentes de 15 a 19 anos de idade um saldo de 58,8 anos potenciais de vida perdidos (APVPs) em decorrência de mortes causadas por agressões com armas de fogo e armas brancas.³

Um estudo abrangendo dados de 193 países-membros da Organização Mundial de Saúde (OMS) e dados do Banco Mundial referentes a 2002 permitiu que incapacidades físicas e APVPs advindos de causas violentas fossem correlacionadas com as perdas econômicas correspondentes, calculadas a partir dos produtos internos brutos. O Brasil figurou em quarto lugar em anos de vida perdidos e incapacidades físicas por violência na classificação assim obtida, com perdas econômicas de US\$ 9.935 bilhões nesse ano.⁴

Estudos sobre agravos por causas externas violentas revelam maior ocorrência em homens jovens, com uso de arma de fogo como objeto preferencial, acarretando a necessidade de tratamentos mais complexos, mais onerosos e mais demorados.⁵

Analisando 453 prontuários de adolescentes internados em decorrência de causas externas em um serviço de emergência em Recife, os autores encontraram 64 casos de agressão por arma de fogo a vítimas do sexo masculino e 6 do feminino. As armas brancas foram responsáveis por 21 hospitalizações em adolescentes masculinos e 6 em femininas.⁶

Considerando esse panorama, o presente estudo teve como objetivos evidenciar as características epidemiológicas dos adolescentes internados em decorrência de ferimentos por armas de fogo e armas brancas em três serviços de emergência na cidade de Campo Grande e estimar os gastos hospitalares provenientes dessas internações.

Metodologia

Este estudo transversal analisou retrospectivamente 78 prontuários de adolescentes de 10 a 19 anos vitimados por ferimentos por armas de fogo e armas brancas internados no ano de 2009. Foram incluídos no estudo os adolescentes que receberam atenção pré-hospitalar pelo Serviço de Atendimento Móvel a Urgência (SAMU), e Corpo de Bombeiros Militar e que foram encaminhados a três hospitais de referência especializados em atendimento ao trauma, credenciados pelo SUS em Campo Grande. Duas dessas unidades de estudo são hospitais públicos e uma é filantrópica, sendo esta última o maior serviço especializado em emergências em Mato Grosso do Sul.⁷

Os sujeitos foram agrupados em duas faixas etárias: de 10 a 14 anos e de 15 a 19.

Primeiramente foi elaborada uma lista nominal derivada de 202 atendimentos prestados pelos serviços pré-hospitalares no período de estudo. Foram excluídos os óbitos e os encaminhamentos a unidades de pronto atendimento e a serviços não pertencentes ao SUS. Os prontuários e respectivos espelhos das autorizações de internação hospitalar (AIHs) constantes na lista nominal previamente elaborada foram analisados nos Serviços de Arquivo Médico (SAME) das três unidades hospitalares.

O estudo faz parte do projeto de pesquisa intitulado *Morbimortalidade por armas de fogo e armas brancas entre adolescentes no município de Campo Grande, MS*, que está em andamento no Programa de Pós-graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa dessa instituição (protocolo 1406, de 7 de maio de 2009).

As variáveis analisadas foram: sexo, idade, tipo de arma utilizada que causou a lesão, regiões anatômicas atingidas, procedimentos cirúrgicos

realizados, complicações provenientes da lesão, período de permanência hospitalar e custo de internação.

Para a análise descritiva dos dados utilizaram-se os programas Excel 2007 e SPSS (versão 1.7)⁸.

Para o levantamento de custos, utilizou-se como fonte de dados o espelho da AIH, documento gerado pelos hospitais credenciados pelo SUS para fins de cobrança ao Ministério da Saúde dos serviços prestados durante a internação.

Resultados

Dos 78 prontuários analisados, 71 (91%) eram de adolescentes do sexo masculino e 7 (8,9%) do feminino. Dos adolescentes masculinos, 46 (58,9%) foram vítimas de ferimentos por armas de fogo e 25 (32,1%) sofreram lesões por armas brancas. Entre as adolescentes, 6 (85,7%) sofreram lesões por armas brancas e 1 (14,3%) foi agredida com arma de fogo.

A média de idade da amostra foi de 16,7 anos, sendo a menor idade 10 e a maior 19. Na faixa etária de 10 a 14 houve 11 vítimas (14,1%); na de 15 a 19 anos, 67 (85,9%).

As lesões em tórax, lesões múltiplas e abdominais foram as mais frequentes (Tabela 1).

Tabela 1 - Regiões anatômicas lesadas em agressões perpetradas contra adolescentes. Campo Grande, 2009-2010.

Regiões anatômicas	N	%
Tórax	34	43,5
Lesões múltiplas ¹	31	39,7
Abdome	21	26,9
Membros inferiores	17	21,7
Membros superiores	13	16,7
Cabeça	11	14,1
Outras ²	6	7,7
Pescoço	3	3,8

¹Lesões em mais de um sítio anatômico.

²Outras: escapular, lombar, glútea, escrotal.

Dentre as lesões múltiplas, prevaleceram as de tórax e abdome e as de tórax e membros inferiores e superiores (Tabela 2).

Tabela 2 - Lesões múltiplas mais frequentes em agressões perpetradas contra adolescentes. Campo Grande, 2009-2010.

Regiões anatômicas	N	%
Tórax e abdome	10	32,26
Tórax e membros inferiores	4	12,90
Tórax e membros superiores	3	9,68
Cabeça e tórax	2	6,45
Pescoço e tórax	2	6,45
Abdome e membros superiores	2	6,45
Cabeça e membros superiores	2	6,45
Cabeça, abdome e membros inferiores	2	6,45
Tórax e outras ¹	1	3,23
Cabeça, tórax e outras ¹	1	3,23
Cabeça, abdome e outras ¹	1	3,23
Cabeça, membros inferiores e outras ¹	1	3,23
Total	31	100,00

¹Outras: escapular, lombar, glútea, escrotal.

As internações perfizeram em conjunto 270 dias, com média de 3,5 dias por indivíduo. A duração média das internações em casos envolvendo armas de fogo foi de 4,4 dias; nos de armas brancas, 3,0. Relacionando-se as regiões anatômicas com a quantidade de dias de internação, constatou-se que as vítimas com lesões abdominais permaneceram no total 77 dias internadas (média de 3,6); naquelas com lesões de tórax, esse tempo foi de 52 dias (média de 3,1). Os indivíduos que tiveram agravos relacionados ao sistema esquelético permaneceram, no total, 51 dias em internação (média de 5,4 dias).

Cinco adolescentes, todos do sexo masculino, estiveram internados por períodos de 10 a 15 dias. Após o procedimento cirúrgico, dois deles precisaram permanecer em unidade de terapia intensiva de 2 e 4 dias.

No total, realizaram-se 76 (100%) procedimentos cirúrgicos, assim distribuídos: 30 suturas de lesões externas (39,5%), 19 cirurgias abdominais (25%), 10 toracotomias (13,2%), 10 cirurgias ortopédicas (13,2%), 4 toracotomias com laparotomia (5,3%), 2 cirurgias de face com hemostasia de vasos (2,6%) e 1 cirurgia exploradora em membro superior com hemostasia de artéria braquial (1,3%). Nas cirurgias abdominais, os procedimentos mais frequentes foram as laparotomias exploratórias utilizando gastrorrafia, enterorrafia, colorrafia, hepatorrafia e hemostasia abdominal.

Nos 78 prontuários constaram 39 internações (50%) com registro de uma ou mais complicações clínicas ou cirúrgicas, totalizando 46 ocorrências. As complicações mais frequentes foram hemorragias (20, ou 51,3%), com 5 casos graves (graus III e IV); infecções de ferida operatória (15, ou 38,5%); hemopneumotórax (5, ou 12,8%); pneumotórax (4, ou 10,3%); e enfisema subcutâneo (2, ou 5,1%).

O custo total das internações hospitalares, de acordo com o registrado nos espelhos de AIH, foi R\$ 73.205,00. O custo médio das internações, de R\$ 935,00, situou-se entre os valores máximo e mínimo pagos pelo SUS para internações, de R\$ 2.332,44 e R\$ 213,91, respectivamente.

Discussão

A violência urbana no Brasil passou a ser discutida com maior ênfase pelo setor de saúde a partir da década de 1980, com a abertura política, a implantação do SUS e os debates que levaram à Constituição de 1988.

No presente estudo, as agressões e ferimentos prevaleceram em adolescentes masculinos. Esse padrão foi também observado em um estudo realizado na mesma cidade no período 2005-2007, o qual revelou que 94% das 233 vítimas de armas de fogo atendidas pelo SAMU eram do sexo masculino e tinham de 15 a 24 anos.⁹

Em Ipatinga, MG, uma avaliação da internação por injúrias em crianças e adolescentes no período de um ano apontou que as agressões por armas de fogo prevaleceram em adolescentes masculinos e na faixa etária de 15 a 19 anos.¹⁰

Outro estudo, que analisou 50 ocorrências de agressão por armas brancas com registro policial em Porto Grande, AP, revelou a mesma prevalência de gênero nas vítimas de agressões, com 90% de homens. A faixa etária correspondente à adolescência (15 a 19 anos) foi a de segunda maior ocorrência. (A primeira foi a de 20 a 24 anos).¹¹

Em adolescentes do sexo masculino, a exposição à violência está vinculada a aspectos sociais, históricos e culturais da masculinidade que reforçam o jogo de força e poder e que podem culminar em comportamento violento, seja como perpetrador ou como vítimas, dependendo do local e das vulnerabilidades sociais presentes.⁶

Um estudo realizado no Brasil em 2005, que analisou à luz da epidemiologia e das ciências sociais a morbimortalidade por agressões em homens jovens, constatou que a vulnerabilidade a esse tipo de agravo está relacionada a desigualdades sociais, as quais se refletem em aspectos como baixa renda, raça/cor negra e parda e domicílio em áreas periféricas dos grandes centros urbanos. A pesquisa enfatiza nas armas o elemento simbólico de poder, de dominação sobre o outro, em um mecanismo que reforça a perpetração de agressões.⁵

A vitimização de adolescentes do sexo feminino, apesar de numericamente menor, precisa também ser considerada como fator que afeta a saúde e traz em seu bojo uma violência mais velada, muitas vezes vinculada aos espaços privados da vida social.¹²

No presente estudo, as adolescentes foram vitimadas em sua maioria por armas brancas. Apesar da ausência de registros sobre a origem do agressor nos prontuários, inferimos, pelo tipo das lesões mais frequentes, que estas possam ter advindo de brigas interpessoais com vinculação afetiva e familiar entre vítima e agressor. Em seis casos, as lesões foram causadas por armas brancas e nas seguintes regiões anatômicas: face, pescoço, tórax, membros superiores e membros inferiores.

Um estudo retrospectivo realizado em Uberlândia, MG, com 32 mulheres vítimas de agressão e idade mínima de 18 anos evidenciou predominarem nas agressões objetos cortantes-contundentes (facas, canivetes e facões). As regiões anatômicas mais lesadas foram a face e a cabeça.¹²

Em Pindamonhangaba, SP, uma pesquisa em 50 boletins de ocorrência de 2009 da Delegacia da Mulher revelou que o tipo de violência predominante foi a agressão física, sendo que em 38 casos as vítimas tinham vínculo afetivo com o agressor.¹³

Diferentemente de nossos achados, um estudo realizado em um pronto-socorro de Porto Alegre em 2005, abrangendo 73 mulheres com idade mínima de 18 anos vitimadas por agressões, revelou como regiões anatômicas mais acometidas o tórax e o abdome (34,2% em conjunto) e os membros superiores e inferiores (20,5% em conjunto). As agressões na face perfizeram 8,2%; as de face e cabeça, 5,5%.¹⁴

Em geral, estudos sobre mulheres agredidas, em especial com uso de armas brancas e de fogo, apontam que os agressores são pessoas conhecidas das vítimas. Confirmando essa tendência, a Pesquisa Nacional por Amostra dos Domicílios (PNAD), realizada pelo IBGE em 2009 para caracterizar vítimas e acesso a justiça no Brasil, revelou que, entre as mulheres agredidas, 25,9% (cerca de 280 mil) tiveram como agressor o cônjuge ou ex-cônjuge, em contraste com 2,0% de homens na mesma situação.¹⁵

No presente estudo, as agressões sofridas por adolescentes masculinos foram majoritariamente infligidas no tórax, abdome e membros inferiores, envolvendo também lesões múltiplas.

Em adolescentes do sexo masculino houve mais desfechos letais que no feminino. Nenhuma das adolescentes permaneceu internada em unidade de terapia intensiva, em contraste com cinco pacientes masculinos que permaneceram nesse setor. Em adolescentes masculinos, houve maior dano a órgãos vitais e a grandes vasos; em dois casos, dois tipos de arma (branca e de fogo) foram utilizados.

Esse emprego masculino de força e poder foi verificado em estudo realizado no Rio de Janeiro, que em 2009 analisou o discurso de 19 adolescentes masculinos sobre violência, concluindo que “as relações estabelecidas entre masculinidade e juventude podem redundar em práticas violentas, trazendo comprometimentos para a saúde dos homens jovens”.¹⁶

Essa relação entre a violência de agressões e atos infracionais leva a refletir sobre como se dá o envolvimento dos adolescentes nos espaços públicos em que convivem com a criminalidade.

O Instituto de Pesquisas Econômicas e Aplicadas (IPEA) enfatiza que a desigualdade social é uma das maiores causas de violência e está vinculada à conquista, por meio de força e infração, de direitos negados a determinados grupos pela sociedade.¹⁷

Assim, as desigualdades sociais propiciam espaços paralelos de atuação nos quais, na ausência do poder público e de políticas de promoção e proteção à saúde e aos direitos sociais, haverá grupos vulneráveis a atos violentos, particularmente entre adolescentes, tanto como perpetradores quanto como vítimas.

Em relação às despesas hospitalares, o custo individual e o custo médio de internações pagas via AIH dá ideia apenas aproximada das despesas totais. O montante registrado em uma AIH não reflete com exatidão o custo total da internação, pois atualmente os recursos financeiros são repassados aos hospitais credenciados pelo SUS sob a ótica da contratualização de serviços e de cumprimento de metas qualitativas e quantitativas. Para maior exatidão, outros valores teriam de ser agregados, como incentivos aos hospitais universitários que possuem programas de residência, como é o caso dos três hospitais pesquisados.

Além do ônus direto com a internação hospitalar propriamente dita, outros custos, menos visíveis e de difícil mensuração, devem ser destacados, como os gastos pessoais das famílias e os advindos do absenteísmo ao trabalho dos familiares e das vítimas, das sequelas limitantes e sua reabilitação, do atendimento pré-hospitalar e das perdas sociais e psicoemocionais.

Somando-se os custos diretos (advindos das atividades diretamente relacionadas com o problema de saúde) e os indiretos (mais relacionados a questões sociais), esses valores decerto se revelariam bem mais elevados.

Um estudo sobre o impacto econômico dos agravos à saúde por causas externas no Brasil mostrou que, embora as internações por causas externas requeiram permanência hospitalar média de 5,2 dias e as decorrentes das demais causas durem em média 6,1 dias, o custo médio das primeiras é 60% maior que a média geral.¹⁸

Embora a presente investigação não tenha incluído em seus objetivos tal comparação, permitiu constatar um dispêndio, tanto em termos de recursos quanto de pessoal especializado, com internações prolongadas e com o uso de tecnologias de média e alta complexidade (como procedimentos cirúrgicos e utilização de unidades de terapia intensiva), corroborando achados de outros pesquisadores.

O custo médio de internações por causas traumáticas em um hospital universitário de Curitiba em 2003, avaliado em estudo que abrangeu 349 pacientes, foi de US\$ 568,22. Os ferimentos por armas de fogo (44 vítimas) tiveram o maior custo médio revelado na pesquisa, de US\$ 692,95, com média de 7,7 dias de internação. As vítimas de armas brancas representaram o

segundo maior custo médio, de US\$ 676,59, com média de 5,3 dias de internação.¹⁹

A duração média das internações e seu custo médio revelados no presente estudo foram superiores aos constatados por outras pesquisas, se considerados ambos os tipos de arma. As internações decorrentes apenas de armas de fogo foram em média mais longas que em outros estudos. Para as decorrentes de armas brancas, as durações foram bastante semelhantes. As durações mais longas evidenciadas no presente estudo possivelmente se devem a diferenças nas amostras e metodologias, já que o objeto do presente estudo se restringiu a lesões por armas de fogo e armas brancas, enquanto nos demais se avaliaram todos os tipos de causas externas e faixas etárias.

Apesar das diferenças metodológicas, é possível inferir que as despesas do setor de saúde com a violência na adolescência são elevadas. Idealmente, a porta de entrada ao SUS, para todos os usuários, é a atenção primária, com ações que enfocam a prevenção e promoção a saúde. Para grande contingente de adolescentes masculinos, no entanto, a porta de entrada aos serviços de saúde tem sido a dos serviços de alta complexidade, em atendimento a eventos com causas violentas e a acidentes. Tal panorama epidemiológico permite inferir que esses usuários precisam ser enquadrados na agenda da saúde com ações que se revelem eficazes para a diminuição da morbimortalidade advinda dessas causas, em coerência com os princípios preconizados pelo SUS.

Considerações finais

Nos três serviços hospitalares pesquisados, evidenciou-se que as morbidades por agressões decorrentes de armas de fogo e armas brancas fazem parte do cotidiano dos atendimentos de emergência na cidade de Campo Grande. Tais ocorrências foram mais frequentes em adolescentes masculinos de 15 a 19 anos, sendo as armas de fogo as mais utilizadas para infligir as lesões. Em adolescentes femininas, as armas brancas predominaram.

Quanto às regiões anatômicas afetadas, predominaram, em ordem decrescente, o tórax, as múltiplas lesões, o abdome, os membros inferiores e superiores, a cabeça, outras regiões e o pescoço.

A média de idade da amostra foi de 16,7 anos e as internações totalizaram 270 dias.

Dos 76 procedimentos cirúrgicos realizados, as suturas de lesões externas foram mais frequentes.

Entre as complicações, destacaram-se as hemorragias em 20 (51,3%) das ocorrências e as infecções de feridas operatórias.

Os custos com internações alcançaram R\$ 73.205,00 (máximo por indivíduo: R\$ 2.332,44; mínimo: R\$ 213,91).

Embora o estudo tenha se voltado às agressões por dois tipos de arma e em faixa etária específica, revelou que a violência causa impacto na vida de moradores de Campo Grande.

Embora o Programa de Saúde do Adolescente (Prosad) tenha sido implantado já na década de 1990, as atividades conjuntas intersetoriais para o combate à violência não têm se concretizado de maneira eficaz.

A faixa etária adolescente, em especial a masculina, não é culturalmente atendida em serviços de atenção básica. Em geral, em serviços de atenção básica frequentados por adolescentes predominam pacientes do sexo feminino, que buscam atendimento voltado à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, a pré-natal e a exames ginecológicos.

Um estudo envolvendo médicos e enfermeiros do Programa de Saúde da Família em Londrina, PR, em 2008, concluiu que esses profissionais não realizavam ações sistematizadas para esse grupo etário, mas adotavam protocolos de acordo com a demanda e procura por consultas especializadas.²⁰

O setor de saúde permanece marcado por diversos aspectos de difícil superação no enfrentamento da violência. A prevenção e a promoção não estão sendo adequadamente abordadas, embora há mais de duas décadas façam parte das agendas de saúde e existam recursos técnicos e teóricos para que avanços comecem a se efetivar.

É necessário um olhar multidimensional para que se encontrem caminhos efetivos para a desconstrução de uma sociedade violenta. Enquanto a sociedade civil e o poder público mantiverem um olhar impessoal para esse quadro, os serviços de emergência continuarão a receber grande número de adolescentes vitimados e a despender recursos públicos de uma maneira que

pouco colabora para a construção de uma sociedade mais igualitária e democrática.

Sob esse ponto de vista, pode-se dizer que quanto mais adolescentes adentrarem os serviços de emergência por agravos causados por armas de fogo e armas brancas, mais o Estado estará retrocedendo em todos os aspectos de gestão, pois tais agravos refletem uma sociedade individualista e desumana, que ainda não se conscientizou que a dor, a incapacidade física e os grandes danos sociais decorrentes da violência são legados de todos nós.

Referências

1. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), Organização Mundial da Saúde (OMS). Repercussão da violência na saúde das populações americanas. 2003. (44.º Conselho Diretor. 55.ª Sessão do Comitê Regional. Washington, 22 a 26 de setembro de 2003.) Disponível em: <http://www.paho.org/portuguese/gov/cd/cd44-15-p.pdf>
2. Waiselfisz JJ. Mapa da violência 2011: os jovens no Brasil. São Paulo: Instituto Sangari; 2011.
3. Silva APAS, Pontes ERJC, Tognini JRF. Years of potential life lost from assault with firearms or sharp objects among adolescents in Campo Grande, MS, Brazil, in 2007. J Epidemiol Community Health. 2011;65:A159-60. doi: 10.1136/jech.2011.142976f.25
4. Brown DW. Economic value of disability-adjusted life lost to violence: estimates for WHO member states. Rev Panam Salud Publica [online] [cited 2012 Jan 28]. 2008;24(3):203-9. Available from: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1020-49892008000900007&lng=en&nrm=iso&tlng=en
5. Souza ER. Masculinidade e violência no Brasil: contribuições para a reflexão no campo da saúde. Ciência & Saúde Coletiva. 2005;10(1):59-70.
6. Barbosa HSC, Bezerra SMMS, Lyra DM, Acioli EE, Oliveira LS. Perfil e fatores associados a morbi-mortalidade por causas externas de adolescentes atendidos em um serviço de emergência em Recife entre 2004 e 2005. Rev enferm UFPE [online] [citado 2012 Jan 28]. 2007;1(2):173-80.
7. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), Organização Mundial da Saúde (OMS), Fundação W.K. Kellogg. Projeto de apoio a iniciativas nacionais de saúde integral do adolescente na região das Américas: diretrizes para a programação da saúde integral do adolescente e módulos de atendimento. Washington: OPAS/OMS, 1999.
8. Ayres M, Ayres Jr M, Ayres DL, Santos AAS. BioEstat: aplicações estatísticas das ciências biomédicas, versão 5.0 [programa de computador]. Belém (PA): Sociedade Mamirauá; 2007.

- 9.Sanches S, Duarte SJH, Pontes ERJC. Caracterização das vítimas de ferimentos por arma de fogo atendidas pelo serviço de atendimento móvel de urgência em Campo Grande, MS. Saúde e Sociedade. 2009;18(1):95-102
- 10.Gaseper VLV, Lamounier JA, Cunha FM, Gaspar JC. Fatores relacionados a hospitalizações por injúrias em crianças e adolescentes. Jornal de pediatria. 2004;80(6):447-52
- 11.Guimarães JMX, Vasconcelos EU, Cunha RS, Melo RD, Pinto LF. Estudo epidemiológico da violência por arma branca no município de Porto Grande, Amapá. Ciência e Saúde Coletiva. 2005;10(2):441-51.
12. Andrade MF, Giuliani CD, Biffi EFA. Perfil de mulheres vítimas de violência assistidas no pronto-socorro/Hospital de Clínicas-UFU. Revista fato&versões. 2011;3(5):103-33 [citado 2012 Jan 28]. Disponível em: <http://200.233.146.122:81/revistadigital/index.php/fatoeversoes/article/viewPDFInterstitial/305/264>
- 13.Cabral AR, Duarte EA, Daher LLA, Santos VA. Violência doméstica contra a mulher: projeto de integração direito e sociedade I. 13.º Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e 9.º Encontro Latino Americano de Pós-graduação. Anais. 2009 [citado 2012 Jan 28]. Disponível em: http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2009/anais/arquivos/RE_0983_0573_01.pdf
- 14.Ilha MM, Leal SMC, Soares JSF. Mulheres internadas por agressão em um hospital de pronto socorro: (in)visibilidade da violência. Rev Gaúcha Enferm, Porto Alegre. 2010;31(2):328-34.
- 15.Pesquisa Nacional por Amostra dos Domicílios (PNAD), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Características da vitimização e do acesso a justiça no Brasil. 2010 Dez 15 [citado 2012 Jan 28]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1786&id_pagina=1.
- 16.Nascimento EF, Gomes R, Rebello LEFS. Violência é coisa de homem? A “naturalização” da violência nas falas de homens jovens. Ciência & Saúde Coletiva. 2009;14(4):1151-7.
- 17.Carvalho A, Cerqueira D, Lobão V. Socioeconomic structure, self-fulfilment, homicides and spatial dependence in Brazil [texto para discussão n. 1105]. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA); 2005 [acesso 2011 Set 10]. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_1105.pdf
- 18.lunes RF. Impacto econômico das causas externas no Brasil: um esforço de mensuração. Rev.Saúde Pública. 1997;31(4 Supl):38-46.
- 19.Bahten LC Von, Alcântara EM, Pimenta APP, Dalagnol JC, Yoshizumi KO, Dresch MF. O impacto econômico do trauma em hospital universitário. Rev Col Bras Cir. 2003;30(3):224-9.
- 20.Ferrari RAP, Thomson Z, Melchior R. Adolescência: ações e percepção dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família. Interface Comunicação e Saúde. 2008;12(25):387-400.

5.2 Artigo 2

Homicídios em adolescentes masculinos e qualidade de vida em um município do Centro- Oeste do Brasil.

Resumo

Objetivo: Verificar possíveis associações entre mortalidade por armas brancas e de fogo em adolescentes em Campo Grande, MS, e o Índice de Qualidade de Vida Urbana (IQVU). Método: Estudo ecológico em que se calcularam taxas de mortalidade por agressão em adolescentes masculinos de 15 a 19 anos para o município e suas sete regiões urbanas. Os valores do IQVU foram correlacionados com as taxas de mortalidade e a distribuição espacial dos óbitos. Resultados: Constataram-se 35 óbitos por agressão em 2009, 33 (94,3%) dos quais por armas de fogo e 2 (5,7%) por armas brancas. Nesse ano, para a faixa etária de 15 a 19 anos, a taxa de mortalidade por agressão no município foi de 104,71 por 100 mil habitantes. As regiões com os piores IQVUs foram também aquelas em que ocorreram mais óbitos por armas de fogo e armas brancas. Conclusões: As desigualdades em educação, renda e pobreza, sustentabilidade ambiental e moradia contribuem para o aumento da vulnerabilidade à mortalidade de adolescentes masculinos por armas de fogo e armas brancas em Campo Grande. Os achados servem de subsídio para que os gestores e profissionais do setor de saúde e intersetores possam ampliar suas redes de atenção à saúde e de promoção à cidadania de adolescentes masculinos, visando minimizar os índices de morbimortalidade por esse grupo de causas.

Descritores: violência, vulnerabilidade, adolescente, mortalidade, qualidade de vida, estudo ecológico

Abstract

Objective: To explore potential associations between mortality from firearms and sharp objects among adolescents in Campo Grande, Mato Grosso do Sul state, in Brazil, and the Index of Urban Life Quality (IULQ). Method: For this

ecological study, rates of mortality from assault among male adolescents aged 15 to 19 years were separately calculated for the county and its seven urban regions. IULQ values were correlated with mortality rates and the spatial distribution of deaths. Results: A total of 35 deaths by assault occurred in 2009, 33 (94.3%) of them caused by firearms and 2 (5.7%) by sharp objects. Over the same year, the county's rate of mortality from assault in the age range of 15 to 19 years was 104.71 per 100 000 population. Regions with the lowest IULQs coincided with those where the number of deaths caused by firearms and sharp objects was highest. Conclusions: Inequalities in education, income and poverty, environmental sustainability, and housing contribute to increase the vulnerability of male adolescents to death from firearm and sharp object injuries in Campo Grande. These findings have the potential to inform decision-making by healthcare managers and professionals working in the healthcare sector and interdisciplinary areas involved in the expansion of healthcare networks and empowerment initiatives targeted to male adolescents, so as to minimize the rates of morbidity and mortality resulting from this group of causes.

Keywords: violence, vulnerability, adolescent, mortality, quality of life, ecological study

Introdução

As mortes por causas violentas continuam a ser um dos entraves ao desenvolvimento igualitário no Brasil. Desde que se começou a contabilizá-las, nas décadas de 1980 e 1990, pôde-se constatar sua magnitude, bem como seus impactos no setor de saúde.^{1,2}

Ao refletir sobre a violência, é necessário entender sua polissemia e a forma como a sociedade está organizada, uma vez que a eclosão de mortes prematuras por causas violentas exprime de certa forma a desorganização estrutural de uma sociedade de consumo, imediatista, que ainda não tomou posse de seu capital intelectual e social para combater esse agravo.³

Pode-se dizer que as mortes violentas vinculam-se diretamente às condições de vida, já que em sociedades menos igualitárias os segmentos

que convivem com piores indicadores sociais são os mais vulneráveis a morrer por causas violentas.⁴

As mortes violentas são enquadradas na categoria de causas externas, que abrange um conjunto de agravos decorrentes de acidentes e violências, incluindo acidentes de transporte e de trabalho, envenenamentos, homicídios, suicídios, afogamentos, vitimizações em grandes conflitos e catástrofes naturais.⁵

As causas externas constituem a primeira causa de mortalidade na população adolescente e jovem, sendo os homicídios, acidentes de transporte e suicídios os agravos de maior impacto nesse perfil epidemiológico.^{6,7,8}

Jovens na faixa etária dos 15 aos 24 anos que vivem em situação de pobreza compõem o grupo social mais vulnerável à violência, seja como agentes ou receptores desta. Frente a esse quadro, torna oportuno o mapeamento dos diferenciais das condições de vida e saúde desses indivíduos.^{9,10}

A mortalidade de adolescentes por homicídio tem apresentado ascensão no Brasil, totalizando 7 338 óbitos em 2008 na faixa de 15 a 19 anos. Nesse ano, a taxa nacional de mortalidade por homicídio na população jovem (15 a 24 anos) foi de 39,7 por 100 mil, valor que contrasta com o de 1,8 para a população não-jovem (de 0 a 14 anos e de 25 ou mais).^{6,11}

Alguns estudos apontam uma desproporcionalidade entre homens e mulheres nas vitimizações. Em Porto Grande, AP, por exemplo, um levantamento das tentativas de homicídio por armas brancas em 2004 revelou que 90% foram perpetradas contra homens. A faixa etária de maior incidência foi a de 20 a 24 anos (40%), seguida pela de adolescentes, de 15 a 19 anos (24%).¹²

Entre adolescentes masculinos de 15 a 19 anos, os homicídios são a primeira causa de mortalidade, obedecendo porém a um padrão seletivo, de acordo com o contexto de inserção social^{2,6}. Nesse aspecto, as pesquisas enfatizam que as mortes violentas têm vítimas preferenciais, cujo perfil inclui ser jovem, do sexo masculino, pobre, possuir baixa escolaridade e pouca ou nenhuma qualificação profissional, ser pardo ou negro e residir em espaços urbanos periféricos.^{12,13,14}

Considerando esse panorama, este estudo teve por objetivo verificar possíveis associações entre mortalidade por ferimentos por armas brancas e de fogo em jovens do sexo masculino em Campo Grande, na Região Centro-Oeste do Brasil, e indicadores de qualidade de vida urbana.

Método

Estudo ecológico, de caráter exploratório, focalizou as seguintes variáveis: (a) taxa de mortalidade por ferimentos por armas (TMFA) brancas e de fogo em jovens masculinos de 15 a 19 anos por 100 mil habitantes em 2009, (b) Índice de Qualidade de Vida Urbana (IQVU) e (c) distribuição espacial dos óbitos (endereço dos adolescentes) por região urbana do município.¹⁵

O município de Campo Grande, capital de Mato Grosso do Sul, estende-se por 8.092,97 km² e tem 786 797 habitantes, com densidade demográfica de 97,22 hab./km². Para fins administrativos, considera-se que sua área urbana é composta de sete regiões: Anhanduizinho, Bandeira, Centro, Imbirussu, Lagoa, Prosa e Segredo.¹⁶

Os dados de mortalidade foram obtidos do Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM-Datasus) e do Relatório de Declarações de Óbito da Secretaria Municipal de Saúde Pública (SESAU). No capítulo XX da Classificação Internacional Estatística de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), o qual versa sobre causas externas, consideraram-se os códigos de agressões X85 a Y09, tendo-se como unidade de análise os códigos X93 (agressão por disparo de arma de fogo de mão), X94 (agressão por disparo de arma de fogo de maior calibre), X95 (agressão por disparo de outra arma de fogo ou não especificada) e X99 (agressão por objeto cortante ou penetrante). Os dados populacionais provieram do censo 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).^{5,17,18}

O IQVU foi desenvolvido em Campo Grande pelo Instituto Municipal de Planejamento Urbano (Planurb) para proporcionar uma visão detalhada da qualidade de vida dos cidadãos. O índice abrange quatro dimensões: (1) educação, (2) renda e pobreza, (3) sustentabilidade ambiental e (4) moradia.

Os valores dessas dimensões são expressos no intervalo de 0 (pior) a 1 (melhor). A média simples desses valores constitui o índice geral.¹⁵

Para espacialização dos endereços obtidos do Relatório das Declarações de Óbito foi utilizado o programa GPS Visualizer¹⁹, uma ferramenta *online* de uso livre. Os endereços espacializados foram importados para o *software* PCI Geomatica, permitindo estruturar um Sistema de Informações Geográficas (SIG) com os polígonos das regiões do município. Estruturou-se então, dentro do ambiente SIG, um banco de dados espacial com os números de óbitos e o IQVU de cada região. O processamento gráfico para a geração dos mapas finais foi realizado com o *software* Macromedia Freehand.^{20,21}

Para efetuar a correlação de Spearman entre os valores de TMFA de adolescentes masculinos de 15 a 19 anos e de IQVU, empregou-se o programa Bio Estat, versão 5.0. O nível de significância adotado foi de 5%.²²

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, protocolo 1406, de 7 de maio de 2009.

Resultados

Do total de 35 homicídios, 33 (94,3%) foram perpetrados com armas de fogo e registrados nas declarações de óbito e no SIM-Datasus com o código X-95 (agressão por disparo de outra arma de fogo ou não especificada). Dois (5,7%) foram causados por armas brancas e registrados com o código X-99 (agressão por objeto cortante ou penetrante).

A Tabela 1 mostra as taxas de mortalidade e os IQVUs, em suas quatro dimensões, nas sete regiões do município. A incidência de óbitos foi maior em regiões urbanas com pior qualidade de vida (IQVU inferior a 0,600). Note-se que duas das regiões apresentaram taxas de mortalidade de adolescentes superiores à taxa geral do município, que foi de 104,71 por 100 mil. A região Centro, com IQVU superior a 0,800, apresentou a menor taxa de mortalidade.

Tabela 1 - Taxas de mortalidade por ferimentos por armas por 100 mil habitantes (TMFA) em adolescentes masculinos de 15 a 19 anos e Índice de Qualidade de Vida Urbana (IQVU) com respectivas dimensões (D). Campo Grande (regiões urbanas), MS, 2009.

Regiões urbanas	TMFA	IQVU	D1	D2	D3	D4
Anhanduizinho	171,74	0,572	0,424	0,339	0,715	0,811
Prosa	140,25	0,623	0,602	0,465	0,651	0,773
Segredo	81,00	0,574	0,398	0,335	0,675	0,889
Lagoa	78,46	0,626	0,549	0,400	0,721	0,831
Imbirussu	66,61	0,586	0,539	0,393	0,608	0,803
Bandeira	58,62	0,656	0,591	0,459	0,714	0,858
Centro	37,45	0,815	0,841	0,683	0,938	0,800

D1: educação; D2: renda e pobreza; D3: sustentabilidade ambiental; D4: moradia.

D1: education; D2: income and poverty; D3: environmental sustainability; D4: housing.

As taxas de mortalidade foram mais elevadas nas áreas com piores IQVUs (Tabela 2). A qualidade de vida, expressa pelo IQVU, e a mortalidade mostraram-se inversamente proporcionais, padrão que não foi observado quando as dimensões desse índice foram analisadas separadamente.

Tabela 2 - Valores da correlação de Spearman entre taxa de mortalidade por ferimentos por armas por 100 mil habitantes (TMFA) em adolescentes masculinos de 15 a 19 anos e Índice de Qualidade de Vida Urbana (IQVU). Campo Grande (regiões urbanas), MS, 2009.

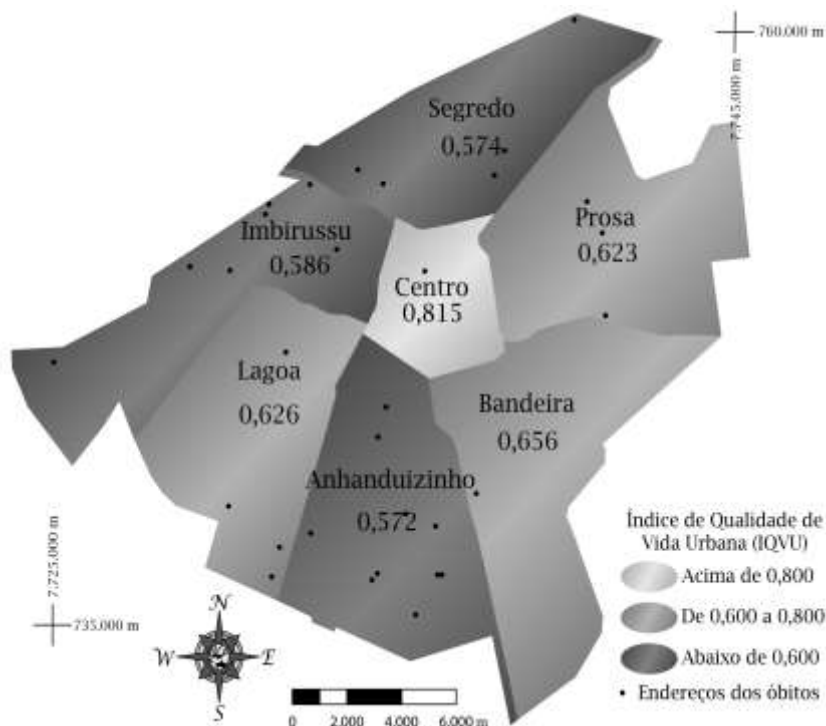
Variáveis	r	P
TMFA × IQVU	-0,8214	0,023
TMFA × Dimensão 1 (educação)	-0,5357	0,215
TMFA × Dimensão 2 (renda e pobreza)	-0,5357	0,215
TMFA × Dimensão 3 (sustentabilidade ambiental)	-0,2857	0,535
TMFA × Dimensão 4 (moradia)	0,0000	Ns

ns: não-significativo

ns: nonsignificant

Houve maior concentração de óbitos em Segredo, Imbirussu e Anhanduizinho, áreas com pior qualidade de vida (IQVUs inferiores a 0,600): (Figura 1).

Figura 1 - Distribuição dos óbitos de adolescentes de 15 a 19 anos vitimados por armas de fogo e armas brancas, por região geográfica e Índice de Qualidade de Vida Urbana (IQVU). Campo Grande (regiões urbanas), MS, 2009.



Discussão

Em Campo Grande, a taxa de mortalidade por homicídio em adolescentes de 15 a 19 anos foi em 2009 de 104,71 por 100 mil, superior portanto às de outros municípios brasileiros, que variaram de 78,28 a 94,8 por 100 mil, e também superior à taxa de mortalidade descrita pelo *Mapa da violência 2011* para jovens de 15 a 24 anos de Mato Grosso do Sul, de 36,6 por 100 mil.^{7,23,24}

Em um estudo ecológico do período 1999-2004 realizado em Recife, foram analisados 1719 óbitos de adolescentes de 10 a 19 anos em decorrência de causas violentas (suicídios, homicídios e acidentes de transporte), sendo encontrada uma taxa de mortalidade de 88,24 por 100 mil. Os homicídios superaram as demais causas, com taxa mortalidade de 78,28 por 100 mil, seguidos dos acidentes de transporte, com 8,36 por 100 mil, e suicídios, com 1,59 por 100 mil. Utilizou-se uma estratificação classificatória para comparação das mortes violentas e para identificar suas correlações com

raça/cor e estrato de condição de vida, concluindo-se que as mortes por homicídio estiveram diretamente relacionadas com os piores estratos de condições de vida, sem que o mesmo padrão fosse observado para suicídios e acidentes de transporte.²³

Em um estudo em Salvador, cobrindo o período 2000-2006, foram comparadas as taxas de mortalidade por causas externas em todas as faixas etárias com as demais causas, constatando-se que as mortes por homicídio passaram de 20,0 por 100 mil em 2000 para 39,0 por 100 mil em 2006. Observaram-se aumentos nos homicídios em todos os estratos sociais, embora com maior concentração em aglomerados urbanos com piores indicadores de condição de vida, como baixa renda e baixa escolaridade do chefe da família.²⁵

Essa sobremortalidade masculina, particularmente em adolescentes e jovens, se relaciona também com aspectos culturais que permanecem arraigados na formação das famílias e na sociedade brasileira, envolvendo associação entre virilidade e uso de força e dominação na resolução de conflitos.⁶

Em Pelotas, RS, um estudo voltado a verificar a utilização de porte de armas entre jovens revelou que 9,6% dos entrevistados tiveram acesso a armas e as utilizaram como instrumento de ameaça contra outros adolescentes. Além disso, adolescentes masculinos tiveram chance 3,6 vezes maior de portar armas que adolescentes femininas.²⁶

Um estudo multicêntrico sobre comportamento violento entre adolescentes, realizado em 2004 em Israel, Estados Unidos e três países europeus evidenciou que na disputa por espaços de poder e na resolução de conflitos o uso de força física e o *bullying* eram práticas comuns. No entanto, raramente foram utilizadas armas ou empreendidas tentativas de homicídio.²⁷ No presente estudo, diferentemente, constatou-se que os conflitos foram resolvidos de forma extrema, com desfecho fatal, com uso preferencial de armas de fogo.

Em 2007, em Londrina, PR, identificaram-se por meio das fichas do Serviço Integrado de Atendimento e Transporte de Emergência 327 casos de agressão, 196 dos quais perpetrados com armas de fogo e 81 com armas brancas.²⁸

Na análise de 1 304 mortes violentas na cidade de Buenos Aires, constatou-se que 309 (23,7%) foram provocadas por armas de fogo. Tais mortes perfizeram 66% dos homicídios e 31,7% dos suicídios. Na faixa etária de 15 a 29 anos, 47,7% das mortes foram cometidas com armas de fogo.²⁹

Em Campo Grande, dos 70 homicídios analisados ocorridos em 2004, 70% foram perpetrados com armas de fogo.³⁰ Outros estudos também evidenciam que esse tipo de arma foi o mais utilizado em homicídios. Na década de 1990, 50% dos homicídios ocorridos no Brasil foram decorrentes de armas de fogo.³¹

Entre as explicações para o uso de armas de fogo em homicídios masculinos, consta a de que esses crimes são praticados preferencialmente em espaços públicos por desconhecidos e têm forte relação com a criminalidade.⁶

No presente estudo, houve maior associação entre homicídios e IQVU do que se considerada cada dimensão desse índice individualmente. Para a compreensão dos riscos a que estiveram sujeitos os adolescentes vitimáveis, outros aspectos não podem ser deixados de lado, os quais não se restringem ao local em que as vítimas residem, mas incluem as vulnerabilidades que os cerceiam. Para alguns autores, a vulnerabilidade não é um estado, e sim uma situação, podendo por isso ser influenciada e alterada pelo tempo, pelas relações e por trajetórias de vida social, características individuais e contextos sociais mais amplos.^{6,7,32}

Um documento do Unicef Brasil apontou que as trajetórias e os estilos de vida influenciam os riscos de homicídio entre adolescentes. O documento cita um estudo feito pelo Observatório das Favelas sobre a trajetória social de jovens envolvidos no tráfico de drogas no Rio de Janeiro, revelando que adolescentes das periferias e favelas costumam abandonar a escola nas idades de 11 a 14 anos, faixa etária próxima ao ingresso no tráfico e em outras redes ilícitas que concorrem para o aumento da vulnerabilidade.³³

Ao se estudarem os homicídios ocorridos em sete regiões urbanas de Vitória no período 2000-2003, encontrou-se frequência maior na região com pior desenvolvimento socioeconômico, expresso pelo Índice de Qualidade de Vida (IQV). Nessa cidade, 92% dos óbitos decorrentes de causas externas

foram homicídios. Constatou-se associação entre homicídios e indicadores de criminalidade e tráfico de drogas.³⁴

Em um levantamento do Índice de Homicídios na Adolescência (IHA) em municípios brasileiros com mais de 100 mil habitantes, Foz de Iguaçu, PR, apresentou o mais alto índice de risco para morte em adolescentes. Para cada coorte de mil crianças que chegam a 12 anos nesse município, cerca de 12 tornam-se vítimas de homicídio antes de completarem 19 anos. O levantamento também apontou que, dentre as capitais da região Centro-Oeste, Campo Grande apresenta o pior desempenho, com uma taxa de 3 a 5 adolescentes vitimados por homicídio a cada 100 mil habitantes.³⁵

Os altos índices de mortalidade por homicídio nesses municípios podem estar associados à localização geográfica. Foz do Iguaçu está situada em região de fronteira conhecida pela elevada prevalência de criminalidade.^{35,36}

Campo Grande está na linha de traslado para outros estados e é capital de um estado de fronteira, no qual são frequentes as apreensões de grandes volumes de drogas e contrabando. Tais aspectos podem estar influenciando diretamente a concentração de vulnerabilidades em determinadas regiões do município.³⁵

A distribuição dos homicídios em adolescentes masculinos nas diferentes regiões urbanas de Campo Grande revelou existir vinculação estreita entre mortalidade e desigualdades sociais. Diferenças em educação, renda e pobreza, sustentabilidade ambiental e moradia – os determinantes sociais da saúde que compõem o IQVU – influenciam a incidência desigual de mortalidade nas regiões urbanas da cidade, evidenciando que o fenômeno dos homicídios em adolescentes masculinos está vinculado a iniquidades que permeiam todo o processo de nascer, crescer e morrer.⁴

Conclusões

Evidenciou-se que, em Campo Grande, áreas com menor qualidade de vida são propensas a maior criminalidade, que vitima predominantemente a população jovem. Os indicadores de qualidade de vida e a espacialização puderam ser utilizados como instrumentos para identificar as desigualdades e vulnerabilidades na escala de região geográfica urbana.

Embora o Brasil tenha avançado nos indicadores econômicos, superando inclusive países desenvolvidos em alguns aspectos, há ainda um caminho árduo a percorrer no que diz respeito a indicadores sociais, para que se possam alcançar avanços igualitários para os cidadãos.

A morte prematura de adolescentes masculinos no município pesquisado e no Brasil pode ser vista como um indicador de qualidade de vida e saúde, cuja melhoria requer ações intersetoriais planejadas a curto, médio e longo prazo voltadas a combater essa epidemia de violência.

As proporções de homicídios de adolescentes e jovens observadas neste estudo constituem fator prejudicial ao desenvolvimento local, uma vez que, direta ou indiretamente, toda a sociedade é atingida pelas decorrências dessas mortes, seja pelo impacto econômico ou pelo trauma emocional imposto às famílias e à coletividade.

É imprescindível que na agenda do setor de saúde se incluam questões prioritárias concernentes à saúde do adolescente, como é o caso da violência, das drogas e da prostituição, entre outras.

Um agravante é que adolescentes masculinos não têm o hábito de frequentar serviços de saúde, o que os distancia do contexto da atenção. Criar vínculos e trazê-los à construção de uma trajetória de cidadania e esperança é dever dos gestores e da sociedade. Embora já existam políticas para isso, ainda aguardam para efetivar-se em ações concretas que minimizem esse quadro da história contemporânea.

Referências

1. Minayo MCS, Souza ER, Silva CMFP, Reis AC, Malaquias JV, Veiga JPC, et al. Análise temporal da mortalidade por causas externas no Brasil: décadas de 80 e 90. In: Minayo MCS, Souza ER. Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira. 20.^a ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. cap. 3.
2. Souza ER, Assis SG, Silva CMFP. Violência no município de Rio de Janeiro: áreas de risco e tendência da mortalidade entre adolescentes de 10 a 19 anos. Revista Panam de Salud Publica 1997;1(5):389-98.
3. Minayo MCS. Violência e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
4. Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde. As causas sociais das iniquidades em saúde do Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
5. Organização Mundial da Saúde. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde: 10.^a revisão. 9.^a ed. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2003.

- 6.Souza ER. Masculinidade e violência no Brasil: contribuições para a reflexão no campo da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 2005;10(1):59-70.
- 7.Waiselfisz JJ. Mapa da violência 2011: os jovens no Brasil. São Paulo: Instituto Sangari; 2011.
- 8.Brasil. Promoção da saúde: Carta de Ottawa. Brasília: [s.n.]; 1996.
- 9.Ramos FRS, Pereira SM, Rocha CRM. Viver e adolescer com qualidade: o conceito de adolescência e qualidade de vida. In: Associação Brasileira de Enfermagem. *Adolescer: compreender, atuar, acolher: Projeto Acolher*. Brasília: ABEn; 2001. p. 19-32.
- 10.Ranna W. Violência na mente. In: Levisky DL, organizador. *Adolescência pelos caminhos da violência*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1998.
- 11.Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. I Congresso Internacional Adolescência e Violência: perspectivas clínica, educacional e jurídica. Brasília, 26-28 de agosto de 2010. Apresentação em PowerPoint.
- 12.Guimarães JM, Vasconcelos EE, Cunha RS, Melo RD, Pinto LF. Estudo epidemiológico da violência por arma branca no município de Porto Grande, Amapá. *Ciência & Saúde Coletiva* 2005;10(2):441-51.
- 13.Minayo MC. Violência como indicador de qualidade de vida. *Acta Paul Enf* 2000;13(número especial, parte I):159-66.
- 14.Minayo MCS. A violência dramatiza causas. In: Minayo MCS, Souza ER, organizadores. *Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 13-22.
- 15.Figueiredo AS, Lijerón EA, Silva FN, Ferreira, KC. Índice de qualidade de vida urbana de Campo Grande, MS. Campo Grande: Planurb; 2008.
- 16.Campo Grande. Instituto Municipal de Planejamento Urbano de Campo Grande (Planurb). *Perfil sócio-econômico de Campo Grande*. 18.^a ed. rev. Campo Grande: Planurb; 2011.
- 17.Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Informações de saúde 2009 [citado 2011 Jan 30].Disponível em:
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/ext10ms.def>
- 18.Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo 2010 [citado 2011 Nov 10]. Disponível em:
http://www.censo2010.ibge.gov.br/resultados_do_censo2010.php
19. GPS Visualizer. [programa de computador] [citado 2011 Set 1]. Disponível em: <http://www.gpsvisualizer.com/geocoder>
- 20.Geomatica. PCI Geomatics. [computer program]. Version 9.1 for Windows. Ontario (Canada): Geomatica; 2003. 1 CD-ROM.
21. Macromedia. FreeHand. [computer program]. Version 9. San Francisco (CA, USA): Macromedia; 2000. 1 CD-ROM.
- 22.Ayres M, Ayres Jr M, Ayres DL, Santos AAS. BioEstat: aplicações estatísticas das ciências biomédicas. [programa de computador]. Versão 5.0. Belém: Mamirauá; 2007.

23. Costa IER, Ludermit AB, Silva IA. Diferenças de mortalidade por violência contra adolescentes segundo estrato de condição de vida e raça/cor na cidade de Recife. *Ciência & Saúde Coletiva* 2009;14(5):1781-8.
24. Andrade SM, Soares DA, Souza RKT, Matsuo T, Souza HD. Homicídios de homens de 15 a 29 anos e fatores relacionados no estado do Paraná, de 2002 a 2004. *Ciência & Saúde Coletiva* 2011;1(supl. 1):1281-8.
25. Viana LAC, Costa MCN, Paim JS, Silva LMV. Social inequalities and the rise in violent deaths in Salvador, Bahia state, Brazil: 2000-2006. *Cad Saúde Pública* 2011;27(supl. 2):S298-308.
26. Silva RA, Jansen K, Godoy RV, Souza LDM, Horta BL, Pinheiro RT. Prevalência e fatores associados a porte de arma e envolvimento em agressão física entre adolescentes de 15 a 18 anos: estudo de base populacional. *Cad Saude Publica* 2009;25(12):2737-45.
27. Smith-Khuri E, Iachan R, Scheidt PC, Overpeck MD, Gabhainn SN, Pickett W, et al. A cross-national study of violence-related behaviors in adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2004;158:539-44.
28. Wakiuchi J, Martins EAP. Caracterização das agressões e ferimentos atendidos pelo SIATE na cidade de Londrina, PR 2011;6(4):622-7. [citado 2012 Fev 17]. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/21288/17048>
29. Spinelli H, Alazraqui M, Zunino G, Olaeta H, Poggese H, Porterie S. Mortes e crimes cometidos com armas de fogo na cidade autônoma de Buenos Aires, 2002. *Ciência & Saúde Coletiva* 2007;11(supl.):1235-46.
30. Nachif MCA. Homicide as a public health problem in the city of Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brazil. *Psicologia & Sociedade* 2006;18(2):99-104.
31. Peres MFT, Santos PC. Mortalidade por homicídios no Brasil na década de 90: o papel das armas de fogo. *Rev Saude Publica* 2005;39(1):58-66.
32. Ruotti C, Massa VC, Peres MFT. Vulnerabilidade e violência. *Interface Comunicação, Saúde e Educação* 2011;15(37):377-89.
33. Brasil (Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República - SPDCA/SEDH), Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), Observatório de Favelas, Laboratório de Análise da Violência (LAV-UERJ). Índice de homicídios na adolescência: análise preliminar dos homicídios em 267 municípios brasileiros com mais de 100 mil habitantes. Rio de Janeiro: SPDCA/SEDH, UNICEF, Laboratório de Favelas, LAV-UERJ; 2009 [citado 2012 Fev 15]. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/IHA.pdf>
34. Bastos MJP, Pereira JA, Smarzo DC, Costa EF, Bossanel RCL, Oliosia DMS, et al. Análise ecológica dos acidentes e da violência letal em Vitória, ES. *Rev Saúde Pública* 2009;43(1):123-32.
35. Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), Secretaria de Direitos Humanos (SDH), Observatório de Favelas, Laboratório de Análise da Violência (LAV-UERJ), Programa de Redução da Violência Letal. Homicídios na adolescência no Brasil: IHA 2005/2007. Brasília: SDH; 2010 [citado 2012

Fev 15]. Disponível em:
<http://www.observatoriodefavelas.org.br/observatoriodefavelas/includes/publicacoes/b977fd753c9e8c60bc66ef76ceb2f943.pdf>

36.Mato Grosso do Sul. Secretaria de Justiça (Sejusp). Relatório de atividades policiais por trimestres para o ano de 2009: estatísticas [citado 2011 Nov 10]. Disponível em:
<http://www.sejusp.ms.gov.br/index.php?inside=1&tp=3&show=2269/Acessos>
em jan 2011

5.3 Artigo 3

Adolescente vítima de agressão: desequilíbrio nas necessidades humanas básicas.

(Em processo de avaliação na R. pesq.: cuid. fundam. Online).

RESUMO

Objetivo- Descrever as necessidades humanas básicas afetadas de uma adolescente vítima de agressão por arma branca. **Método:** Estudo descritivo, qualitativo que utilizou como referencial de análise a teoria de Necessidades Humanas Básicas de Horta (1979), tendo como sujeito da pesquisa uma adolescente vítima de agressão internada na enfermaria da clínica cirúrgica I do Núcleo do Hospital Universitário da UFMS. A coleta de dados ocorreu no 5º dia de pós-operatório por meio de um instrumento elaborado pelos pesquisadores. Dados do prontuário compuseram elementos de análise. O projeto foi aprovado pelo CEP/UFMS. **Resultados-** As necessidades psicobiológicas estiveram relacionadas à vitimização, entre elas oxigenação, hidratação, nutrição, integridade cutâneo-mucosa por perda de volume, lesão de pele e órgãos, além de dispositivos terapêuticos. As necessidades psicossociais relacionaram-se a pré e pós vitimização, necessidades como aprendizagem, gregária, comunicação foram observadas pela baixa escolaridade, baixa renda, falta de acesso a informações de prevenção e promoção à saúde, além de dificuldades familiares e sociais. As necessidades psicoespirituais apresentaram no pós vitimização uma necessidade importante para a busca de equilíbrio e proteção. **Conclusões** - As necessidades humanas básicas são objeto do trabalho da enfermagem e devem ser identificadas para resolver e minimizar os problemas de adolescentes vítimas de violência.

Palavras chaves: adolescente, teoria de enfermagem, violência, cuidados de enfermagem

Abstract

Aim- Describe the affected basic human needs of an adolescent victim of aggression by melee weapon. **Method-** Descriptive and qualitative study which used as theoretical referential the Basic Human Needs theory of Horta (1979), having as subject of the research an adolescent victim of aggression hospitalized in the ward of the surgical clinic of UFMS I University Hospital Center. Data were collected in the 5th day after postoperative by using an instrument elaborated by the researchers. Medical record data were analysis elements. The project was approved by CEP/UFMS. **Results** - Psychobiological needs were related to victimization, among them oxygenation, hydration, nutrition, mucocutaneous integrity by volume loss, skin and organs lesions, besides therapeutic devices. Psychosocial needs were related to pre-and post-victimization, needs such as learning, gregarious, communication were observed due to low education, low income, lack of access to information

about prevention and health promotion, besides family and social difficulties. Psychospiritual needs presented in the post-victimization an important need to the search of balance and protection. **Conclusions-** Basics human needs are object of nursing work and must be identified to solve and minimize problems of adolescent victims of violence.

Key-Words: adolescent,nursing theory,violence,care nursing.

Introdução

Para a Organização Mundial de Saúde (2002), “violência é o uso intencional da força ou poder físico, em forma de ameaça ou efetivamente, contra si mesmo, outra pessoa ou um grupo ou comunidade, que ocasiona ou tem grandes probabilidades de causar lesões, morte, dano psíquico, alterações ao desenvolvimento ou privações”.¹

Segundo outro autor “a violência é um fenômeno social específico, histórico, relacionado às condições e que possui raízes e formas no cotidiano das relações interpessoais”.²

A partir da década de 90 a violência passa a ser discutida pelo setor saúde, dada a eclosão em índices epidemiológicos que começam a ser investigados e registrados por pesquisadores, além de passarem a constituir nos serviços de alta complexidade grande parcela dos atendimentos a saúde.³⁻⁴

Desde então, esse cenário tem requisitado investimentos cada vez mais volumosos de recursos financeiros aos setores de alta e média complexidade no atendimento dessa demanda de clientes, formada em sua grande maioria por adolescentes e jovens.

As equipes de saúde nos diferentes níveis de complexidade ao se defrontarem com adolescentes em situações de violência devem transpor o cuidado biomédico, utilizando métodos de trabalho eficientes para a minimização desse agravo a saúde.⁵

Na adolescência devido as suas grandes transformações psicoemocionais e sociais, a exposição a eventos violentos estão frequentemente no cotidiano de vida.⁶

Nesse aspecto, considerar as necessidades de indivíduos na fase da adolescência são elementos prioritários para se elaborar uma assistência de enfermagem congruente.

A enfermagem como membro da equipe de saúde defronta-se diariamente com vítimas de violência, em todos os níveis de atenção nos quais está inserida.⁷

O Processo de Enfermagem (PE) é o método de trabalho legal dos profissionais de enfermagem e consiste nas etapas de coleta de dados de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação.⁸

A enfermagem vem acompanhando os desdobramentos dos agravos a saúde, buscando adaptar-se a fim de atender as necessidades de saúde e expectativa dos indivíduos. Por ser uma profissão que permanece por toda jornada de 24 horas próxima aos clientes, tem papel fundamental na assistência a saúde.

Para a realização dessa assistência, o processo de enfermagem, permite a utilização de teorias que podem ser aplicadas no cuidado individualizado de diferentes clientes em qualquer cenário de atendimento. Neste contexto, a teoria de Wanda Aguiar Horta, tem como foco principal, as Necessidades Humanas Básicas.

Horta (1979) descreveu as Necessidades Humanas Básicas (NHB) como: estados de tensões que causam desequilíbrios homeostáticos e/ou homeodinâmicos a estabilidade vital do ser humano, sendo, portanto objeto de trabalho da enfermagem na assistência ao cliente.¹⁰

Dito assim, os desequilíbrios do ser humano geram problema de enfermagem e conseqüentemente exigem os cuidados de enfermagem, para reequilibrar e manter a homeostase.¹⁰

As fases do processo de enfermagem para essa autora dividem-se em: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano assistencial, plano de cuidados, evolução de enfermagem, prognóstico de enfermagem.¹⁰

Por meio dessas fases inter-relacionadas o enfermeiro pode constatar as necessidades humanas básicas afetadas e intervir para resolvê-las.

Para profissionais de enfermagem faz-se necessário entender o contexto da violência e utilizar os seus conhecimentos no atendimento de indivíduos e coletividades sobre seus cuidados.

Considerando os diversos cenários de prática de profissionais de enfermagem e a sua atuação junto a vítimas de violência, esse estudo teve como objetivo descrever as necessidades humanas básicas afetadas de uma adolescente vítima de agressão por arma branca.

Método

Estudo de caso com abordagem qualitativa que utilizou para análise a Teoria das Necessidades Humanas Básicas, descritas por Wanda Horta (1979).

Foi desenvolvido na Unidade de Clínica Cirúrgica I, do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, localizado na cidade de Campo Grande.

Para a coleta de dados, realizada no 5º dia de internação, elaborou-se um instrumento semiestruturado, considerando as Necessidades Humanas Básicas, contendo às seguintes variáveis: sexo, idade, raça/cor, escolaridade, escolaridade dos pais, religião, filosofia de vida, inserção no mercado de trabalho, acesso a lazer/recreação, educação em saúde voltada para faixa etária, realização de cursos profissionalizantes, conhecimento sobre recursos sociais programas e políticas voltadas para adolescentes, cuidados com a saúde. Profissão e inserção no mercado de trabalho dos pais, renda familiar total em salários mínimos na época da coleta, uso de drogas lícitas e ilícitas, residência com os pais ou terceiros. As condições de internação como dieta, hidratação, sono e repouso, terapêutica, evolução clínica, ambiente de internação. Além da entrevista dados do prontuário foram coletadas pelos pesquisadores.

Foi sujeito deste estudo uma adolescente de 18 anos, vítima de agressão perpetrada pelo seu ex-namorado.

Os pesquisadores informaram sobre a os objetivos do estudo, a adolescente e genitora, que concordaram em participar da pesquisa e assinaram o Termo Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A análise de dados foi efetuada a partir da leitura e categorização das Necessidades Humanas Básicas Afetadas (NHBA). Consideraram-se como NHBA aquelas presentes na entrevista e evidenciadas pela história pessoal, observação e análise documental do prontuário. Os pesquisadores consideram as necessidades afetadas como problemas de enfermagem/diagnóstico de enfermagem e, portanto objeto de seu trabalho e intervenção.

O estudo faz parte do projeto de pesquisa intitulado *Morbimortalidade por armas de fogo e armas brancas entre adolescentes no município de Campo Grande, MS*, que está em andamento no Programa de Pós-graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa dessa instituição (protocolo 1406, de 7 de maio de 2009).

Resultados e Discussão

Durante a entrevista, coleta de dados no prontuário e observação, foi possível verificar as seguintes Necessidades Humanas Básicas (NHBA), apresentadas no Quadro 1.

Quadro 1 – Necessidades Humanas Básicas Afetadas, em adolescente feminina vítima de agressão, Campo Grande, 2010-2011.

Necessidades Humanas Básicas	NHBA
Psicobiológicas	- Oxigenação: Dreno torácico, dor referida à inspiração. - Sono e repouso: Refere insônia devido a pesadelos recorrentes ao momento da agressão, presença de dreno de tórax, punção em jugular dificultam posicionamento no leito - Sexualidade: Referência a sexo inseguro métodos de barreiras, sem orientação em Programa de Prevenção e Promoção a saúde. - Mortalidade: Medo de morrer ficou muito triste quando soube da morte do amigo que a acompanhava no momento da agressão, expressa sentimento de perda e vulnerabilidade. - Integridade Cutânea Mucosa e Integridade Física: Ruptura de pele, mucosa e musculatura em decorrência do trauma, presença de suturas cirúrgicas em região toracoabdominal, dreno de tórax, cateter em jugular. - Ambiente: Tem medo de encontrar com agressor quando retornar a ao bairro onde reside, <i>“gostaria que ele fosse preso”</i>, referência ao agressor. Adaptada a enfermaria, porém acredita que o ambiente hospitalar não favorece o repouso.
Psicossociais	- Segurança: Insegurança referida pela situação de agressão vivenciada. Refere estar em alerta, observando ambiente, queria ter certeza da prisão do agressor. - Liberdade: Sente-se sem condições de exercer a sua liberdade de ir e vir. Atribui que antes da agressão tinha liberdade. - Comunicação: Expressou necessidade de falar sobre a agressão sofrida, demonstra querer apoio para superar a situação, comunica-se com equipe e familiares. - Aprendizagem: Dificuldade de aprendizagem formal, está atrasada para a série que cursa, tem pouco interesse pela escola formal, gostaria de fazer outros cursos: <i>“ não consigo acompanhar as aulas”</i>[...] <i>“ quero aprender para mudar minha vida”</i>. <i>“Não conheço programa de saúde de adolescente”</i>. - Gregária: Demonstra afetividade com a mãe sente-se acolhida pela família e amigos. Acredita que depois da agressão alguns laços afetivos se modificarão. Pouca afetividade em relação ao pai. - Recreação /lazer: Gostava de sair a noite para as <i>“baladas”</i>, no momento diz ter medo e quer <i>“ mudar de vida”</i>. Costuma assistir televisão , no hospital recebeu apoio de um projeto institucional voltado para adolescentes internados. - Aceitação: Está transtornada com o que aconteceu, não entende o porquê de tanta violência. - Auto-estima: Afetada pelas cicatrizes da agressão, valorizou com ênfase as cicatrizes que vão ficar. Acredita que a agressão vai prejudicar sua imagem como pessoa frente a amigos , vizinhos e familiares.
Psicoespirituais	- Religiosa: <i>“Vou voltar para a igreja”</i> afirma ter se afastado da religião, associa a agressão também à falta de religiosidade e práticas de risco. <i>“bebia muito quando saía de casa a noite, [...] preciso voltar para a igreja lá é seguro”</i>.

Para o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD, 1996) a adolescência é a faixa etária entre 10 e 19 anos, sendo o período da vida caracterizado por intenso crescimento e desenvolvimento, que se manifesta por transformações anatômicas, fisiológicas, psicológicas e sociais.¹¹

Estudos enfatizam que a vulnerabilidade aos agravos de saúde, bem como as questões econômicas e sociais, nas suas vertentes de educação, cultura, trabalho, justiça, esporte, lazer e outros, determinam a necessidade de atenção mais específica e abrangente a esse grupo etário.¹²

Dessa forma, nessa fase de vida, os entes adolescentes apresentam necessidades de cuidados em saúde diferentes daqueles prestados em outros ciclos de vida.¹³

Sua exposição a situações de perigo e violência são mais frequentes e estão relacionados a contextos socioambientais individuais e coletivos, que determinam necessidades específicas¹².

Embora não seja um tema de domínio exclusivo da área de saúde, a violência é um fenômeno que exige dos profissionais conhecimentos aprofundados sobre ela para que possam intervir de forma adequada.

Assim, a violência e seus desdobramentos são também objeto de trabalho, pesquisa e intervenção dos profissionais de enfermagem.

Nesse sentido, para efetivar suas ações de cuidado, a enfermagem utiliza na prática assistencial o processo de enfermagem que é um método sistematizado com fases distintas, porém inter-relacionadas que permite a efetivação de uma assistência de enfermagem congruente.

O referencial de Horta apresenta seis fases sistematizadas para a assistência de enfermagem, todas inter-relacionadas com foco em uma assistência de enfermagem eficaz na assistência ao ser humano, considerando necessidades e coletivas.¹⁰

No presente estudo quando evidenciadas as necessidades humanas básicas afetadas, foi possível identificar os *problemas de enfermagem* ¹⁰.

Diante do exposto, a adolescente desse estudo, apresentou diferentes *problemas de enfermagem* que afetaram sua vida, sua integridade física e psicoemocional anteriores e posteriores ao evento traumático.

Em relação às necessidades psicobiológicas afetadas, são descritas na teoria como necessárias ao processo vital, instintivas, como oxigenação, hidratação, nutrição, sono e repouso, exercícios e atividade físicas, sexualidade, abrigo, mecânica corporal, mortalidade, cuidado corporal,

integridade cutâneo mucosa, integridade física, regulação fisiológica, locomoção, percepção, ambiente e terapêutica.

A integridade cutâneo-mucosa e integridade física foram necessidades afetadas desde a agressão, sendo evidenciadas pelas feridas traumáticas e sua localização, choque hipovolêmico, hipotensão severa e alteração de frequência cardíaca e respiratória, presença de hipertermia com temperatura oscilando entre 38°C e 39°C no primeiro dia de pós-operatório.

A hipovolemia afeta a distribuição e troca gasosa no organismo, alterando o funcionamento dos sistemas vitais, alterando e afetando o equilíbrio homeostático.¹⁴

Foi possível verificar que dentre os danos no período pós vitimização da adolescente desse estudo, a perda de volume sanguíneo ocasionou um sério desequilíbrio homeostático e exigiu manobras e procedimentos de alta complexidade para a manutenção da vida.

Por conta desse desequilíbrio, o diagnóstico de enfermagem “troca de gases prejudicada” definida como “excesso ou déficit na oxigenação e/ou na eliminação de dióxido de carbono na membrana alveolocapilar” pode ser evidenciado como um *problema de enfermagem* encontrado no presente estudo.¹⁵

Foi evidenciado ainda, presença de hipertermia que é um quadro clínico caracterizado pela capacidade do sistema imune de acionar os mecanismos de defesa.¹⁶

No presente estudo, a febre foi evidenciada como um desequilíbrio no pós-trauma e procedimentos invasivos. No entanto, esse fato demonstrou a capacidade orgânica da adolescente em manter e defender o equilíbrio vital.^{14 -16}

Evidenciaram-se além das lesões de pele, ruptura de tecido muscular de cavidade abdominal, torácica e de órgãos cavitários, agravando suas condições de saúde e reabilitação.

Por ter sido vítima de ferida traumática, realizada em condições antissépticas com uso de força física, as feridas no seu processo de cicatrização, foi afetado, causando desconforto e dor.¹⁶

Para estudiosos, a dor evoca emoções e fantasias, muitas vezes mais incapacitantes que as condições sintomáticas e nosológicas que as originam, e que traduzem sofrimento, incertezas, medo da incapacidade e de desfiguração, além de preocupações com perdas sociais e materiais.¹⁷

Pelo fato de estar em situação adversa, ambiente diferente do habitual, e em condições físicas desfavoráveis à adolescente deste estudo referiu a presença de sensação dolorosa, afirmando que para conseguir alívio só com o uso de *“injeção na veia”*.

Os pesquisadores atribuíram ainda, que o medo e a ansiedade pela não prisão de seu agressor foram elementos colaboradores para o aumento da sensação dolorosa.

A partir dos dados sócio-demográficos e da entrevista foi possível identificar alguns fatores que afetaram as necessidades psicossociais, dentre estas evidenciaram-se a baixa renda, baixa escolaridade, estrutura familiar fragilizada, vulnerabilidade social, estar em processo de adolecer, influências dos significantes (grupo de amigos), acesso a bebidas alcoólicas, falta de acesso a informações de saúde e educação compatíveis com sua faixa etária.

Esses fatores afetam diretamente a comunicação, aprendizagem, gregária, recreação/lazer, espaço, orientação, aceitação, auto-realização, auto-estima e atenção contribuindo assim para a vulnerabilidade a violência.

Para Horta, as Necessidades Psicossociais são aquelas inerentes ao convívio com outros seres humanos, e também consigo mesmo, necessários a vivências interpessoais.¹⁰

Nesse aspecto, a experiência interpessoal da adolescente desse estudo, demonstrou algumas influências socioambientais que contribuíram na eclosão da vitimização, dentre essas aquelas relacionadas aos Determinantes Sociais da Saúde (DSS).¹⁸

Os estudos sobre Determinantes Sociais da Saúde (DSS) destacam entre tantas abordagens os aspectos físicos materiais como modificadores do processo saúde-doença das pessoas, por estarem relacionados aos investimentos em infra-estrutura comunitária como: educação, transporte, saneamento, habitação e serviços de saúde dentre outros.¹⁸

Ainda sobre os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) aponta-se o desgaste do capital social, das relações de solidariedade e confiança entre pessoas e grupos, que acabam favorecendo as iniquidades de renda e impactam negativamente na situação de saúde.¹⁸

Chamou-nos a atenção o fato da adolescente referir que nunca soube da existência do Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), além de informar que não recebeu informações dos profissionais de saúde sobre temas direcionados a sua faixa etária.¹¹

Esse aspecto foi entendido pelos pesquisadores como falta de articulação na implantação e ações do programa e necessidades de saúde dessa cliente-lá, em especial na atenção básica, demonstrando a desarticulação existente entre a oferta de serviços e demandas dos adolescentes.

Em estudo realizado com médicos e enfermeiros do Programa de Saúde da Família em Londrina, PR em 2008, os autores concluíram que a atuação dos profissionais da Saúde da Família frente as necessidades dos adolescentes, mostraram-se ineficazes na solução dos mesmos, o que exige mudanças urgentes no cenário das práticas assistenciais.¹⁹

Pesquisa realizada no Rio de Janeiro em 2004, com adolescentes de 12 a 18 anos sobre representações da saúde encontraram 55% da amostra composta por mulheres e destas, mais da metade estavam cursando séries inferiores a sua faixa etária. No mesmo estudo, as adolescentes do sexo feminino enfatizaram como elementos importantes nas representações de saúde a prevenção e educação.²⁰

Portanto, se a compreensão do adolescente sobre a saúde passa pelo campo da prevenção e deve tornar-se objeto de trabalho das equipes de atenção primária, possivelmente intervenções de promoção e prevenção bem articuladas com demais intersetores, podem diminuir os quadros epidemiológicos de morbimortalidade por causas externas e violência nessa faixa etária.

A adolescente desse estudo encontrava-se cursando a 9ª série do ensino fundamental, em série inferior a sua faixa etária. Apesar de métodos diferentes foi possível verificar que apesar de estar vivenciando uma

situação de extrema fragilidade a adolescente vê possibilidades de mudança a partir da educação, o que foi expresso pela durante a entrevista

“[...] quero aprender para mudar minha vida”. Adolescente

Sobre esse aspecto, um estudo sobre prevalência de violência contra mulheres, realizado em Recife em 2010 relacionou a baixa escolaridade a maior vulnerabilidade a vitimização e perpetração da violência.²¹

O mesmo estudo apresentou a associação do consumo de bebidas alcoólicas pela vítima e autor com um fator de desencadeamento de violência²¹.

Foi informado pela a adolescente que no dia da vitimização havia ingerido bebida alcoólica em pouca quantidade, porém afirmou que já utilizou álcool em outras ocasiões, inclusive com necessidade de atendimento médico por ter “*passado mal*”

Estudo realizado sobre as representações do consumo de bebidas alcoólicas em adolescentes em uma Unidade de Saúde da Família em Feira de Santana, BA em 2010, revelou que a representação social construída pelos adolescentes frente ao consumo de bebidas, relacionava-se com o sentido de estar junto a um grupo e ter “poder”. O mesmo estudo constatou que as propagandas de bebidas na mídia reforçam a sensação de sucesso e jovialidade, relacionadas ao consumo, o que exerce influência em adolescentes.²²

Foi possível evidenciar que o consumo de bebida alcoólica é um hábito cotidiano na vida da entrevistada, esse fato compromete a estabilidade psicoemocional e prejudica o desenvolvimento nessa etapa de vida.

Estudando mulheres que relataram consumir bebidas alcoólicas diariamente, os autores concluíram que a frequência desse hábito reforça as situações de violência, dificultam a inserção no mercado de trabalho e propagam o círculo de vulnerabilidades sociais.²³

Quanto às necessidades psicoespirituais foi identificada a associação da religião como uma prática protetora de vida, que a partir da

experiência do trauma adquire uma maior expressividade no contexto cotidiano.

Esse fato foi entendido pelos pesquisadores pelo relato da adolescente, quando houve por parte da adolescente associação da agressão sofrida como uma espécie de punição pelo descuido com a vida religiosa, ou seja, no seu entendimento a falta de cumprimento de rituais religiosos levou a práticas de risco que culminaram em sofrimento.

A religião, como sistema cultural, mostra-se como uma fonte produtora de sentido e de respostas para os que a procuram, [...] um espaço privilegiado onde se exercita a fé e se constrói o sentido de viver.²⁴

Compreendeu-se que frente à crise e desequilíbrio sofrido, buscas por respostas e reflexões individuais tenham sido frequentemente vivenciadas pela adolescente desse estudo, sendo expressa pela seguinte frase:

“[...] minha mãe falava para não sair à noite, só pensava em me divertir, tenho que ser responsável, tenho que ter fé”. Adolescente

As necessidades psíquicas estão relacionadas à religiosidade, espiritualidade e ética. São necessidades de busca individual, existenciais, historicamente influenciadas pelo ambiente familiar, social e cultural expressas diferentemente por cada pessoa. Diz respeito ainda aos comportamentos vigentes na sociedade.¹⁰

Todas as necessidades aqui discutidas encontram-se inter-relacionadas, pois para manter o equilíbrio vital o ser humano precisa ter suas necessidades atendidas em todos os âmbitos.

Conclusão

As necessidades humanas básicas afetadas da adolescente deste estudo nos fez refletir sobre as relações entre desigualdades sociais e acesso a informações de saúde.

É notório que os aspectos psicobiológicos de manutenção a vida são prioritários no caso estudado, pelos desdobramentos relacionados à vitimização foi possível identificar que a utilização de procedimentos e

dispositivos complexos foi necessária para manter a vida da adolescente vitimada.

Entretanto, observou-se a necessidade de um aprofundamento maior no que diz respeito às necessidades psicossociais e as vulnerabilidades da adolescente desse estudo, como: baixa escolaridade, baixa renda, situação de fragilidade familiar, uso de álcool como parte do cotidiano.

Esses aspectos podem produzir desequilíbrios que vão influenciar durante toda a trajetória de vida, aumentando ainda mais as desigualdades e ampliação das distâncias entre direitos e cidadania.

Nesse sentido, a atenção básica tem um papel importante em melhorar o conhecimento dos entes adolescentes, não é comum a presença nessa faixa etária aos serviços de atenção básica, no entanto, pode-se fazer o caminho inverso e na busca desses jovens nos locais onde eles costumam estar.

A enfermagem como membro da equipe de saúde, pode ser decisiva na construção de novos paradigmas assistenciais para a saúde do adolescente, se pautando na Sistematização da Assistência de Enfermagem e atuando nas necessidades encontradas.

Adolescer é crescer, descobrir e viver acolhido por outros seres humanos, tendo respostas a suas dúvidas e esperança na construção de sua trajetória adulta.

Entender o adolescente, fazer interconexões com os demais setores como assistência social, educação, segurança pública é um passo grande a ser dado pelo setor saúde, já que é neste âmbito que afloram os adolescentes agredidos.

Se assumirmos esse compromisso, o nosso encontro com esses seres humanos será em outras esferas e vão se reverter em diminuição dos quadros de morbimortalidade nessa faixa etária.

Referências

1. Organização Mundial de Saúde (OMS). *Relatório Mundial sobre Violência e Saúde*. Brasília: OMS/OPAS, 2002.

2.Vendrúsculo TS,Ribeiro MA, Armond LC, Alemeida ECS,Ferriani MGC. As políticas sociais e a violência: uma proposta de Ribeirão Preto. *Rev. Latino-am. Enfermagem*.2004;12(3): 564-67.

3.Minayo MCS,Souza ,ER.Violência sob o olhar da saúde:a infrapolítica da contemporaneidade brasileira.20 ed. Rio de Janeiro: Editora:Fiocruz.2003;

4.Oliveira LR.Subsídios para implantação de um sistema de vigilância de causas externas no município de Cuiabá-MT[tese de doutorado].São Paulo:Universidade de São Paulo;2006

5. Carvalho C, Destro JR,Faust SB,Coelho EBS,Boing F.Dinâmica da violência entre casais a partir da ótica da mulher agredida no bairro Trindade,Florianópolis/SC. *Cogitare enfermagem*.2010.15(4):603-8

6.Ayres, JR,CM, França Júnior, I. Saúde do adolescente. In: Schraiber,LB,Nemes,MIB,Gonçalves,RBM.(Orgs.).Saúde do adulto: programa de ações na unidade básica. São Paulo: Hucitec,1996.p.67-85.

7.Cyrillo RMZ, Dalri MCB, Canini SRMS, Carvalho EC, Lourencini RR. Diagnósticos de enfermagem em vítimas de trauma atendidas em um serviço pré-hospitalar avançado móvel. *Rev. Eletr. Enf. [Internet]*. 2009;11(4):811-9.Disponível em:

<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/v11n4a06.htm>. Acesso set/2011

8.Conselho Federal de Enfermagem. 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. Brasília, DF, 2009. [acesso em 5 mai 2011].Disponível em:

<http://site.portalcofen.gov.br/resolucao>

9.Cunha AP,Orofino CLF,Costa AP,Donato JG. Serviço de enfermagem:um passo decisivo para a qualidade .*Rev.Nursing*.2003;(60)(6):25-30.

10.Horta, WA.Processo de enfermagem.São Paulo : EPU,1979

11.Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação da Saúde da Criança e do Adolescente. Programa Saúde do Adolescente. Bases Programáticas. 2ª ed. Brasília, 1996. [acesso em 05 de mai 2011]. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_05.pdf

- 12.Njaine K, Assis SG ,Constatino P. Impactos da Violência na Saúde:crianças e adolescentes em situações de violência.2ª edição.Editora FIOCRUZ:Rio de Janeiro
- 13.Ferrari,RAP,Thomson,Z,Melchior,R.Adolescência:ações e percepção dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde a Família.Interface Comunicação e Saúde.2008;12(25):387-400.
- 14.Ávila DM. Cuidados de enfermagem em el paciente politraumatizado. Revista de Enfermería, Albacete. 2001 Abr; 6(15):35-42.
- 15.North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação, 2010-2011. Porto Alegre: Artmed; 2010.
- 16.Potter PA,Perry AG.Fundamentos de Enfermagem. 6ª edição. Rio de Janeiro: ELSEVIER, 2005
- 17.Silva MAP.Dor: a visão biopsicossocial e espiritual da assistência.In: Leão,ER,Chaves,LD.(Orgs). Dor o 5º sinal vital. 2ª ed. São Paulo: Livraria Martinari, 2007.
- 18.Buss PM, Pellegrini Filho, A. A saúde e seus determinantes sociais. Physis: Rev. Saúde Coletiva,2007;17(1);77-93.
- 19.Ferrari RAP,Thomson Z,Melchior R. Adolescência: ações e percepções dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família.Interface, comunicação , saúde e educação 2008 ;12(25): 387-400.
20. Cromack LMF,Bursztyn I,Tura LFR. O olhar do adolescente sobre saúde: um estudo de representações sociais.Ciência e saúde coletiva.2009;14(2):627-34.
21. Silva, MA, Falbo Neto, GH, Figueiroa, JN, Cabral Filho,JE. Violence against women: prevalence and associated factors in patients attending a public healthcare service in the Northeast of Brazil. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2010; 26(2): 264-72.
- 22.Souza SL, Ferriani MGC, Silva MAI, Gomes R, Souza TC.A representação do consumo de bebidas alcoólicas para adolescentes atendidos em uma Unidade de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*,2010; 15(3): 733-741.

23. Monteiro, CFS, Graça Júnior, CAG, Dourado, GOL, Freire, AKN. Relatos de mulheres em uso prejudicial de bebidas alcoólicas. Rev. Esc Anna Nery (impr.) 2011 jul-set; 15 (3):567-572 .
24. Pinezi, AKMI. O sentido da morte para protestantes e neopentecostais. Paidéia. 2009. v.19, n.43.199-209

5.4 Artigo 4

Diagnósticos de enfermagem em adolescentes vitimados por armas de fogo e armas brancas atendidos em serviços de emergência hospitalar em Campo Grande,MS.

(Em processo de avaliação na Revista Brasileira de Enfermagem)

RESUMO

Com o objetivo de identificar um grupo de diagnósticos de enfermagem voltados a adolescentes vitimados por armas de fogo e armas brancas, foi realizado um estudo retrospectivo em três serviços de pronto atendimento credenciados pelo SUS em Campo Grande, MS. Identificaram-se os diagnósticos de enfermagem com base nas anotações de enfermagem e na evolução clínica. Dos 48 prontuários estudados, 42 (87,5%) eram de adolescentes do sexo masculino e 6 (12,5%) do feminino. Foram encontrados 17 diagnósticos de enfermagem, prevalecendo os do Domínio 11 (segurança/proteção) da NANDA. Isso evidencia a relevância de identificar as vulnerabilidades que antecedem o trauma nesse grupo etário e a necessidade de empreender ações eficazes que minimizem essa epidemia social que afeta a saúde dos adolescentes.

Descritores: Enfermagem. Adolescentes. Trauma. Ferimentos por armas de fogo e armas brancas.

ABSTRACT

The purpose of this retrospective study was to identify a group of nursing diagnoses for adolescents victimized by firearms and sharp objects who received medical assistance at three emergency services accredited by the Brazilian Unified Health Care System (SUS) in Campo Grande, Mato Grosso do Sul state. Nursing diagnoses were based on nursing records and clinical outcomes. Of the 48 cases investigated, 42 (87.5%) were males and 6 (12.5%) females. Seventeen diagnoses were found, with a predominance of Domain 11 (safety/protection) of the NANDA International Taxonomy. This finding highlights the importance of identifying vulnerabilities conducive to trauma in

this age group and the need to undertake effective action to minimize this social epidemic that affects the health of adolescents.

Keywords: Nursing. Adolescents. Trauma. Injuries caused by firearms and sharp objects.

RESUMEN

Con el objetivo de identificar un grupo de diagnósticos de enfermería dirigidos a adolescentes víctimas de armas de fuego y armas blancas, se realizó un estudio retrospectivo en tres servicios de urgencias acreditados por el Sistema Único de Salud (SUS) en Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil. Se identificaron los diagnósticos de enfermería con base en las anotaciones de enfermería y en la evolución clínica. De las 48 fichas estudiadas, 42 (el 87,5%) eran de adolescentes de sexo masculino y 6 (un 12,5%) de sexo femenino. Se hallaron 17 diagnósticos de enfermería, y prevalecieron los de Dominio 11 (seguridad/ protección) de la NANDA. Esto pone en evidencia la relevancia de identificar las vulnerabilidades que anteceden al trauma en ese grupo etario y la necesidad de emprender acciones eficaces que minimicen esa epidemia social que afecta la salud de los adolescentes.

Descriptores: enfermería; adolescentes; trauma; heridas por armas de fuego y armas blancas.

Introdução

A adolescência é marcada como espaço humano em que ocorre maturação das habilidades cognitivas de raciocínio e como momento de vida em que se elabora a independência pessoal,¹ sendo por isso um período em que o indivíduo está particularmente exposto a comportamentos que podem comprometer sua saúde física e mental.² Constata-se que o comportamento violento faz parte do processo de desenvolvimento humano, sendo a agressão física uma forma comum de violência interpessoal entre adolescentes.³ Estudos epidemiológicos⁴ têm trazido à luz os componentes econômicos, culturais e sociais da perpetuação da violência nessa faixa etária.

Se entre adolescentes brasileiros de 10 a 19 anos as causas externas constituem a primeira causa de morte, no grupo de 15 a 19 anos os homicídios

configuram-se como primeira causa de óbito, sendo as armas de fogo as mais utilizadas em tais agressões.⁵

No Brasil, adolescentes e adultos jovens fazem parte do principal grupo de risco para mortalidade por homicídio, sobretudo os de cor parda e negra, os residentes em bairros com infraestrutura deficiente e periféricos aos grandes centros urbanos, os que têm baixa escolaridade e os que dispõem de pouca qualificação profissional.⁶⁻⁷

As causas externas que configuram atos violentos fazem parte de um conjunto de agravos à saúde que podem ou não incluir causas acidentais (por exemplo, trânsito, trabalho, quedas, envenenamentos e afogamentos) e intencionais (agressões e lesões autoprovocadas). Tais eventos constam na CID-10 como decorrentes de causas externas.⁸

É notório que a violência vem aumentando nos últimos anos nos centros urbanos, com acréscimo no número de atendimentos nos serviços de emergência, assim como no número de hospitalizações.⁹

O processo de enfermagem, ou sistematização da assistência de enfermagem, é um instrumento metodológico que se compõe de fases interdependentes mas interrelacionadas (histórico, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação), obedecendo a uma sequência que permite ao profissional planejar, elaborar, executar, avaliar e replanejar sua prática dentro dos princípios científicos e técnicos de excelência profissional.¹⁰

O diagnóstico de enfermagem consiste em um julgamento clínico sobre a resposta de um indivíduo, uma família ou uma comunidade frente a problemas reais ou potenciais que incidam sobre sua saúde, julgamento esse que proporciona a base para a assistência de enfermagem.¹¹ O diagnóstico de enfermagem é o momento em que, após coleta de dados e reflexão crítica sobre as necessidades, o profissional estabelece o planejamento de sua assistência. Exige do enfermeiro capacidade de análise, julgamento, síntese e percepção.¹² Os diagnósticos de enfermagem devem ser levantados e listados em ordem de prioridade, considerando-se os graus de ameaça ao nível de bem-estar do cliente, proporcionando assim um foco central para as etapas que se seguirão.¹⁰

É a partir desse diagnóstico que o enfermeiro elabora o plano assistencial, que será executado por meio de uma prescrição diária, reavaliada de maneira sistemática e contínua, de acordo com as respostas do cliente.¹³

Nessa perspectiva, visamos com este estudo identificar, com base na taxonomia da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), um grupo de diagnósticos de enfermagem voltados a adolescentes vitimados por armas de fogo e armas brancas atendidos nos serviços hospitalares credenciados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em Campo Grande, MS.

Metodologia

Este estudo retrospectivo foi desenvolvido em três serviços de atenção de média e alta complexidade credenciados pelo SUS que atendem casos de urgência e emergência traumática na referida cidade. Foram analisados 51 prontuários de adolescentes de 10 a 19 anos¹⁴ vitimados por ferimentos por armas de fogo e armas brancas internados no ano de 2009.

As variáveis analisadas foram sexo, idade, tipo de trauma, regiões anatômicas afetadas e procedimentos realizados após o trauma que colaborassem para a identificação de um grupo de diagnósticos de enfermagem.

O estudo faz parte do projeto de pesquisa intitulado *Morbimortalidade por armas de fogo e armas brancas entre adolescentes no município de Campo Grande, MS*, do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa dessa instituição (protocolo 1406, de 7 de maio de 2009). Por tratar-se de pesquisa baseada em dados secundários, obteve-se autorização por escrito dos diretores clínicos dos três serviços em que se realizou a coleta de dados. A pesquisa segue a recomendação vigente do Conselho Nacional de Saúde (Resolução 196/96)¹⁵ no que diz respeito a pesquisas com seres humanos.

O critério de exclusão foi a ocorrência de óbito durante o atendimento no pronto-socorro ou durante a internação. Excluíram-se, assim, três prontuários, resultando uma amostra constituída de 48 pacientes.

Um instrumento especificamente elaborado para este estudo permitiu a coleta de dados referentes à internação (condições clínicas no ingresso no

ambiente hospitalar), ao encaminhamento a centro cirúrgico ou enfermaria especializada, à evolução e à alta hospitalar.

Para levantamento e análise dos diagnósticos, os prontuários foram classificados em duas categorias: trauma por arma de fogo e trauma por arma branca. A seguir, empreendeu-se a leitura individual dos prontuários, verificando-se as principais necessidades de saúde de cada adolescente, segundo as descrições de sua evolução diária desde a internação até a alta.

Para cada grupo vitimado por um tipo de arma, construiu-se uma lista única, com base em frequência simples e utilizando-se estatística descritiva. Subsequentemente, realizou-se novo agrupamento com o mesmo critério e construiu-se uma lista única independente do tipo de arma, evidenciando os diagnósticos de enfermagem que mais compareceram em ambos os grupos. Para discussão dos achados e refinamento da análise, procedeu-se à releitura dos dados.

Em seguida, foram acrescentados os fatores relacionados e as características definidoras (no caso de diagnósticos reais), assim como os fatores de risco (no caso de diagnósticos potenciais e/ou de risco), conforme a etiologia e as manifestações clínicas.

Os fatores relacionados referem-se à etiologia do problema, enquanto as características definidoras dizem respeito às manifestações clínicas. Ambos permitem ao enfermeiro concluir sobre a existência do problema — e portanto de um diagnóstico de enfermagem, o qual é real nesse momento.¹⁶

Os fatores de risco abrangem aspectos ambientais e elementos fisiológicos, psicológicos, genéticos ou químicos que aumentam a vulnerabilidade de um indivíduo, de uma família ou de uma comunidade a um evento insalubre. Seu estudo permite revelar a potencialidade de ocorrência de um diagnóstico de enfermagem em determinada população.¹⁰

Resultados e discussão

Dos 48 prontuários analisados, 42 (87,5%) eram de adolescentes do sexo masculino e 6 (12,5%) do feminino. Entre os primeiros, 26 (61,9%) descreviam ferimentos por armas de fogo e 16 (38,1%) por armas brancas. Já entre as adolescentes, todas as lesões decorreram de armas brancas. No período de internação predominaram sujeitos com 19 anos (18 indivíduos, ou

37,5%), seguidos daqueles com 17 anos (17, ou 35,4%), 16 anos (10, ou 20,9%) e, por fim, aqueles com 10 a 14 anos (3, ou 6,2%). Em alguns casos houve presença de múltiplas lesões (Tabela 1).

Tabela 1 - Frequência de distribuição anatômica de lesões por armas de fogo e armas brancas em adolescentes atendidos em serviços de pronto-socorro em Campo Grande, MS, 2009 ($n = 48$)

Região anatômica	f	%
Abdome	21	43,7
Tórax	15	31,2
Membros superiores	8	16,6
Membros inferiores	6	12,5
Cabeça	6	12,5
Pescoço	3	6,25

Houve perdas hemorrágicas ocasionadas pelas lesões em 48 adolescentes. Em 28 (58,3%), no entanto, as hemorragias alcançaram grande vulto, sendo acompanhadas de choque hipovolêmico.

Todos os 48 sujeitos passaram por atendimento médico, realizando-se procedimentos protocolares voltados às necessidades individuais, abrangendo técnicas de reanimação, suturas de lesões superficiais advindas da agressão e procedimentos cirúrgicos, entre outros.

Em 40 pacientes (83,3%) utilizaram-se dispositivos como sondas para alimentação ou drenagem gástrica (sondas gastroenterais), cateteres vesicais e drenos torácicos e abdominais.

O levantamento documental permitiu identificar 17 diagnósticos de enfermagem mais frequentes (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição dos diagnósticos de enfermagem identificados em adolescentes vitimados por agressões com armas de fogo e armas brancas atendidos em serviços de pronto-socorro em Campo Grande, MS, 2009 ($n = 48$).

Diagnóstico de enfermagem	n	%
Integridade tissular prejudicada	48	100
Dor aguda	48	100
Risco de infecção	48	100
Troca de gases prejudicada	28	58,3
Volume de líquidos deficiente	28	58,3
Risco de sangramento	28	58,3
Perfusão tissular periférica ineficaz	28	58,3
Mobilidade física prejudicada	27	56,3
Padrão de sono prejudicado	24	50
Processos familiares disfuncionais	12	25
Síndrome pós-trauma	10	20
Enfrentamento ineficaz	10	20
Ansiedade	7	14,5
Risco de baixa autoestima situacional	5	10,4
Disposição para conhecimento aumentada	4	8,3
Risco de violência direcionada a si mesmo	1	2,0
Risco de violência direcionada a outros	1	2,0

Dos 17 diagnósticos levantados, optou-se por discutir aqueles que apresentaram frequência igual e superior a 50%.

O diagnóstico de enfermagem 'Integridade tissular prejudicada' é definido como dano a membranas mucosas, córnea, pele ou tecidos subcutâneos. No presente estudo, esse diagnóstico esteve presente em todos os sujeitos, tendo como fatores relacionados: trauma por objeto cortante ou projétil de arma de fogo com rompimento de pele e lesão de tecido subcutâneo, além de invasão de cavidade torácica ou abdominal ou de outros segmentos corporais, requerendo procedimentos cirúrgicos realizados como protocolo de tratamento, evidenciados por pele e tecido destruídos e ferida cirúrgica.

Pivoto *et al.*¹⁷ e Dalri, Rossi e Dalri¹⁸ encontraram esse diagnóstico em pacientes em período pós-operatório, associado, porém, à realização de cirurgias abdominais laparoscópicas e a cirurgias torácicas eletivas, diferenciando-se portanto em sua etiologia e manifestações clínicas.

No presente estudo, todos os registros de enfermagem apontaram presença de dor observada e/ou avaliada.

A dor aguda, definida por “experiência sensorial e emocional desagradável que surge de lesão tissular real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão”,¹¹ esteve presente em todos os pacientes em diferentes momentos do processo de tratamento, tendo como fatores relacionados a presença das lesões (fator mecânico) e a realização de procedimentos invasivos. As características definidoras incluíram relato verbal, evidência observada durante os cuidados de enfermagem, comportamento de proteção e alterações nos padrões de pressão arterial e de frequência cardíaca e respiratória.

Em um estudo com pacientes vitimados por trauma atendidos em serviço pré-hospitalar no interior de São Paulo com 23 pacientes adultos, 17 apresentaram esse mesmo diagnóstico de enfermagem.¹⁹ Em outro estudo, que envolveu pacientes em fase pós-operatória com trauma cirúrgico decorrente de cirurgia cardíaca, esse diagnóstico esteve sempre presente, tendo como características definidoras expressão facial de dor, contratura muscular e relato verbal.¹⁷

A dor aguda é temporal e espacialmente bem delimitada e traz respostas neurovegetativas, como hipertensão arterial, taquicardia, taquipneia e sudorese, assim como agitação psíquica e motora, nervosismo e ansiedade.²⁰

Calil e Pimenta²¹ apontam quatro aspectos relevantes na avaliação da dor em pacientes traumatizados: a confirmação da dor como evento que acompanha o trauma, a magnitude da intensidade dolorosa vivenciada, a oligoanalgesia no setor de emergência e a falta de padronização analgésica.

O diagnóstico ‘Risco de infecção’, definido como “risco aumentado de ser invadido por organismos patogênicos”,¹¹ abrange os seguintes fatores de risco: trauma, pele rompida, utilização de cateterismo vesical, cateter de longa e média duração para infusão venosa e ambiente hospitalar. No presente estudo, todos os sujeitos receberam esse diagnóstico.

Em estudo sobre diagnóstico e intervenção fundamentados na Teoria de Adaptação de Roy, realizado com 233 pacientes em laboratório de hemodinâmica,²² o diagnóstico 'Risco de infecção' incidiu sobre todos os pacientes estudados, tendo como fator de risco a realização de procedimentos invasivos, como cateterismo cardíaco ou angioplastia coronária. Em outro estudo,²³ o mesmo diagnóstico foi também aplicado a pacientes com hipertensão arterial internados em UTI coronariana.

A perda sanguínea decorrente do trauma, caracterizada por hipoxia, taquicardia, batimentos de asa de nariz e anormalidades na frequência, profundidade e ritmo da respiração, caracterizou o diagnóstico 'Troca de gases prejudicada', definido como "excesso ou déficit na oxigenação e/ou na eliminação de dióxido de carbono na membrana alveolocapilar"¹¹ — portanto relacionado com desequilíbrio de ventilação-perfusão.

Em pacientes vitimados por trauma, a oxigenação/respiração e circulação são fatores prioritários na identificação de necessidades afetadas. Em estudo de 23 vítimas de trauma em Ribeirão Preto, SP, encontrou-se maior frequência de diagnósticos relacionados à necessidade de circulação e oxigenação/respiração.²⁴

Em estudo voltado a descrever os passos da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) em vítimas de trauma, evidenciou esse mesmo diagnóstico, associando-o a diferentes causas, como tipo de trauma, com interferência no padrão de oxigenação/respiração.²⁵

O diagnóstico 'Volume de líquidos deficiente', definido como "diminuição do líquido intravascular/intersticial e/ou extracelular", esteve presente entre os pacientes do presente estudo, relacionando-se à perda de volume decorrente do evento traumático, principalmente perdas hemorrágicas, com registro de choque no atendimento imediato e tendo como características definidoras diminuição da pressão sanguínea, aumento da frequência de pulso e diminuição do volume de pulso.¹¹

A perda de volume é fato importante na aferição da gravidade de eventos traumáticos, particularmente se houver lesões abdominais e torácicas extensas, rupturas de vasos e artérias e fraturas de grande magnitude. No presente estudo, 28 pacientes vivenciaram perdas hemorrágicas intensas após os ferimentos, as quais afetaram as necessidades essenciais de circulação e

oxigenação. Em estudo de pacientes politraumatizados em atenção pré-hospitalar, esse diagnóstico de enfermagem incidiu sobre 10 (43,5%) dos que receberam atendimento pré-hospitalar em Unidades de Suporte Avançado do Serviço de Atendimento Móvel as Urgências (SAMU).¹⁹

‘Risco de sangramento’, definido como “risco de redução de sangue capaz de comprometer a saúde”, abrangeu no presente estudo não somente situações de trauma, mas também efeitos secundários ao tratamento, como procedimentos cirúrgicos em sujeitos vitimados por traumas de grandes proporções ocasionados por qualquer dos dois tipos de arma.¹¹

No estudo de Cyrillo et al., esse diagnóstico esteve presente em 23 pacientes (100%) da amostra estudada, composta de pacientes adultos de 18 a 30 anos, evidenciando a necessidade de intervenções de precaução contra sangramento em pacientes politraumatizados.¹⁹

‘Perfusão tissular periférica ineficaz’, definida como “redução na circulação sanguínea para a periferia, capaz de comprometer a saúde”, constitui diagnóstico relacionado à ocorrência de pulso diminuído e características de pele alteradas (palidez, cianose, temperatura, umidade).¹¹

Em pacientes do presente estudo para os quais houve registro de choque hipovolêmico, esse diagnóstico se baseou na evolução do caso ao longo do período de internação, com minimização do evento após a estabilização do quadro clínico.

A literatura aponta que nos quadros hemorrágicos os estímulos nociceptivos podem agravar o choque, em razão do aumento do trabalho do ventrículo esquerdo e da redução da oferta de oxigênio. Cyrillo et al., que encontraram em 3 (13%) pacientes vitimados por trauma esse mesmo diagnóstico de enfermagem, frisam que a circulação afetada compromete o transporte e distribuição de nutrientes, as trocas gasosas e desequilibra o volume de líquidos corporais, influenciando a homeostase do organismo.¹⁹

‘Mobilidade física prejudicada’, definida como “limitação no movimento físico independente e voluntário do corpo ou de uma ou mais extremidades”, apresentou frequência relevante.¹¹

Esse diagnóstico, que se baseia em fatores relacionados a ansiedade, desconforto e prejuízos musculoesqueléticos e neuromusculares, tais como adaptação a próteses e cirurgias ortopédicas para fraturas decorrentes do

trauma, teve como características definidoras a amplitude limitada de movimentos, a dificuldade para virar-se, a dispneia de esforço e as mudanças na marcha.

Em estudo retrospectivo, pesquisadores encontraram esse diagnóstico de enfermagem em 38 (19,4%) pacientes idosos que realizaram consulta de enfermagem ambulatorial no Programa Interdisciplinar de Geriatria e Gerontologia na Universidade Federal Fluminense. Similarmente, estudo realizado com idosos internados em serviço hospitalar, identificaram o mesmo diagnóstico, que esteve relacionado a restrições de movimento, caracterizadas por locomoção lenta.²⁶⁻²⁷

Cabe ressaltar que as populações das investigações citadas diferenciam-se daquela do presente estudo em termos de ciclo de vida e história de doenças crônicas. Entre idosos, a somatória de problemas crônicos é fator relacionado a limitações de movimento, mas em nosso estudo a mobilidade física prejudicada esteve diretamente ligada a problemas decorrentes do trauma, como dor, uso de dreno torácico, prótese, sondas gástricas, cateteres vesicais e incisões cirúrgicas, causando desconforto e limitações, com prejuízos ao autocuidado.

O diagnóstico 'Padrão de sono prejudicado', definido como "interrupções da quantidade e de qualidade de sono, limitadas pelo tempo, decorrentes de fatores externos", foi evidenciado no grupo estudado, estando relacionado à falta de privacidade, imobilização física no período pós-operatório e interrupções causadas pelo regime terapêutico (tais como controle de débitos de drenos e sondas).¹¹

O sono e repouso fazem parte das necessidades psicobiológicas. Uma vez que o desequilíbrio de qualquer necessidade humana afeta o equilíbrio homeodinâmico, o sono e repouso alterados prejudicam o indivíduo, comprometendo sua qualidade de vida e, no contexto de trauma do presente estudo, afetando a resposta rumo a uma recuperação mais eficaz e rápida.¹³

O Quadro 1 destaca outros diagnósticos de relevância identificados no presente estudo, os quais podem particularmente contribuir para ampliar o corpo de conhecimentos específicos sobre o atendimento a adolescentes vitimados por violência.

Quadro- 1 Outros diagnósticos de enfermagem em adolescentes vitimados por agressões com armas de fogo e brancas atendidos em serviços de pronto-socorro em Campo Grande, MS, 2009.

Diagnóstico de enfermagem	Fatores de risco
Processos familiares disfuncionais	Falta de habilidades para resolver problemas. Características: insegurança econômica e vulnerabilidade
Síndrome pós-trauma	Relacionado a vitimização criminal. Medo, tristeza, ansiedade.
Enfrentamento ineficaz	Incapacidade de satisfazer necessidades básicas. Abuso de agentes químicos. Uso diminuído de suporte social.
Ansiedade relacionada à morte	Relatos de medo de morte prematura. Experiência do processo de morrer.
Risco de baixa autoestima situacional	Distúrbio de imagem corporal. Perda e prejuízo funcionais.
Disposição para conhecimento aumentado	Expressão do interesse em aprender.
Risco de violência direcionada a si mesmo	Idade de 15 a 19 anos. Relacionamentos interpessoais conflitantes. Ansiedade emocional aumentada.
Risco de violência direcionada a outros	História de ameaças de violência (ameaças verbais). História de violência contra outros.

Considerações finais

Este estudo utilizou dados de 48 prontuários de adolescentes de 10 a 19 anos, com predominância do sexo masculino (42 indivíduos, ou 87,5%) e da faixa etária de 15 a 19 anos (45, ou 93,7%).

Foram identificados 17 diagnósticos de enfermagem, três dos quais, pelo cenário e origem do trauma, estiveram presentes em todos os adolescentes investigados: 'Integridade tissular prejudicada', 'Dor aguda' e 'Risco de infecção'. Os demais diagnósticos estabelecidos foram, 'Troca de gases prejudicada', 'Volume de líquidos deficiente', 'Risco de sangramento', 'Perfusão tissular periférica ineficaz', 'Mobilidade física prejudicada' e 'Padrão de sono prejudicado'.

Dentre os diagnósticos levantados, os que mais estiveram presentes enquadraram-se, na taxonomia da NANDA, no Domínio 4 (atividade e repouso), que está associado a produção, conservação, gasto ou equilíbrio de recursos energéticos, e no Domínio 11 (segurança e proteção) no qual a

ausência de lesão e dano físico está associada a proteção e segurança, a conservação contra perdas e a ausência de perigos.

Os registros da origem do agravo e da evolução clínica apontam a necessidade de mapear os grupos de diagnósticos de enfermagem voltados a adolescentes vitimados por lesões por armas brancas e de fogo. Evidenciam, ademais, a relevância de identificar as vulnerabilidades que antecedem o trauma nesse grupo etário, muitas vezes presentes na atenção básica, âmbito em que se poderiam empreender ações de saúde, articuladas com outros atores sociais, voltadas a amenizar um quadro epidemiológico tão desfavorável à vida e saúde de adolescentes brasileiros.

Os diagnósticos de enfermagem fazem parte da segunda fase da SAE e constituem uma análise crítico-reflexiva de cada indivíduo pelo enfermeiro, fundamentada na arte e ciência de cuidar inerentes à assistência de enfermagem.

Os achados deste estudo permitem salientar a necessidade de utilização dos diagnósticos de enfermagem como linguagem padronizada, baseada em evidências clínicas, epidemiológicas e sociais sobre aqueles a quem os enfermeiros prestam sua assistência.

Referências

- 1.Simon-Stevens C. Puberdade. In: Frederickson HL, Haug-Wilkins L., organizadores. Segredos em ginecologia e obstetrícia: respostas necessárias ao dia-a-dia em rounds, na clínica, em exames orais e escritos. Tradução de Ricardo Savaris. 2ª ed. Porto Alegre (RS): Artes Médicas Sul; 2000.
- 2.Feijó RB, Oliveira EA. Comportamento de risco na adolescência. J Pediatr, Rio de Janeiro. 2001; 77:125-34.
- 3.Silva RA, Jansen K, Godoy RV, Souza LDM, Horta BL, Pinheiro RT. Prevalência e fatores associados a porte de arma e envolvimento em agressão física entre adolescentes de 15 a 18 anos: estudo de base populacional. Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2009 Dez; 25(12):2737-45.
- 4.Andrade SMO, Pontes ERJC, Contini MLJ, Gomes AM, Nachif MCA. Vítimas da violência em Campo Grande: um retrato de seis anos revelado pelos dados oficiais. Saúde e Soc. 2008; 17(3):201-10.

5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema de Informação de Mortalidade (Sim). Dados preliminares de mortalidade. In: Anais do 1º Congresso Internacional Adolescência e Violência: Perspectivas Clínica, Educacional e Jurídica; 2008.
6. Brasil. Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem. Portaria Port2008/PT-09-CONS.pdf [acesso em 2011 Jan 30]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-09-CONS.pdf>
7. Waiselfisz JJ. Mapa da violência 2011. Os jovens no Brasil [acesso em 2011 Mar15]. Disponível em: <http://portal.mj.gov.br/data/Pages/MJEBAC1DBEITEMIDDD6FC83AAA9443839282FD58A5474435PTBRNN.htm>
8. Organização Mundial de Saúde (OMS). Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. 10ª ed. São Paulo: Centro Colaborador da OMS para Classificação de Doenças em Português; 1998. 2 v.
9. Guimarães JMX, Vasconcelos EE, Cunha RS, Melo RD, Pinto LF. Estudo epidemiológico da violência por arma branca no município de Porto Grande, Amapá. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005; 10(2):441-51.
10. Tannure MC, Gonçalves AMP. Sistematização da assistência de enfermagem: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.
11. North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação, 2010-2011. Porto Alegre: Artmed; 2010.
12. Souza MF, Barros ALBL, Michel JLM. Bases teóricas metodológicas para a coleta de dados de enfermagem. In: Barros ALBL, organizador. Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto. Porto Alegre: Artmed; 2002.
13. Horta WA. O processo de enfermagem. São Paulo: EPU/Edusp; 1979.
14. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), Organização Mundial da Saúde (OMS), Fundação W. K. Kellog. Projeto de apoio a iniciativas nacionais de saúde integral do adolescente na região das Américas: diretrizes para a programação da saúde integral do adolescente e módulos de atendimento. Washington: OPS/OMS; 1999.

15. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96 de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.
16. Iyer PW, Taptich BJ, Bernochi-Losey D. Processo e diagnóstico de enfermagem. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
17. Pivoto FL, Lunardi Filho DW, Santos SSC, Almeida MA, Silveira RS. Diagnósticos de enfermagem em pacientes no período pós-operatório de cirurgias cardíacas. *Acta Paul Enferm.* 2010 Set-Out;23(5):665-70.
18. Dalri CC, Rossi LA, Dalri MCB. Diagnóstico de enfermagem de pacientes em período pós-operatório imediato de colecistectomia laparoscópica. *Rev Latino-am enfermagem.* 2006 Mai-Jun; 14(3):389-6.
19. Cyrillo RMZ, Dalri MCB, Canini SRMS, Carvalho EC. Diagnósticos de enfermagem em vítimas de trauma atendidas em um serviço pré-hospitalar avançado móvel. *Rev Eletr Enf [online].* 2009; 11(4): 811-9.
20. Teixeira MJ, Valverde Filho J. Dor aguda. In: Teixeira MJ. *Dor: contexto interdisciplinar.* 1ª edição. Curitiba: MJT, 2003.
21. Calil AM, Pimenta CAM. Importância da avaliação e padronização analgésica em serviços de emergência. *Acta paul enferm.* 2010;23(1):53-9.
22. Oliveira MF, Silva LF. Enfermagem em laboratório e hemodinâmica: diagnóstico e intervenção fundamentados na Teoria de Adaptação de Roy. *Rev Eletr Enf [online].* 2010;12(4):678-85.
23. Muniz Filha, MJM. Diagnósticos de enfermagem em pacientes com complicações da hipertensão arterial internados em unidade de terapia intensiva coronariana. [dissertação]. Fortaleza (CE): Universidade Estadual do Ceará. Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde; 2007.
24. Cyrillo RMZ. Diagnósticos de enfermagem em vítimas de trauma no atendimento avançado pré-hospitalar. [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 2005. Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.
25. Ávila DM. Cuidados de enfermería en el paciente politraumatizado. *Revista de Enfermería, Albacete.* 2001 Abr;6(15):35-42.
26. Santos ASR, Souza PA, Valle AMD, Cavalcanti ACD, Sá SPC, Santana RF. Caracterização dos diagnósticos de enfermagem identificados em prontuários de idosos: um estudo retrospectivo. *Texto contexto - enferm [online].* 2008 Mar.

[acesso em 2011 Jan 27];17(1):141-9. Disponível em:
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000100016&lng=pt)

07072008000100016&lng=pt. doi: 10.1590/S0104-07072008000100016

27. Guedes HM, Nunes DP, Nakamata AYK, Bachiori MM. Identificação de diagnósticos de enfermagem do domínio atividade/repouso em idosos admitidos em hospital. Rev enferm UERJ, Rio de Janeiro. 2010 Out-dez;18(4):513-8.

6 DISCUSSÃO

Estudos sobre a violência e seus desdobramentos possuem diversas linhas de pensamento que a subdividem em categorias de acordo com a sua origem e resultados, trazendo muitas vezes uma categorização tipológica que provoca isolamento e descaracteriza as possíveis inter-relações conceituais e entendimento prático.

A violência em forma de agressão é um fato objetivo, que provoca danos físicos, psíquicos, financeiros, sociais e afetivos, é um episódio que transcende a linguagem conceitual, pois terá como desdobramento, um indivíduo que foi vítima de um crime e um perpetrador.

O crime violento é um fato social e cultural que pode ser dimensionado de uma forma consensualmente óbvia, de alta visibilidade, extremamente danoso as suas vítimas na maioria das vezes.⁶⁸

Melo (2010), p. 107, referindo-se aos crimes fatais, argumenta o seguinte:

“a condição da dor física em contato interpessoal, provocando danos intencionais muitas vezes irreversíveis ou associados à morte da vítima, é fundamental para distinguir o ato violento de qualquer outra ação que inflija um mal que se estende ao corpo do indivíduo”.⁶⁸

Esse estudo buscou construir a partir de seus achados inter-relações, a fim de trazer a questão da criminalidade e violência nos atos perpetrados contra adolescentes como interligados aos aspectos da vida social, cultural e econômica na sociedade vigente, além de reportar aspectos da profissão de enfermagem e também dos aspectos relacionados à formação dos profissionais.

É certo que homicídios e traumas são de difícil compreensão, em especial quando se trata de faixa etária de adolescentes e jovens, em um país como o Brasil, que vem avançando em seus aspectos econômicos e sociais nos últimos anos, conseguindo a redução notável da mortalidade infantil e diminuição das mortes por doenças infecciosas e parasitárias com medidas de aumento de renda e educação em alguns segmentos.

No entanto, esse mesmo país que conseguiu essa façanha em 20 anos foi apontado recentemente pela ONU como 4º país mais desigual dentre os da

América Latina e Caribe, sendo superado apenas por Guatemala, Honduras e Colômbia.⁶⁹

O Brasil reconhecidamente avançou no cumprimento das metas do milênio com o decréscimo de mortes por desnutrição infantil em crianças menores de um ano, insumos na área de sanidade sanitária como rede de esgoto e água potável e incrementos sociais.^{44,69}

No entanto, apresenta aumento da mortalidade por homicídios em crianças, adolescentes e jovens, apontando esses grupos como mais vulneráveis socialmente para tais óbitos.^{44,69}

Sendo assim, aspectos de proteção e promoção à saúde e bem estar social de adolescentes trazem desafios que ultrapassam a visão setorial e necessitam de um compartilhamento maior entre diversos segmentos, incluindo-os como protagonistas em tomadas de decisões.

Um estudo social sobre a criminalidade considera que existe uma causalidade entre cultura e estrutura social, a anomia, tensão entre os objetivos culturais e as oportunidades em alcançá-los, ou seja, a desestruturação social é um elemento propulsor ao crime.⁶⁸

Faz-se importante salientar alguns aspectos relacionados a políticas para a juventude e adolescentes, o caso do PROSAD e a questão do Estatuto da Criança e Adolescente (ECA).^{70,71}

Ambos são notoriamente políticas e legislações de promoção e proteção nos aspectos da saúde, social e cultural em atenção a esse público específico.^{70,71}

No entanto, é visível que a execução de ambos não conseguiu ainda estabelecer elementos de mudanças substanciais no ciclo de vida adolescente, nos diferentes espaços geográficos e sociais no estado Brasileiro.

No caso do ECA, alguns especialistas e até a sociedade civil vem clamando para uma revisão das questões jurídicas relacionadas à participação de menores infratores em crimes hediondos, com banalização de penas e reincidência de criminalidade.

Essa questão coloca em xeque as garantias ofertadas no próprio estatuto, além de demonstrar uma fragilização do estado em ofertar e fazer cumprir as suas legislações e políticas de proteção, nesse caso é explícito a

falha institucional. Desta forma, na ausência de estruturas institucionais reconhecidas pelo estado, ocorre o engajamento de adolescentes e jovens em grupos criminosos que possuem um poder paralelo estabelecido e proporcionam condições para que alcancem de certa forma uma espécie de “ascensão social” e de poder, mesmo que seja frágil e transitório, levando-os muitas vezes a privação de liberdade e morte.

Apesar de o PROSAD estar instituído desde a década de 1990, pode-se inferir que existe dentro do setor saúde, em especial nos serviços de atenção básica, uma dissonância na atenção aos adolescentes.

Fato é que, os adolescentes têm sido incluídos pelo setor saúde como público geral em seus espaços de atenção, suas especificidades referentes às suas diversas manifestações culturais e individuais exigiriam que a formação profissional se modificasse. Seriam necessárias mudanças substanciais para olhar o ser adolescente e suas diferentes “tribos”, o que ainda não permeia a realidade dos espaços de cuidado.⁷²

Apenas por meio da inclusão das diversidades, participação e cidadania ativa é que a juventude pode conquistar espaços institucionalizados e democráticos de poder.⁷²

Para Pontual (2003): “as políticas públicas devem estar sintonizadas com a realidade, com a dimensão da diversidade de gênero, etária, racial, em relação às deficiências e a tudo aquilo que constitui as questões da diferença e da diversidade”.⁷²

São esses pontos de fragilização de políticas assertivas, democráticas e voltadas para empoderamento dos adolescentes e jovens brasileiros, que os tornam, no momento histórico atual, como indivíduos vulneráveis a vitimizações de homicídios e tentativas de homicídios, que convergem para o desencadeamento dos aspectos que culminam em índices epidemiológicos alarmantes para um país que se apresenta, em 2012, como a 6ª economia mundial.⁷³

Os estudos de fatores de risco promovem a dissolução do sujeito ou indivíduo concreto (alvo das medidas preventivas), que é substituído por um conjunto de fatores de risco, como: faixa etária, etnia, renda dentre outros, no entanto, no presente estudo foram priorizadas as associações epidemiológicas

de probabilidades de vitimização, apesar do entendimento das diversas nuances que envolvem os riscos desses agravos na população estudada.⁷²

No entanto, na conjuntura da violência estabelecida na sociedade, a de se considerar que a tipologia do estudo que avalia os fatores de risco pode ser de especial relevância para o entendimento posterior de aspectos individuais da mesma.

Nesse estudo, ao realizar a abordagem ecológica e espacializar no município os agregados urbanos com piores indicadores de vida, e assim, mais vulneráveis a vitimização, favoreceu o entendimento dos aspectos individuais da vitimização, que de forma alguma se distancia das vulnerabilidades coletivas, já que estas influenciam o indivíduo e são influenciadas pelos mesmos.

No levantamento apresentado em 2012, o Brasil aparece em 4º lugar em índices por homicídios no mundo, para pessoas de 10 a 19 anos em um ranking de 99 países, chama atenção o crescimento exponencial em relação a essa faixa etária que aumentou 346% entre os anos de 1980 e 2010.⁴⁴

Houve um declínio das taxas em 2003, no entanto, os homicídios apresentam índices elevados. A taxa de 26,8 por 100.000, em 2007, é superior a de países como China de 1,2 por 100.000 em 2007 e da Argentina de 5,2 no mesmo ano.⁴⁴

Na Inglaterra e País de Gales em 2009/10, 619 mortes foram registradas como homicídio, um decréscimo de 4% em comparação com as análises realizadas anteriormente 2007/2008, quando 644 homicídios foram registrados. Mais de dois terços das vítimas de homicídio foram os homens em 2009/10 (68% de todas as vítimas). Os homens entre 16 a 20 anos tem o maior potencial para vitimização.⁷⁴

Diferentemente do presente estudo e de outros realizados no Brasil e países em desenvolvimento, onde a arma de fogo aparece como objeto principal para efetivação dos homicídios, no Reino Unido, esse tipo de arma aparece em 5º lugar nas vitimizações, sendo superada pelos objetos cortantes e contusos, agressão corpo a corpo, estrangulamento, e outros métodos não estabelecidos.⁷⁴

Ao que parece, as ações intersetoriais no Reino Unido, em especial no combate a criminalidade tem sido vinculada a queda dos homicídios.⁷⁴

Nesse aspecto, o fato do Brasil ser a 6ª economia mundial não o absolve da culpa da neutralidade coletiva com os índices de homicídios e criminalidade. Ao contrário disso, há um imenso desafio pela frente.^{69,73}

A morbimortalidade por armas de fogo e brancas em adolescentes é um aspecto que empata o crescimento geral da nação e revela a imensa desigualdade de renda, educação, moradia, acesso a bens e construção de cidadania.^{75,76}

Acertadamente, considerando a população de adolescentes e jovens no Brasil, que segundo dados do IBGE (2011), representa atualmente 26% da população brasileira, deve-se fazer um esforço para que esta consiga sobreviver às causas externas e deixem sua marca de juventude e cidadania no país.⁶¹

Quem sabe, dessa maneira seja possível dizer que o Brasil, além de ser uma economia em ascensão, é também um país com menos desigualdades e com capacidade de cuidar dos adolescentes, evitando suas mortes prematuras.

Nesse sentido, destacam-se algumas iniciativas políticas de gestão e monitoramento para tomada de decisões concernentes as causas externas, como a notificação de atendimento a vítimas de violência.⁷⁷

Por meio dos componentes do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), implantado pelo ministério da Saúde em 2006, pode-se verificar e deixar mais evidentes os desfechos desse agravo.⁷⁷

Além dos dados relacionados à vigilância contínua de violência doméstica, sexual, e/ou outras violências interpessoais e autoprovocadas (VIVA Contínuo), a possibilidade da vigilância de acidentes e emergências hospitalares por meio do VIVA sentinela, são um elemento de destaque, sendo suas informações importantes para o gerenciamento de promoção à saúde com ênfase na prevenção da violência, em especial para adolescentes e adultos jovens.⁷⁷

As limitações desse estudo referem-se à utilização de dados secundários e por qualidade de informações derivadas de bancos de dados diferentes, outro aspecto foi a restrição a serviços credenciados pelo SUS, o que impossibilitou a inclusão de casos de adolescentes agredidos atendidos

por outros convênios e particulares, o que poderia contribuir para a melhoria da qualidade da amostra e análise dos resultados.

Contudo, a observação do fenômeno morbimortalidade por armas de fogo e armas brancas no município, contribuiu para o aprofundamento do tema, desvelamento de diferentes implicações que esse evento acarreta na sociedade local e no setor saúde.

7 CONCLUSÕES

As internações hospitalares decorrentes de agressões por armas de fogo e armas brancas demonstraram o alto custo e dispêndio de recursos públicos com esse tipo de causa.

Os adolescentes do sexo masculino foram aqueles que demandaram mais dias de internação, tiveram o custo do tratamento mais alto, com lesões mais graves e permaneceram por período mais extenso nos serviços hospitalares de alta complexidade.

Apesar de ter sido observada que a vitimização masculina foi superior a feminina, na amostra estudada, evidenciou-se que nas mulheres sobressaíram-se as agressões por armas brancas e com lesões em membros superiores, face e tórax. Ainda, inferiu-se pelo tipo lesão que existia entre as vítimas femininas e seus agressores algum tipo de relação anterior ao evento traumático.

Observou-se no presente estudo uma associação entre morbimortalidade por agressões com armas em adolescentes no município de Campo Grande e piores indicadores de qualidade de vida urbanos.

Na análise da trajetória de vida de uma adolescente internada vítima de agressão, foi possível reconhecer a inter-relação entre vulnerabilidades sociais e afetivas com risco aumentado para vitimização.

Nos diagnósticos de enfermagem prevaleceram àqueles relacionados aos aspectos biológicos da vitimização. No entanto, pelo registro e dados sócio-demográficos verificados nos prontuários, listaram-se poucos diagnósticos de enfermagem que seriam secundários para a fase de hospitalização, porém relevantes para estabelecer ações conjuntas entre profissionais da atenção de alta, média e baixa complexidade, visando a diminuição da morbimortalidade dos adolescentes do município de Campo Grande, fato esse que poderia ser facilitado pelo sistema integrado de registro, entre referência e contra-referência.

Nesse aspecto, verificou-se que o caminho dos adolescentes no cuidado a saúde encontra-se desconectado do contexto de atenção descrito nos princípios e diretrizes do SUS, que prioriza a atenção primária e ações de promoção e prevenção como elo de fortalecimento nas práticas de saúde. Ao

contrário disso, constatou-se que a entrada dos adolescentes no sistema de saúde tem se dado pela alta complexidade, quebrando assim o ciclo de cuidado.

Os desdobramentos da violência observados nesse estudo negam ao adolescente o crescimento e desenvolvimento dignos e professados pela Constituição Brasileira, que traz saúde como direito e dever do estado.

Esse aspecto é desfavorável ao desenvolvimento do país e afeta a sociedade de maneira geral.

Para a enfermagem, como membro da equipe de saúde, cabe uma ressalva na conclusão desse estudo. A utilização da teoria de enfermagem e a adoção do processo de enfermagem como método de trabalho devem estar presentes na assistência ao adolescente.

Percebeu-se a inexistência da SAE nos serviços de atenção à saúde pesquisados, sabe-se que o trabalho de enfermagem é pautado em sua lei do exercício profissional, código de ética e Resoluções do Conselho Federal de Enfermagem, sendo que o processo de enfermagem faz parte de todo o contexto normativo de atuação da equipe na assistência a saúde independente do nível de complexidade.

A atuação nesses serviços sobre diversos aspectos tem sido descontextualizada com as normativas de atuação, há de se ressaltar que os três serviços pesquisados são hospitais de ensino, o que reforça o compromisso de cumprimento dessas prerrogativas, já que servem de modelo para a formação de profissionais de enfermagem.

É possível por meio desses recursos, estabelecer metas de cuidado, vinculadas às necessidades dos adolescentes, que podem contribuir na diminuição das vulnerabilidades e da violência.

Deve-se observar o adolescente nas escolas, nos ambientes que circundam os locais de atenção primária, convidando-os de uma forma congruente a serem protagonistas de seus destinos.

Na instalação de um processo de vitimização nesse ciclo de vida, todos os recursos disponíveis em saúde e enfermagem devem ser utilizados para minimizar e promover a reabilitação do ser adolescente em condições de integridade física e emocional.

REFERÊNCIAS

1. Avancini EV. Caracterização das crianças e adolescentes usuários do Programa Sentinela de Medianeira, PR. Revista Virtual Textos & Contextos [on line]. 2004 [Acesso em 20 de outubro de 2009] Disponível em:
<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/987/767>
2. Organización Pan-Americana de La Salud (OPAS); Organização Mundial de Saúde (OMS); Fundação W.K Kellog. Projeto de apoio a iniciativas nacionais de saúde integral do adolescente na região das Américas: diretrizes para a programação da saúde integral do adolescente e módulos de atendimento. Washington: OPS/OMS, 1999.
3. Simon-Stevens C. Puberdade. In: Frederickson HL, Haug-Wilkins L. (Orgs.). Segredos em ginecologia e obstetrícia: respostas necessárias ao dia-a-dia em rounds, na clínica, em exames orais e escritos. Tradução de Ricardo Savaris. 2. Ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.
4. Ramos FRS, Pereira SM, Rocha CRM. Viver e adolescer com qualidade: o conceito de adolescência e qualidade de vida. In: Associação Brasileira de Enfermagem. Adolescer: compreender, atuar, acolher: Projeto Acolher. Brasília: ABEN; 2001. p. 19-32.
5. Organização Mundial de Saúde. CID-10: Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. São Paulo: EDUSP, 1996.
6. Minayo MCS. A violência dramatiza causas. In: Minayo MCS, Ramos ER. (Orgs.). Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 13-22.
7. Melione LPR. Mortalidade hospitalar por causas externas no Sistema Único de Saúde em São José dos Campos, SP. Dissertação

- (mestrado). 2006. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006. [Acesso em 6 de setembro de 2011] Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6132/tde-o4102006-175613/>>.
8. Guimarães JMX, Vasconcelos EE, Cunha RS, Melo RD, Pinto LF. Estudo epidemiológico da violência por arma branca no município de Porto Grande, Amapá. In: Ciênc. saúde coletiva. 2005; 10(2): 441-451.
 9. Almeida HD. Violência urbana: adolescentes em emergência pública. In: ABEN; Governo Federal. *Projeto Acolher: um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro*. Brasília: ABEN, 2000. p. 10-12.
 10. Arnold MW, Silva MA, Giliatti HFN, Rossana PH. Years of potential life lost among female homicide victims of child-bearing age in the city of Recife, Pernambuco (Brazil), in 2001 and 2002. Rev. bras. saúde. mater. infant. 2007;7(supl.1). [online][Acesso em 3 nov de 2009] Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292007000600003&script=sci_arttext>.
 11. Silva MGC. Anos potenciais de vida perdidos por causas evitáveis, segundo sexo, em Fortaleza, em 1996-1998. *Epidemiol. Serv. Saúde*. [online]. 2003;12(2):99-110. [Acesso em 20 de nov. 2008]. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742003000200005&lng=pt&nrm=iso
 12. Pereira SM, Santana JSS, Ferriani, MGC. Violência rima com adolescência? In: *Adolescer, atuar, acolher: Projeto acolher/Associação Brasileira de Enfermagem*. – Brasília: ABEN, 2001. 304 p.
 13. Minayo MCS. Violência e saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

14. Chesnais, JC. Histoire de la violence em Occident de 1800 à nos jours. Paris: Robert Laffont, 1981.
15. Velho G. Violência, reciprocidade e desigualdade: uma perspectiva antropológica. In: Velho G, Alvito M. *Cidadania e violência*. Rio de Janeiro: EDUERJ: 1996. p. 10-24.
16. Arendt HA. A condição humana. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1991.
17. Minayo MCS. Violência como indicador de qualidade de vida. Acta paul. de enferm. [Online]2000; 13 (Número Especial - Parte I):159-166.
18. Instituto Municipal de Planejamento Urbano (PLANURB).Perfil Socioeconômico de Campo Grande.18^a ed. rev.Campo Grande,2011.
19. Organização Mundial de Saúde (OMS). Relatório Mundial sobre Violência e Saúde. Brasília: OMS/OPAS, 2002.
20. Abramovay M, Castro MG, Pinheiro LC, Lima FS, Martinelli. Juventude, violência e vulnerabilidade social na América Latina: desafios para políticas públicas. Brasília: UNESCO Brasil, 2002.
21. Declaração de Alma Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, URSS, 6-12 set. 1978.
22. Organización Pan-Americana De La Salud (OPAS); Organização Mundial de Saúde (OMS). 132.^a Sessão do Comitê Executivo. Washington, 23-27 jun. 2003. Tema 4.14 da agenda provisória. Repercussão da violência na saúde das populações americanas. [Acesso 9 set .2009] Disponível em: <<http://www.paho.org/portuguese/gov/ce/ce132-22-p.pdf>>.
23. Monteiro CF, Souza IE. Vivência da violência conjugal: fatos do cotidiano. Texto & contexto enferm. 2007; 16(1): 26-31.

24. Pereira FP. Jovens em conflito com a lei: a violência na vida cotidiana. 2002. Dissertação (mestrado). Universidade de São Paulo, 2002. [acesso em 29 set.2009]. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59137/tde-10032003-171030/>>.
25. Organización Pan-Americana de La Salud (OPAS) . *Situación de la salud en las Américas*: indicadores básicos. Washington: PAHO, 2005.[acesso em: 9 set. 2009]. Disponível em: <http://www.paho.org/default_spa.htm>
26. Souza ER, Ximenes LF, Alves F, Magalhães C, Bilate D, Szuchmacher AM, Malaquias J. Avanços do conhecimento sobre causas externas no Brasil e no mundo: enfoque quanti e qualitativo. In: Minayo MCS, Souza ER (Orgs.). Violência sobre o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 131-160.
27. Minayo MCS, Souza ER. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. *Ciência e Saúde Coletiva*. 1999; 4 (1); 7-32
28. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Departamento de População e Indicadores Sociais. Síntese de indicadores sociais 2002. Rio de Janeiro: IBGE, 2003.
29. Deslandes SF. O atendimento às vítimas de violência na emergência: “prevenção numa hora dessas?”. *Ciênc. saúde coletiva* .1999; 4(1): 81-94.
30. Maria MA, Quadros FAA, Grassi MFO. Sistematização da assistência de enfermagem em serviços de urgência e emergência: viabilidade de implantação. *Rev. bras. enferm*, Brasília 2012 mar-abr; 65(2): 297-303.
31. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências: Portaria MS/GM n. 737,

- de 16 maio 2001, publicada no Diário Oficial de União, n. 96, seção 1e, de 18 maio 2001. Brasília: DOU, 2001.
32. Martins CBG, Andrade SM. Epidemiologia dos acidentes e violências entre menores de 15 anos em município da região sul do Brasil. *Rev. latinoam. enferm.* 2005; 13(4) :530-537
 33. Whitaker IY, Gutiérrez MGR ,Koizumi MS. Gravidade do trauma avaliada na fase pré-hospitalar. *AMB. rev. Assoc. Med. Bras.*1998; 44(2):111-119
 34. Gomes R. A violência social em questão: referenciais para um debate em saúde pública. *Rev. latinoam. enferm.* 1997; 5(2): 93-100.
 35. Carvalho DM. Epidemiologia: história e fundamentos. In: Medronho RA. et al. *Epidemiologia*. São Paulo: Atheneu, 2005.
 36. Nunes M, Paim JS. Um estudo etno-epidemiológico da violência urbana na cidade de Salvador, Bahia, Brasil: os atos de extermínio como objeto de análise. *Cad. de saúde pública.* 2005; 21(2): 459-468.
 37. Soares GAD. Homicídios no Brasil: vários factóides em busca de uma teoria. Relatório parcial do projeto “Covariatas macroestruturais do homicídio no Brasil”. Trabalho apresentado na Reunião do Latin American Studies Association, Miami, 16-18 mar. 2000.
 38. Waiselfisz JJ. Mapa da violência: os jovens no Brasil. Rio de Janeiro: Garamound, 1998.
 39. Peres MFT, Cardia N , Santos PC dos.*Homicídios de crianças e jovens no Brasil: 1980-2002*. São Paulo: Núcleo de Estudos da Violência (Universidade de São Paulo), 2006.
 40. World Health Organization Statiscal Information System. World Health Statistics 2008. WHO 2008[Online]. Acesso em July 20 .Disponível em:

[http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN WH_S08_TOCintro.pdf](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WH_S08_TOCintro.pdf)

41. Reichenheim ME, Souza ER, Moraes CL, Mello Jorge MHP, SILVA CMFP, Minayo MCS. Violência e lesões no Brasil: efeitos, avanços alcançados e desafios futuros. Lancet.2011. Saúde no Brasil, 2011; 75-89 .DOI:10.1016/S0140-736(11)60433-9.
42. Waiselfisz, JJ. Mapa da Violência 2011:os jovens no Brasil.São Paulo: Instituto Sangari,2011.
43. Duarte SJH, Lucena BB, Morita LHM.Atendimentos prestados pelo serviço móvel de urgência em Cuiabá,MT,Brasil. Rev. Eletr. Enf. 2011;13(3):502-7.
44. Waiselfisz JJ. Mapa da violência 2012:crianças e adolescentes do Brasil.1ª edição. Rio de Janeiro, 2012
45. Andrade,MF,Giuliani CF,Biffi EFA.Perfil de mulheres atendidas vitimas de violência assistidas no pronto socorro/Hospital de Clínicas da UFU.Fatos & Versões.2011;3(5).61-9.
46. Justino LCL,Ferreira SRP,Nunes CB,Barbosa MAM,Gerk MAS,Freitas SLF.Violência sexual contra adolescentes: notificação dos Conselhos Tutelares,Campo Grande,Mato Grosso do Sul,Brasil.Rev. gaúcha enferm.2011;32(4):781-7.
47. Ivo ML.Modelo de adaptação de Roy e sua aplicação através do processo de enfermagem a portadores de anemia falciforme.Campo Grande,MS; Editora:UFMS,2007.
48. Potter PA, Perry AG. Fundamentos de enfermagem. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005
49. Hermida PMV, Araújo IEM. Sistematização da assistência de enfermagem: subsídios para implantação.Rev. bras. enferm. 2006 ; 59(5): 675-9.
50. Hickman JS. Introdução à teoria de enfermagem. In: George JB.Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional.4 ed.Porto Alegre:Artes Médicas,2000.
51. Horta WA. O processo de enfermagem. São Paulo: EPU/Edusp;1979.

52. Nightingale F. Notas sobre enfermagem. São Paulo:Cortez, 1989.174p.
53. Tannure MC, Gonçalves AMP. Sistematização da assistência de enfermagem: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.
54. Lucena ICD, Barreira IA. Revista enfermagem novas dimensões:Wanda Horta e sua contribuição para a construção de um novo saber da enfermagem(1975-1979).Texto & contexto enferm.2011; 2-(3):334-40.
55. North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação, 2010-2011. Porto Alegre: Artmed; 2010.
56. Brasil.Conselho Federal de Enfermagem.Decreto n.94.406/87.Lei nº 7498,de 25 de junho de 1986.Dispõe sobre o exercício de enfermagem.Brasília.25 jun 1986[acesso em 10 de fevereiro de 2011] Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4173>
57. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN - 358/2009. Resoluções COFEN,Brasília, 2009. [acesso em 5 mai 2011].Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4384>
58. Marques DKA,Moreira GAC,Nóbrega MML.Análise da teoria das necessidades humanas básicas de Horta. Rev. enferm UFPE on Line. 2008; 2(4):410-16.
59. Minayo MCS, Assis SG, Souza ER.Avaliação por triangulação de métodos.Book Rewiew.Cad. saúde pública. 2006; 22(5):1115-18.
60. Medronho RA, et al. *Epidemiologia*. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2009.
61. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.Censo Brasileiro 2010: Características gerais da população,religião e pessoas com deficiência.Rio de Janeiro:IBGE,2011
62. Brasil.Ministério da Saúde.Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).DATASUS.[Online] Acesso em 15 agosto 2012. Disponível em :
http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp?VEstado=50&VMun=500270&VUni=05

63. GPS Visualizer. [programa de computador] [citado 2011 Set 1]. Disponível em: <http://www.gpsvisualizer.com/geocoder>
64. Geomatica. PCI Geomatics. [computer program]. Version 9.1 for Windows. Ontario (Canada): Geomatica; 2003. 1 CD-ROM.
65. Macromedia. FreeHand. [computer program]. Version 9. San Francisco (CA, USA): Macromedia; 2000. 1 CD-ROM.
66. Ayres M, Ayres Jr M, Ayres DL, Santos AAS. BioEstat: aplicações estatísticas das ciências biomédicas. [programa de computador]. Versão 5.0. Belém: Mamirauá; 2007
67. Buss PM, Pellegrini Filho, A. A saúde e seus determinantes sociais. Physis: revista de saúde coletiva.2007;17(1):77-93.
68. Melo PB. Histórias que a mídia conta: o discurso sobre o crime violento e o trauma cultural do medo. -Recife: Editora Universitária da UFPE,2010. P. 108.
69. Organização das Nações Unidas. Relatório sobre o estado das cidades da América Latina e do Caribe. Washington D.C: ONU,2012
70. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação da Saúde da Criança e do Adolescente. Programa Saúde do Adolescente:Bases programáticas. 2. ed. Brasília, 1996.[Acesso em 5 mai.2011] Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_05.pdf>.
71. Brasil.Lei 8.069 de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente.Presidência da República.Casa Civil. Acesso em 14 de agosto de 2011.Disponível em
72. Pontual, P. Juventude e poder público: diálogo e participação. In: Políticas Públicas :Juventude em pauta. Organizadoras: Freitas,MV,Papa,FC.2 ed. – São Paulo:Cortez: Ação Educativa Assessoria,Pesquisa e Informação: Fundação Friedrich Ebert,2008.
73. Brasil. Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior. Ranking economia mundial. [Acesso em 12 de julho de 2012] Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/sobre/economia/setores-da-economia>

74. Office for National Statistics. Crime and justice. Cardiff, UK, 2011. [Acesso em 27 de julho de 2012]. Disponível em: <http://www.palgrave-journals.com/st/journal/v41/n1/pdf/st201115a.pdf>
75. Souza ER, Minayo MCS. O impacto da violência social na saúde pública do Brasil: década de 80. In: Minayo, MCS. (Org.). Os muitos Brasis: saúde e população na década de 80. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 87-116.
76. Ruotti C, Massa, VC, Peres, MFT. Vulnerabilidade e violência: uma nova concepção de risco para o estudo dos homicídios de jovens. Interface comum. saúde educ. 2011;15 (37): 377-89.
77. Brasil. Ministério da Saúde. Viva: vigilância de violências e acidentes, 2006 e 2007/Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

APÊNDICES

[illegible]

APÊNDICE B

FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS/ HOSPITALAR

INSTRUMENTO Nº _____	DATA DA COLETA: ____ / ____ / ____
INICIAIS:	CONFIRMAR COM LISTA PRÉ-HOSPITALAR

I – ASPECTOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS INDIVIDUAIS

1. Sexo

a) F ☐ b) M ☐ c) Ignorado ☐

2. Idade

a) 10 ☐ b) 11 ☐ c) 12 ☐ d) 13 ☐ e) 14 ☐ f) 15 ☐ g) 16 ☐ h) 17 ☐ i) 18 ☐ j) 19 ☐

3. Raça/cor

a) Branca ☐ b) Preta ☐ c) Amarela ☐ d) Parda ☐ e) Indígena ☐ f) Ignorado ☐

4. Escolaridade adolescente

a) Analfabeto ☐ b) Ensino fundamental Incompleto ☐
c) Ensino fundamental completo ☐ d) Ensino Médio Incompleto ☐
e) Ensino Médio Completo ☐ f) Ignorado ☐

5. Escolaridade (Pais)

Escolaridade do pai: _____
Escolaridade da mãe: _____
Utilizar letras correspondentes a **questão 4.**

6. Registro de Profissão (Adolescente)

Sim ☐ Qual? _____ Não ☐

7. Profissão Pais

a) Mãe Sim ☐ _____ Não ☐
b) Pai Sim ☐ _____ Não ☐

8. Renda familiar

a) Menos que 1 salário mínimo ☐ b) 1 a 3 salários mínimo ☐
c) 3 a 5 salários mínimo ☐ d) Mais que 5 salários mínimo ☐ e) Ignorado ☐
a) Menos que 1 salário mínimo ☐ b) 1 a 3 salários mínimo ☐
c) 3 a 5 salários mínimo ☐ d) Mais que 5 salários mínimo ☐ e) Ignorado ☐

9. Reside com os pais? Sim ☐ Não ☐

Se a resposta for não, identifique responsável.

Quem?
a) Parentes ☐ b) Amigos ☐ b) Sozinho ☐ d) Outro ☐

10. Registro de uso de drogas

a) Sim ☐ Qual(is) _____

b) Não ☐ _____

11. Registro de criminalidade associada

a) Sim ☐ b) Não ☐ Qual(is)? _____

12. Condições da Internação

a)CID da Internação: _____ b)CID's Posteriores: _____ c)Atendido no P.S ☐ Liberado: Sim ☐ Não ☐ d.Procedimentos realizados no Pronto Socorro: d.1)Punção venosa ☐ d.2)Cateterismo vesical ☐ d.3)Suturas d.4) ☐ Cateterismo gástrico ☐ d.5)Curativos ☐ d.6)Hemotransfusão ☐ d.7)Infusão venosa ☐ d.8)RCP ☐ d.9) outras _____ _____ _____ e)Encaminhado para: e.1)Centro Cirúrgico ☐ e.2)UTI ☐ e.3) Enfermaria ☐ e.4) PS ☐ e.5) Outro serviço _____ _____ 13. Teve acompanhante no período de internação? e.1)Sim ☐ Quem? _____ e.2) Não ☐

12.Condições da Internação a)CID da Internação: _____ b)CID's Posteriores: _____ c)Atendido no P.S ☐ Liberado: Sim ☐ Não ☐ d.Procedimentos realizados no Pronto Socorro: d.1)Punção venosa ☐ d.2)Cateterismo vesical ☐ d.3)Suturas d.4) ☐ Cateterismo gástrico ☐ d.5)Curativos ☐ d.6)Hemotransfusão ☐ d.7)Infusão venosa ☐ d.8)RCP ☐ d.9) outras _____ _____ _____ e)Encaminhado para: e.1)Centro Cirúrgico ☐ e.2)UTI ☐ e.3) Enfermaria ☐ e.4) PS ☐ e.5) Outro serviço _____ _____ E. Teve acompanhante no período de internação? e.1)Sim ☐ Quem? _____ e.2) Não ☐ 13. Recursos terapêuticos utilizados na internação a. Código de procedimentos : _____ b.Nome dos procedimentos: _____ _____ c. Dias de internação : _____ d.Nutrição enteral: ☐ quanto tempo? _____ e.Respirador artificial ☐ quanto tempo? _____ f.Oxigenoterapia: cateter nasal ☐ Mascara de Venturi ☐ Mascara com reservatório ☐ Nebulização ☐ g.Oxímetro de pulso: ☐ quanto tempo? _____ h.Monitorização Cardíaca Sim ☐ Não ☐ i.Cateterismo Vesical: Sim ☐ Não ☐ j.Estomas: Sim ☐ Não ☐ l.Drenos Sim ☐ Não ☐ m.Dissecção venosa? Sim ☐ Não ☐ n.Cateter central? Sim ☐ Não ☐ o.Feridas operatórias?

Sim ☐ (localização, características, complicações): _____

Não ☐

Procedimento(s) Cirúrgico(s) realizado(s) (listar)

14. Profissionais envolvidos no atendimento direto

a.Médico ☐ b.Enfermeiro ☐ c.Psicólogo ☐ d.Fisioterapeuta e. ☐ Nutricionista

f. ☐ Assistente Social ☐ g.Técnicos de enfermagem ☐

h.Outros: _____

15 – Recursos diagnósticos (Descrever)

16.Condições de alta

Alta com retorno agendado?

a) Sim ☐ Por quê? _____

b)Sem retorno ☐

16.Registro de Retorno para internação por complicações referentes a agressão?

a)Sim ☐

Quais? _____

B)Não ☐

CID da Reinternação: _____

17. Óbito

Causa Básica na D.O e todos os demais CIDs _____

18.Outras informações importantes

APÊNDICE C

(Termo de Consentimento Livre e Esclarecido)

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada: **Morbimortalidade por Armas de Fogo e Armas Brancas entre Adolescentes em Campo Grande, MS.** Todas as informações sobre o projeto estão contidas nesse termo, por este motivo leia com atenção e tire todas as suas dúvidas sem pressa com o pesquisador Ana Paula de Assis Sales da Silva.

A finalidade desse estudo é: Estudar o perfil da morbimortalidade por ferimentos com armas de fogo e armas brancas em adolescentes de 10 a 19 anos no município de Campo Grande, além evidenciar as características epidemiológicas dos adolescentes internados em decorrência de ferimentos por armas de fogo e armas brancas em três serviços de emergência na cidade de Campo Grande e estimar os gastos hospitalares provenientes dessas internações; descrever as necessidades humanas básicas afetadas de uma adolescente vítima de agressão por arma branca, correlacionado com os Determinantes Sociais da Saúde.

O público alvo para esse estudo são adolescentes de 10 a 19 anos , de ambos os sexos , que sofreram agressões por armas de fogo ou arma branca, que espontaneamente e com autorização de seus responsáveis quando menores de 18 anos aceitem em participar desse estudo.

Não poderão participar da pesquisa, adolescentes que tenham alguma limitação física, doença ou esteja em processo de recuperação que limite o seu conforto e entendimento sobre os propósitos desse estudo, ou ainda, aqueles que os responsáveis, quando menores de 18 anos não concordem com a sua participação.

Para a sua participação no estudo, será feita uma entrevista com um instrumento com perguntas abertas e fechadas e coleta de dados no seu prontuário hospitalar.

Essa entrevista será realizada em aproximadamente 50 minutos, e em única vez.

Uma das perguntas abertas dessa entrevista será gravada, porém a sua voz não será identificada e apenas o pesquisador fará a transcrição da sua entrevista digitalmente para analisar os dados encontrados.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Esta entrevista será de acesso apenas da pesquisadora e identificada numericamente, portanto, o seu nome só constará neste TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido).

Os dados divulgados não serão capazes de possibilitar sua identificação, garantindo seu anonimato. A divulgação dos dados será composta pelos discursos (falas) explorados na entrevista, onde não estará constando quem falou, quando e onde falou. Alguns dados serão calculados por fórmulas estatísticas que computarão os resultados das respostas de todos os entrevistados em gráficos e tabelas.

A sua participação é espontânea e você poderá retirar o consentimento a qualquer tempo, sem que isto implique na qualidade da atenção a saúde disponibilizada nesta instituição ou prejuízo de qualquer natureza. Se você sentir desconfortável em relação a alguma das perguntas feitas, poderá recusar a respondê-la.

Os estudos sobre agressões em adolescentes têm sido reconhecidos como um elemento importante pelos pesquisadores, para que possam ser entendidas as suas causas e maneiras de evitar essas violências. Sua participação beneficiará uma área de conhecimento e poderá contribuir com informações que permitam avanços para a ciência na área da Saúde do Adolescente e Políticas Públicas para Redução da Morbimortalidade por Violências.

Não serão realizados procedimentos invasivos, coleta de material biológico e de qualquer outra espécie.

Por você ser menor de idade, o seu responsável legal deverá assinar conjuntamente esta autorização, por este motivo será informado dos seus objetivos.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo: Morbimortalidade por Armas de Fogo e Armas Brancas entre Adolescentes em Campo Grande, MS. Eu discuti com a Sr^a. Ana Paula de Assis Sales da Silva sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes.

Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho minha participação não implica em alteração ou mudança na rotina da assistência a saúde que estou recebendo nessa instituição, sendo mantido todos os meus direitos e de minha família como usuários do Sistema Único de Saúde.

Posso manter contato com a pesquisadora pelos telefones 92735579 e 33457187 (Comitê de Ética e Pesquisa da UFMS) para esclarecer dúvidas que surjam sobre a minha participação a qualquer momento.

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste (a) paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura do adolescente

Assinatura do responsável pelo adolescente

Assinatura do pesquisador responsável

Campo Grande, ____/____/____

ANEXOS

ANEXO A



Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Comitê de Ética em Pesquisa /CEP/UFMS

*Carta de Aprovação*

A minha assinatura neste documento, atesta que o protocolo nº 1406 da Pesquisadora Ana Paula de Assis Sales da Silva intitulado "Morbimortalidade por Armas de Fogo e Armas Brancas entre Adolescentes em Campo Grande, MS", e o seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foram revisados por este comitê e aprovados em reunião ordinária no dia 07 de maio de 2009, encontrando-se de acordo com as resoluções normativas do Ministério da Saúde.

Prof. Paulo Roberto Maidamus de Oliveira Bastos
Coordenador em exercício do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMS

Campo Grande, 08 de maio de 2009.

ANEXO B

		PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE - PMCG SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SESAU COORDENAÇÃO MUNICIPAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU CNPJ 03.501.509/0001-06			
		REGISTRO DE ATENDIMENTO DA EQUIPE DE SUPORTE BÁSICO OU INTERMEDIÁRIO			
Código () 1 () 2 () 3 Base: _____	USB: _____ USI: _____ VTR: _____ DATA: _____	EQUIPE: Tcc: Enf (1): _____ Tcc: Enf (2): _____ Enf: _____ Socorrista: _____ Viatura: de apoio no local: _____	COREnMS: _____ COREnMS: _____ COREnMS: _____	Nº da Ocorrência: _____ Nome do Médico Reg.: _____	
Saúde da Base: _____	Chegada no Local: _____	Saúde do Local: _____	Chegada na Referência: _____	Saúde da Referência: _____ Chegada na Base: _____	
Endereço da Ocorrência: _____ Bairro: _____					
ORIGEM DO CHAMADO: () Doméstico () Via Pública () Ambiente de Trabalho () Ambiente Escolar () Outros: _____					
NATUREZA DO CHAMADO: () Caso Estreito () Caso Clínico () Caso Gineco/Obstétrico () Caso Pediátrico () Sueto Psiquiátrico					
CAUSAS EXTERNAS: AC. TRANSMITO: () Colisão () Atropelamento () Tufão/vento () Capotamento Uso de Disq. de Segurança: () S () N FERIMENTO POR ARMA: () Fogo () Branca ACIDENTE DOMÉSTICO - tipo: _____ AGRESSÃO FÍSICA: () Doméstica () Extra-familiar SUSPEITA DE VIOLENCIA SEXUAL: () Doméstica () Extra-familiar					
NOME DA VITÍMA: _____ IDADE: _____ SEXO: () M () F					
HISTÓRICO: () Alergia: _____ () Doença Prévia: _____ () Int. Ant: _____ () Medicação em Uso: _____					
QUEIXAS: _____					
Ventilação por máscara: _____ Bifurcação: () Central () Cheia () Fina () Anunciada () Regular () Irregular ()	Pressão Arterial: _____ GLICEMIA: _____ TEMP. °C: _____ GLASGOW: Abertura Ocular: (4) (3) (2) (1) Resposta Verbal: (5) (4) (3) (2) (1) Resposta Motora: (6) (5) (4) (3) (2) (1)	ACHADOS NO TÓRAX: () Fumantes: _____ () Escoriações: _____ () Hematomas: _____ () Enfisema: _____			
VIAS AERIAS: () Livre () Obs. Pac. por: _____ () Obs. Total por: _____	VENTILAÇÃO: () Normal () Superficial () Profunda () Lenta () Rápida () Muito Rápida () Simétrica () Assimétrica () D () E	HEMORRAGIA: () venosa () arterial LOCAL(iz): _____			
PULSO: () Normal () Faltando () Cínico () Quente () Frio () Úmido () Seco () Anunciado	ENCHIMENTO CAPILAR: () Normal () Retardado	ACHADOS: () Hálito Fétido () Otorrquia () Sinal de Batista () Olhos Gouazeiros () Perda de Consciência () Ferimentos: _____			
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () Alerta () Sonolento () Obnubilado () Torpor () Coma	NÍVEL DE ORIENTAÇÃO: () Orientado () Desorientado () Agitado	REATIVIDADE A LUZ: () Não () D () E			
AVALIAÇÃO PUPILAR: () Isocóricas () Anisocóricas () Mideáicas () D () E () Sim () Não () D () E	SEGMENTOS: _____				
PESCOÇO: () Turpente Jugular () Edema () Enfisema () Rigidez de Nuca () Ferimentos: _____	ABDOME: () Normal () Distensão () Dor a Palpação () Entorpecimento () Escoriações () Hematomas: () Ferimentos: _____				
MÚSCULOSQUELÉTICO: Suspeita de Fratura () Não () Sim () Aberta () Fechada () Luxação () Amputação () Arruído () Suspeita de Entorse/Distensão Local(iz): _____	DIAGNÓSTICO DO MÉDICO REGULADOR: _____				
RELATÓRIO DE ENFERMAGEM: _____					
PROCEDIMENTOS REALIZADOS: () Desobstrução de VA manual () Desobstrução de VA c/ Dispositivos () Ventilação manual () O ₂ L/min () Compressão torácica externa () DEA () Curativo () Contenção de hemorragia () Imobilização da coluna vertebral () Imobilização de membros () Acesso venoso periférico () Glucemia () Contenção nasais () OUTROS: _____					
Terapias Medicamentosas no Local: Medicamento: _____ Dose: _____ Via: _____	ENCAMINHAMENTO DA VITÍMA: () Transporte para () Recusa () Evacua () Obito () No local () Após atendimento		REMOVIDO POR OUTROS: () Corpo de Bombeiros () Polícia Militar () Populares: _____ Nome de quem comunicou: _____		
RECUSA: De: _____ RG: _____ at: souz inteira responsabilidade pela recusa no atendimento realizado pelo SAMU/192 - Campo Grande. Ass: _____ RG: _____ Testemunha: _____ RG: _____					
Intercorrências na Ocorrência: () Mica preta () Conflito na recepção do paciente () Dificuldade de achar endereço () Trânsito Congestionado					
PERTENCES DO PACIENTE: Descrição: _____ Nome: _____ Função / Parentesco: _____					

ANEXO C

		PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE Secretaria Municipal de Saúde Pública CNPJ 03.501.509/0001-06		 SAMU 192	
REGISTRO DE ATENDIMENTO MÉDICO E DE ENFERMAGEM					
Prioridade () 1 () 2 () 3		BASE		Data	
Horário de Transmissão		Saída da base		Nº ocorrência	
Endereço da Ocorrência		Chegada no local		Saída do local	
		Chegada no hospital		Saída do hospital	
				Retorno a base	
				Distrito	
				Bairro	
NATUREZA DO CHAMADO:					
☐ Trauma ☐ Causas externas ☐ Clínico		☐ Pediátrico ☐ Ginecol/Obstétrico ☐ Psiquiátrico ☐ Outros		Transporte secundário Origem _____ Motivo do Trans. _____ ☐ Serviço de maior complexidade ☐ Transferência simples	
				Serviço médico Responsável _____ Apoio _____ Outros _____	
				Destino Local _____ Responsável _____ Função _____ Assinatura _____	
Antecedentes					
☐ Alcoolismo () Alergia () AIDS () Convulsões () Diabetes () Doença Cardíaca () Doença Renal () Drogadição () AVC () Hipertensão Arterial () Doença Mental ☐ Doença infecciosa contagiosa () Problemas Respiratórios () Outros _____ ☐ Intimações Anteriores _____ ☐ Medicamentos _____ ☐ Ingestão hídrica / alimentos () Gestante () Sim () Não					
Nº da Vítima		Nome da Vítima		D.N.	
				Idade	
				Sexo () Masc () Fem	
				Ocupação	
AVALIAÇÃO E EXAME CLÍNICO					
Principais Sintomas / Queixas:					
Início dos sintomas () menos de 1 hora () 1 a 3 horas () mais de 4 horas () mais de 24 horas () não sabe					
Dados vitais		PA	Pulso	FR	SAT O ₂
					T°C
					Glasgow
					Escala de trauma
Vias Aéreas ☐ Livre () Obstrução Parcial () Total ☐ Corpo Estranho () bronco aspiração ☐ edema de Glote () Obs: _____		Respiração/Ventilação ☐ Espontânea ☐ Parede Respiratória ☐ Ausente ☐ Taquipneia ☐ Bradipneia		Exponibilidade ☐ Normal () Superficial () Irregular () Pericardial ☐ Ausente () Profunda ☐ Ausente ☐ Normal () Reticulado () Estreitos ☐ MV Diminuído () MV Ausente	
Circulação PELE () Normal () Palidez () Cianose () Quente () Fria () Úmida () Seca ☐ Outros _____ EDEMA () Ausente () Palpebral () M. Inferiores () Anasarca () PERFUSÃO () Normal () Retardadas		Pulso ☐ Regular () Taquicárdico () Bradicárdico () Fino () Cheio () Ausente () Irregular AUSCULTA () Normal () Hipofonose () Alto Pericárdio () Arritmia ☐ Sopros _____ ECG () Normal () Alterado () Não realizado		Achados ☐ Hemoptise () Hemo Efélico ☐ expectoração mucosopurulenta ☐ Eritema Subcutâneo () Crepitação ☐ Traumatismo ☐ outros: _____	
Exame Neurológico ☐ Normal () Agitação () Sonolência () Coma () Confusão () Convulsão ☐ Paralisia _____ () Paresia _____ () Anestesia _____ ☐ Pupilas () Isocóricas () Míopes () D () E () Midríase D () E () ☐ Rotacionadas () Não Rotacionadas D () E ()					
Segmentos Pescoço - () Normal () Turgência jugular () desvio Traquéia () outros _____ Urogenital - () Hematuria () Anúria () Glândulas () D () E () outros _____ Abdômen - () Normal () Doloroso/defesa () Irritação peritoneal () Hepatomegalia ☐ Esplenomegalia () Ascite () Distensão () Outros _____		Ginecol/obstétrica ☐ Trabalho de parto _____ Semanas _____ ☐ DHEG ☐ Abortamento ☐ Hemorragia Vaginal ☐ Outros _____		Parto em andamento ☐ Parto em breve ☐ Parto iminente ☐ Parto único ☐ Gemelar ☐ Líquido meconial	
				RN ☐ Vivo ☐ Morto ☐ Dequid Placenta Apgar 1º _____ 5º _____	
DIAGNÓSTICO					
PROCEDIMENTOS					
☐ Desobs. V. Aéreas () Cânula orofaríngea () Intubação () Cricotireoidostomia () Ventilação mecânica / Ambu () Respirador () Instalação de _____ Limin ☐ Toracocentese () D () E () Drenagem Torácica () D () E () Massagem Cardíaca externa () Desfibrilação/ Cardioversão ☐ Controle de hemorragia () Curativo () Acesso Venoso Periférico () Acesso Venoso Central () Punção intra-ossea () Prancha rígida ☐ Sonda gástrica () Sonda Vesical () Sedação () Imobilização membros () Colar cervical () Talas/tração () Glicemia () outros _____					
TERAPÊUTICA (MEDICAMENTOS)					
Medicação		Dose	Via	Medicação	
EVOLUÇÃO / INTERCORRÊNCIAS					
ENCAMINHAMENTO					
☐ Liberado após atendimento ☐ Recusa Atendimento ☐ Transporte ☐ Óbito ☐ no local ☐ Durante o atendimento ☐ Durante o transporte		REMOÇÃO ☐ Por outros ☐ Evadiu-se do local ☐ chamado não localizado Removido para _____		Médico responsável recebimento: _____ Enº responsável recebimento: _____ Identificação da Equipe Médico _____ Enfermeiro _____ Motorista _____	
				RECUSA Eu, _____ RG _____ assumo inteira responsabilidade na recusa do atendimento prestado pelo SAMU Assinatura _____	
				Assinatura _____ CRM / COREM _____ Código _____	
PERTENCES DO PACIENTE				NOME	
				PARENTESCO / FUNÇÃO	

ANEXO D

1.3 FÓRMULA DE CÁLCULO

Fórmula de cálculo dos indicadores das dimensões Educação, Renda e Pobreza, Sustentabilidade Ambiental e Moradia:

Dimensão 1 - Educação

- a. %PRCI – Percentual de responsáveis por domicílios particulares permanentes com 01 ou mais anos de estudo referente ao i-ésimo bairro.
Metodologia: n°. de responsáveis por domicílios particulares permanentes com 01 ou mais anos de estudo dividido pelo n°. de responsáveis por domicílios particulares permanentes. O resultado é multiplicado por 100.
- b. %PPA – Percentual de pessoas alfabetizadas com mais de 15 anos de idade referente ao i-ésimo bairro.
Metodologia: n°. de pessoas alfabetizadas com mais de 15 anos de idade dividido pelo n°. de pessoas com mais de 15 anos de idade. O resultado é multiplicado por 100.
- c. NMAE – Número médio de anos de estudo das pessoas responsáveis por domicílios particulares permanentes referente ao i-ésimo bairro.
Metodologia: Total de anos de estudo das pessoas responsáveis por domicílios particulares permanentes dividido pelo n° de responsáveis por domicílios particulares permanentes com anos de estudo determinado.
- d. %TXA - Taxa de alfabetização na faixa etária entre 15 e 24 anos referente ao i-ésimo bairro.
Metodologia: n°. de pessoas alfabetizadas com 15 a 24 anos de idade dividido pelo n°. total de pessoas com 15 a 24 anos de idade. O resultado é multiplicado por 100.

Dimensão 2 - Renda e Pobreza

- a. %PRR – Percentual de responsáveis por domicílios particulares permanentes com rendimento nominal mensal superior a 01 salário mínimo referente ao i-ésimo bairro.
Metodologia: n°. de responsáveis por domicílios particulares permanentes com rendimento nominal mensal superior a 01 salário mínimo dividido pelo n°. de responsáveis por domicílios particulares permanentes com rendimento. O resultado é multiplicado por 100.
- b. %PRCR – Percentual de responsáveis por domicílios particulares permanentes com rendimento nominal mensal referente ao i-ésimo bairro.
Metodologia: n° de responsáveis por domicílios particulares permanentes com rendimento nominal mensal dividido pelo n°. de responsáveis por domicílios particulares permanentes. O resultado é multiplicado por 100.
- c. RNMM – Rendimento nominal mensal médio de responsáveis por domicílios particulares permanentes referente ao i-ésimo bairro.
Metodologia: total do rendimento nominal mensal das pessoas responsáveis por domicílios particulares permanentes dividido pelo n°. de responsáveis por domicílios particulares permanentes com rendimento.

Dimensão 3 - Sustentabilidade Ambiental

- a. %DAA – Percentual de domicílios particulares permanentes com abastecimento de água da rede geral referente ao i-ésimo bairro.
Metodologia: n°. de domicílios particulares permanentes com abastecimento de água da rede geral dividido pelo n°. de domicílios particulares permanentes. O resultado é multiplicado por 100.
- b. %DES – Percentual de domicílios particulares permanentes com esgotamento sanitário via rede geral de esgoto ou pluvial referente ao i-ésimo bairro.
Metodologia: n°. de domicílios particulares permanentes com esgotamento sanitário via rede geral de esgoto ou pluvial dividido pelo n°. de domicílios particulares permanentes. O resultado é multiplicado por 100.
- c. %DBS – Percentual de domicílios particulares permanentes com banheiro ou sanitário referente ao i-ésimo bairro.
Metodologia: n°. de domicílios particulares permanentes com banheiro ou sanitário dividido pelo n°. de domicílios particulares permanentes. O resultado é multiplicado por 100.
- d. %DCL – Percentual de domicílios particulares permanentes com coleta de lixo referente ao i-ésimo bairro.
Metodologia: n°. de domicílios particulares permanentes com coleta de lixo dividido pelo n°. de domicílios particulares permanentes. O resultado é multiplicado por 100.

Dimensão 4 - Moradia

- a. %DPTP – Percentual de domicílios particulares permanentes próprios em terrenos próprios referente ao i-ésimo bairro.

Metodologia: n°. de domicílios particulares permanentes próprios em terrenos próprios dividido pelo n°. de domicílios particulares permanentes. O resultado é multiplicado por 100.

- b. %DPP – Percentual de pessoas que residem em domicílios particulares permanentes referente ao i-ésimo bairro.

Metodologia: n°. de pessoas que residem em domicílios particulares permanentes dividido pelo n°. de pessoas que residem em domicílios particulares. O resultado é multiplicado por 100.

1.3.1 NORMALIZAÇÃO DOS INDICADORES

Segundo Martins (2000, p. 23), "a normalização de uma variável tem por finalidade a transformação dos valores obtidos em unidades comparáveis." Para isso, cada variável X_i é corrigida segundo a fórmula abaixo:

$$NX = (X_i - X_{\min}) / (X_{\max} - X_{\min})$$

Onde,

X_i = valor observado

$X_{\min}$ = valor mínimo alcançado pela variável entre os bairros;

$X_{\max}$ = valor máximo alcançado pela variável entre os bairros.

Consiste na razão entre a subtração do valor observado do indicador pelo valor mínimo da série do indicador dividido pela subtração do valor máximo pelo valor mínimo da série do indicador.

A equação foi utilizada tomando o valor mínimo como o pior valor e o valor máximo como o melhor valor, visto que todos os indicadores selecionados expressaram um atributo positivo. Todos os valores máximos e os valores mínimos foram determinados pelos números existentes e não definidos *a priori*. Uma vez convertidos pela equação, os indicadores são expressos no intervalo de 0 a 1.

Após a normalização dos indicadores, faz-se uma média simples destes e obtém-se o índice geral da dimensão. Assim, o IQVU será a média simples obtida da soma dos quatro índices (um de cada dimensão: Índice Educação - IED, Índice Renda e Pobreza - IRP, Índice Sustentabilidade Ambiental - ISA e Índice Moradia - IMO) dividido por 4 (quatro), conforme equação abaixo:

$$IQVU = (IED + IRP + ISA + IMO) / \text{Quantidade de Dimensões}$$