ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA - EMESCAM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E DESENVOLVIMENTO LOCAL

LEONARDO FRANÇA VIEIRA

ACIDENTES E VIOLÊNCIAS NA POPULAÇÃO IDOSA ASSISTIDA PELO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA DO ESPÍRITO SANTO, NO ANO DE 2015

Vitória
2018

LEONARDO FRANÇA VIEIRA

ACIDENTES E VIOLÊNCIAS NA POPULAÇÃO IDOSA ASSISTIDA PELO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA DO ESPÍRITO SANTO, NO ANO DE 2015

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Luciana Carrupt Machado Sogame

Vitória

2018

Dados internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
EMESCAM – Biblioteca Central

Vieira, Leonardo França.
V658a Acidentes e violências na população idosa assistida pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência do Espírito Santo, no ano de 2015 / Leonardo França Vieira. - 2018.
109 f. : il.

Orientadora: Profª. Drª. Luciana Carrupt Machado Sogame.

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM, 2018.

1. Idosos – violência - acidentes. 2. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU (Espírito Santo). 3. Política de Saúde Pública (Espírito Santo). I. Sogame, Luciana Carrupt Machado. II. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM. III. Título.

CDD: 362.6

LEONARDO FRANÇA VIEIRA

ACIDENTES E VIOLÊNCIAS NA POPULAÇÃO IDOSA ASSISTIDA PELO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA DO ESPÍRITO SANTO, NO ANO DE 2015

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovada em 27 de abril de 2018.

BANCA EXAMINADORA

_____
Prof.ª Dr.ª Luciana Carrupt Machado Sogame
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM
Orientadora

_____
Prof. Dr.ª Maria Carlota de Rezende Coelho
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM

_____
Prof.ª Dr.ª Soraya Gama de Ataide Prescholdt
Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)

À minha maravilhosa família, pelo apoio pleno e incentivo que se fazem presentes em qualquer desafio ao qual eu me proponha a enfrentar.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me proporcionar uma vida repleta de bênçãos, conquistas e pessoas que dão o verdadeiro sentido à palavra amor.

Aos meus pais, Ilson Vieira da Silva e Edma França Vieira, pelo exemplo de integridade e caráter transmitido à nossa família e apoio incondicional que sempre me propiciaram.

Aos meus queridos filhos, Guilherme Ferreira Vieira, Igor Ferreira Vieira e Alana Bergamaschi Vieira, pela inspiração de renovação das forças a cada sorriso e demonstração de carinho a mim dispensada.

À minha linda esposa, Shirley Miranda Bergamaschi, pela compreensão e apoio durante os momentos de ausência.

À minha irmã, Anna Paula França Vieira, pelo companheirismo de sempre, pelo aprendizado compartilhado e por sua maravilhosa amizade.

Aos meus colegas do Centro de Habilidades e Simulação Realística Vitória Grand Tech, pelos ensinamentos que me proporcionam a cada dia, pelos desafios e conquistas compartilhados e pelo companheirismo.

Aos meus colegas do Núcleo de Educação Permanente do SAMU 192, que me encorajam e instigam a buscar por mais conhecimento.

À Prof.ª Dr.ª Luciana Carrupt Machado Sogame, minha orientadora, pela sua dedicação, sabedoria e expertise durante a construção deste estudo.

Aos alunos da graduação de medicina e enfermagem pelo comprometimento e dedicação na construção do banco de dados.

A toda a equipe da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM – pelo acolhimento e suporte oferecido durante o processo de construção deste estudo.

A sabedoria oferece proteção,
como o faz o dinheiro,
mas a vantagem do conhecimento é esta:
a sabedoria preserva a vida de quem a possui.
(Eclesiastes 7:12)

RESUMO

Os acidentes e as violências vêm representando um grande problema para a saúde pública mundial. A instituição de políticas públicas voltadas para a redução desses eventos retrata a preocupação das autoridades brasileiras no seu enfrentamento. No Espírito Santo, os acidentes e as violências chegaram a representar a segunda principal causa de morte no ano de 2013. Associado a isto, vem ocorrendo uma transição demográfica, promovendo um crescimento da população idosa. Este estudo teve o objetivo de conhecer a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV), discutindo o papel do Atendimento Pré-Hospitalar Móvel na assistência aos idosos vitimados por essas causas. Para tal, foi realizada uma pesquisa bibliográfica e documental e um estudo de campo transversal caracterizado por coleta retrospectiva dos idosos agudamente enfermos, atendidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), em consequência de acidentes e violências. A pesquisa de campo foi realizada por meio de uma amostra de 984 pacientes, atendidos pelo SAMU 192 durante o primeiro semestre do ano de 2015, e entre esses foram selecionados idosos vitimados por violência e acidentes, totalizando 62 idosos (6% do total). Os participantes apresentaram um intervalo de idade entre 60 e 98 anos e a média de idade de 73 anos. O sexo masculino representou 56% dos atendimentos e observaram-se que 81% tinham sofrido queda, 16% estavam envolvidos em acidentes de trânsito e 3% foram vítimas da violência. Em 18% dos pacientes que apresentaram queda foi registrada a presença de hálito etílico e dentre os eventos que envolveram a violência ouve uma unanimidade do sexo masculino. Conclui-se que as quedas são as principais causas de agravos à saúde dos idosos vitimados por acidentes e violências, deste modo, faz-se necessária a instituição de políticas de prevenção e promoção voltadas para esta temática. Entretanto, sugere-se que parte destes registros de queda refere-se a casos de violência doméstica camuflada pela família ou até mesmo pelo próprio idoso.

Palavras-chave: Saúde Pública; Política de Saúde Pública; Causas Externas; Idosos; Idosos de 80 anos ou mais.

ABSTRACT

Accidents and violence have been a major public health problem worldwide. The institution of public policies aimed at reducing these events reflects the concern of the Brazilian authorities in their confrontation. In the state of Espírito Santo, accidents and violence represented the second leading cause of death in the year 2013. Associated to this a demographic transition has been taking place, promoting an increase of the elderly population. This study aimed to learn about the National Policy for Reducing Morbidity and Mortality by Accidents and Violence (PNRMAV), discussing the role of Mobile Prehospital Care in the care of the elderly victims of these causes. For this purpose, a bibliographical and documentary research was carried out, and a cross-sectional study was performed, characterized by a retrospective analysis of the acutely ill elderly, attended by the Mobile Emergency Care Service (SAMU), as a consequence of accidents and violence. The field research was carried out through a sample of 984 patients attended by SAMU during the first half of the year 2015, and among these, only the elderly who were victims of violence and accidents, totaling 62 elderly people (6% of the sample). The participants' had an age ranged between 60 and 98 years and the mean age of 73 years. Males accounted for 56% of the visits and 81% had fallen, 16% were involved in traffic accidents and 3% were victims of violence. In 18% of the patients who presented a fall, the presence of ethylic breath was registered and among the events that involved the violence, only males were involved. In conclusion, that falls are the main causes of health problems for the elderly victims of accidents and violence, thus, it is necessary to institute health prevention and promotion policies focused on this issue. However, it is suggested that part of these fall records refers to cases of domestic violence camouflaged by the family or even by the elderly himself.

Keywords: Public Health. Public Health Policy. External Cause. Aged. Aged, 80 and over.

LISTA DE FIGURAS

Figura - 1 Distribuição percentual da população residente, por sexo e grupos de idade – Brasil – 2004/2015..... 18

Figura - 2 Distribuição percentual da população residente por sexo, segundo os grupos etários – Espírito Santo – 2005/2015..... 19

Figura - 3 Escravidão indígena no Brasil..... 25

Figura - 4 Escravidão do negro no Brasil..... 26

Figura - 5 O bom samaritano..... 48

Figura - 6 Ambulância voadora de Dominique Jean Larrey..... 49

Figura - 7 Ambulância de 1899 do Corpo de Bombeiros Militar do Rio de Janeiro..... 51

Figura - 8 Av. Rio Branco, inauguração do SANDU, década de 1960..... 52

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico - 1 Série Histórica das principais causas de óbitos no Brasil entre os anos de 1979 e 2015, segundo capítulos da Classificação Internacional das Doenças (CID)..... 30

Gráfico - 2 Distribuição dos óbitos por acidentes e violências no Brasil, segundo ciclo de vida, nos anos de 1979, 1989, 1999, 2009 e 2015..... 32

Gráfico - 3 Distribuição dos óbitos por acidentes e violências na população idosa no Brasil, durante os anos de 1979 a 2015, segundo grupos do capítulo sobre causas externas da Classificação Internacional das Doenças (CID)..... 34

Gráfico - 4 Distribuição dos óbitos por acidentes e violências no Brasil, durante a década de 1990, segundo grupos do capítulo sobre causas externas da Classificação Internacional das Doenças (CID)..... 39

Gráfico - 5 Coeficiente dos óbitos por acidentes e violências no Brasil, durante os anos de 1987, 2001 e 2015..... 45

LISTA DE SIGLAS

APH	Atendimento Pré-Hospitalar
APVP	Anos Potenciais de Vida Perdidos
CFM	Conselho Federal de Medicina
CID	Classificação Internacional das Doenças
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
EUA	Estados Unidos da América
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
NEP	Núcleo de Educação Permanente
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PHTLS	Prehospitalar Trauma Life Support
PNAU	Política Nacional de Atenção às Urgências
PNRMAV	Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências
SAMDU	Serviço de Atendimento Médico Domiciliar de Urgência
SAMU 192	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SESA	Secretaria de Estado de Saúde do Espírito Santo
SIATE	Sistema Integrado de Atendimento às Emergências e Trauma
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SUS	Sistema Único de Saúde
TARM	Telefonista Auxiliar de Regulação Médica
USA	Unidade de Suporte Avançado
USB	Unidade de Suporte Básico

SUMÁRIO

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS 14

2 ACIDENTES E VIOLÊNCIAS: UM COMBATE VULTOSO EM BUSCA DA ATENUAÇÃO 24

2.1 A IMINÊNCIA DOS ACIDENTES E DAS VIOLÊNCIAS SOB O OLHAR DA SAÚDE NO FINAL DO SÉCULO XX..... **24**

2.2 SAÚDE EM AÇÃO: MOVIMENTOS EM FAVOR DA REDUÇÃO DA MORBIMORTALIDADE POR ACIDENTES E VIOLÊNCIAS **35**

3 SAMU 192: UM COMPONENTE FUNDAMENTAL PARA A REDUÇÃO DA MORBIMORTALIDADE POR ACIDENTES E VIOLÊNCIAS..... 47

3.1 BREVE HISTÓRIA DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL..... **47**

3.2 A IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU 192) NO BRASIL **56**

3.2.1 A implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) no Espírito Santo 61

4 ARTIGO DE PESQUISA 67

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS 81

REFERÊNCIAS 86

APÊNDICES..... 94

APÊNDICE A - Formulário de Coleta de Dados..... 95

ANEXOS..... 96

ANEXO A - Boletim de Ocorrência do Atendimento Pré-Hospitalar..... 97

ANEXO B - Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa..... 98

ANEXO C - Normas da Revista Ciência & Saúde Coletiva..... 103

CAPÍTULO 1

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Os acidentes[1]e as violências[2] descritos pela Classificação Internacional das Doenças (CID), como Causas Externas de Morbidade e Mortalidade vêm representando um grande problema para a saúde pública no cenário mundial. Estima-se que mais 5,06 milhões de pessoas morrem a cada ano no mundo em consequência de lesões[3] provocadas por esses eventos (WHO, 1993; 2004).

Segundo Soares Filho, Cortez-Escalante e França (2016), na década de 1990 foram registradas mais de um milhão de mortes causadas por acidentes e violências no Brasil. A partir do início dos anos 2000, os acidentes e as violências vêm representando a terceira principal causa de óbito no Brasil, reproduzindo um importante problema para a saúde pública no país (SOARES FILHO; CORTEZ-ESCALANTE; FRANÇA, 2016). No Espírito Santo, segundo dados publicados pela Secretaria de Estado da Saúde (SESA), desde o ano 2000, esses acontecimentos ocupam o segundo lugar dentre as principais causas de morte (ESPÍRITO SANTO, 2016a).

No ano de 2014, esses eventos foram responsáveis por uma proporção de 17,69% das mortes no estado, ficando atrás apenas das doenças do aparelho circulatório que ocuparam o primeiro lugar com 28,57% (ESPÍRITO SANTO, 2016a).

Em meio ao universo de acidentes e violências que acometem a população geral no Espírito Santo, os tipos que denotam maiores expressões são as agressões, que foram responsáveis por 44,8% das mortes no ano de 2010, seguidas pelos acidentes de trânsito (28,5%) (ESPÍRITO SANTO, 2012).

---

[1] Acidente é entendido como o evento não intencional e evitável, causador de lesões físicas ou emocionais no âmbito doméstico ou nos outros ambientes sociais, como o do trabalho, do trânsito, da escola, de esportes e o de lazer (BRASIL, 2001).

[22] Violência é uma questão social que ocorre nas inter-relações humanas, que traduz os atos realizados por pessoas, famílias, grupos, classes e nações, visando prejudicar, ferir, mutilar ou matar o outro, no aspecto físico, psicológico, ou até mesmo, espiritual (MINAYO, 2009).

[3] Lesão é o termo usado para descrever os danos físicos causados ao corpo humano quando esse é submetido à exposição aguda de níveis de energia que excedem o limiar de tolerância fisiológica (WHO, 2004).

O alto índice de agressões pode estar relacionado à baixa escolaridade das vítimas, alta taxa de desemprego, famílias chefiadas por mulheres, oriundos de bairros com alta densidade demográfica e etnicamente heterogênicos (BARCELLOS; ZALUAR, 2014). Por natureza, a violência não é um conteúdo do setor da saúde pública, mas, em detrimento de afetar a integridade individual e coletiva das pessoas, converte-se em um grave problema para o setor. Desta forma, exige formulação de políticas específicas para sua prevenção e enfrentamento, mediante ações conjuntas com os setores de segurança pública, de justiça e de educação, assim como a organização de práticas e de serviços intrínsecos ao setor saúde (MINAYO, 2007; GARCIA FILHO; SAMPAIO, 2014; GENTILLI; TRUGILHO, 2014).

Estima-se que o gasto total do Sistema Único de Saúde (SUS) com as vítimas de trauma no Brasil gira em torno de 24% das suas despesas, além disso, o valor diário pago nas internações por acidentes e violências são 37% maior em comparação às causas naturais (ALOCHIO, 2011).

Em decorrência desse expressivo problema para a saúde pública no Brasil, a partir da década de 1990 o Ministério da Saúde começou a se mobilizar para enfrentar esse desafio, por intermédio de ações preventivas, de atendimento pré-hospitalar, atendimento hospitalar e serviços de reabilitação (MARTINS; PRADO, 2003). Tal mobilização culminou na instituição da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências no Brasil (PNRMAV) (BRASIL, 2001).

A PNRMAV, regulamentada por meio da Portaria MS/GM n.º 737, de 16 de maio de 2001, é um instrumento de orientação da atuação do setor saúde nesse contexto, mediante o desenvolvimento de um conjunto de ações articuladas e sistematizadas (BRASIL, 2001). Considerando essa política, também foi instituída a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), pela Portaria GM/MS n° 1.863 de 29 de setembro de 2003, com o intuito de organizar o sistema de atenção às urgências estaduais, regionais e municipais, onde é estabelecido, como um dos elementos

fundamentais, o Componente Pré-Hospitalar Móvel, representado, dentre outros, pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) (BRASIL, 2003a).

A solicitação do SAMU 192, por parte do usuário, é realizada por meio de ligação telefônica para o número 192, onde este é atendido por Telefonista Auxiliar de Regulação Médica (TARM), que capta informações sobre o tipo e local do evento e, em seguida, transfere a ligação para o médico regulador que realiza uma rápida classificação de risco do paciente, determinando o recurso necessário para suprir as necessidades da emergência da vítima (BARROS et al., 2013).

Dando sequência ao pedido de socorro, o Operador de Frota aciona a equipe de intervenção correspondente à determinação do Médico Regulador que, ao chegar ao local do evento, realiza a avaliação da vítima e os procedimentos necessários para a manutenção de sua vida, registra essas informações no Boletim de Ocorrência (BO) e transmite esses dados para o Médico Regulador que, por sua vez, determina a instituição de saúde de referência à qual será encaminhado o paciente (BARROS et al., 2013).

Todo esse sistema utilizado para a solicitação do atendimento deve ser realizado no menor tempo possível. Segundo Heydari-Khayat et al. (2014), para redução da taxa de mortalidade e incapacidade das vítimas de acidentes e violências, é fundamental uma intervenção precoce da equipe de emergência, assim como a utilização de sistemas de triagem para estimar a gravidade das lesões e determinar o tipo de assistência a ser prestada.

Ao se considerar a população idosa, caracterizada por pessoas com 60 anos de idade ou mais, os acidentes e as violências apresentam efeitos catastróficos, haja vista sua maior vulnerabilidade às lesões traumáticas, em consequência da reduzida capacidade funcional[4], resultante das diversas alterações físicas que são naturais nesse período da vida, como por exemplo, a diminuição da acuidade visual, da

[4] Capacidade funcional é a capacidade do indivíduo manter suas habilidades físicas e mentais em padrões que o permitam viver de maneira autônoma e independente (BARBOSA et al., 2014).

função motora e sensopercepção e/ou do equilíbrio (SOUZA et al., 2003; VERAS, 2009).

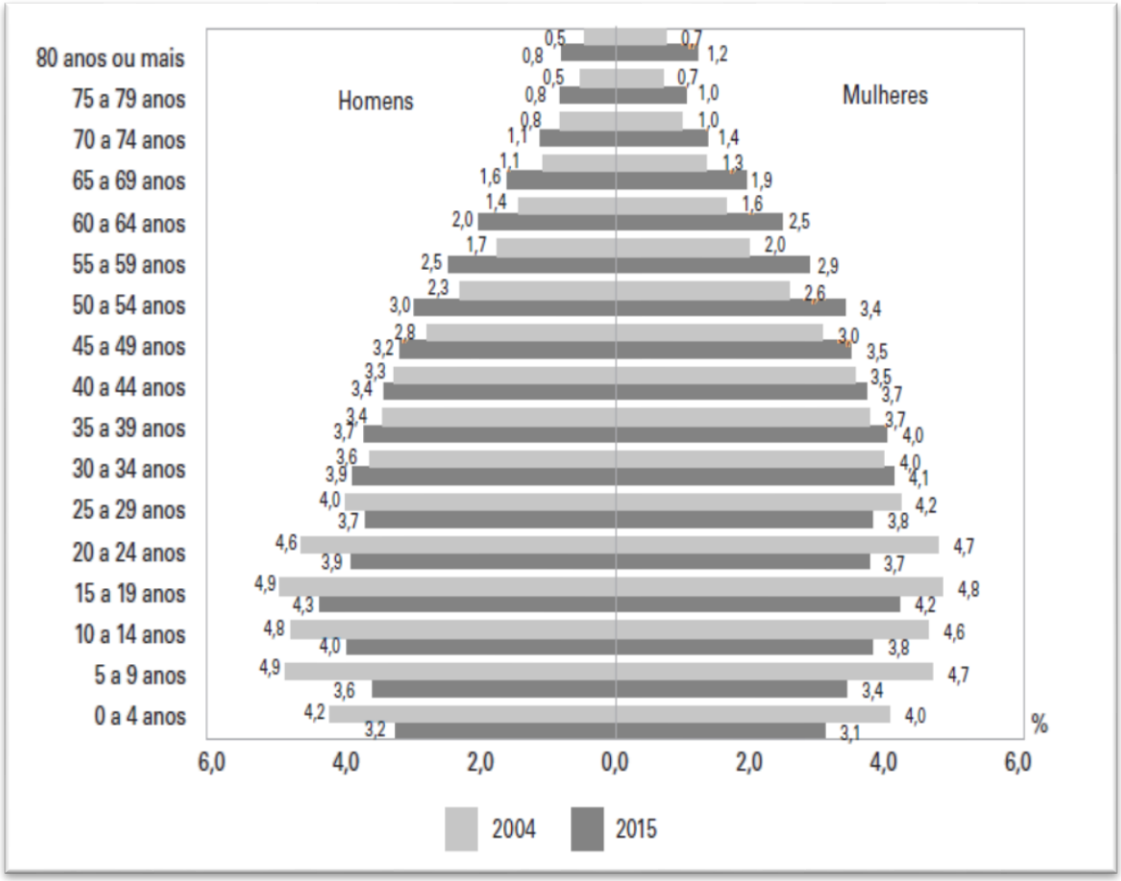
Outrossim, apresentam um potencial de recuperação inferior às demais faixas etárias, resultando em maior tempo de internação hospitalar e maior índice de mortalidade (SOUZA et al., 2003).

Segundo Barros et al. (2013), a principal causa de morbimortalidade por acidentes e violências na população idosa é a queda, em especial a queda da própria altura. Em um estudo transversal retrospectivo, onde foram avaliadas 546 fichas de atendimentos de idosos assistidos pelo SAMU 192, de janeiro a junho de 2011, os autores citados acima identificaram uma prevalência da queda da própria altura de 65,3% nos idosos vítimas de acidentes e violências, seguido dos atropelamentos (15,3%), acidente automobilístico (9,0%) e agressões (7,4%). Outra condição que instiga uma grande preocupação com o indivíduo idoso é a transição demográfica que vem ocorrendo na população mundial nas últimas décadas, pois as características econômicas e sociais da população também acompanham essa metamorfose, influenciando diretamente no estado de saúde da população (TALAROLLI JUNIOR; LOFFREDO, 2014).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), essa reestruturação demográfica é caracterizada pela redução das taxas de fecundidade associada à redução das taxas de mortalidade, onde a primeira implica uma menor quantidade de pessoas jovens, enquanto a segunda amplia a proporção de idosos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

No Brasil esse fenômeno não é diferente. Ao compararmos as estruturas etárias da população nos anos de 2004 e 2015, representadas na Figura 1, observamos um estreitamento da sua base e alargamento do topo (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2016).

Figura 1 – Distribuição percentual da população residente por sexo e grupos de idade – Brasil – 2004/2015

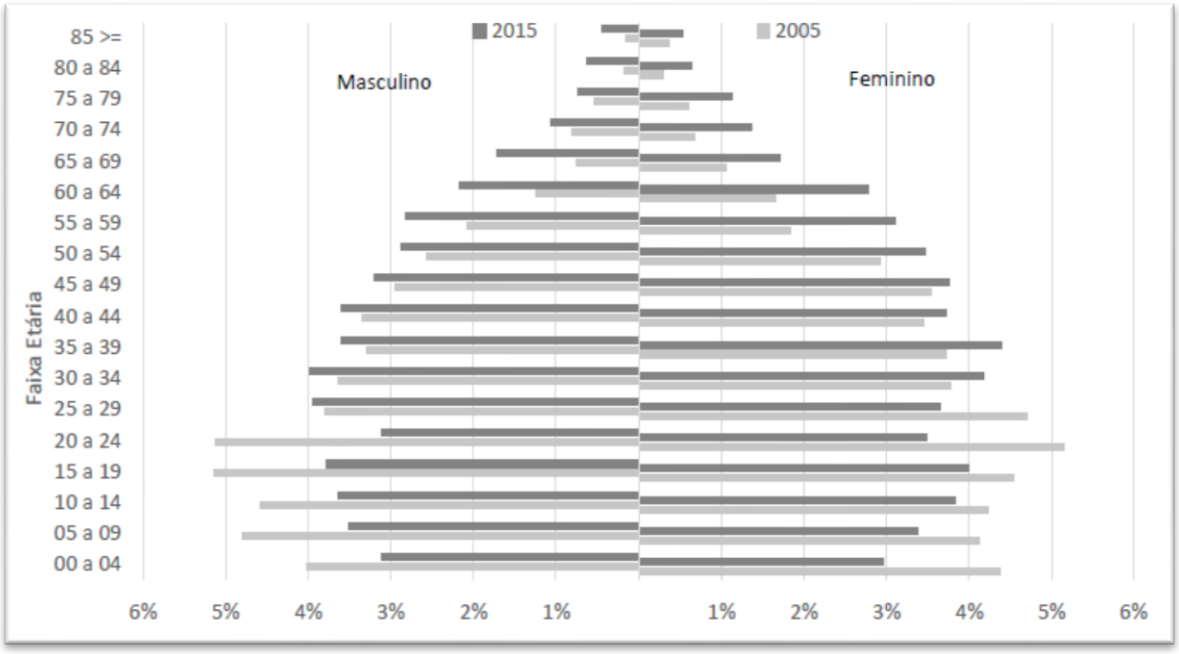


Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2016).

Em 2004, a participação da população idosa no Brasil era de 9,6% da população geral, ao passo que, devido à transição demográfica que o país vem sofrendo, no ano de 2015 esse grupo etário representa 14,3% (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2016).

A estrutura etária do estado do Espírito Santo também se transformou nos últimos anos, acompanhando o cenário mundial. Como podemos observar na pirâmide etária (Figura 2), no período entre os anos de 2005 e 2015 ocorreu um alargamento no ápice, enquanto que a base sofreu um estreitamento (INSTITUTO JONES DOS SANTOS NEVES, 2016).

Figura 2 – Distribuição percentual da população residente por sexo, segundo os grupos etários – Espírito Santo – 2005/2015



Fonte: Instituto Jones dos Santos Neves (2016).

Segundo os dados do Instituto Jones dos Santos Neves (2016), no ano de 2005 8,4% da população do estado do Espírito Santo tinha 60 anos ou mais, enquanto que em 2015 esse percentual foi de 14,9% da população. Por outro lado, a população com idade até nove anos de idade, que tinha uma participação de 17,3% da população do estado no ano de 2005, passou a representar 13% em 2015.

Nessa conjuntura, destacamos que é cada vez mais emergente a necessidade de assegurar a execução das políticas públicas existentes, em particular as que contemplam os acidentes e as violências sobre os idosos e, deste modo, garantir o que está instituído na Lei n° 10.741, de 1° de outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso, o qual garante todas as condições inerentes à preservação da saúde física e mental, por meio de atenção integral, intermediada pelo SUS, com ações e serviços articulados para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 2003b).

Diante do exposto, perguntamo-nos qual a prevalência e característica dos acidentes e das violências nos idosos atendidos pelo SAMU 192 do estado do Espírito Santo no ano de 2015?

No decorrer dos últimos 10 anos, nos quais tenho atuado como enfermeiro socorrista no SAMU 192 do estado do Espírito Santo, venho observando um grande crescimento nas solicitações de atendimento ao idoso, vítima de lesões traumáticas por acidentes e violências. Concomitantemente, esse grupo etário tem apresentado maior gravidade durante esses eventos, impactando diretamente sobre a sua morbimortalidade.

Os esforços por parte das autoridades são intensos, utilizando-se de políticas de prevenção, proteção, assistência e reabilitação, no intuito de reduzir a mortalidade e morbidade causadas por acidentes e violências.

Todavia, os esforços não aparentam ser suficientes para mudança desse cenário, uma vez que os índices de acidentes e violências acompanham paralelamente o crescimento da população idosa.

Considerando as alterações fisiológicas que acontecem no corpo em consequência da idade avançada e das comorbidades, que muitas vezes são comuns no idoso, podemos afirmar que esse grupo etário apresenta uma vulnerabilidade muito maior às lesões relacionadas às causas externas, carecendo de medidas preventivas e tratamentos específicos.

Deste modo, a presente pesquisa teve como objetivo geral conhecer o perfil epidemiológico dos acidentes e das violências na população idosa assistida pelo SAMU 192 e o papel do APH Móvel na assistência às vítimas, segundo a PNRMAV.

Para atender a esse objetivo foram elaborados os objetivos específicos, tais quais: a) Contextualizar a Assistência Pré-Hospitalar Móvel sob a luz da PNRMAV; b) Descrever a evolução histórica da violência no Brasil e a mobilização do sistema de saúde frente aos acidentes e às violências; c) Verificar a prevalência dos acidentes e

das violências no idoso; d) Discriminar as principais causas de morbimortalidade por acidentes e violências em idosos assistidos pelo SAMU 192.

Para atingir os objetivos propostos, realizou-se o trabalho em quatro momentos distintos, a saber:

O primeiro momento foi caracterizado por uma pesquisa bibliográfica, utilizando publicações catalogadas com as palavras chaves: *Public Health, Public Health Policy, External Cause, Violence, Aged e Aged 80 and over;* publicados nos idiomas inglês, português e espanhol, durante o período entre os anos 2000 e 2018, nas bases de dados da Pudmed, MedLine e Scielo. Também foram utilizadas dissertações, teses e livros que discorrem sobre o tema. A partir de então foi realizada uma abordagem da evolução histórica da violência no Brasil e a mobilização social e do setor da saúde diante desse problema. Por conseguinte, realizamos um levantamento histórico do surgimento e da evolução do APH Móvel, culminando na implantação SAMU 192 no estado do Espírito Santo.

No segundo momento, efetuamos uma classificação dos principais documentos, leis, portarias, decretos e normas relacionados à atenção aos acidentes e às violências, e à população idosa na rede de urgência e emergência para realização da análise.

O terceiro momento foi caracterizado por levantamentos de dados no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), por meio do link denominado *Informações de Saúde (TABNET),* na opção *Estatísticas Vitais*. A partir daí foram retiradas as informações de interesse e transcritas para uma planilha de Excel, sendo esses dados tratados e transformados em gráficos.

Por fim, o quarto momento ocorreu na pesquisa de campo transversal caracterizada por coleta de dados retrospectiva, com análise dos atendimentos dos pacientes idosos agudamente enfermos em consequência de acidentes e violências ocorridos durante o primeiro semestre do ano de 2015, realizada em conjunto com o estudo

denominado *Rede de Urgência e Emergência: Estudo do SAMU 192 na Região Metropolitana do Espírito Santo.*

Como resultado da presente pesquisa, será apresentada, a seguir, uma descrição sucinta dos próximos capítulos que compõem esta dissertação, a saber:

No segundo capítulo, intitulado *Acidentes e Violências: um combate vultoso em busca da atenuação,* descreveram-se as transformações ocorridas no perfil das enfermidades da população brasileira no final do século XX (destacando a população idosa) e a mobilização do setor saúde no combate à iminência da violência.

No capítulo terceiro, cujo título é *SAMU 192: um componente fundamental para a redução da morbimortalidade por acidentes e violências*, foi realizado um levantamento da evolução histórica do APH Móvel através dos séculos até a instituição dos SAMU 192 no estado do Espírito Santo.

O quarto capítulo desta dissertação refere-se ao Artigo de Pesquisa, *Violências e Acidentes nos Idosos Assistidos pelo Atendimento Pré-Hospitalar no Espírito Santo*, cujo objetivo foi desenvolver uma reflexão acerca das violências e dos acidentes nos idosos atendidos pelo SAMU 192 do Espírito Santo e, finalmente, a Considerações Finais da presente dissertação, seguida das Referências utilizadas e dos Apêndices e Anexos pertinentes ao presente estudo.

CAPÍTULO 2

2 ACIDENTES E VIOLÊNCIAS: UM COMBATE VULTOSO EM BUSCA DA ATENUAÇÃO

Este capítulo foi dividido em dois momentos. O primeiro apresenta a transformação no perfil das enfermidades no final do século XX, decorrente dos grandes movimentos sociais ocorridos nesse período em que o Estado buscava a industrialização e o desenvolvimento do país a qualquer custo.

O segundo momento identifica a mobilização do setor saúde na busca por estratégias para esmaecer a incidência dos acidentes e das violências sobre a população, assim como planejar uma melhor assistência à pessoa acometida por esses eventos.

2.1 A IMINÊNCIA DOS ACIDENTES E DAS VIOLÊNCIAS SOB O OLHAR DA SAÚDE NO FINAL DO SÉCULO XX

A violência é um fenômeno multifacetado que deve ser abordado em diversas escalas de análise, compostas tanto por preditivos macrossociais e coletivos, que são fundamentais para reconhecer áreas e grupos de riscos, quanto por preditivos microssociais e subjetivos, imprescindíveis para o entendimento dos processos sociais que desencadeiam a violência (BARCELLOS; ZALUAR, 2014). Segundo os autores, os preditivos macrossociais são características relacionadas à região onde a vítima vivia, tais quais: estrutura populacional, densidade demográfica, mobilidades habitacionais, homogeneidade étnica, proporção de pobres e taxa de desemprego; enquanto que os preditivos microssociais dizem respeito ao perfil socioeconômico da vítima, como: desigualdade econômica, renda, escolaridade, estrutura familiar e gravidez na adolescência.

Desde os tempos mais remotos, a violência é um fenômeno que está presente nas relações interpessoais da humanidade e perdura na evolução da história humana

por mutações intrínsecas em cada contexto histórico como forma de impor o poder, nas disputas das estruturas sociais e em algumas situações na luta pela sobrevivência (GENTILLI, 2015).

No Brasil, identificamos que a sua evolução histórica transpõe diversas formas de hostilidades exercidas por aqueles que detinham o poder contra os grupos menos favorecidos (SOARES, 2015). Como exemplo, o autor supracitado toma o povo indígena (Figura 3), que foi fisicamente violentado pelos portugueses, tanto pelos castigos quanto por estupros, além da completa aniquilação de inúmeras tribos que demostraram algum tipo de resistência às condições impostas pelo colonizador.

Figura 3 - Escravidão indígena no Brasil

Fonte: Feitoza (2015).

Outro grupo étnico que passou por enfrentamentos semelhantes foi o negro, submetido a diversas condições de subordinação por meio de violência verbal, moral e, em especial, física, mediante a instituição do tronco e do chicote como objetos disciplinadores para a coerção ao trabalho forçado (SOARES, 2015). Além desses,

outros tipos de violências também foram praticados contra diversos grupos, como: o mestiço (Figura 04), o operário, a mulher, o homossexual, o louco e o pobre (GARCIA FILHO; SAMPAIO, 2014).

Figura 4 - Escravidão do negro no Brasil.

Fonte: Feitoza (2015)

No ano de 1929, diante da crise econômica mundial, que resultou na desvalorização do café, produto cardinal da economia brasileira naquele período, o governo brasileiro identificou a necessidade de desenvolver estratégias para o enfrentamento do problema e impulsionou a adoção de medidas para o desenvolvimento de uma política de industrialização (CANO, 2015).

Cano (2015) ainda afirma que nesse momento o Brasil deixa de exercer uma economia liberal para exercer a economia capitalista que, segundo Gentilli (2014), vem provocando mudanças em organizações e práticas sociais que fragmentam a

sociedade pelos atos de crueldade que ganham expressão nas diversas formas de violência.

Na sua essência, a violência não é uma questão de saúde pública, entretanto, torna-se um problema para o setor pelo fato de afetar a integridade individual e coletiva das pessoas, exigindo formulação de políticas específicas para sua prevenção e enfrentamento, ações conjuntas com os setores de segurança pública, de justiça e de educação, assim como a organização de práticas e de serviços intrínsecos ao setor saúde (MINAYO, 2007; GARCIA FILHO; SAMPAIO, 2014; GENTILLI, 2014).

Após a instituição do regime militar que ocorreu na década de 1960, o anseio da União em alavancar a economia a qualquer custo impulsionou o desenvolvimento de políticas que favoreceram a desigualdade e a insegurança social. Deste modo, as contradições do capitalismo, instigadas por um regime de exceção, cristalizaram-se em um incremento da criminalidade. A violência, que era um instrumento que caracterizava a soberania das classes dominantes, foi adotada pelas classes dominadas como estratégia de sobrevivência em resposta à dualização da sociedade (GARCIA FILHO; SAMPAIO, 2014).

Na década de 1980, o movimento de acelerada industrialização que ocorreu com maior intensidade gerou grandes processos migratórios da população rural para os centros urbanos. Nessa oportunidade, a população passou a ocupar em grande escala e desordenadamente as regiões periféricas das cidades, resultando em áreas com um grande aglomerado de pessoas, sob condição de pobreza, escassez de recursos, desorganização social, fatores esses que se acredita ter contribuído para o crescimento vultoso das mortes por acidentes e violências no período (SMARZARO, 2005).

Corroborando essa ideia, pesquisadores têm desenvolvido estudos quantitativos de mortes ocasionadas por ações violentas, baseando-se em variáveis individuais agregadas, por intermédio da identificação do perfil socioeconômico das vítimas (escolaridade, renda, gestação na adolescência, estrutura familiar e desigualdade social); e em variáveis ecológicas, onde comparam características do local no qual a

vítima vivia (densidade demográfica, homogeneidade étnica, estrutura populacional, proporção de pobreza e taxa de desemprego) (DRUMOND JR; BARROS, 1999; GAWRYSZEWSKI; COSTA, 2005). A hipótese pressuposta nesses estudos é que as vítimas apresentam baixa escolaridade, alta taxa de desemprego, famílias chefiadas por mulheres, oriundas de bairros com alta densidade demográfica e etnicamente heterogênicos (BARCELLOS; ZALUAR, 2014).

Nesse contexto, Drumond Junior e Barros (1999) realizaram um estudo no município de São Paulo, onde foram incluídos como participantes do estudo vítimas de óbito decorrentes das cinco causas mais frequentes em faixas etárias contidas entre 15 e 65 anos, em homens e mulheres, durante os anos de 1990 a 1992 em quatro áreas homogêneas, do ponto de vista socioeconômico. Os autores citados discorreram acerca da associação entre o coeficiente de mortalidade por acidentes e violências e a realidade social da área de moradia das vítimas. O resultado obtido por Drumond Junior e Barros (1999) foi um maior coeficiente de mortalidade por acidentes e violências nas regiões com piores condições socioambientais, sendo este, superior ao dobro do coeficiente das áreas que apresentam melhores condições.

Em harmonia com esse resultado, Gawryszewski e Costa (2005), visando verificar a associação entre as taxas de homicídios e os indicadores socioeconômicos, realizaram um estudo ecológico, de corte transversal, onde foram analisados 5.978 homicídios nos 96 distritos administrativos que compunham o município de São Paulo. Nesse estudo, os referidos autores encontraram um maior coeficiente de homicídios nas regiões habitadas por pessoas com menor renda monetária, e menor coeficiente nos distritos com maiores rendas.

A magnitude dos acidentes e das violências para a sociedade brasileira também pode ser verificada nas bases de dados do SIM, do Ministério da Saúde (MS) (DATASUS/SIM/MS). As informações deste banco de dados nos deram subsídio para desenvolver o Gráfico 1, onde podemos identificar que entre o período que contempla os anos de 1979 e 1981 houve um processo de transição epidemiológica de algumas causas de morte no Brasil. As doenças infecciosas e parasitárias, que ocupavam a segunda posição entre as principais causas de óbito, atrás apenas das

doenças do aparelho circulatório, apresentaram um declínio importante e passaram a ocupar o quinto lugar. De maneira oposta, os acidentes e as violências, que estavam em terceiro lugar, assumiram o segundo lugar nas estatísticas.

O crescimento da contribuição da violência nas taxas de mortalidade por causas externas segue desde os anos 80. Entre os anos de 1980 e 2004, ocorreu uma projeção de 14,1 para 27,2 no coeficiente de mortalidade por agressão por 100 mil habitantes, o que significa um crescimento de 92,3% para o risco de morte por esse evento, ou seja, quase que dobrou em apenas 24 anos (GARCIA FILHO; SAMPAIO, 2014).

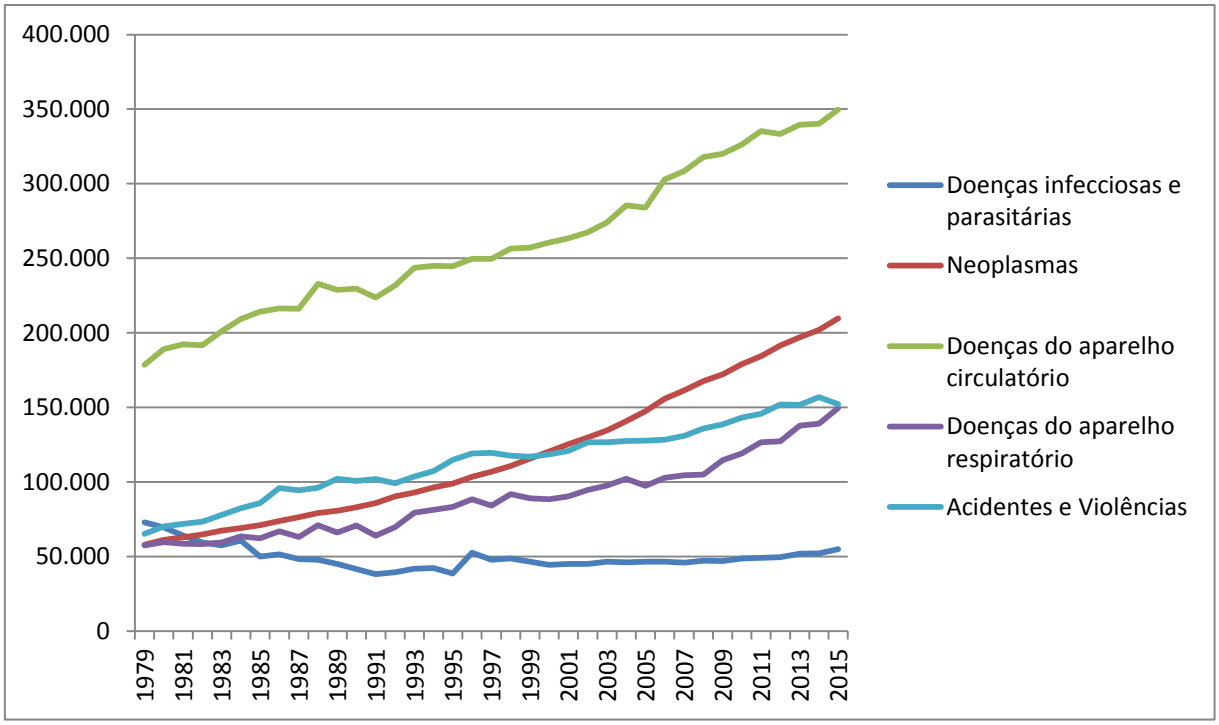
Deste modo, podemos perceber que a mudança do perfil epidemiológico na mortalidade da população brasileira se deve, em grande parte, à natureza das relações estabelecidas pelas atividades econômicas desenvolvidas no país ao longo dos séculos, sobretudo a partir do movimento de industrialização nacional (GARCIA FILHO; SAMPAIO, 2014; CANO, 2015; SMARZARO, 2005).

Neste mesmo período, o surgimento de importantes movimentos sociais[5] urbanos empenhados na luta por saneamento básico, visando a uma melhoria da qualidade de vida nas regiões menos favorecidas, podem ter influenciado na redução das mortes por doenças infecciosas e parasitárias que observamos entre os anos de 1979 e 1995 (BRASIL, 2018a; MARQUES, 1996).

Em contrapartida, uma nova prática ilícita, que se concentrou nos bairros periféricos e favelas, viria exacerbar a violência no país e, em consequência, ampliar o índice de mortalidade por causas externas (MINAYO; SOUZA, 1999). Segundo essas mesmas autoras, o episódio relaciona-se à ação veemente das organizações do narcotráfico nos grandes centros do Brasil, recrutando jovens sem perspectiva de educação e emprego para atuarem no tráfico de drogas, que em geral ecoa em outras práticas criminosas e violentas, tais quais: assalto a bancos, sequestros, roubo de cargas e veículos.

[5] Federação das Associações de Moradores do Estado do Rio de Janeiro e Federação dos Favelados do Rio de Janeiro.

Gráfico 1 – Série histórica das principais causas de óbitos no Brasil entre os anos de 1979 e 2015, segundo capítulos da Classificação Internacional das Doenças (CID)



Fonte: Dados tratados pelo autor.[6]

Njaine et al. (1997) relatam que a primeira imagem que nos vem à memória ao pensarmos em violência é o homicídio, e esse é um dos motivos que gera grandes desafios para identificação da verdadeira proporção da prática da violência. Os dados estatísticos refletem apenas uma fração da proporção real dos casos, tendo em vista que os registros só ocorrem quando a agressão resulta em morte ou em

[6] Foi realizado um estudo ecológico de série temporal das cinco principais causas de óbitos no período de 1979 a 2015 no território brasileiro.
No país, os dados referentes aos óbitos são registrados no SIM, criado pelo MS, por intermédio do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). O objetivo é subsidiar as diversas esferas de gestão na saúde pública, fornecendo informações que possibilitam o desenvolvimento de análises de situações, planejamentos e avaliações das ações e programas na área. O registro dos dados das principais causas de morte no período foi dividido em duas etapas, devido à mudança de edição da CID que passou por uma transição da 9ª para a 10ª edição durante o período de estudo. Portanto, entre os anos de 1979 e 1995 o SIM refere a 9ª edição do CID (CID-9) e, a partir de então, é baseada na 10ª edição (CID-10). Contudo, tanto na coleta dos dados do período de 1979 e 1995 (onde era usada a CID-9) quanto para os anos de 1996 a 2015 (quando foi usada a CID-10), foram obtidos os dados estatísticos da mortalidade geral no Brasil dos capítulos referentes às seguintes causas: Doenças Infecciosas e Parasitárias, Neoplasia, Doenças do Aparelho Circulatório, Doenças do Aparelho Respiratório e Causas Externas. As informações obtidas foram transcritas e processadas numa planilha Excel para o desenvolvimento do gráfico (BRASIL, 2018a; BRASIL, 2018b).

algum tipo de atendimento nos serviços de saúde (NJAINE et al., 1997). As citadas autoras ainda afirmam que a grande parte das violências exercidas, em particular contra as crianças, mulheres e idosos, ficam no anonimato.

Em consonância com essa opinião, Gentilli (2015) refere que a violência é mais evidente nas atividades ilícitas, tomando como exemplo os assassinatos, extermínios, latrocínios, roubos e furtos, mas deixa claro que existem outras formas de violência presentes no cotidiano da sociedade que não recebem a devida atenção.

Apesar dos acidentes e das violências ocuparem o segundo lugar dentre as principais causas de morte durante os anos entre 1980 e 1999 (Gráfico 1), identificamos que a partir de meados da década de 90 essas causas continuaram representando um percentual importante, porém, o seu crescimento aconteceu de forma menos intensa.

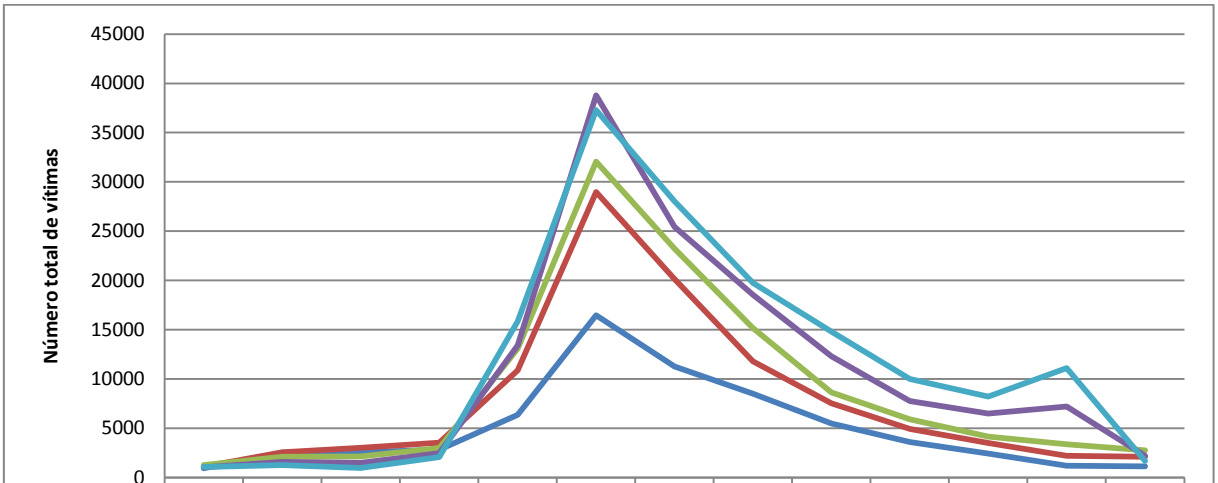
Nesse período, algumas políticas direcionadas à atenção às urgências e à emergência instituídas no Brasil também podem ter contribuído com o crescimento mais moroso das mortes por acidentes e violências, por exemplo, o Índice de Valorização Hospitalar de Emergência e a implantação do SAMU 192 em algumas cidades de grande porte do país, como explanaremos nos capítulos seguintes (BRASIL, 1995; GUSMÃO FILHO, 2008a).

Nos Estados Unidos e em diversos países da Europa a percentagem de mortes por causas evitáveis apresentou uma redução de cerca de 50% após a implantação de sistemas de atendimento ao traumatizado (BRASIL, 2001).

É importante lembrar, ainda, que os acidentes e as violências geram amplas consequências na realidade socioeconômica do país, pois, como consta no Gráfico 2, eles exercem maior impacto sobre a população que se encontra no ápice da produtividade econômica, a faixa etária de 20 a 29 anos. As pesquisas realizadas por Andrade e Melo-Jorge (2016) e Maciel, Souza e Rosso (2016) também identificaram que a faixa etária que compreende os jovens com idade entre 20 e 29

anos representa o grupo mais acometido por acidentes e violências. Os primeiros realizaram um estudo descritivo das taxas de mortalidade por acidentes de trânsito no Brasil, nos anos de 2011 a 2013, utilizando como fonte o SIM e evidenciaram que esse grupo etário teve uma mortalidade proporcional de 24,2% do total de óbitos. Os segundos pesquisadores, em seu estudo epidemiológico descritivo realizado em um Hospital de Urgência de Goiânia, no qual a amostra foi composta por 150 vítimas com ferimentos causados por arma de fogo admitidas no hospital, identificaram que 75 participantes (50%) tinham idade entre 20 e 29 anos.

Gráfico 2 – Distribuição dos óbitos por acidentes e violências no Brasil, segundo o ciclo de vida, nos anos de 1979, 1989, 1999, 2009 e 2015



	Menor 1 ano	1 a 4 anos	5 a 9 anos	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 a 69 anos	70 a 79 anos	80 anos e mais	Idade ignorada
1979	923	2512	2551	2821	6376	16470	11276	8502	5477	3599	2441	1183	1122
1989	1111	2546	3026	3550	10880	28968	20137	11793	7520	4932	3488	2200	2101
1999	1264	2094	2145	2978	13092	32067	23217	15178	8649	5910	4152	3386	2762
2009	1025	1587	1494	2471	13402	38775	25446	18533	12319	7752	6479	7206	2208
2015	1072	1269	970	2089	15852	37296	28030	19737	14809	10014	8214	11113	1670

Fonte: Dados tratados pelo autor.[7]

Segundo Minayo (2007), desde o início da década de 1980, os acidentes e as violências constituem a segunda principal causa de morte da população geral no

[7] Os dados do Gráfico 2 foram adquiridos no SIM/DATASUS, pela seleção de óbitos por causas externas no Brasil, nos anos de 1979, 1989, 1999, 2009 e 2015, considerando os ciclos de vida das vítimas. O ano de 1979 foi escolhido por se tratar do primeiro período de registro do SIM, sendo assim, foram registrados os dados dos anos subsequentes, respeitando um intervalo de dez anos, finalizando em 2015 por ser o último ano registrado (BRASIL, 2018a; BRASIL, 2018b)

Brasil, e para o grupo etário com idade entre 05 e 39 anos é a maior causa de óbitos.

Analisando o Gráfico 2, observamos ainda que o declínio contínuo das incidências dos acidentes e das violências sobre as pessoas mais idosas, que ocorreram até o ano de 1999, não se manteve a partir da década seguinte. Observamos que nos anos de 2009 e 2015 houve um pico desses incidentes nos indivíduos idosos, mormente naqueles de 80 anos ou mais.

Ao fazer o levantamento das causas relacionadas aos acidentes e às violências na população idosa, pudemos observar que a principal causa de óbito desse grupo no ano de 1979 foi o acidente de transporte, seguido dos eventos de intensão indeterminada e em terceiro lugar as quedas acidentais (Gráfico 3). Entretanto, no ano de 1989 verificamos um decréscimo nos casos indeterminados enquanto que as quedas sofrem uma ascensão, deste modo, ocorrendo uma inversão das posições e esta última passa a ocupar o segundo lugar, atrás apenas dos acidentes de transporte.

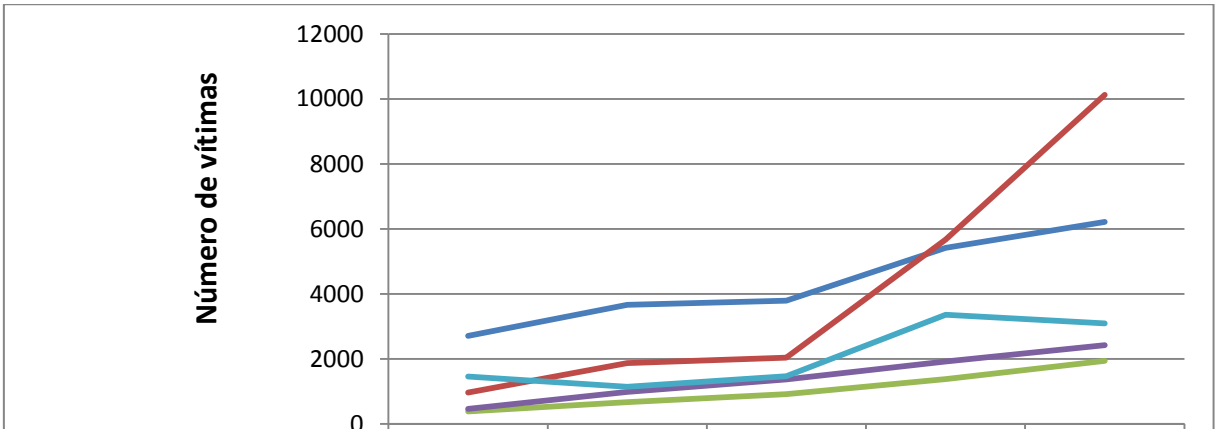
Continuando a nossa análise do Gráfico 3, percebemos que a partir do ano de 1999 a mortalidade por quedas acidentais apresenta um crescimento intensificado, passando a assumir a primeira colocação entre as causas de óbito por acidentes e violências nos idosos.

Em consonância com os dados apresentados acima, Minayo (2003) confirma que os tipos de violência que mais acometem os idosos são os acidentes de trânsito, as quedas e os homicídios. A autora mencionada ainda expõe que, enquanto os acidentes de trânsito apresentaram um decréscimo, os homicídios e as quedas cresceram proporcionalmente de 7,2% e 13,7% do total de mortes por acidentes e violências no ano de 1980 para 9,6% e 16,6% em 1998, na população idosa.

Segundo Cavalcante, Aguiar e Gurgel (2012), entre os fatores que vêm propiciando esses eventos, a principal causa está relacionada à inadequação dos ambientes domésticos. Coutinho e Silva (2002) apontam, ainda, o uso de medicamentos com

fator de risco para a queda acidental dos idosos, principalmente os bloqueadores do canal de cálcio[8] e benzodiazepínicos[9].

Gráfico 3 – Distribuição dos óbitos por acidentes e violências na população idosa no Brasil, durante os anos de 1979 a 2015, segundo grupos do capítulo sobre causas externas da Classificação Internacional das Doenças.



	1979	1989	1999	2009	2015
Acidentes de transporte	2715	3665	3797	5417	6218
Quedas acidentais	969	1878	2040	5671	10125
Suicídios	392	676	924	1378	1943
Homicídios	470	992	1377	1925	2428
Eventos cuja intensão é indeterminada	1458	1148	1473	3364	3099

Fonte: Dados tratados pelo autor.[10]

Por conseguinte, além dos anos potenciais de vida perdidos com os altos índices da mortalidade por acidentes e violências, os eventos que não resultam em óbito também culminam em consequências negativas para a sociedade como um todo (ALOCHIO, 2011).

[8] Os bloqueadores do canal de cálcio são medicamentos usados para o tratamento da hipertensão, tais como: anlodipino, nifedipino, diltiazem e verapamil (BRUNTON; et al, 2010).

[9] Benzodiazepínicos são fármacos que promovem efeitos sedativos, hipnóticos, ansiolíticos, miorrelaxantes e anticonvulsivantes, a saber: clonazepam, diazepam e elumazenil (BRUNTON; et al, 2010).

[10] Os dados do Gráfico 3 foram adquiridos no SIM/DATASUS, mediante seleção de óbitos por causas externas no Brasil, nos anos de 1979, 1989, 1999, 2009 e 2015, considerando os Grandes Grupos da CID e os grupos etários de 60 a 69 anos, 70 a 79 anos e 80 anos ou mais. Os dados foram transcritos e processados em uma planilha Excel, sendo registrado o total de vítimas com 60 anos ou mais para cada ano e grupo (BRASIL, 2018a; BRASIL, 2018b).

Segundo Deslandes, Silva e Ugá (1998), o custo com tratamento hospitalar e reabilitação das vítimas traumatizadas é muito oneroso à economia do país, e esse gasto é ampliado pela incapacidade transitória ou permanente desse indivíduo que recorrerá ao sistema previdenciário, além das despesas com o sistema jurídico e penal nos casos violentos.

Nesse cenário, a população idosa apresenta condições que podem potencializar os custos financeiros durante o processo de reabilitação, pelo fato de ter uma capacidade de recuperação reduzida, além de apresentar lesões mais graves e necessitarem de maior tempo de internação hospitalar em relação aos pacientes mais jovens (SOUZA; et al., 2003).

Isto posto, fica explícita a necessidade de ações e políticas públicas intersetoriais voltadas para minimização dos efeitos drásticos dos acidentes e das violências sobre a população.

2.2 SAÚDE EM AÇÃO: MOVIMENTOS EM FAVOR DA REDUÇÃO DA MORBIMORTALIDADE POR ACIDENTES E VIOLÊNCIAS

A mobilização do setor saúde contra a violência teve origem a partir da década de 1960, ao sensibilizar os profissionais diante dos casos de maus-tratos às crianças (ALBUQUERQUE, 2010), provavelmente, em consequência da Declaração Universal dos Direitos das Crianças proclamada pela Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas, ocorrida no ano de 1959. O objetivo cardinal foi assegurar o direito da criança à proteção e às condições favoráveis ao desenvolvimento físico, mental e social (MARTINS; JORGE, 2010).

Nesse período, diversos profissionais de saúde começaram a denunciar de forma sistemática, por meio de debates e textos, as diversas modalidades de violência exercidas contra crianças e adolescentes, enfatizando os prejuízos consequentes no crescimento e desenvolvimento das vítimas (MIMAYO, 2007). Segundo a autora,

nessa época foi identificada e descrita por médicos pediatras a síndrome do bebê espancado, fornecendo subsídio para que profissionais pudessem reconhecer e diagnosticar esses eventos como um problema de saúde.

Entretanto, foi na década de 1970 que profissionais de saúde, em especial psicólogos, pediatras e epidemiologistas, começaram a publicar trabalhos acerca da violência infantil. A divulgação desses estudos ganharam maior intensidade a partir da década seguinte, quando programas de prevenção e intervenção foram criados, sobretudo por pediatras nos seus locais de trabalho, além da instituição de Organizações Não Governamentais (ONGs) que, entre outras atividades, prestavam assessoria às políticas públicas voltadas à violência na infância e adolescência (MINAYO, 2007).

Paralelamente a esses eventos, o movimento feminista também teve uma grande contribuição para a inserção da violência na pauta do setor saúde. O propósito do movimento não se restringiu apenas às exigências de atuação das autoridades em saúde no tratamento das lesões e traumas provenientes da prática da violência contra a mulher. O foco principal foi pressionar o setor saúde para atuar ativamente nas causas e dar respostas concretas (ALBUQUERQUE, 2010).

Outro grupo que teve importância no desenvolvimento de políticas públicas foi o do idoso. Os maus tratos à pessoa idosa começaram a ser abordados em 1975, por um periódico inglês que caracterizou o termo *espancamento de avós*. Desde então, o tema passou a ser explorado de forma gradativa nos âmbitos nacional e internacional e nas práticas de proteção, prevenção e atenção. Entretanto, no setor saúde, as ações e as pesquisas ainda são muito singelas (ALBUQUERQUE, 2010).

Na década de 1980, a violência e a criminalidade, de forma geral, também foram incluídas na agenda da cidadania no Brasil. A inclusão foi fruto de movimentos sociais pela democratização, podendo-se destacar como duas grandes mobilizações nacionais com esse fim, o Movimento pelas Diretas Já (1983-1984) e a mobilização da sociedade civil organizada, representada por ONGs e associações, que enviaram

proposta para inclusão de novos direitos na Constituição Brasileira (SCHERER-WARREN, 2008).

Todavia, foi somente a partir da década de 1990 que a OMS e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) começaram a falar oficialmente do tema violência de forma específica (ALBUQUERQUE, 2010). Segundo o documento publicado pela OPAS, a violência, na sua essência, não seria um problema intrínseco do setor saúde, portanto, torna-se um problema para o setor em consequência da magnitude de sequelas orgânicas e emocionais que produzem (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 1994).

A OPAS ainda identifica que as vítimas de violência culminam em uma grande demanda para o setor saúde, em particular os serviços de urgência, atenção especializada, reabilitação física, psicológica e assistência social (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 1994).

Na década de 1990, os agravos à saúde por acidentes e violências representaram proporções relevantes no cenário nacional, caracterizando um problema de saúde de grande magnitude para a população brasileira, ocupando a segunda colocação no ranking das causas gerais de morte, como já demonstrado no Gráfico 01, totalizando mais de 90 mil vítimas fatais anualmente, além de 200 mil vítimas com sequelas permanentes (RASSLAN; BIROLINI, 1998).

Na Tabela 1 podemos constatar, ainda, que durante a década de 1990, ou seja, em um período de dez anos, só no Brasil registraram-se mais de um milhão e cem mil mortes causadas por acidentes e violências. Desse total, mais de trezentos e cinquenta mil foram em consequência de homicídios, seguido do acidente de transporte que provocou mais de 307 mil mortes.

O problema social que esse número expressivo de acidentes e violências ocasiona ao país é descrito por Martins e Jorge (2010) ao afirmarem que a morbimortalidade por esses eventos exerce um grande impacto sobre os Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP) na população. Outrossim, produz uma forte repercussão negativa

sobre a economia do país, gerando gastos com o sistema judiciário e penal, com a assistência médica especializada e com reabilitação, e, ainda, queda da produtividade por afastamento do trabalho (MARTINS; JORGE, 2010). Ao observarmos, especificamente, a evolução epidemiológica das mortes por acidentes de transporte no Gráfico 4, podemos perceber que esse evento apresentou um índice de crescimento importante a cada ano a partir de 1992. Por outro lado, identificamos um acentuado declínio da ocorrência desses casos a partir de 1997.

Tabela 1 – Série Histórica das principais causas de morte por acidentes e violências no Brasil durante a década de 1990, segundo grupos do capítulo sobre causas externas da Classificação Internacional das Doenças (CID)

ANOS	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	TOTAL
Acidentes de transporte	29.089	28.455	27.212	27.852	29.529	33.155	35.545	35.756	31.026	30.118	**307.737**
Quedas acidentais	4.599	4.694	4.318	3.747	4.200	5.410	4.349	4.601	4.824	4.730	**45.472**
Suicídios	4.845	5.186	5.268	5.555	5.932	6.594	6.743	6.923	6.989	6.530	**60.565**
Homicídios	31.989	30.750	28.435	30.610	32.603	37.129	38.894	40.507	41.950	42.914	**355.781**
Outros [11]	30.134	32.938	33.897	35.987	35.028	32.600	33.625	31.763	32.901	32.602	**331.475**
TOTAL	**100.656**	**102.023**	**99.130**	**103.751**	**107.292**	**114.888**	**119.156**	**119.550**	**117.690**	**116.894**	**1.101.030**

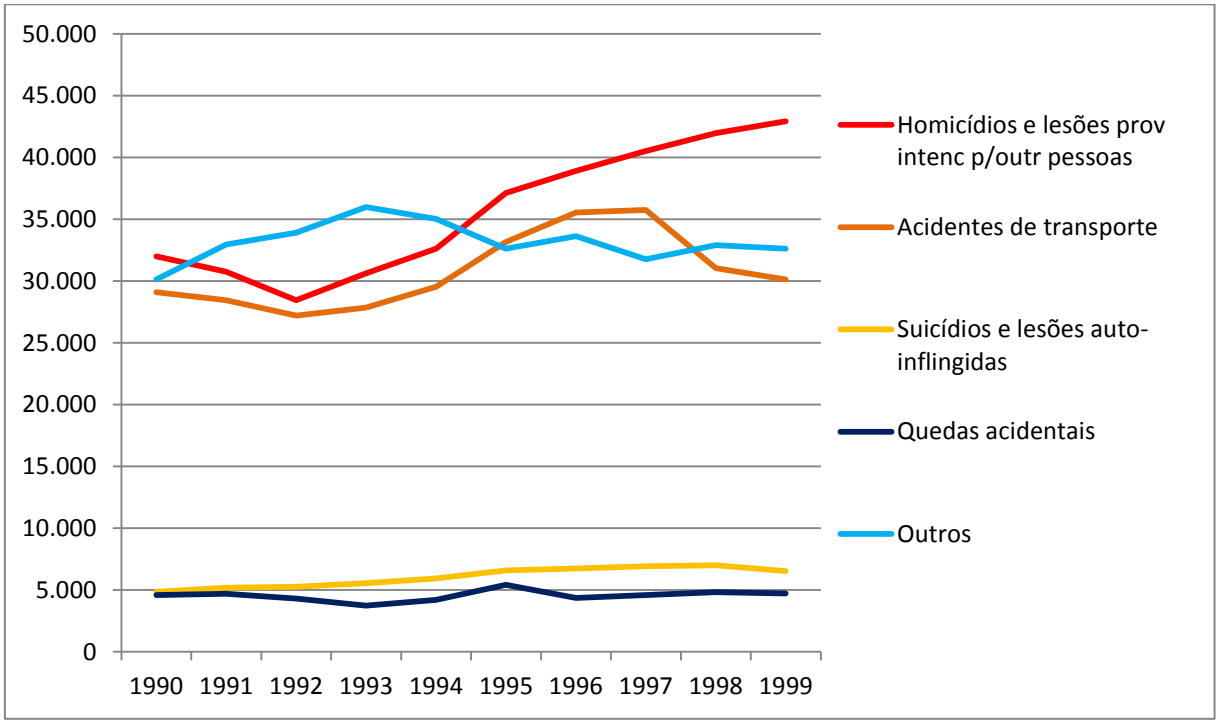
Fonte: Dados tratados pelo autor.

Esse período coincide com a instituição da Lei n° 9.503, de 23 de setembro de 1997, que trata do Código de Trânsito Brasileiro, onde foram estabelecidas normas e regras que objetivavam, entre outros propósitos, promover segurança para as vias de transporte no Brasil, e, em consequência, reduzir o número de mortes no trânsito (BRASIL, 1997).

[11] Envenenamentos acidentais; Acidentes provocados em pacientes durante procedimentos médicos, reações anormais, complicações tardia; Acidentes causados por fogo e chama; Afogamento e submersão acidentais; Penetração acidental de corpo estranho em um orifício natural; Acidentes causados por maquinaria, e instrumentos cortantes e penetrantes; Aspiração e ingestão que provoque obstrução do trato respiratório ou sufocação e sufocação mecânica acidental; Acidentes causados pela corrente elétrica; Efeitos adversos de drogas, medicamentos e substâncias biológicas usadas com finalidade terapêutica; Lesões em que se ignora se foram acidental ou intencionalmente infligidas; Lesões resultantes de operações de guerra entre outros (BRASIL, 2018b).

Em contraste, observamos um declínio consecutivo dos óbitos causados por homicídios entre os anos de 1990 e 1992, seguido de uma importante ascensão nos anos subsequentes (Gráfico 4).

Gráfico 4 - Distribuição dos óbitos por acidentes e violências no Brasil durante a década de 1990, segundo grupos do capítulo sobre causas externas da Classificação Internacional das Doenças (CID)



Fonte: Dados tratados pelo autor.[12]

Outras medidas importantes tiveram início durante a década de 1990, e aqui destacamos o Programa de Enfrentamento às Emergências e Traumas, adotado pelo MS, que teve como objetivo cardinal a redução da incidência e morbimortalidade por acidentes e violências, por ações preventivas, atendimento pré-hospitalar, atendimento hospitalar e serviços de reabilitação (MARTINS; PRADO, 2003).

[12] Os dados tratados no Gráfico 04 foram obtidos na seção destinada às Estatísticas Vitais do SIM/DATASUS. Foram transcritos para uma planilha os dados referentes aos óbitos por causas externas no Brasil, durante o período de 1990 a 1999. Para fragmentar os tipos de causas, foi selecionada a opção *Grande Grupo CID-09 e CID-10*. De posse dos dados, foi elaborado o instrumento de apresentação (BRASIL, 2106a; BRASIL, 2016b).

Para o APH foi implantado, em fase experimental pelo MS o Sistema Integrado de Atendimento às Emergências e Trauma (SIATE) na cidade de Curitiba – PR, que serviu como projeto piloto na reestruturação a nível nacional da assistência pré-hospitalar no Brasil (MARTINS; PRADO, 2003).

A implantação do Programa de Enfrentamento às Emergências e Traumas justificou-se pela relevância que os acidentes e as violências adquiriram ao passar dos anos. Tal ocorrência representa um grande problema de saúde no âmbito nacional, ocupando o segundo lugar entre as causas de óbito durante a década de 80 e sendo responsável por cerca de 120 mil óbitos anuais entre os anos de 1996 e 1997 (BRASIL, 2001).

A necessidade de uma normalização dos serviços de APH foi pauta de discussão durante o *I Simpósio Internacional de Atenção às Urgências Pré-Hospitalares*, ocorrido ainda no ano de 1995. A partir do evento surgiu um grupo de estudos, que formulou e encaminhou ao Conselho Federal de Medicina (CFM) e ao MS uma proposta para a regulamentação do APH no país, até então inexistente (MARTINS; PRADO, 2003).

Essa proposta subsidiou, de forma direta, a elaboração da Resolução do CFM n.º 1.529 de 28 de agosto de 1998, a qual normatizou a atividade médica na área de urgência e emergência na fase pré-hospitalar (MARTINS; PRADO, 2003). Além disso, definiu as ações e formações curriculares das demais categorias profissionais envolvidas no serviço, tais quais: telefonista, condutor, socorrista, rádio-operador, auxiliar ou técnico de enfermagem e enfermeiro. Neste sentido, essa resolução demonstra um caráter corporativo, desconsiderando a natureza multiprofissional do serviço de APH no Brasil, tão pouco manifesta outra preocupação que não fosse o poder cooperativo da categoria, ou seja, um sistema médico-centrado (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1998; MARTINS; PRADO, 2003).

A estruturação do Sistema de Atenção às Urgências e Emergências começou a ganhar forma no Brasil a partir da publicação da Portaria 2.923 de 1998. Na ocasião, foi instituído o Programa de Apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de

Referência Hospitalar para Atendimento das Urgências e Emergências, que contara com recursos para alocação na área do APH, Centrais de Regulação, Hospitais de Referência do Sistema Estadual e em treinamento das respectivas equipes, conforme a necessidade de cada Unidade Federativa (BRASIL, 1998).

Em 1999, a Resolução do CFM n.º 1.529/98 foi adaptada e publicada pelo MS como Portaria n.º 824 de 24 de junho de 1999. O documento aprovou a normalização do APH no Brasil, determinando ainda que esses serviços deveriam dispor de uma Central de Regulação de fácil acesso ao público. Nela o profissional médico teria a função de receber o pedido de socorro, decidir quanto ao envio do atendimento e gerenciar os meios disponíveis (BRASIL, 1999; MARTINS; PRADO, 2003).

Com a instituição da Portaria n.º 824, de 24 de junho de 1999, que aprovou o texto de Normatização do APH, objetivou-se, entre outros, organizar o acesso dos usuários ao sistema de urgência e emergência do SUS, por uma Central de Regulação Médica, que ao receber uma solicitação de socorro, teria a função de avaliar a necessidade do envio de uma ambulância, assim como, a presença de um médico no local do evento. Além disso, deveria existir uma comunicação direta entre a Central de Regulação e os hospitais conveniados, para direcionar e distribuir os encaminhamentos dos pacientes. A Central de Regulação Médica detinha, ainda, as funções de ordenar e orientar o APH, representando um elo com as instituições hospitalares (BRASIL, 1999).

Em 2000, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) normalizou o cumprimento de prescrição/terapêutica à distância, autorizando que os profissionais de enfermagem executassem prescrições médicas via rádio e telecomunicação, para os atendimentos de urgências ou risco iminente de morte. No ano seguinte, a Resolução do COFEN n.º 260/2001 incluiu o APH na sua relação de especialidades de enfermagem, acatando as delimitações das ações e a composição curricular necessária para a categoria, impostas pelo CFM e MS, sem fazer qualquer questionamento (MARTINS; PRADO, 2003).

Nesse período, na tentativa de aprimorar a atenção às urgências, houve uma grande mobilização de técnicos da área, durante o IV Congresso da Rede Brasileira de Cooperação em Emergência, com a participação formal do MS, ocorrido em Goiânia sob a denominação de *Bases para uma Política Nacional de Atenção às Urgências*. A partir de então, foi formado um grupo-tarefa composto por alguns técnicos convidados, para avaliar o impacto da aplicação dos recursos financeiros disponibilizados pelo governo para atenção às urgências, mediante as portarias vigentes. Concomitantemente, o MS designou um profissional para interlocução específica da área (BRASIL, 2006).

Por conseguinte, deu-se início a um ciclo de seminários para discussão e planejamento conjuntos de redes regionalizadas de atenção às urgências, com a participação de gestores estaduais e municipais das diversas Unidades Federativas (BRASIL, 2006).

Durante esses seminários, foi realizada uma revisão da Portaria n.º 824, sendo elaboradas e incluídas diretrizes técnicas para instituições não hospitalares de atenção às urgências, transporte inter-hospitalar e diretrizes gerais para a organização de uma rede regionalizada de atenção às urgências. Tais ações deram origem à Portaria n.º 814, de junho de 2001, sendo revogada, portanto, a Portaria n° 824 (BRASIL, 2006).

Tendo em vista que o enfrentamento dessa questão demanda esforços coordenados e sistematizados de diferentes segmentos governamentais, sociais e da população em geral, a PNRMAV, pela Portaria n.º 737, de maio de 2001, adotou como estratégia básica o princípio da intersetorialidade das ações, por meio da construção e consolidação de parcerias efetivas com diversos segmentos governamentais e não governamentais, além do fortalecimento da ação comunitária, definindo as diretrizes e identificando as responsabilidades institucionais de caráter essencial na abordagem das questões relacionadas à prevenção de acidentes e violências, com a finalidade de alcançar uma melhor qualidade de vida (BRASIL, 2001).

A meta dessa Portaria foi centrada na redução da morbimortalidade por acidentes e violências no país, priorizando as medidas preventivas, abrangendo as ações de promoção de saúde e tratamento das vítimas, por intermédio do desenvolvimento de um conjunto de ações articuladas e sistematizadas. Assim, pretendeu-se possibilitar o conhecimento das ações frente à ocorrência desses eventos, sobretudo, referentes ao atendimento, recuperação e reabilitação dos pacientes, e, deste modo, contribuir para uma melhor qualidade de vida da população (BRASIL, 2001).

Para conseguir atingir essas metas, foram estabelecidas as seguintes diretrizes: promoção da adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis; monitorização da ocorrência de acidentes e de violências; sistematização, ampliação e consolidação do APH; assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e de violências; estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e à reabilitação; capacitação de recursos humanos; e apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (BRASIL, 2001).

Nessa Portaria, a organização e implantação do serviço de APH móvel foi encarado como ponto fundamental para consecução de seu propósito. Deste modo, destacava a necessidade da instituição de normas técnicas específicas para a padronização dos equipamentos necessários ao serviço, bem como da formação de profissionais (BRASIL, 2001).

Para dar uma maior consistência aos propósitos supracitados, foi instituída a PNAU por meio da Portaria n° 1.863, de 29 de setembro de 2003, sobre a qual trataremos com maiores detalhes mais adiante (BRASIL, 2003a).

Essa Portaria apresentou alguns componentes, considerados fundamentais para sua consolidação. Entre esses componentes, foi priorizado o componente pré-hospitalar móvel, quando da publicação da Portaria n° 1.864, de 29 de setembro de 2003, que instituiu o SAMU 192 em todo território brasileiro (BRASIL, 2003c).

Em um estudo de análise diagnóstica de cinco capitais brasileiras, realizado por Minayo e Deslandes (2009) sobre a implantação da PNRMAV, foi identificado que

algumas diretrizes estão sendo cumpridas, entretanto, ainda existe um longo caminho para ser trilhado. As pesquisadoras observaram que as ações de promoção da adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis, por meio de atividades voltadas à prevenção, eram tratadas somente pela metade dos serviços de urgência e emergência dos municípios estudados e que, por se tratar de um aspecto central da política, deveriam ser mais exploradas (MINAYO; DESLANDES, 2009).

O SAMU 192 do Espírito Santo, com o seu Núcleo de Educação Permanente (NEP), vem buscando trabalhar com mais intensidade sobre os aspectos preventivos e de educação voltados para a comunidade desde o ano de 2017. Essas ações ocorrem mediante palestras com abordagem na prevenção de agravos à saúde e treinamentos em noções básicas de primeiros socorros, tanto para pessoas não oriundas da área de saúde quanto para profissionais afins, sendo realizados em diversas instituições públicas e privados (Informação verbal)[13].

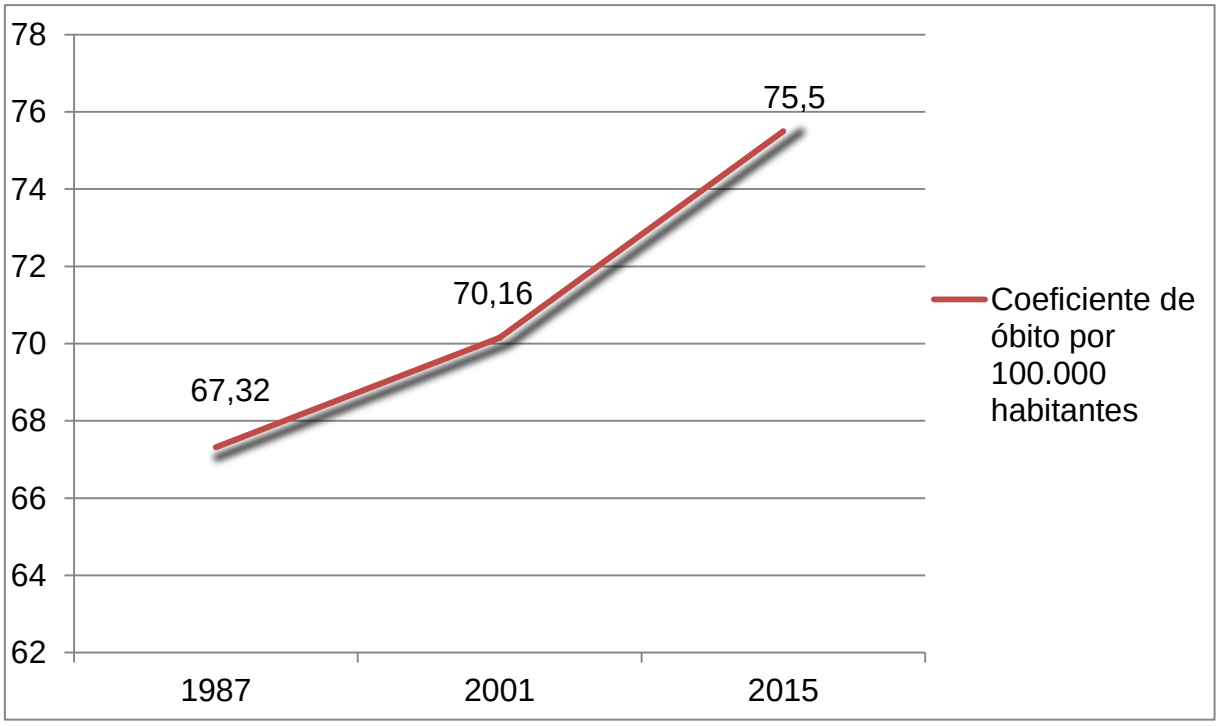
Minayo e Deslandes (2009) também destacam no estudo supracitado que a articulação, realizada por sua central de regulação entre o componente pré-hospitalar móvel e as instituições de saúde fixas, é um ponto positivo para a assistência às vítimas de acidentes e violências. Entretanto, a falta de leito hospitalar e a desarticulação entre os diversos serviços do SUS é um problema que merece atenção especial.

Analisando o Gráfico 5, podemos perceber que as metas almejadas pela PNRMAV, implantada no ano de 2001, estão longe de serem alcançadas. Se observarmos os 14 anos que antecederam sua implantação, identificamos um crescimento do coeficiente de óbitos por acidentes e violências. Após a implantação da política, a expectativa era de uma atenuação desse crescimento, entretanto, no mesmo espaço de tempo, os dados mostram uma acentuação desses eventos.

[13] Informação fornecida pelo coordenador do NEP do SAMU 192, Caio Duarte Neto, em 15 de janeiro de 2018.

Diante dos fatos, identificamos a importância do cumprimento das diretrizes que regem a PNRMAV, em especial, a intensificação de estratégias e ações de promoção e prevenção dos acidentes e das violências, além da expansão dos recursos a toda população brasileira.

Gráfico 5 – Coeficiente dos óbitos por acidentes e violências no Brasil, durante os anos de 1987, 2001 e 2015



Fonte: Dados tratados pelo autor.

CAPÍTULO 3

3 SAMU 192: UM COMPONENTE FUNDAMENTAL PARA A REDUÇÃO DA MORBIMORTALIDADE POR ACIDENTES E VIOLÊNCIAS

Na primeira parte desse capítulo foi descrito o processo da criação e evolução dos serviços de APH Móvel no mundo.

Em seguida, buscamos descrever as etapas de implantação do SAMU 192 no Brasil, como componente fundamental no processo de consolidação da PNRMAV.

E por fim, reproduzimos a trajetória da implementação do SAMU 192 no estado do Espírito Santo.

3.1 BREVE HISTÓRIA DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL

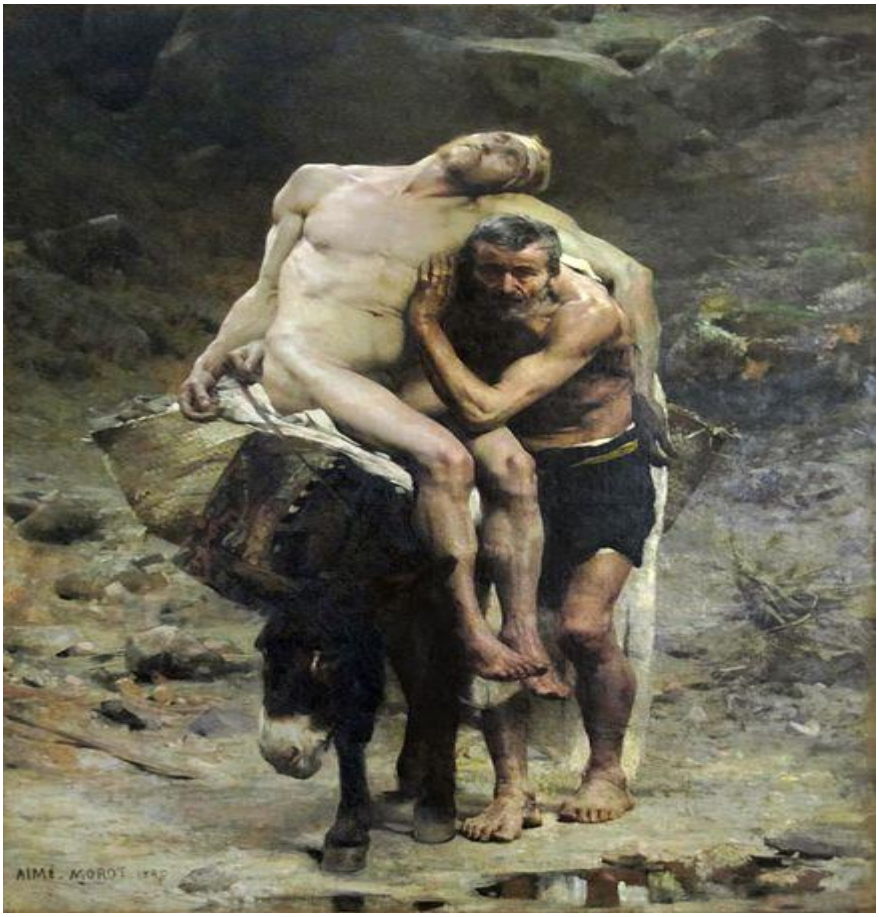
O APH móvel é caracterizado por toda e qualquer assistência à saúde realizada direta ou indiretamente fora do ambiente hospitalar, utilizando-se de um veículo de transporte para a realização do socorro imediato à vítima de algum agravo à saúde e encaminhá-la a uma instituição de APH Fixa ou Hospitalar (MINAYO; DESLANDES, 2008).

O primeiro relato encontrado refere-se à descrição bíblica feita há mais de dois mil anos, no livro de Lucas, capítulo 10, versículos 30 a 34, onde um homem que viajava de Jerusalém para Jericó foi assaltado e espancado, resultando em graves lesões. Por compaixão, um samaritano que passava por ali, percebendo o seu sofrimento, parou e fez seus curativos derramando óleo e vinho em suas feridas. Em seguida, colocou-o sobre o seu animal e o transportou a uma pensão (Figura 5), onde continuou cuidando dele (BÍBLIA, 1995).

Porém, o primeiro sistema organizado de APH Móvel conhecido ocorreu por volta do ano de 1792 pelo exército francês, idealizado e implementado pelo cirurgião-chefe da Guarda Imperial de Napoleão Bonaparte, o médico Dominique Larrey. O objetivo

de Larrey era prestar assistência precoce, ainda no campo de batalha, aos soldados que eram acometidos durante o combate, aumentando suas chances de sobrevida. Os soldados que eram abatidos durante o confronto eram transportados por meio da utilização de vagões tracionados por cavalos, denominados *Ambulâncias Voadoras* (Figura 6). Após a realização de uma triagem, os soldados que apresentavam maior gravidade eram encaminhados para hospitais de campanha montados em uma área próxima para receber os primeiros cuidados (BRASIL, 2006; ORÍA; KOHAN, 2009; ROBERTSON-STEEL, 2006).

Figura 5 - O bom samaritano



Fonte: Morot (1880).

Figura 6 - Ambulância voadora de Dominique Jean Larrey

Fonte: Silva et al. (2010).

Se pudermos dizer que as guerras tiveram alguma contribuição positiva para a humanidade, essa seria o desenvolvimento de métodos para uma assistência precoce dos agravos à saúde por acidentes e violências. Outro episódio que contribuiu para a organização dos serviços de APH foi a criação do Comitê Internacional da Cruz Vermelha. A entidade foi idealizada por Henry Dunant, um comerciante civil muito dedicado às causas sociais, que durante uma viagem a negócios à Itália, presenciou o sofrimento dos soldados feridos após uma batalha da Guerra de Solferino em junho de 1859, onde permaneceu por vários dias oferecendo sua ajuda aos feridos em combate. O horror testemunhado por Dunant culminou na publicação do livro *Lembranças de Solferino* (GÓMEZ; FERNÁNDEZ, 1997).

A publicação dessa obra no ano de 1862 teve grande repercussão e “Foi a faísca que acendeu a chama do entusiasmo e os esforços que levariam à fundação da Cruz Vermelha” (GÓMEZ; FERNÁNDEZ, 1997, p. 1, tradução nossa). Durante a primeira convenção em Genebra, em 1863, foi estabelecida a neutralidade dos profissionais de saúde, ambulâncias e hospitais de guerra, dotados do emblema de

uma cruz vermelha sobre um fundo branco durante os confrontos. Deste modo, os serviços de saúde poderiam atuar com maior segurança, prestando os primeiros cuidados aos soldados feridos, imediatamente após a ocorrência da lesão, ainda no campo de batalha (GÓMEZ; FERNÁNDEZ, 1997).

Entretanto, foi em Nova York, no final do século XIX que o APH ganhou força. Com base em experiências adquiridas durante a Guerra Civil Americana e a epidemia de cólera da cidade de Nova Iorque, no ano de 1869, Edward Dalton fundou o primeiro serviço de ambulância civil que dispunha de veículos sobre molas, bem almofadadas e equipadas com materiais para fornecer os cuidados de emergência aos pacientes, tanto no local do acidente quanto a caminho do hospital (ABEL, 2011; BRASIL, 2006).

Os primeiros passos eram dados no Brasil, no anseio de implantar um serviço de APH. Em 1893, o Senado da República aprovou a Lei que pretendia estabelecer o socorro médico de urgência em via pública no Rio de Janeiro, a então capital do país (RAMOS; SANNA, 2005).

Ainda em 1893, no estado de São Paulo, foi promulgado o Decreto n.º 395, de 07 de outubro, determinando a responsabilidade dos médicos do serviço legal da polícia civil do estado no atendimento às emergências médicas e, em seguida, tornando obrigatória a presença desse profissional nos locais de incêndios e outros eventos traumáticos (AZEVEDO, 2002; RAMOS; SANNA, 2005).

No ano de 1899, o Corpo de Bombeiros do Estado do Rio de Janeiro colocou à disposição da população a primeira ambulância tracionada por animais (Figura 7) para a realização de atendimento em ambiente extra-hospitalar no país (MARTINS; PRADO, 2003).

Figura 7 - Ambulância de 1899 do Corpo de Bombeiros Militar do Rio de Janeiro

Fonte: Silva et al. (2010).

Como já vimos anteriormente, o embrião do APH surgiu por meio do exército francês, durante o período napoleônico. Não obstante, foi apenas por volta da década de 1930 que foi implantado um serviço para atendimento à população civil na referida nação (BRASIL, 2006).

Cerca de duas décadas depois, por meio do Decreto n.º 27.664, de 30 de dezembro de 1949, foi implantado no Brasil o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (SAMDU) (Figura 8) com o objetivo de prestar atendimento domiciliar e de socorro às urgências de saúde aos segurados e beneficiários dos Institutos e Caixas de Aposentadorias e Pensões, sendo custeado por esses órgãos, por meio de cotização proporcional com base no número de segurados na localidade de atuação do serviço (BRASIL, 1949; SILVA et al., 2010). O quadro de pessoal do SAMDU, denominado de *comunidades de serviços*, era constituído por servidores efetivos, requisitados aos Institutos e Caixas, e por servidores contratados, quando necessário. A administração desse serviço ficava a cargo de um diretor, designado pelo Ministro do Trabalho, Indústria e Comércio, atual Ministério do Trabalho (MTb), além de um tesoureiro (BRASIL, 1949; SILVA et al., 2010).

Figura 8 – Av. Rio Branco, inauguração do SAMDU, década de 1960

Fonte: Resguardo (2010).

Tempos depois, o SAMDU foi integrado ao Estado e coordenado por diversos órgãos públicos durante sua trajetória, tais quais: Instituto Nacional de Previdência Social (INPS); e Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS). Devido à desorganização das suas atividades, como ausência de um método de regulação, intervenção de interesses políticos na definição de prioridade de atendimento e escassez de unidades para suprir a demanda de atendimentos, o SAMDU foi extinto durante a década de 1960, pelo Decreto de Lei n.º 72, de 21 de novembro de 1966 (ORTIGA, 2014).

Com o fim do SAMDU, muitos serviços de APH foram implantados em diversos municípios do Brasil, em especial nas capitais, disponibilizando ambulâncias tripuladas por motoristas desprovidos de preparo específico, com o objetivo de transportar os pacientes em situações críticas do domicílio e vias públicas para os hospitais (SILVA et al., 2010).

Durante os anos de 1970 do século XX, a Academia Nacional de Ciências dos Estados Unidos da América (EUA) realizou um estudo que comparou vítimas da guerra do Vietnã com vítimas de trauma nos grandes centros urbanos americanos. Nesse estudo foi evidenciada uma maior sobrevivência dos soldados, sendo justificada pela assistência imediatamente após a ocorrência da lesão, por meio de

intervenções básicas para a manutenção da vida, realizadas no local do evento. Não obstante, as vítimas de trauma das grandes cidades eram transportadas para os hospitais sem qualquer assistência inicial. Esse estudo impulsionou a implementação de sistemas de emergência organizados nas grandes cidades americanas (FERNANDES, 2004).

No Brasil, o Corpo de Bombeiros também realizava o atendimento às pessoas em situações de emergência utilizando os serviços de resgate e salvamento. Da mesma forma, o foco do atendimento era o encaminhamento da vítima às instituições hospitalares e não o cuidado imediato. Ademais, os profissionais eram pouco qualificados, os veículos inadequados e os recursos materiais insuficientes (MARTINS; PRADO, 2003).

Em 1976, a empresa Desenvolvimento Rodoviário S.A (DERSA) implantou o serviço pré-hospitalar de urgência na rodovia Anchieta-Imigrantes/SP com a característica de prestar o auxílio rápido e gratuito aos usuários em situação de emergência, através de ambulâncias e outros serviços. Essa foi a primeira experiência no Brasil, que viria a ser denominada de *regulação médica*, anos depois, considerando que essas ambulâncias eram tripuladas por profissionais de nível médio orientados à distância por médicos (ORTIGA, 2014).

No ano de 1979, a Prefeitura Municipal de São Paulo e o Corpo de Bombeiros da Polícia Militar do Estado de São Paulo assinaram um *protocolo de intervenções*, organizando um serviço de ambulância no município solicitado pelos usuários pelo número telefônico 192, no qual funcionários treinados da Secretaria Municipal de Saúde atuariam em conjunto com os bombeiros no resgate das vítimas (RAMOS; SANNA, 2005; ORTIGA, 2014).

Foi a partir da década de 1980 que alguns Corpos de Bombeiros do país começaram a aplicar o APH de forma mais sistematizada, dando início à estruturação dos serviços de APH. A concretização desse processo de sistematização dos serviços ocorreu no início da década seguinte, quando os socorristas das corporações passaram a ser qualificados e denominados de Agentes de Socorros de Urgência, com cursos baseados e equivalentes ao Treinamento em

Emergências Médicas Básico implementado nos EUA denominado Prehospitalar Trauma Life Support (PHTLS) (MARTINS; PRADO, 2003).

Em 1985, mediante um decreto governamental, foi criado o Grupo de Emergências do Corpo de Bombeiros do Rio de Janeiro, que veio a funcionar efetivamente em julho do ano seguinte, vinculado à Secretaria do Estado da Defesa Civil. Esse serviço era realizado por ambulâncias de terapia intensiva, tripuladas por equipes compostas por um médico, dois enfermeiros e um motorista (RAMOS; SANNA, 2005).

Também no ano de 1986, após mais de 50 anos da implantação do seu serviço de APH, o governo francês publicou uma lei governamental que definiu o seu SAMU 192, com centros de recepção e regulação das chamadas, localizados nos serviços hospitalares, que coordenavam o Serviço Móvel de Urgência e Reanimação (SMUR). O objetivo do SAMU 192 francês era responder com meios *exclusivamente médicos* aos usuários em situações de urgências, garantindo uma escuta médica permanente que teria a função de decidir e enviar o recurso móvel no menor tempo possível, assegurando a disponibilidade dos recursos hospitalares e garantindo sua admissão (BRASIL, 2006).

Em 1989, importantes medidas foram adotadas no estado de São Paulo que, em um momento posterior, possibilitariam a implantação do Suporte Avançado à Vida[14] no ambiente pré-hospitalar (RAMOS; SANNA, 2005). Por meio de uma resolução conjunta entre a Secretaria Estadual de Saúde e a Secretaria de Segurança Pública (Corpo de Bombeiros e Polícia Militar), foi implementado o Projeto Resgate (Sistema de Atendimento Médico de Urgência de São Paulo). Para o desenvolvimento das atividades, o serviço dispunha de viaturas de resgate tripuladas por três bombeiros qualificados a realizarem os primeiros socorros, unidades móveis de tratamento intensivo tripuladas por um médico, um enfermeiro e um condutor, além de helicópteros com uma equipe de dois pilotos, um médico e um enfermeiro (MARTINS; PRADO, 2003; RAMOS; SANNA, 2005; FERNANDES, 2004). Esse

[14] Suporte Avançado de Vida é uma estrutura de apoio oferecido a pacientes em alto risco de morte, realizado por profissionais médicos, por meio de intervenções não invasivas ou invasivas, como drenagem de tórax, acesso às vias aéreas e acesso venoso (BRASIL, 2001).

Projeto foi caracterizado por um sistema de APH misto, ou seja, seguindo o modelo francês[15], com atuação do médico no local do evento e na central de regulação, com adaptações baseadas nos moldes do serviço de APH norte-americano[16], por meio de APH por profissionais não médicos (GUSMÃO FILHO, 2008).

Outro exemplo de modelo misto foi proposto pelo MS no SIATE, implantado a princípio no município de Curitiba em 1990 que, assim como o que aconteceu em São Paulo, foi firmado por ação conjunta entre Secretaria Estadual de Saúde e a Secretaria de Segurança Pública. Os atendimentos eram realizados pelos bombeiros socorristas, dispondo de um médico regulador que em situações de maior gravidade poderia ser deslocado para o local da ocorrência (MARTINS; PRADO, 2003).

O SIATE teve grande relevância, pois foi adotado como modelo na reestruturação do APH no âmbito nacional que ocorreu a partir do ano de 1990, quando foi criado pelo MS o Programa de Enfrentamento às Emergências e Traumas. O objetivo do Programa era a redução da incidência e morbimortalidade por acidentes e violências, por intermédio de ações preventivas, atendimento pré-hospitalar, atendimento hospitalar e serviços de reabilitação (MARTINS; PRADO, 2003).

A implantação do Programa de Enfrentamento às Emergências e Traumas justificou-se pela relevância que os acidentes e as violências adquiriram ao passar dos anos. Ao se tornarem um grande problema de saúde no âmbito nacional, passaram a ocupar o segundo lugar entre as causas de óbito durante a década de 80, com cerca de 120 mil óbitos anuais entre os anos de 1996 e 1997 (BRASIL, 2001).

---

[15] O modelo francês de APH é composto por equipes multidisciplinares lideradas por médicos responsáveis pela assistência *in loco* das vítimas de urgência e emergência. É centralizado em uma rede de comunicação e baseada na regulação médica, onde o médico regulador analisa todas as solicitações de socorro e determina o recurso a ser disponibilizado para melhor atender às necessidades da vítima, deste modo, possibilitando gerenciar a demanda e os recursos disponíveis (FERNANDES, 2004; GUSMÃO FILHO, 2008).

[16] O serviço de APH americano é realizado por profissionais não médicos. Esses profissionais são subdivididos em categorias, que desempenham ações variadas de acordo com a capacidade e grau de conhecimento profissional, sendo autorizados a realizar um conjunto de atividades e procedimentos que variam conforme a categoria e os protocolos previamente determinados por um médico responsável em cada região. São quatro as categorias profissionais, tais quais: os socorristas, configurados pelos bombeiros, policiais ou mesmo cidadãos com treinamento básico de técnicas de reanimação cardiopulmonar; os técnicos médicos de ambulância (técnicos de emergência básica); os técnicos de emergência intermediária; e os técnicos de emergência paramédicos (FERNANDES, 2004).

A partir de então, o APH móvel começou a ganhar força no Brasil, com a realização de uma parceria firmada entre o MS e o governo francês. Destarte, o Brasil adotou, oficialmente, o modelo francês, considerando algumas adequações necessárias à realidade do país. O serviço implantado a princípio pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo com a concepção de APH centrada no médico regulador, diferenciava-se do modelo francês pela assistência prestada por profissionais não médicos nos casos de menor complexidade (BRASIL, 2006; MINAYO; DESLANDES, 2008).

3.2 A IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU 192) NO BRASIL

O SAMU 192 é um serviço caracterizado pela assistência pré-hospitalar móvel, solicitado por meio de ligação telefônica gratuita, pelo número 192 em todo território nacional (BRASIL, 2003d). Ao realizar a solicitação de socorro, o usuário é atendido inicialmente por um TARM, que tem a função de identificar o pedido de socorro e coletar informações referentes à localização da vítima (BRASIL, 2003d; 2012; 2013). Em seguida, a ligação é transferida para o médico regulador que realiza uma rápida triagem e determina o recurso necessário a ser enviado para o atendimento *in loco* do paciente, que pode se distinguir em Unidade de Suporte Básico (USB)[17], Unidade de Suporte Avançado(USA)[18] ou Motolância[19]. (BRASIL, 2003d; 2012; 2013). Essa informação é enviada para o rádio-operador, profissional que detém a função de operar os sistemas de radiocomunicação e telefonia, e exerce o controle da frota de veículos para acionar a equipe de intervenção que prosseguirá ao atendimento do paciente (BRASIL, 2003d; 2012; 2013). Ao abordar o paciente, a equipe realiza uma

[17] A USB é tripulada por dois profissionais: um técnico de enfermagem e um motorista. Ela é classificada como uma ambulância do *tipo B*, destinada ao atendimento inter-hospitalar de pacientes com risco de morte mínimo e ao APH de pacientes classificados pelo médico regulador, sendo por ele julgada a potencial inexistência de necessidade de intervenção médica no local do evento e/ou durante o transporte para a instituição hospitalar de destino (BRASIL, 2002).

[18] A USA é tripulada por uma equipe composta por três profissionais: um médico, um enfermeiro é um motorista. Essa unidade é classificada como uma ambulância do *tipo D*, e destina-se ao atendimento de pacientes de alto risco, que necessitam de intervenções médicas intensivas durante o transporte inter-hospitalar ou nas emergências pré-hospitalares (BRASIL, 2002).

[19] Motocicleta destinada a prestar o primeiro atendimento ao paciente no ambiente pré-hospitalar (BRASIL, 2008).

rápida avaliação e intervenções necessárias sob orientação do médico regulador por meio de telemedicina[20], sendo determinado por este, a instituição de saúde para a qual o paciente será encaminhado para que seja garantida a continuidade da assistência, se necessário (BRASIL, 2003d; 2012; 2013).

Esse serviço representou uma importante conquista do sistema de saúde brasileiro, fruto de uma mobilização das autoridades que ganhou força no início da década de 90, ao se firmar uma parceria entre o MS brasileiro e o governo francês, na tentativa de suprir a necessidade de organizar um Sistema de Atenção às Urgências e Emergências, até então escasso no país (GUSMÃO FILHO, 2008; ORTIGA, 2014).

No geral, os APH eram realizados pelos serviços privados de resgates rodoviários, do Corpo de Bombeiros e da Polícia Militar, de forma desarticulada, pois não existia um vínculo concreto destes serviços com as instituições hospitalares. Além disso, os hospitais existentes não dispunham de uma estrutura adequada para que a continuidade dos cuidados necessários para o paciente crítico fosse garantida de maneira eficaz e equânime (GUSMÃO FILHO, 2008).

No período, o resultado da parceria franco-brasileira foi efetivado pela implantação do SAMU 192 em algumas cidades de grande porte no Brasil, caracterizado por um serviço de equipes multiprofissionais com a realização da assistência à vítima no local do evento (GUSMÃO FILHO, 2008). O primeiro município brasileiro a implantar um SAMU 192 foi Campinas/SP, inaugurado no ano de 1996. Dispunha de uma central de regulação médica 24 horas, onde o médico regulador gerenciava os pedidos de socorro baseado em protocolos previamente estabelecidos e as equipes de intervenção formadas por motoristas capacitados em suporte básico de vida e por profissionais de enfermagem qualificados em APH (CAMPINAS, 2018).

Entretanto, após dois anos de funcionamento, o serviço já apresentava vários problemas, como: escassez de recursos humanos, quantidade inadequada de

[20] Telemedicina é o exercício da medicina por intermédio de metodologias interativas de comunicação audiovisual e de dados, com o objetivo de prestar assistência, educação e pesquisa em saúde (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2002).

ambulâncias, sistema de comunicação precário, além da dificuldade de adentrar com o paciente nas instituições hospitalares (CAMPINAS, 2017).

Essa não era uma característica exclusiva do sistema de saúde brasileiro. A implantação dos sistemas específicos de atenção às urgências e emergências é um fenômeno recente, tanto no Brasil quanto no cenário mundial. Observa-se que a sua organização e implementação enfrentam inúmeras obstáculos, comumente compartilhada pelas nações. No Brasil, esses problemas são potencializados pela condição de apresentar um sistema de saúde em construção (GUSMÃO FILHO, 2008).

As consequências da ausência ou desestruturação de um Sistema de Atenção às Urgências e Emergências são catastróficas para a saúde e o bem-estar da população, a saber: atendimentos de baixa qualidade aos usuários, acúmulo de atividades e sobrecarga dos profissionais e aumento dos custos devido à superlotação das instituições de assistência às urgências (O'DWYER; MATTA; PEPE, 2008). Existem vários fatores que se associam e dificultam o desempenho dos serviços de urgência e emergência: o aumento da demanda e da complexidade das ocorrências agudas, em grande parte resultante do envelhecimento populacional; o desequilíbrio entre a demanda de enfermos e a disponibilidade de leitos; o quadro deficitário de profissionais de saúde qualificados; e a busca acentuada pelos serviços de urgência e emergência devido à dificuldade de acesso aos serviços de atenção primária encontrada pelos pacientes não graves (GUSMÃO FILHO, 2008).

Com a aprovação da PNRMAV, por meio da Portaria n° 737, de 16 de maio de 2001, o APH Móvel ganhou mais consistência no Brasil. O objetivo dessa portaria seria a redução da mortalidade e da morbidade por eventos traumáticos no país, mediante desenvolvimento de ações articuladas e sistematizadas da atenção às urgências (BRASIL, 2001).

Nesse documento, foi identificada a necessidade da instauração de normas técnicas específicas para a padronização dos equipamentos e veículos que seriam destinados ao atendimento e transporte dos pacientes em situação de urgência,

assim como, para a formação mínima necessária dos profissionais para atuarem nessa área (BRASIL, 2001).

Além disso, a PNRMAV já determinava uma integração do APH com as instituições hospitalares voltadas ao atendimento de urgência e emergência, intermediada pela central de regulação médica (BRASIL, 2001).

No anseio de consolidar essa integração, foi estabelecida a Portaria 2.048, de 05 de novembro de 2002, aprovando os princípios e diretrizes dos sistemas estaduais de urgência e emergência, envolvendo temas como:

> A elaboração dos Planos Estaduais de Atendimento às Urgências e Emergências, Regulação Médica das Urgências e Emergências, Atendimento Pré-hospitalar, Atendimento Pré-hospitalar Móvel, Atendimento Hospitalar, Transporte Inter-hospitalar e ainda a criação de Núcleos de Educação em Urgências (BRASIL, 2002, p. 1).

A Portaria supracitada determina, ainda, quais são os profissionais envolvidos no serviço de APH, o conteúdo curricular para sua habilitação, o perfil profissional e suas atribuições (BRASIL, 2002).

Complementando as expectativas das Portarias n° 737 e nº 2.048, foi instituída a PNAU, pela Portaria nº 1.863, de 23 de setembro de 2003. O propósito da criação da PNAU foi organizar os serviços públicos e privados de assistência às urgências, estruturando uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada para garantir o cuidado integral às urgências, desconcentrando a demanda exclusiva dos prontos socorros (BRASIL, 2003a).

Para atingir o propósito, foram considerados fundamentais os seguintes componentes: adoção de estratégias de promoção de qualidade de vida por meio de ações preventivas de caráter intersetorial; organização de redes loco-regionais de atenção integral às urgências, tecendo-as em seus diversos componentes; instalação e operacionalização das Centrais de Regulação Médica das Urgências; treinamento contínuo das equipes de saúde de todas as esferas da atenção; e orientação geral com base no princípio de humanização da assistência (BRASIL, 2006).

Segundo a PNAU, a organização da rede loco-regional para atenção integral às urgências nas unidades federadas do Brasil deve integrar os seguintes componentes:

a) Pré-hospitalar Fixo: unidades básicas de saúde e de saúde da família, agentes comunitários, ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e terapias e unidades não hospitalares de atenção às urgências.
b) Pré-hospitalar Móvel: SAMU 192 e os serviços associados de salvamento e resgate, sob regulação médica de urgências.
c) Hospitalar: portas hospitalares de atenção às urgências, leitos de internação, leitos gerais e especializados de retaguarda, de longa permanência e os de terapia semi-intensiva e intensiva.
d) Pós-hospitalar: modalidades de atenção domiciliar, hospitais-dia e projetos de reabilitação integral com base comunitária.

A estratégia imediata do MS para implantação da PNAU foi a implementação do componente pré-hospitalar móvel como primeira etapa, pela Portaria n° 1.864, de 29 de setembro de 2003, que instituiu o SAMU 192 em todo território brasileiro, garantindo financiamento e custeio para a organização e implantação do serviço, assim como suas Centrais de Regulação Médica e Núcleo de Educação em Urgências nos municípios e estados que atendessem os termos exigidos para o convênio (BRASIL, 2006). No ano de 2004, o SAMU 192 foi oficializado pelo Decreto n° 5.055, de 27 de abril, sendo estabelecido em municípios e regiões do país (BRASIL, 2004). Desde então, o SAMU 192 tem se expandido pelo Brasil.

Mesmo com a implantação do SAMU 192, a articulação entre os diversos serviços do SUS foi insuficiente para garantir uma assistência adequada às urgências. Como forma de intervenção sobre esse problema, o MS reformulou a PNAU e instituiu a Rede de Atenção às Urgências no SUS, pela Portaria n° 1.600, de 07 de julho de 2011 (BRASIL, 2011).

A Portaria n° 1.600 determina que a Rede de Atenção às Urgências deva ser constituída por componentes que precisam se articular e integrar-se, de modo a ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral ao usuário em situação de

urgência nos serviços de saúde, de maneira ágil e oportuna. Foram determinados os seguintes componentes: Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde; Atenção Básica em Saúde; SAMU 192 e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências; Sala de Estabilização; Força Nacional de Saúde do SUS; Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24 h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas; Hospitalar; e Atenção Domiciliar (BRASIL, 2011).

3.2.1 A implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) no Espírito Santo

A implantação da PNAU deu um grande impulso na consolidação do SAMU 192 no Brasil. Segundo informações do Ministro da Saúde em exercício no ano de 2005, até meados do mês de outubro daquele ano já havia 75 projetos do serviço implantados no país, com uma projeção para 140 SAMUs 192 implantados até o final daquele mesmo ano (TENÓRIO; SCÁRDUA, 2005).

Essa informação foi concedida durante o Fórum de Discussão da Política Estadual de Atenção às Urgências e Implantação do SAMU 192, na Região Metropolitana da Grande Vitoria[21], ocorrido em 18 de outubro de 2005, que reuniu autoridades das três esferas governamentais envolvidas no processo, objetivando reiterar os pactos para o estabelecimento da Política na região (TENÓRIO; SCÁRDUA, 2005).

O SAMU 192 da Região Metropolitana da Grande Vitória iniciou suas atividades de modo experimental no final do ano de 2005, mas foi em 13 de fevereiro de 2006 que o serviço foi inaugurado, oficialmente, pela SESA, durante uma cerimônia no Complexo de Regulação de Assistência à Saúde, na Avenida Beira-Mar da capital, onde funciona a Central de Regulação do SAMU 192 (TENÓRIO; SCÁRDUA; BARBOSA, 2006a).

[21] Segundo a Lei complementar do estado do Espírito Santo n.º 204, de 21 de junho de 2001, a Região Metropolitana da Grande Vitória compreendia o espaço territorial conformado pelos municípios de Vitória, Vila Velha, Cariacica, Serra, Fundão, Viana e Guarapari (ESPÍRITO SANTO, 2001).

O SAMU 192 da Região Metropolitana da Grande Vitória dispunha no início das suas atividades de uma Central de Regulação e 18 ambulâncias. Dessas, 14 USBs e quatro USAs ficavam posicionadas em diversos pontos estratégicos da Região Metropolitana para facilitar o deslocamento quando solicitado para o atendimento de situações de emergência pela população (TENÓRIO; SCÁRDUA; BARBOSA, 2006a).

Para operacionalização do processo de serviços, em 2005, o serviço foi composto por uma equipe multiprofissional de 45 médicos, 33 enfermeiros, 56 técnicos em enfermagem, 72 condutores e 30 TARMs (TENÓRIO; SCÁRDUA; BARBOSA, 2006a).

Durante o período foram beneficiados aproximadamente 1.522.532 habitantes residentes na Região da Grande Vitória, com exceção de Guarapari que foi iniciado em 2007. O município com a maior população residente no período foi o de Vila Velha (396.324 habitantes), seguido dos municípios de Serra (383.219 habitantes), Cariacica (355.457), Vitória (313.309), Viana (59.457) e Fundão (14.766) (BRASIL, 2018c).

As ambulâncias foram divididas por municípios baseando-se na proporção populacional de cada um para melhor atender a demanda das solicitações de socorro. Nos municípios de Cariacica, Serra, Vila Velha e Vitória foram alocadas quatro ambulâncias em cada, sendo três USB e uma USA. Enquanto que nos de Fundão e Viana, foi implantada uma USB para cada.

No primeiro mês do período experimental do serviço foram registradas mais de 13 mil ligações. Desse total, 3.190 ligações de pedidos por ajuda foram solucionados no primeiro contato com o médico regulador dando orientações e 1.827 ligações demandaram o envio de, pelo menos, uma equipe de atendimento ao local da ocorrência (TENÓRIO; SCÁRDUA; BARBOSA, 2006b).

Em dezembro de 2007 foram agregadas mais duas unidades móveis ao serviço, uma USB e outra USA, destinadas ao município de Guarapari, que nesse período era composto por cerca de 111 mil habitantes. Deste modo, o SAMU 192 passou a

abranger sete municípios do Espírito Santo: Vitória, Vila Velha, Viana, Serra, Cariacica, Fundão e Guarapari (STOCH, 2007).

Outra aquisição considerada de grande importância para a eficácia do atendimento prestado pelo SAMU 192 foi a instituição do veículo motocicleta/motolância como integrante da sua frota de intervenção em nível nacional, com a Portaria GM/MS n° 2.971, de 08 de dezembro de 2008. Entretanto, esse tipo de veículo de intervenção só veio a ser implantado no Espírito Santo no mês de agosto do ano de 2011 (BONN, 2011; BRASIL, 2008).

A frota de motolância disponibilizada para prestar assistência aos usuários constituía-se de quatro veículos, que atuavam em duplas. Cada motolância era conduzida por um técnico em enfermagem com formação em direção defensiva e atuava em situações especiais (BONN, 2011).

A implementação das motolâncias justifica-se pela maior agilidade e velocidade desenvolvidas por esses veículos no trânsito, encurtando o tempo de chegada ao local onde se encontra o paciente, dando-lhe um melhor prognóstico, em especial os de maior gravidade. Entre os benefícios agregados por esse tipo de veículo, destacam-se ainda, a possibilidade de alcance aos locais de difícil acesso para as ambulâncias, em consequência das características geográficas, malha viária ou outras peculiaridades da região e apoio às equipes das USBs e USAs, quando identificada a necessidade de mais profissionais no local do evento (BRASIL, 2008).

No entanto, após cinco anos e dois meses de funcionamento, o serviço de motolância parou de funcionar no Espírito Santo. A SESA justificou que o percentual de atendimentos realizados era muito baixo, enquanto que os custos para manutenção do serviço eram muito elevados, além do corte de incentivo financeiro por parte do MS (DALVI, 2016).

Voltando ao ano de 2010, destacou-se no período a expansão do serviço para uma parte da Região Serrana no estado, quando foram incluídos na área de abrangência do SAMU 192 do Espírito Santo, os municípios de Domingos Martins, Marechal Floriano e Venda Nova do Imigrante. Para essa expansão foram acrescentadas

duas ambulâncias ao serviço, uma USB foi alocada em Marechal Floriano e uma USA em Venda Nova do Imigrante. Com essa expansão o serviço passou a contar com 22 ambulâncias, com uma cobertura de 10 municípios, abrangendo um total de 1,7 milhões de habitantes (FORNAZIER et al., 2010).

No ano de 2011, houve uma mudança no mapa de regionalização de saúde do Espírito Santo, com o objetivo de melhorar a distribuição dos recursos públicos e uma adequada delimitação territorial para realização de ações em prol de um desenvolvimento sustentável. Nesse sentido, foi extinto o Plano Diretor de Regionalização (PDR 2003) e homologado o PDR 2011. Deste modo, a expansão do SAMU 192 contemplou, sobretudo, os municípios que compunham a Região Metropolitana (ESPÍRITO SANTO, 2011).

No ano de 2015 foi registrado um total de 692.576 ligações destinadas ao SAMU 192. Desse total, 230.327 ligações foram identificadas como trotes. Em outros 393.723 contatos com o serviço, os usuários buscavam apenas orientações e informações. A regulação médica foi efetuada em 68.171 oportunidades, sendo identificada a necessidade de envio de recursos para 51.555 solicitações[22].

Em 2016, segundo as informações dispostas no Edital 01/2016 da SESA, o SAMU 192 do Espírito Santo era composto por oito USAs, 22 USBs, duas ambulâncias reservas, cinco motolâncias e uma central de regulação médica de urgência. As unidades móveis estão distribuídas em 25 bases descentralizadas implantadas e localizadas nos municípios de Cariacica, Fundão, Guarapari, Serra, Viana, Vila Velha, Vitória, Afonso Cláudio, Anchieta, Brejetuba, Itaguaçu, Marechal Floriano, Piúma, Santa Maria de Jetibá, Santa Teresa e Venda Nova do Imigrante (ESPÍRITO SANTO, 2016b).

Nesses 10 anos de implementação do SAMU 192 no Espírito Santo, observa-se um crescimento das atividades do serviço que expandiu a sua área territorial de abrangência em proporções consideráveis. Entretanto, é importante ressaltar que há

[22] Dados cedidos via mensagem eletrônica por Tatiana Perin, Coordenadora Geral do SAMU 192, da Região Metropolitana do Espírito Santo. Recebidos em 22 de dezembro de 2016 por meio do endereço eletrônico tatianaperin@saude.es.gov.br.

muito ainda a se fazer para que se cumpra a Portaria n° 1.684/2003, que institui a implementação do SAMU 192 em municípios e regiões de todo o território nacional (BRASIL, 2003b). Lembrando que no Espírito Santo, apenas a Região Metropolitana foi contemplada até o momento. Restam, ainda, as Regiões Central, Norte e Sul para que todo o território do estado seja coberto pelo serviço.

CAPÍTULO 4

4 ARTIGO DE PESQUISA

Violências e acidentes nos idosos assistidos no Atendimento Pré-Hospitalar no Espírito Santo, Brasil

Violence and accidents in the elderly assisted in the Prehospital Care in Espírito Santo, Brazil

Resumo:

A transição demográfica tem representado um grande problema social no Brasil. Associado a isso, as violências e os acidentes mantêm-se em um movimento de ascensão epidemiológica por décadas e, nos últimos anos, vêm impondo maior impacto sobre a população idosa. Diante disso, objetiva-se desenvolver uma reflexão acerca desses eventos nos idosos atendidos pelo serviço pré-hospitalar do Espírito Santo. Conclui-se que as quedas são as principais causas de agravos à saúde dos idosos vitimados por acidentes e violências e a instituição de políticas de prevenção e promoção à saúde é uma necessidade. Entretanto, sugere-se que parte desses registros de queda refere-se a casos de violência doméstica camuflada. Deste modo, faz-se necessário o treinamento específico dos profissionais envolvidos no atendimento pré-hospitalar para uma assistência especializada e identificação desses eventos.

Palavras-chave: Violência. Acidentes. Idosos. Atendimento Pré-hospitalar.

Abstract:

The demographic transition has been a major social problem in Brazil. Associated with this, the violence and accidents have been in a movement of epidemiological rise for decades and in recent years have imposed a greater impact on the elderly population. Therefore, it is intended to develop a reflection about these events in the elderly attended by the pre-hospital medical service in the state of Espírito Santo. It is concluded that falls are the main causes of health problems for the elderly victims of accidents and violence and the implementation of health prevention and promotion policies is a necessity. However, it is suggested that part of these fall records refers to cases of camouflaged domestic violence. Thus, it is necessary to improve the specific training of professionals involved in pre-hospital care for specialized assistance and identification of these events.

Keywords: Violence. Accidents. Aged. Emergency Medical Services.

Introdução

Desde os tempos mais remotos, a violência é um fenômeno que está presente nas relações interpessoais da humanidade e perdura na evolução da história humana mediante mutações intrínsecas em cada contexto histórico como forma de impor o poder, nas disputas das estruturas sociais e, em algumas situações, na luta pela sobrevivência (GENTILLI, 2015).

No Brasil, identifica-se que a sua evolução histórica transpõe diversas formas de hostilidades exercidas por aqueles que detinham o poder contra os grupos menos favorecidos, como o índio, o negro, o operário, o homossexual, a criança, a mulher e a pessoa idosa (SOARES, 2015; GARCIA FILHO; SAMPAIO, 2014).

Os eventos de maus-tratos contra a pessoa idosa não são episódios recentes na história, mas foi somente a partir de 1975 que a abordagem do assunto foi inserida nos debates da sociedade científica em um contexto mundial, por meio da publicação de um periódico inglês que caracterizou o termo *espancamento de avós* (ALBUQUERQUE, 2010).

A causa mais comum de agravo à saúde relacionada à violência e aos acidentes na população idosa é a queda da própria altura, seguida dos eventos traumáticos devido aos acidentes de trânsito e dos casos que envolvem atos violentos, como a agressão física e ferimento por arma branca (BARROS et al, 2013).

No ano de 2014, no estado do Espírito Santo, tais eventos foram responsáveis por 5,9% dos casos de morte na população idosa, ficando em quinto lugar entre as principais causas de óbito no estado (ESPÍRITO SANTO, 2014).

Diante disso, pretende-se com este artigo desenvolver uma reflexão acerca das violências e acidentes nos idosos atendidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência do Espírito Santo (SAMU 192-ES). Para tanto, foi realizado, a princípio, um levantamento sobre a realidade da mortalidade por acidentes e violências no âmbito nacional. Utilizou-se análise da base de dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), por meio de um estudo ecológico de série temporal entre os anos de 1979 e 2015.

Além disso, para estudar a realidade do idoso do Espírito Santo vitimado por violências e acidentes, apresentam-se dados de uma pesquisa de campo realizada no SAMU 192 do estado, onde foram registradas as informações de uma amostra dos atendimentos realizados no primeiro semestre do ano de 2015.

O flagelo das violências e acidentes na população idosa do Brasil

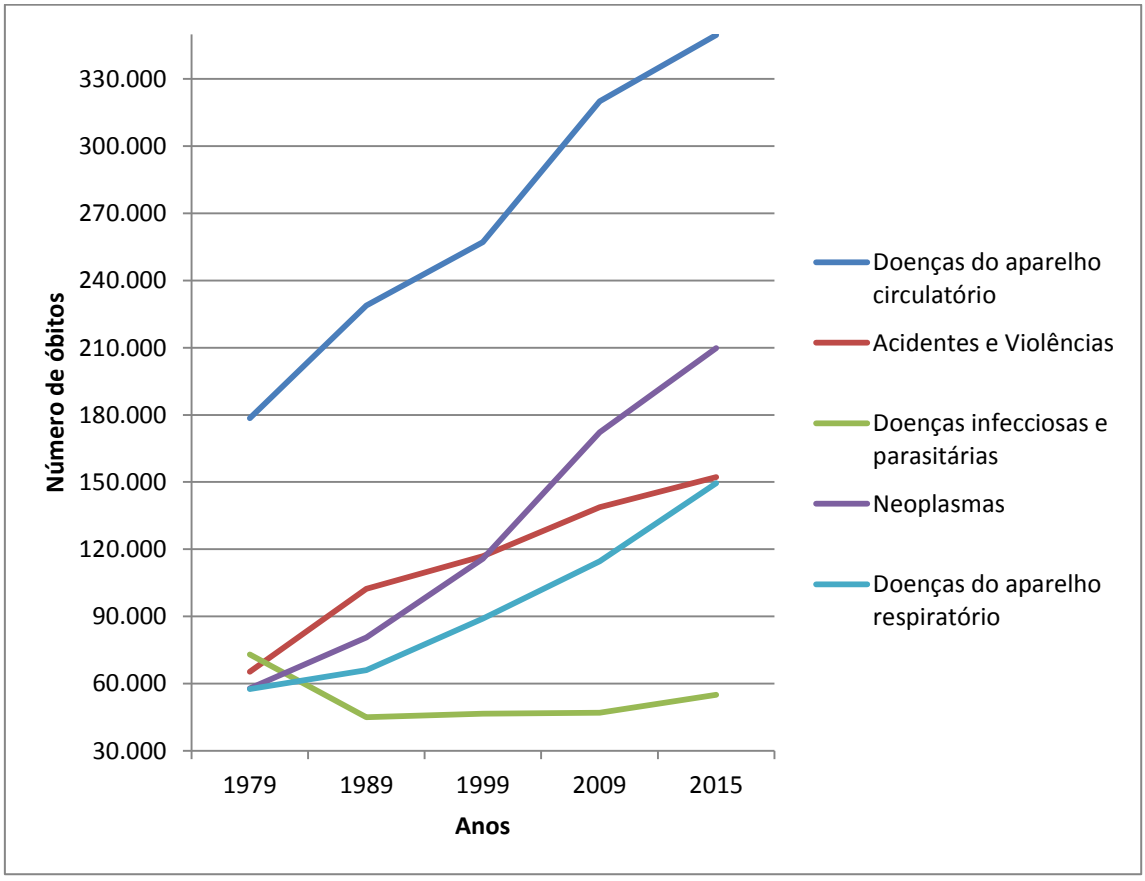
A violência e os acidentes representam um grande problema social para a população brasileira. O aumento da ocorrência desses agravos no Brasil foi impulsionado a partir da década de 1980. Entre os diversos fatores, destacamos a migração em massa da população rural para as regiões urbanas do país que ocorreu nesse período, visando a melhores oportunidades e condições de vida diante do processo de intensificação da industrialização no país (SMARZARO, 2005).

Como consequência, grande parte dessa massa populacional que chegou às metrópoles instituiu suas residências de maneira improvisada, desordenada e sem condições básicas para sobrevivência. A falta de recursos e o insucesso dos objetivos propostos, tal qual, um meio digno para garantir o sustento da família, levou parte dessas pessoas a começar a exercer atos ilícitos como meio de subsistência (SMARZARO, 2005).

Em meio ao caos instaurado nas regiões periféricas das grandes cidades, outro meio de violência foi instaurado, em seguida, desta vez por intermédio de organizações criminosas com a exploração do narcotráfico, que levou a inclusão de muitos jovens ao crime (MINAYO; SOUZA, 1999).

A partir do final da década de 1970 os acidentes e as violências trilharam uma escalada nas estatísticas de morbimortalidade, chegando a representar a segunda principal causa de morte no país durante as décadas de 1980 e 1990, atrás apenas das doenças do aparelho circulatório, como podemos identificar no Gráfico 1 (BRASIL, 2018a).

GRÁFICO 01 – Série histórica das principais causas de óbitos no Brasil entre os anos de 1979 e 2015, segundo capítulos da Classificação Internacional das Doenças (CID).



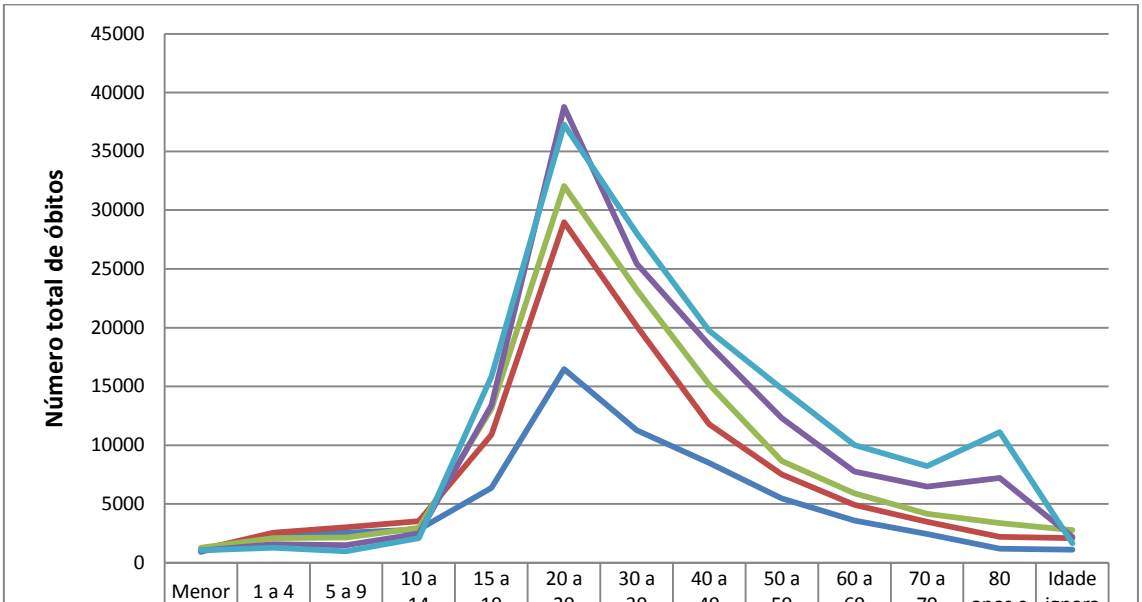
Fonte: SIM/DATASUS - Dados tratados pelo autor.

Entre os anos de 1980 e 2004, ocorreu uma projeção do coeficiente de mortalidade por agressão de 14,1 para 27,2 por 100 mil habitantes no Brasil, o que significa um crescimento de 92,3% para o risco de morte por este evento, ou seja, quase que dobrou em apenas 24 anos (GARCIA FILHO; SAMPAIO, 2014).

Analisado o Gráfico 1, pode-se identificar que a partir do ano de 2000 os acidentes e as violências passaram a ocupar o terceiro lugar dentre as principais causas de óbito no Brasil, atrás dos problemas relacionados ao aparelho cardiovascular e às neoplasias, mas ainda configuram um problema social de grande relevância para a população brasileira (BRASIL, 2018a; 2018b).

As violências e acidentes podem ocorrem em qualquer momento da vida, mas ao analisar o Gráfico 2, é verificado que o pico das ocorrências transcorrem principalmente sobre os indivíduos com idades entre 20 e 29 anos. Entretanto, nos anos de 2009 e 2015 é observado o desenvolvimento de um novo pico, que representa o aumento da mortalidade por esses eventos nas pessoas com 80 anos de idade ou mais.

GRÁFICO 02 – Distribuição dos óbitos por acidentes e violências no Brasil, segundo ciclo de vida, entre os anos de 1979 e 2015, conforme capítulos da Classificação Internacional das Doenças (CID).



	Menor 1 ano	1 a 4 anos	5 a 9 anos	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 a 69 anos	70 a 79 anos	80 anos e mais	Idade ignorada
1979	923	2512	2551	2821	6376	16470	11276	8502	5477	3599	2441	1183	1122
1989	1111	2546	3026	3550	10880	28968	20137	11793	7520	4932	3488	2200	2101
1999	1264	2094	2145	2978	13092	32067	23217	15178	8649	5910	4152	3386	2762
2009	1025	1587	1494	2471	13402	38775	25446	18533	12319	7752	6479	7206	2208
2015	1072	1269	970	2089	15852	37296	28030	19737	14809	10014	8214	11113	1670

Fonte: SIM/DATASUS - Dados tratados pelo autor.

Em consonância com esses dados, um estudo realizado na cidade de São Paulo, onde um dos objetivos foi comparar o equilíbrio e a dependência funcional de idosos por idade, concluiu que idosos mais velhos, ou seja, com 80 anos ou mais, apresentam maior risco de sofrer queda em consequência da alteração do equilíbrio e da marcha (NAKAGAWA et al., 2017; BARROS et al., 2013).

Uma hipótese que deve ser levada em consideração quanto ao aumento da morbidade e mortalidade dos idosos em decorrência das violências e acidentes é a influência do fenômeno da transição demográfica que vem ocorrendo no cenário mundial. Esse fenômeno é caracterizado pela diminuição da natalidade associada a uma maior expectativa de vida, culminando no aumento proporcional da população idosa (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2016).

No Brasil, esse evento não é diferente: no ano de 2004 a participação da população com 60 anos ou mais era de 9,6% da população total, enquanto que em 2015 essa proporção registrou 14,3%, ou seja, um crescimento de 4,7% em um período de 11 anos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2016).

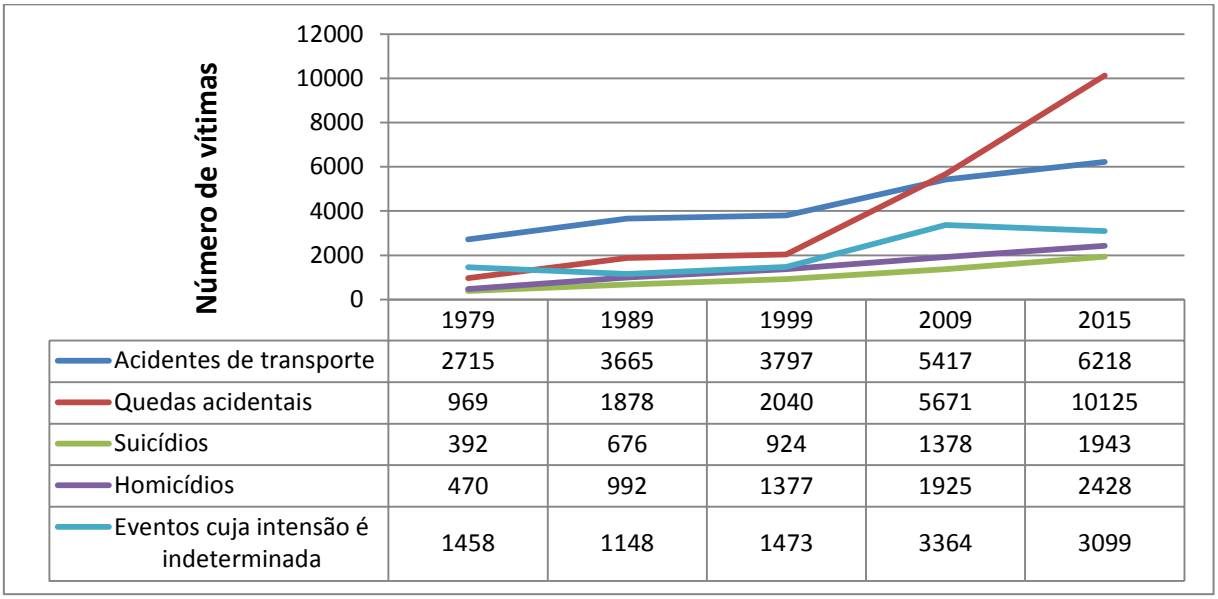
Nesse contexto, a violência e os acidentes contra a pessoa idosa transformaram-se em um problema social de maior relevância. Em consequência das alterações fisiológicas que ocorrem com o avançar da idade, como: acuidade visual reduzida, mobilidade prejudicada, problemas relacionados à audição, esse grupo torna-se ainda mais vulnerável a tais eventos (SOUZA; et al., 2003; VERAS, 2009).

Como se pode identificar no Gráfico 3, apenas no ano de 2015, foram registradas 10.125 mortes de idosos cuja causa determinada ficou a cargo dos eventos relacionados à queda acidental, outros 6.218 óbitos por acidentes de transporte e os homicídios representaram 2.428 mortes (BRASIL, 2018a; 2018b).

Os dados demonstram uma parte do problema social que os acidentes e as violências sobre os idosos representam para a sociedade brasileira, em especial se for considerada a maior fragilidade que esse grupo apresenta diante de uma lesão, culminando em internações hospitalares mais prolongadas, considerando ainda, o menor potencial de recuperação dessa população, quando comparada aos grupos etários mais jovens nos casos não fatais (SOUZA; et al., 2003).

Potencializada essa questão, os acidentes que ocorrem essencialmente no âmbito doméstico requerem um olhar especial, pois podem camuflar episódios de violência (GROSSI; et al., 2007). Além disso, a maior fração dos casos de violência fica no anonimato, pois os registros desses eventos ocorrem, sobretudo, quando culminam em atendimento em serviços de saúde ou em óbito. Deste modo, diversas outras formas de violências presentes no cotidiano da sociedade não recebem a devida atenção (GENTILLI, 2015).

GRÁFICO 03 – Distribuição dos óbitos por acidentes e violências na população idosa no Brasil durante os anos de 1979 a 2015, segundo grupos do capítulo sobre causas externas da Classificação Internacional das Doenças (CDI).



	1979	1989	1999	2009	2015
Acidentes de transporte	2715	3665	3797	5417	6218
Quedas acidentais	969	1878	2040	5671	10125
Suicídios	392	676	924	1378	1943
Homicídios	470	992	1377	1925	2428
Eventos cuja intensão é indeterminada	1458	1148	1473	3364	3099

Fonte: SIM/DATASUS - Dados tratados pelo autor.

Como medida de intervenção, instituíram-se políticas públicas voltadas para o tema, entre elas o Estatuto do Idoso e a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV), por meio da Portaria n° 737, de 16 de maio de 2001, como um instrumento de orientação para a atuação do setor saúde, mediante o desenvolvimento de um conjunto de ações articuladas e sistematizadas.

Um fator de grande relevância para a sobrevida da vítima de acidentes e violências é o atendimento precoce. Diante das especificidades da população idosa, essa necessidade torna-se ainda maior. Deste modo, a instituição de medidas de promoção e prevenção desses eventos, assim como a implantação e organização de um sistema de resposta diante desses casos é imprescindível (HEYDARI-KHAYAT et al., 2014).

Deste modo, a articulação entre o serviço de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel, por meio de suas centrais de regulação médica, e as instituições hospitalares é um fator que favorece uma assistência oportuna às vítimas de acidentes e violências (MINAYO, 2009).

O retrato da violência e acidentes nos idosos assistidos pelo Serviço de Atendimento Pré-Hospitalar no Espírito Santo

No ano de 2015, o SAMU 192 da Região Metropolitana do estado do Espírito Santo, cujo objetivo principal é iniciar a assistência ao paciente no local da ocorrência do agravo à saúde, compreendia na sua área de abrangência um total de 17 municípios que juntos totalizavam 2.155.348 residentes (BRASIL, 2006; 2018c).

No primeiro semestre desse mesmo ano, foram realizados 25.410 atendimentos pela instituição (Dados cedidos pelo serviço). Para realização do presente estudo, procedeu-se a um cálculo estatístico para estimar a quantidade de participantes necessários para o desenvolvimento da pesquisa, em que se obteve o total de 984 atendimentos.

Deste modo, a seleção dos idosos ocorreu por meio de processo de amostragem aleatória sistematizada para formação do banco de dados do estudo denominado *Rede de Urgência e Emergência: Estudo do SAMU 192 na Região Metropolitana do Espírito Santo.* Em seguida, foi realizada uma análise secundária, onde foram incluídos os pacientes com idade de 60 anos ou mais, de ambos os sexos, atendidos em decorrência de acidentes e violências. Foram excluídos do estudo os pacientes cujas informações disponibilizadas estavam incompletas. O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa e obteve a aprovação mediante Parecer n° 1.748.503.

Os dados foram obtidos por meio de uma ficha de coleta de dados elaborada pelos pesquisadores e as variáveis selecionadas para esse estudo foram: idade, sexo, tipo de acidentes e violências, horário da solicitação, recurso enviado, hálito etílico e o desfecho do atendimento.

Do total da amostra (984 participantes), referente aos atendimentos realizados à população geral durante o primeiro semestre do ano de 2015, identificou-se que 339 (34%) indivíduos eram idosos, ou seja, pessoas com idade igual ou maior que 60 anos. Não obstante o total da amostra, foram selecionados apenas 68 atendimentos (7% dos casos) por se tratarem de vitimas de violências e acidentes. Mas, como seis participantes apresentaram dados incompletos, a amostra foi composta por 62 (6%) idosos.

O total de 34%, referente aos idosos atendidos pelo SAMU 192 do Espírito Santo, ficou muito além do total de 23% referente aos atendimentos à pessoa idosa registrados nos Centros Municipais de Urgências Médicas do município de Curitiba – PR relativos ao ano de 2006. Também foi muito elevado o percentual de atendimentos pré-hospitalares aos idosos vitimados por acidentes e violências, quando comparados aos dados dos serviços pré-hospitalares móveis do mesmo município. Enquanto na Região Metropolitana do Espírito Santo 6% dos atendimentos foram direcionados – aos idosos vitimados por acidentes e violências, em Curitiba esse percentual foi de 4% (MELLO; MOYSÉS, 2010).

Numa análise realizada na base de dados do DATASUS, foi identificado que no ano de 2006, 9% da população da cidade de Curitiba tinha idade igual ou superior a 60 anos, enquanto que na Região Metropolitana do Espírito Santo essa proporção era de 11% no ano de 2015. Deste modo, é possível sugerir que essa diferença proporcional entre os dois períodos pode ter contribuído para a discrepância dos resultados das duas regiões, mas não apresentou uma significância importante (BRASIL, 2018c).

Os idosos vitimados por violências e acidentes atendidos pelo SAMU 192 apresentaram um intervalo de idade entre 60 e 98 anos, com uma média de idade de 73 anos. Desses casos, 65% ocorreram em idosos com idade entre 60 e 79 anos, contrastando com a realidade encontrada por Cavalcante e outros (2012) ao realizarem um estudo sobre os fatores associados às quedas nos idosos de uma

comunidade. Na pesquisa, identificaram que dos idosos que relataram ter sofrido pelo menos uma queda nos últimos 24 meses, 57% tinham idade entre 80 e 89 anos. É verdade que as populações incluídas nos dois estudos apresentam certa variação do tipo de evento ao qual o idoso foi exposto, considerando que na pesquisa de Cavalcante e outros (2012) foram incluídos apenas os idosos vitimados por queda e na presente levaram-se em conta todos os tipos de acidentes e violências. Entretanto, vale fazer uma alusão entre os mesmo, considerando que 81% dos idosos incluídos na atual pesquisa foram vítimas de queda.

Dentre os eventos registrados na presente pesquisa como causadores do agravo à saúde por acidentes e violências nos idosos, a queda foi o tipo de ocorrência que se destacou e ficou em primeiro lugar, com um total de 50 casos, o que representa 81% dos atendimentos aos idosos vitimados por acidentes e violências. Em seguida, ficaram os acidentes de transporte com 16% (10 casos) das ocorrências e os eventos violentos que representaram 3% (2 casos) dos atendimentos.

Os homens foram acometidos em 56% (35 casos) do total de atendimentos. Com a estratificação desses eventos na população masculina, pode-se identificar que 42% (26 casos) dos atendimentos foram referentes às quedas, 11% (7 casos) por acidentes de transporte e 3% (2 casos) frutos de agressões. Por outro lado, não foi identificado caso de violência contra a mulher idosa. As ocorrências nesse grupo concentraram-se nos eventos relacionados às quedas e aos acidentes de transporte que apresentaram, respectivamente, 39% (24 casos) e 5% (3 casos), totalizando 44% (27 atendimentos) dos atendimentos prestados à pessoa idosa vitimada por acidentes e violências.

Por dados encontrados, observou-se o quão representativos são os eventos relacionados às quedas no cotidiano da população idosa. Estudos demonstram que entre os fatores associados a esses eventos estão a idade avançada, o uso de múltiplos medicamentos, a inadequação dos ambientes domésticos do idoso, a capacidade funcional reduzida e as alterações fisiológicas comuns nesse período da vida, além dos eventos relacionados à violência doméstica que são mascarados como queda acidental (NAKAGAWA et al, 2017; COUTINHO; SILVA, 2002; SOUZA; et al, 2003; VERAS, 2009; CAVALCANTE, 2012).

Os fatores relacionados acima podem justificar o motivo pelo qual 42% (21 casos) dos atendimentos de queda envolvendo idosos atendidos pelo SAMU 192 no Espírito Santo ocorreram no período noturno. Em uma avaliação de risco para a ocorrência de acidentes no ambiente doméstico envolvendo idosos, realizada por Grossi (2007), identificou-se que 50% dos domicílios apresentavam desníveis em seu interior e 75% utilizavam tapetes que representavam risco de queda. Além disso, apenas 50% dos idosos referiram desfrutar de uma boa iluminação em todos os cômodos.

Em meio aos problemas que envolvem a capacidade funcional, está a diminuição da força muscular nas extremidades inferiores, considerado um fator de risco crítico para a ocorrência de quedas. Porém, segundo os achados de Lastayo e outros (2017), por meio de intervenções terapêuticas e de exercícios específicos, essa condição pode se tornar reversível, promovendo a redução das ocorrências de quedas.

No presente estudo, identificou-se durante a pesquisa de campo que 18% (9 casos) dos idosos vitimados por queda (50 casos) apresentaram registro de hálito etílico evidente durante o atendimento. A ingestão excessiva de bebida alcoólica é outro fator que representa riscos de queda aos idosos e, da mesma forma, à saúde em qualquer grupo etário. Entretanto, na primeira, o risco de cair após o uso de bebidas etílicas torna-se mais intenso, em decorrência da associação das alterações fisiológicas do envelhecimento com o uso abusivo dessas substâncias. Amaro e outros (2008) sugerem que os eventos de queda em idosos, quando agregados ao uso de bebida alcoólica, resultam em lesões mais graves.

O acidente de trânsito é outra causa de morte da população idosa que precisa da atenção das autoridades públicas. Identificamos nesse estudo que 16% (10 casos) dos atendimentos aos idosos vitimados por acidentes e violências foram frutos desses episódios. Esses dados são inferiores ao exposto por Barros e outros (2013) ao analisarem a assistência prestada aos idosos por um serviço de APH Móvel no município de João Pessoa - PB, onde a frequência dos acidentes de trânsito no indivíduo idoso traumatizado representou 24%, sendo estratificados em atropelamentos (15% dos acidentes de trânsito) e acidentes automobilísticos (9% dos acidentes de trânsito).

Em harmonia com Barros e outros (2013), Freitas e outros (2015) identificam o atropelamento como o acontecimento mais frequente entre os acidentes de trânsito envolvendo idosos. O presente estudo segue em consonância com os autores supracitados, pois foi identificado que os eventos referenciados foram responsáveis por 60% (6 casos) dos atendimentos a idosos que sofreram lesões por acidentes de trânsito, divididos igualmente entre os gêneros.

O equilíbrio entre os gêneros não verificado nesse estudo quando o assunto foi a violência. As duas vítimas de atos violentos registrados nos boletins de ocorrência do serviço de APH estudadas foram do sexo masculino e os mecanismos de lesão utilizados foram a arma branca e a arma de fogo, sendo que essa última apresentou óbito no local da ocorrência. Não foi identificado nenhum outro tipo de agressão, o que nos conduz à reflexão sobre a existência de casos de violências camuflados entre os outros tipos de eventos. Assim, mantemo-nos em consonância com a teoria de Grossi e outros (2007), de que os casos de violências que ocorrem no âmbito domiciliar podem permanecer ocultos e disfarçados ~~como~~, por exemplo, uma queda.

Por outro lado, o presente estudo está em discordância com os achados apresentados por Grossi e outros (2007) durante análise dos registros do Relatório de Notificação Individual de Acidentes e Violências (RINAV) no município de Guaíba/RS. Na ocasião, identificou-se que 82% dos casos de violências contra idosos, entre os meses de janeiro e setembro de 2007, foram exercidos contra a mulher idosa, estando, assim, bem distante da realidade encontrada nos registros dos atendimentos realizados pelo serviço de APH do Espírito Santo, que não apresentou nenhum registro de violência contra a mulher idosa, fortalecendo a teoria de que esses eventos são ocultados ou disfarçados.

As equipes de intervenção do serviço de APH da Região Metropolitana do Espírito Santo são classificadas como: Unidade de Suporte Básico (USB), tripulada por dois profissionais, um técnico em enfermagem e um motorista socorrista; Unidade de Suporte Avançado (USA), composta por três profissionais, um médico, um enfermeiro e um motorista socorrista; Motolância, cujo deslocamento era realizado

por meio de duas motocicletas conduzidas por um enfermeiro e um técnico em enfermagem; e a equipe de Suporte Aeromédico que tripulava um helicóptero quando julgado necessário pela regulação médica, sendo composta por um médico e um enfermeiro.

A escolha do recurso a ser enviado para o atendimento de cada solicitação é realizada por meio da regulação médica, na qual um médico regulador faz uma triagem por protocolos pré-estabelecidos para presumir uma gravidade do paciente referido e, assim, encaminhar a equipe que melhor se adequar às necessidades da vítima.

Para a realização dos atendimentos às solicitações de socorro para idosos que sofreram algum tipo de violência ou acidente foi enviada a equipe da USB em 97% (60 casos) dos atendimentos e em 3% (2 casos) o recurso julgado necessário foi a USA. No estudo de Barros e outros (2013) os resultados foram equivalentes, sendo 94% dos atendimentos prestados a idosos vítimas de acidentes e violências, realizados pela USB e apenas 6% pela USA.

Após a realização da avaliação e intervenções possíveis no local do evento, a equipe de intervenção do serviço de APH, quando necessário, encaminha a vítima para um serviço hospitalar sob orientação do médico regulador. Identificamos nesse estudo que 92% (57 casos) dos pacientes atendidos por violências e acidentes foram encaminhados para uma instituição de saúde, 3% (2 casos) foram liberados no local, outros 3% (2 casos) recusaram atendimento e 2% (1 caso) apresentou óbito no local do evento.

Ao identificar os tipos de agravos à saúde da população idosa relacionados aos acidentes e às violências e os profissionais que atuam diretamente na assistência durante o período agudo da emergência, estamos em consonância com Barros e outros (2013) ao afirmarmos que com esses dados podemos acompanhar o desenvolvimento desses eventos sobre a população idosa, permitindo a adoção de estratégias de prevenção e controle, além de auxiliar no preparo dos profissionais para identificar casos de violência e lidar com mais especificidade diante desses episódios.

Conclusão

Por décadas os casos de violências e acidentes vêm configurando um problema social de grande relevância e mantendo um movimento de ascensão estatística contínuo. Associado a essa crescente incidência, tem ocorrido uma transição demográfica com o aumento significante da proporção dos idosos na população brasileira.

A associação desses dois fenômenos tem apresentado um crescimento na incidência dos eventos relacionados aos acidentes e às violências sobre esses indivíduos nos últimos anos, em especial nos anciões, com 80 anos ou mais.

Observou-se que a queda foi a principal causa de agravo à saúde do idoso atendido pelo SAMU 192 do Espírito Santo, e apesar dos idosos contemporâneos apresentarem melhores condições físicas quando comparados aos idosos de outros tempos, as alterações fisiológicas comuns ao processo de envelhecimento ainda

desfavorecem um deslocamento seguro, seja no ambiente domiciliar ou mesmo nas vias públicas, exigindo a estruturação adequada desses ambientes para prevenção das quedas e promoção da saúde da pessoa idosa.

Tais medidas são de grande relevância, considerando que a população idosa apresenta um potencial de recuperação inferior aos indivíduos mais jovens, culminando em uma permanência maior durante as internações hospitalares quando vitimados por acidentes e violências, sendo expostos a riscos de complicações como infecções hospitalares. Por vezes, essas lesões resultam em uma condição de invalidez do idoso.

O atendimento precoce ao idoso vitimado por acidentes e violências é extremamente importante para uma melhor recuperação, sendo de responsabilidade do SAMU 192 a resposta adequada e oportuna a esses pacientes na Região Metropolitana do estado do Espírito Santo.

Entre os atendimentos realizados por esse serviço, foi identificada uma frequência muito elevada das quedas em relação aos outros tipos de eventos na população idosa. A fonte de dados utilizada não permitiu identificar a causa que desencadeou o evento, mas, com os levantamentos realizados na literatura, acredita-se que está relacionado ao ambiente domiciliar inadequado, uso de medicamentos, alterações fisiológicas comuns ao período da vida, como a diminuição da acuidade visual, redução da força e do equilíbrio. Entretanto, não se pode descartar a possibilidade de violência doméstica nesses episódios, considerando o fato de que grande parte dos atos violentos fica no anonimato ou é camuflado pela família, passando-se por outros eventos acidentais, como quedas.

Observa-se uma maior fragilidade para a autoproteção desses indivíduos, em consequência da redução da força e agilidade, exprimindo uma condição de maior vulnerabilidade aos eventos violentos quando comparados com pessoas mais jovens.

A instituição de políticas públicas com foco na orientação, prevenção e promoção de ambientes saudáveis, atividades físicas específicas para a idade e atividades para o desenvolvimento da acuidade mental, de forma acessível ao idoso, terá um impacto positivo sobre a redução das quedas no indivíduo idoso.

Não foi identificado nenhum registro de violência contra a mulher, no entanto, não é possível afirmar que isso é uma realidade na região estudada, visto que além da prática de ocultação de casos de violências sobre idosos, outros estudos apontam uma alta prevalência de violência contra a mulher.

O treinamento dos profissionais que atuam nos serviços de APH com foco na assistência ao paciente idoso é pertinente, pois um atendimento qualificado implica redução de custos e melhor prognóstico para a vítima. Ademais, um profissional bem instruído teria um olhar mais acurado para identificar sinais de abuso e violência, tanto pelas características das lesões encontradas nas vítimas quanto nos indícios deixados no ambiente.

As estratégias educativas para a prevenção das quedas e promoção à saúde do idoso precisam ser intensificadas, assim como a reestruturação física dos ambientes domiciliares e das vias públicas por onde transitam essas pessoas.

Referências

ALBUQUERQUE, V. S. **Violência sob o olhar e o agir de quem socorre: representações dos profissionais do atendimento pré-hospitalar de urgência e emergência.** 2010. 195 f. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro, 2010.

AMARO, F. A. B. et al. Análise da incidência de quedas e fraturas nos idosos etilistas. **Revista Terapia Manual**. Goiás. v, 6. n, 27, p. 254 – 8, 2008.

BARROS, M. A. A; et al. Características dos agravos e da assistência prestada aos idosos em um serviço pré-hospitalar móvel. **Rev. Enfermagem**. Rio de Janeiro. v. 21, n. 1, p. 569-74, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS/SIM**: estatísticas vitais: mortalidade – 1979-1995, pela CID9. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe? sim/cnv/obt09uf.def>. Acesso em: 24 jan. 2018a.

_____. _____. **DATASUS/SIM**: estatísticas vitais: mortalidade – 1996-2015, pela CID10. Disponível em: < http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ deftohtm.exe? sim/cnv/ obt10uf.def>. Acesso em: 24 jan. 2018b.

_____. _____. **DATASUS/SIM**: População residente por Unidade da Federação segundo Município. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?novapop/cnv/popbr.def>. Acesso em: 18 mar. 2018c.

_____._____. **Regulação Médica das Urgências**. Brasília, DF: Departamento de Atenção Especializada, 2006**.**

CAVALCANTE, A. L. P.; AGUIAR, J. B.; GURGEL, L. A. Fatores associados a quedas em idosos residentes em um bairro de Fortaleza, Ceará. **Rev Bras Geriatr Gerontol**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 137-46, 2012.

COUTINHO, E. S. F.; SILVA, S. D. Uso de medicamentos como fator de risco para fratura grave decorrente de queda em idosos. **Cad Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.18, n. 5, p. 1359-66, 2002.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. **Indicadores de saúde**, 2014,

FREITAS, M. G. et al. Elderly patients attended in emergency health services in Brazil: a study for victims of falls and traffic accidents. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de janeiro, v. 20, n. 3, p. 701-12, 2 015.

GARCIA FILHO, C.; SAMPAIO, J. J. C. Interfaces entre a história da violência e a constituição do território do Ceará: um esforço de síntese e periodização. **Saúde Social**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 1209-21, 2014.

GENTILLI, R. M. L. Transformações societárias recentes e as raízes da violência atual. In: GENTILLI, R. M. L.; COELHO, M. C. R. **Investigações sobre violência e sociabilidade**: desafios transdisciplinares. São Paulo: Veras, 2015. P. 19-40.

GROSSI, P. K., et al. Rompendo o silêncio: violências e acidentes com idosos no município de Guaíba/RS. In: Ser Social: Revista do Programa de pós-graduação em Política Social / Universidade de Brasília. Departamento de Serviço Social. v. 1, n. 1, Brasília, Ser Social UnB, 2007.

HEYDARI-KHAYAT, N. et al. Correlation of Revised Trauma Score with mortality rate of traumatic pacients within the first 24 hours of hospitalization. Zahedan. **J Res Med Sci**; Isfahan, v. 16, n. 11, p. 33-6, Nov. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional por amostragem de domicílios**: Síntese de indicadores 2015. Rio de Janeiro: IBGE, 2016.

LASTAYO P; et al. Eccentric versus traditional resistance exercise for older adult fallers in the community: a randomized trial within a multi-component fall reduction program**. BMC Geriatrics**. 2017; 17:149.

MELLO, A. L. S. F.; MOYSÉS, S. J. Análise diagnóstica do atendimento pré-hospitalar para acidentes e violências contra idosos em Curitiba (PR, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, p. 2709 – 18, 2010.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 7 – 32, 1999.

MINAYO, M. C. S. The inclusion of violence in the health agenda: historical trajectory. **Ciências & Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 11 (Sup), p. 1259 – 1267, 2007.

MINAYO, M. C. S. Seis características das mortes violentas no Brasil. **Rev Bras Estud Popul**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 135-40, 2009.

NAKAGAWA H.B. et al. Postural balance and functional independence of elderly people according to gender and age: cross-sectional study. **Sao Paulo Med Journal.** São Paulo, v. 135, n. 3, p. 260-5, 2017.

SMARZARO, D. C. **A informação sobre mortes por causas externas: estudo do preenchimento da causa básica de óbito em um serviço de medicina legal no Espírito Santo 2000 - 2002. 2005.** 90f. Dissertação de Mestrado – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2005.

SOARES, A. M. Violência como fenômeno intrínseco à cultura política brasileira. **Sinais**, Vitória, ES, n. 18, p. 92-108, 2015.

SOUZA, K. T. S. et al. Idosos vítimas de acidentes de trânsito: aspectos epidemiológicos e impacto na sua vida cotidiana. **Acta Scientiarum Health Sciences**, Maringá, v. 25, n. 1, p. 19-25, 2003.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 43, n. 3, p. 548-54, 2009.

CAPÍTULO 5

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência é uma prática presente nas relações humanas desde os tempos mais remotos, caracterizada pela ação de uma pessoa ou grupo que promove prejuízo sobre elementos físicos, psicológicos ou espirituais sobre o outro. Deste modo, é usada como instrumento durante os conflitos interpessoais por disputa de poder, prestígio, território e, por muitas vezes, para demonstração e imposição da soberania.

A história do Brasil nos revela que desde a colonização do território do país, a violência é uma realidade que assombra a vida da sociedade com suas diversas faces de apresentação. Inicialmente, a principal vítima foi o povo nativo, denominado *índio* pelos coloni*zadores*, que os forçaram a trabalhar em prol dos povos europeus por meio da imposição da força física, sendo exterminadas as tribos que se contrariassem com tal imposição.

Mas essa não foi a única forma de violência empregada contra o povo nativo naquela ocasião, a violência sexual contra as mulheres indígenas foi outro exemplo de agressão exercida pelos colonizadores nos primórdios da história do Brasil.

Com o passar dos anos, outros grupos étnicos também foram submetidos a vários tipos de barbárie: os negros, os homossexuais, os desprovidos de recursos financeiros, as crianças, as mulheres e os idosos.

A violência perpetua-se na sociedade por intermédio de uma metamorfose contínua. Após muitos anos da sua imposição sobre grupos e indivíduos, no trabalho do campo, ela transcendeu barreiras para imigrar da zona rural para os centros urbanos durante o processo de industrialização, mudando a suas formas e características.

Com o problema de contingência em busca de novas oportunidades nas grandes metrópoles do país, a violência e os acidentes intensificaram-se. Parte desse resultado foi em consequência da luta pela sobrevivência daqueles que não obtiveram êxito, por meio de atos ilícitos. Sendo assim, restou a esses desprovidos

de sorte e recursos ocupar as regiões localizadas às margens das cidades, de forma desordenada e sob condições precárias para habitação, com restrição à educação e saúde, aos alimentos e vestuários, bem como às condições básicas para uma vida digna.

Devido à grande proporção adquirida a partir da década de 1980 e à magnitude que os acidentes e as violências passaram a exercer sobre a população, que por natureza seriam problemas relacionados às esferas de segurança pública e educação, tornaram-se um tema de grande relevância também para o setor da saúde pública.

Percebe-se que esses eventos acometem em maior escala a população que se encontra no ápice da produtividade econômica, sendo a principal causa de morte entre os indivíduos nas faixas compreendidas no intervalo de cinco e 39 anos, além de proporcionar afastamentos transitórios ou definitivos das atividades. Por esses motivos, o ônus financeiro que os acidentes e as violências ocorridos ~~na~~ com a população geral proporcionam para a sociedade é muito pesado, pois, além de representarem as principais causas de APVP, geram gastos para a previdência social, hospitalização, reabilitação, encarceramento, ações legais, entre outros.

Entretanto, os resultados da presente pesquisa revelam um novo cenário estatístico em relação aos grupos etários vitimados por esses eventos. Durante a análise dos dados obtidos do banco de dados do SIM/DATASUS, relacionando os óbitos por acidentes e violências ao ciclo de vida das vítimas numa série histórica entre os anos de 1979 e 2015, foram identificados dois picos de incidência. O primeiro e de maior intensidade ocorreu sobre a população etária contida entre 20 e 29 anos, sendo esse um evento comum durante todo período investigado. O segundo pico ocorreu sobre os anciões, com idade igual a 80 anos ou mais. Em contraste com o primeiro pico, esse evento só foi observado nos idosos com 80 anos ou mais a partir do ano de 2009, tornando-se mais evidente em 2015.

Atualmente, a população idosa apresenta uma participação mais ativa na sociedade e uma proporção importante desse grupo ainda exerce alguma atividade econômica. Deste modo, está mais sujeita a violências e acidentes pelas limitações físicas e

neurológicas. Associado a isso, observa-se que as consequências desses eventos são mais trágicas, pois, além de sua aptidão funcional ser reduzida, a capacidade de recuperação e reabilitação é inferior quando comparada aos demais grupos etários.

Diante da eminência de acidentes e violências, foi necessária uma mobilização no intuito de diminuir a morbidade e mortalidade por esses eventos, culminando na instituição da PNRMAV, mediante a qual foi estabelecido um conjunto de ações articuladas por diversas entidades de maneira sistematizada.

Entre as ações instauradas por esta política, estavam a sistematização, ampliação e consolidação do APH no Brasil, que começou a se tornar realidade com a implantação do SAMU 192.

O SAMU 192 tem uma função de grande importância na assistência às vítimas de acidentes e violências, considerando que o quanto antes forem iniciadas as manobras para manutenção da vida do paciente gravemente ferido, maiores serão as chances de sobrevida.

Entretanto, por si só esse tipo de atendimento não é suficiente para garantir que os objetivos propostos pela referida portaria sejam atingidos. Faz-se necessário que as demais diretrizes estabelecidas sejam bem exploradas, de modo que as ações não sejam tomadas apenas no momento em que o evento ocorre, mas durante todo o processo, em especial sobre os aspectos relacionados à promoção e prevenção.

No Espírito Santo, o SAMU 192 foi instituído oficialmente em 2006, com uma área de abrangência composta por seis municípios. A partir de então, tem evoluído em diversos aspectos. No que tange à extensão territorial de cobertura, no ano de 2015 havia 22 municípios assistidos pelo serviço.

Os idosos representam mais de um terço dos pacientes atendidos pelo SAMU 192 no estado do Espírito Santo por agravos à saúde. Uma grande proporção desse grupo foi vitimada por eventos que envolvem os acidentes e as violências, com destaque especial para as quedas, sendo os homens com idade entre 60 e 79 anos o grupo mais acometido.

Outros fenômenos relacionados aos acidentes e às violências também apresentam uma grande relevância para a saúde da pessoa idosa. No presente estudo, identificou-se que os acidentes de transporte e as agressões são episódios frequentes nesse grupo.

Observou-se, ainda, uma frequência importante do registo de hálito etílico nos idosos que sofreram algum tipo de queda e estaremos dando continuidade no desenvolvimento desse estudo para tentarmos elucidar os motivos que incitam essa prática social nesse grupo etário.

CAPÍTULO 6

REFERÊNCIAS

ABEL, E. Patient Dumping in New York City, 1877–1917. **Am J Public Health**, New York, v. 101, n. 5, p. 789-95, May 2011.

ALBUQUERQUE, V. S. **Violência sob o olhar e o agir de quem socorre: representações dos profissionais do atendimento pré-hospitalar de urgência e emergência.** 2010. 195 f. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro, 2010.

ALOCHIO, A. C. A. **Análise das internações por causas externas no estado do Espírito Santo**. 2011. 102 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2011.

ANDRADE, S. S. C. A.; MELO-JORGE, M. H. P. Mortalidade e anos potenciais de vida perdidos por acidentes de transporte no Brasil, 2013. **Rev Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 50, p. 50-9, 2016.

AZEVEDO, T. M. V. E. **Atendimento pré-hospitalar na prefeitura do município de São Paulo**: análise do processo de capacitação das equipes multiprofissionais fundamentada na promoção da saúde. 2002. 98 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2002.

BARBOSA, B. R. et al. Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. **Ciên Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3317-25, 2014.

BARCELLOS, C.; ZALUAR, A. homicides and territorial struggles in Rio de Janeiro favelas. **Rev Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 48, n. 1, p. 94-102, 2014.

BARROS, M. A. A. et al. Características dos agravos e assistência prestada aos idosos em um serviço pré-hospitalar móvel. **Rev Enferm** UFRJ, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 569-74, 2013.

BÍBLIA. Português. **Bíblia Sagrada**. Traduzida por João Ferreira de Almeida. São Paulo: Sociedade Bíblica do Brasil, 1995.

BONN, M. **Motolâncias atenderam a 200 ocorrências em quase dois meses de funcionamento**. Texto disponibilizado em 29 set. 2011. In: Portal da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. Disponível em: < http://saude.es.gov.br/ motolancias-atenderam-a-200-ocorrencias-em-qu >. Acesso em: 19 jan. 2018.

BRASIL. Decreto n° 5.055 de 27 de abril de 2004. Institui o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192, em municípios e regiões do território brasileiro, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 de abril de 2004.

_____. Decreto nº 27.664 de 30 de dezembro de 1949. Regula o Serviço de

Assistência Médica Domiciliar e de Urgência da Previdência Social. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 set. 1949. Seção 1, p. 18060.

_____. **Lei n° 9.503 de 23 de setembro de 1997**. Institui o Código de Trânsito Brasileiro. 1997. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/sileg/ integras/ 400848.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2018.

_____. Lei n° 10.741 de 1° de maio de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, 3 out. 2003b.

_____. Portaria nº 737 de 16 de maio de 2001. Aprova a política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 18 maio 2001. Seção 1, p. 1-8.

_____. Portaria n° 824 de 24 de junho de 1999. Aprova o texto de normatização de atendimento pré-hospitalar. **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, 25 jun. 1999.

_____. Portaria n° 1.010, de 21 de maio de 2012. Redefine as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências. **Diário Oficial da União.** Brasília, 22 mai. 2012. Seção 1, p. 87-90.

_____. Portaria n° 1.600 de 07 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 08 jun. 2011. Seção 1.

_____. Portaria n°. 1.692 de 14 de setembro de 1995. Institui o Índice de Valorização Hospitalar de Emergência (IVH-E). **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 18 set. 1995.

_____. Portaria n° 1.863 de 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitando as competências das três esferas de gestão. **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, 6 out. 2003a. Seção 1, p. 56.

_____. Portaria n° 2.048 de 05 de novembro de 2002. Regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, 12 nov. 2002. Seção 1, p. 118.

_____. Portaria n.º 2.923, de 9 de junho de 1998. Institui o programa de apoio à implantação dos sistemas estaduais de referência hospitalar para atendimento de urgência e emergência. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 15 jun. 1998.

_____. Portaria n° 2.971 de 08 de dezembro de 2008. Institui o veículo motocicleta-motolância como integrante da frota de intervenção do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em toda a Rede SAMU 192 e define critérios técnicos para sua utilização. **Diário Oficial da União.** Brasília, 9 dez. 2008. Seção 1, p. 69-70.

_____. Portaria GM n° 1.864 de 29 de setembro de 2003. Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio

da implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo território brasileiro: SAMU 192-192. **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, 6 out. 2003c. Seção 1, p. 57-59.

_____. Ministério da Saúde. **DATASUS/SIM**: estatísticas vitais: mortalidade – 1979-1995, pela CID9. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt09uf.def>. Acesso em: 24 jan. 2018a.

_____. _____. **DATASUS/SIM**: estatísticas vitais: mortalidade – 1996-2015, pela CID10. Disponível em: < http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ deftohtm.exe?sim/cnv/ obt10uf.def>. Acesso em: 24 jan. 2018b.

_____. _____. **DATASUS/SIM**: população residente no Espírito Santo, segundo município - 2005. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popES.def>. Acesso em: 02 fev 2018c.

_____. _____. **Manual instrutivo da rede de atenção às urgências e emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

_____. _____. **Política nacional de atenção às urgências**. Brasília, DF: Secretaria de Atenção à Saúde, 2003d.

_____._____. **Regulação médica das urgências**. Brasília, DF: Departamento de Atenção Especializada, 2006**.**

BRUNTON, L. L. et al. **Goodman & Gilman**: manual de farmacologia e terapêutica. Porto Alegre, AMGH, 2010.

CAMPINAS. **História**: SAMU 192 Campinas – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Disponível em: <http://www.saude.campinas.sp.gov.br/unidades/SAMU 192/ SAMU 192_hist.htm>. Acesso em: 24 jan. 2018.

CANO, W. Crise e industrialização no Brasil entre 1929 e1954: a reconstrução do Estado Nacional e a política nacional de desenvolvimento. **Rev Econ Política**, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 444-60, 2015.

CAVALCANTE, A. L. P.; AGUIAR, J. B.; GURGEL, L. A. Fatores associados a quedas em idosos residentes em um bairro de Fortaleza, Ceará. **Rev Bras Geriatr Gerontol**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 137-46, 2012.

CHAMPION H. R. et al. A revision of Trauma Score. **J Trauma,** Baltimore, v. 29, n. 5, p. 623-9, 1989.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). Resolução n° 1451 de 10 de março de 1995. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 17 mar. 1995. Seção 1, p. 3666.

_____. Resolução n° 1.529 de 28 de agosto de 1998. **Diário Oficial da União**, Brasília, 4 set. 1998. Seção 1, p. 69.

_____. Resolução n° 1.643 de 26 de agosto de 2002. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 ago. 2002. Seção 1, p. 205.

COUTINHO, E. S. F.; SILVA, S. D. Uso de medicamentos como fator de risco para fratura grave decorrente de queda em idosos. **Cad Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.18, n. 5, p. 1359-66, 2002.

DALVI, B. **Motolâncias param de funcionar no Espírito Santo, diz governo**. Texto disponibilizado em 03 de outubro de 2016. In: Portal G1. Disponível em: <http://g1.globo.com/espirito-santo/noticia/2016/10/motolancias-param-de-funcionar-no-espirito-santo-diz-governo.html>. Acesso em: 19 jan. 2018.

DESLANDES, S. F.; SILVA, C. M. F. P.; UGÁ, M. A. D. O custo do atendimento emergencial às vítimas de violências em dois hospitais do Rio de Janeiro. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 287-99, 1998.

DRUMOND JUNIOR, M.; BARROS, M. B. A. Desigualdades socioespaciais na mortalidade do adulto no município de São Paulo. **Rev Brasileira Epidemiol**, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 34-49, 1999.

ESPÍRITO SANTO. Lei Complementar n° 204 de 21 de junho de 2001. Institui a Região Metropolitana da Grande Vitória. **Diário Oficial**. Espírito Santo, 22 jun. 2001.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano diretor da regionalização da saúde - PDR**. Vitória, ES, SESA, 2011.

_____. _____. **Plano Estadual de Saúde – 2012-2015**. Vitória, ES, SESA, 2012.

_____. _____. **Indicadores de saúde**: Espírito Santo 2014. Vitória, ES: SESA, 2016a.

_____. _____. Edital 01/2016. Convocação pública para parceria com organização social de saúde. **Diário Oficial dos Poderes do Estado**. Vitória, ES, 21 set. 2016b.

FEITOZA, J. **Escravidão no Brasil**: introdução e escravidão indígena. Disponível em:< http://conectados-in-historia.blogspot.com.br/2015/10/escravidao-no-brasil-introducao-e.htm>. Acesso em: 10 out. 2016.

FERNANDES, R. J. **Caracterização da atenção pré-hospitalar móvel da secretaria da saúde do município de Ribeirão Preto**. 2004. 101 f. Dissertação (Mestrado em enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2004.

FORNAZIER, A. et al. **SAMU 192 passa a funcionar na Região Serrana e beneficia 65.779 pessoas.** Texto disponibilizado em 5 jul. 2010. In: Portal da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. Disponível em: http://saude.es.gov.br/SAMU 192-192-passa-a-funcionar-na-regiao-serrana. Acesso em: 10 out. 2016.

GARCIA FILHO, C.; SAMPAIO, J. J. C. Interfaces entre a história da violência e a constituição do território do Ceará: um esforço de síntese e periodização. **Saúde Social**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 1209-21, 2014.

GAWRYSZEWSKI, V. P.; COSTA, L. S. Homicídios e desigualdades sociais no município de São Paulo. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 191-7, 2005.

GENTILLI, R. M. L; TRIGILHO, S. M. Violência e a destrutividade da sociedade do capital: consequências para as políticas públicas. **Rev Políticas Públicas**, São Luís, v. 18, n. 2, p. 523-34, 2014.

GENTILLI, R. M. L. Transformações societárias recentes e as raízes da violência atual. In: GENTILLI, R. M. L.; COELHO, M. C. R. **Investigações sobre violência e sociabilidade**: desafios transdisciplinares. São Paulo: Veras, 2015. P. 19-40

GÓMEZ, J. L. S.; FERNÁNDEZ, J. L. P. Henry Dunant y el Movimiento Internacional de la Cruz Roja. **Rev Cubana Med Gen Integr**, Havana, v. 13, n. 2, p. 195-8, abr. 1997.

GUSMÃO FILHO. F. A. R. **Análise de implantação da política de qualificação da atenção à saúde do sistema único de saúde Política Qualisus – em três hospitais do município do Recife**. 2008. 181 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Ageu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2008.

HEYDARI-KHAYAT, N. et al. Correlation of Revised Trauma Score with mortality rate of traumatic pacients within the first 24 hours of hospitalization. Zahedan. **J Res Med Sci**; Isfahan, v. 16, n. 11, p. 33-6, Nov. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional por amostragem de domicílios**: Síntese de indicadores 2015. Rio de Janeiro: IBGE, 2016.

INSTITUTO JONES DOS SANTOS NEVES. **Síntese dos indicadores sociais do Espírito Santo**: PNAD 2015. Vitória: ES: IJSN, 2016.

MACIEL, P. R.; SOUZA, M. R.; ROSSO, C. F. W. Estudo descritivo do perfil das vítimas com ferimentos por projéteis de arma de Fogo e dos custos assistenciais em um hospital da Rede Viva Sentinela. **Epidemiol Serv Saúde**. Brasília: DF, v. 25, n. 3, p. 607-16, jul./set. 2016.

MARQUES, E. C. Equipamentos de saneamento e desigualdades no espaço metropolitano do Rio de Janeiro. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 181-93, 1996.

MARTINS, C. B. G.; JORGE, M. H. P. M. Maus-tratos infantis: um resgate da história e das políticas de proteção. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 423-8, 2010.

MARTINS, P. P. S.; PRADO, M. L. Enfermagem e serviço de atendimento Pré-Hospitalar: descaminhos e perspectiva. **Rev Bras Enferm**. Brasília, DF, v. 56, n. 1, p. 71-75, 2003.

MINAYO, M. C. S. Violência contra idosos: relevância para um velho problema. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 783-91, 2003.

MINAYO, M. C. S. The inclusion of violence in the health agenda: historical trajectory. **Ciên Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11 (Sup), p. 1259-67, 2007.

MINAYO, M. C. S. Seis características das mortes violentas no Brasil. **Rev Bras Estud Popul**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 135-40, 2009.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. Análise da implantação do sistema de atendimento pré-hospitalar móvel em cinco capitais brasileiras. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 1877-86, 2008.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. Análise da implantação da rede de atenção às vítimas de acidentes e violências segundo diretrizes da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por acidentes Violência. **Ciên Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, p. 1641-9, 2009.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. **Ciên Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 7-32, 1999.

MOROT, A. N. **The good samaritan**. 1880. Disponível em: <https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Aime-Morot-Le-bon-Samaritain.JPG>. Acesso em: 18 jan 2018.

NJAINE, K. et al. A produção da (des)informação sobre violência: análise de uma prática discriminatória. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 405-14, 1997.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Violência y salud***:* resolución no XIX. Washington: OPS, 1994.

ORTIGA, A. M. B. **Avaliação do serviço de atendimento móvel de urgência em Santa Catarina**. 2014. 241 f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva Universidade, Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

O'DWYER, G.; MATTA, I. E. A.; PEPE, V. L. E. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do estado do Rio de Janeiro. **Ciênc Saúde Colet**iva, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1637-48, 2008.

RAMOS, V. O.; SANNA, M. C. A inserção da enfermeira no atendimento Pré-Hospitalar: histórico e perspectivas atuais. **Rev Bras Enferm**. Brasília, DF, v. 58, n. 3, p. 355-60, 2005.

RASSLAN, S.; BIROLINI, D. O trauma como modelo de doença. **Rev Col Bras Cir**. Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. III, out. 1998.

RESGUARDO, M. Av. **Rio Branco, inauguração do SANDU, década de 1960 (arquivo doado à Maria do Resguardo)**. 2010. Disponível em: <http://www.mariadoresguardo.com.br/2010/11/av-rio-branco-inauguracao-do-samdu.html>. Acesso em: 20 fev. 2018.

ROBERTSON-STEEL, I. Evolution of triage systems. **Emerg Med J**, England, v. 23, n. 2, p. 154-5, 2006.

SCHERER-WARREN, I. Movimentos sociais no Brasil contemporâneo. **Revista História: Debates e Tendências**, São José - RS, v. 7, n. 1, p. 9-21, 2008.

SILVA, E. A. C. et al. **Aspectos históricos da implantação de um serviço de atendimento pré-hospitalar**. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. v. 12, n. 3, p. 571-7, 2010. Disponível em:< http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i3.10555>. Acesso em: 26 ago 2016.

SMARZARO, D. C. **A informação sobre mortes por causas externas: estudo do preenchimento da causa básica de óbito em um serviço de medicina legal no Espírito Santo 2000 - 2002. 2005**. 90 f. Dissertação de Mestrado – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2005.

SOARES, A. M. Violência como fenômeno intrínseco à cultura política brasileira. **Sinais**, Vitória, ES, n. 18, p. 92-108, 2015.

SOARES FILHO, A. M; CORTEZ-ESCALANTE, J. J.; FRANÇA E. Revisão dos métodos de correção de óbitos e dimensões de qualidade da causa básica por acidentes e violências no Brasil. **Ciên Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 12, p. 3803-18, 2016.

SOUZA, K. T. S. et al. Idosos vítimas de acidentes de trânsito: aspectos epidemiológicos e impacto na sua vida cotidiana. **Acta Scientiarum Health Sciences**, Maringá, v. 25, n. 1, p. 19-25, 2003.

STOCH, R. **Guarapari vai contar com o serviço do SAMU 192.** Texto disponibilizado em2007. Disponível em: <http://saude.es.gov.br/guarapari-vai-contar-com-servico-do-SAMU 192-192>. Acesso em: 10 out 2016.

TALAROLLI JÚNIOR, R..; LOFFREDO, L. C. M. Mortalidade de idosos em município do Sudeste brasileiro de 2006 a 2011. **Ciên Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 975–94, 2014.

TENÓRIO, G.; SCÁRDUA, C. **Fórum de discussão das políticas às urgências e SAMU 192 reúne Governo e municípios.** Texto disponibilizado em 18 out. 2005. In: Portal da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. Disponível em: www.saude.es.gov.br/forum-de-discussao-das-politicas-as-urgencias-2. Acesso em: 10 outubro 2016.

TENÓRIO, G.; SCÁRDUA, C.; BARBOSA, F. **SAMU 192 lançado oficialmente nesta segunda.** Texto disponibilizado em 13 fev. 2006a. In: Portal da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. Disponível em: <www.saude.es.gov.br/SAMU 192-192-lancado-oficialmente-nesta-segunda>. Acesso em: 10 out 2016.

TENÓRIO, G.; SCÁRDUA, C; BARBOSA, F. **SAMU 192 terá lançamento oficial nesta segunda (13).** Texto disponibilizado em 10 fev. 2006b. In: Portal da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. Disponível em**:** **<**http://saude.es.gov.br/SAMU 192-tera-lancamento-oficial-nesta-segunda-13>. Acesso em: 10 out 2016.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 43, n. 3, p. 548-54, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Guidelines for conducting community surveys on injuries and violence.** Geneva: WHO, 2004.

_____. Centro da OMS para classificação de doenças em português. Universidade de São Paulo. **Manual da classificação estatística internacional de doenças, lesões e causas de óbito**. 10ª Revisão. São Paulo, v. 1, 1993.

_____. **World health statistics 2014**: a wealth of information on global public health. Geneva: WHO, 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Formulário de Coleta de Dados

VITÓRIA GRAND TECH
Centro de Habilidades e Simulação Emescam

FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS

Grupo de Pesquisa em Urgência e Emergência

IDENTIFICAÇÃO

Número:_____
Nome:_____
Registro BO:_____
Data: ___/___/___

DADOS GERAIS

SEXO: ☐ Masculino ☐ Feminino
IDADE:_____Anos _____ meses
TIPO RECURSO: ☐ USB ☐ USA ☐ MOTO ☐ AEROMÉDICO ☐ USB/USA ☐ MOTO/USB ☐ MOTO/USA ☐ USA/USB ☐ MOTO/USB/USA
BAIRRO:_____
MUNICÍPIO:_____
PERÍODO/SOLICITAÇÃO: ☐ Manhã ☐ Tarde Noite
HORA/SOLICITAÇÃO:_____:_____Horas (24h)
DIA/SEMANA:_____

TIPO DE OCORRÊNCIA

TIPO: ☐ Clín Adulto ☐ Clín Ped ☐ Gineco/Obst ☐ Trauma ☐ Psiquiatria

CLÍNICO ADULTO

☐ Dor Torácica ☐ Dor Abdominal ☐ Hipoglicemia ☐ AVC ☐ PCR ☐ Dispnéia ☐ Crise Convulsiva ☐ Desmaio ☐ Febre ☐ Hemorragia Digestiva ☐ Queda do Estado Geral ☐ Outros:_____

CLÍNICO PEDIÁTRICO

☐ Dor ☐ PCR ☐ Dispnéia ☐ Crise Convulsiva ☐ Desmaio ☐ Febre ☐ Vômito ☐ Diarréia ☐ Vômito e Diarréia ☐ Outros:_____

GINECO-OBSTÉTRICO

☐ T. Parto ☐ Contr___/___min ☐ Bolsa Rota ☐ Parto Domiciliar ☐ Sangramento ☐ Aborto ☐ Dor Pélvica ☐ Gesta____Para_____Aborto_____

TRAUMA - MECANISMO

TIPO: ☐ Agressão ☐ Queda ☐ Ac trânsito ☐ Queimadura ☐ Afogamento
AGRESSÃO: ☐ F Arma de Fogo ☐ F Arma Branca ☐ Corporal
QUEDA: ☐ Próp Altura ☐ Altura <6 mt ☐ Altura >6 mt
AC TRÂNSITO: ☐ Atropelamento ☐ Colisão ☐ Queda de Veículo em Movimento
ATROPELAMENTO POR: ☐ Bicicleta ☐ Moto ☐ Carro ☐ Caminhão ☐ Ônibus
COLISÃO: ☐ Bicicleta ☐ Moto ☐ Carro ☐ Caminhão ☐ Ônibus
QUEDA DE VEÍC MOVIM: ☐ Bicicleta ☐ Moto ☐ Carro ☐ Caminhão ☐ Ônibus
QUEIMADURA - SUPERFÍCIE CORPÓREA:_____%
QUEIMADURA - PROFUN: ☐ 1°Grau ☐ 2°Grau ☐ 3°Grau
AFOGAMENTO: ☐ Rio/Lagoa ☐ Praia ☐ Piscina

TRAUMA - CONSEQUÊNCIAS

FERIMENTO: ☐ FAF ☐ FAB ☐ Escoriação ☐ Corto contuso ☐ Contusão ☐ Perfurante ☐ Amputação/Avulsão ☐ Múltiplos ☐ Outros_____
LOCAL: ☐ Crânio/Face ☐ Cervical ☐ Tórax ☐ Abdome ☐ MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Pelve ☐ Genital ☐ Períneo ☐ Dorso ☐ Múltipos
FRATURAS: ☐ Exposta ☐ Fechada
LOCAL: ☐ Crânio/Face ☐ Tórax ☐ MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Pelve ☐ Múltipos

PSIQUIÁTRICO

☐ Suicídio ☐ Agitação ☐ Auto-Agressão ☐ Agressividade ☐ Intoxicação

PARÂMETROS VITAIS

SINAIS VITAIS: PAS_____PAD_____FC_____FR_____ SAT. O2_____ TAX_____HGT_____ECG_____
HÁLITO ETÍLICO: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não Relatado
VIA AÉREA PERMEÁVEL: ☐ Sim ☐ Não
VIA AÉREA NÃO PERMEÁ: ☐ Secreção ☐ Corpo Estranho
RESPIRAÇÃO: ☐ Normal ☐ Alterada ☐ Ausente
CIRCULAÇÃO - PULSO: ☐ Carotídeo ☐ Radial ☐ Ausente
CIRCULAÇÃO - PELE: ☐ Normal ☐ Cianótica ☐ Pálida
CIRCULAÇÃO - HEMORRAGIA EXTERNA: ☐ Sim ☐ Não
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ☐ Alerta ☐ Responde Chamado ☐ Responde à Dor ☐ Não Responde

PROCEDIMENTOS REALIZADOS NO APH

REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS: ☐ Sim ☐ Não
VIA AÉREA: ☐ Oximetria ☐ Manobras Externas Desobst ☐ Oxigenoterapia ☐ Nebulização ☐ Cânula de Guedel ☐ Intubação Traqueal ☐ Cricotireoidectomia ☐ Ausente
RESPIRAÇÃO: ☐ Mecânica ☐ Toracocentese ☐ Drenagem Torácica ☐ Ausente
CIRCULAÇÃO: ☐ Cur Compressivo ☐ Monitor Cardíaco ☐ Eletrocardiogr ☐ RCP ☐ Desfibrilação ☐ Ausente
ACESSO VENOSO: ☐ Periférico ☐ Profundo ☐ Intra-Ósseo ☐ Flebotomia ☐ Ausente
IMOBILIZAÇÃO: ☐ Colar Cerv ☐ KED ☐ Prancha Longa ☐ Pelve ☐ Membros ☐ Ausente ☐ Não Especificado
MEDICAÇÃO: ☐ Sim ☐ Não NOME:_____
SOLUÇÃO CRISTALÓIDE: ☐ Sim ☐ Não

DESFECHO DA OCORRÊNCIA

TRANSPORTE PARA SERVIÇO DE SAÚDE: ☐ Sim ☐ Não
DESTINO DO PACIENTE: ☐ Unidade Básica ☐ PA ☐ UPA 24h ☐ HEUEM ☐ HSL ☐ HC ☐ HDDS ☐ HDJSN ☐ HABF ☐ HSCMV ☐ HUCAM ☐ HE ☐ H Privado ☐ IML ☐ SVO ☐ HINSG ☐ HIMABA ☐ Outro:_____
LIBERADO NO LOCAL: ☐ Sim ☐ Não
ÓBITO NO LOCAL: ☐ Sim ☐ Não
RECUSA DE TRANSPORTE: ☐ Sim ☐ Não

ANEXOS

ANEXO A – Boletim de Ocorrência do Atendimento Pré-Hospitalar

SAMU 192

262751

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DO ATENDIMENTO PRÉ HOSPITALAR

Nº	UN Nº	DATA / /	TIPO DE OCORRÊNCIA: ☐ Clínico Adulto ☐ Clínico Pediátrico ☐ Gineco Obstétrica ☐ Trauma ☐ Psiquiátrico

NOME DO PACIENTE ☐ M ☐ F ☐☐ ANOS

ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA

ACHADOS CLÍNICOS ADULTO

ESCALA DE GLASGOW

ABERTURA OCULAR: 4 Espontânea; 3 Verbal; 2 Dor; 1 ñ abre

RESPOSTA VERBAL: 5 Orientado; 4 Confuso; 3 Inapropriado; 2 Sons e Gemidos; 1 Nenhuma

RESPOSTA MOTORA: 6 Obedece comandos; 5 Localiza Dor; 4 Flexona s/ loc. dor; 3 Flexão Anormal à dor; 2 Extensão Anormal à dor; 1 Flácido

CAUSAS EXTERNAS

FERIMENTO	☐ F.A. F. ☐ F.A. B. ☐ ESCORIAÇÃO ☐ CORTO CONTUSO ☐ CONTUSÃO ☐ PERFURANTE ☐ FRATURA EXPOSTA ☐ FRATURA FECHADA ☐ AMPUTAÇÃO/AVULSÃO ☐ OUTROS _____
LOCAL	☐ CRÂNIO/FACE ☐ CERVICAL ☐ TÓRAX ☐ ABDOME ☐ MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ PELVE ☐ GENITAL ☐ PERÍNEO ☐ DORSO ☐ SUSPEITA TRM
QUEDA	_____(ALTURA) ☐ PRÓPRIA ALTURA ☐ DE VEÍCULO EM MOVIMENTO ESPECIFIQUE O VEÍCULO:
Pedestre Atropelado	☐ POR BICICLETA ☐ POR MOTO ☐ POR AUTOMÓVEL ☐ POR CAMINHÃO ☐ POR ÔNIBUS ☐ VEÍCULO NÃO IDENTIFICADO
COLISÃO	☐ COND. BICICLETA ☐ COND. MOTO ☐ COND. AUTOMÓVEL ☐ COND. CAMINHÃO ☐ COND. ÔNIBUS COLISÃO COM:
QUEIMADURA	_____ %SC _____ GRAU ESPECIFIQUE ÁREA E TIPO:
AFOGAMENTO	☐ ÁGUA DOCE ☐ ÁGUA SALGADA ☐ APOIO CB

ACHADOS CLÍNICOS PEDIÁTRICOS

ESCALA DE GLASGOW

ABERTURA OCULAR: 4 Espontânea; 3 Verbal; 2 Dor; 1 ñ abre

RESPOSTA VERBAL: 5 Balbucia; 4 Choro irritado; 3 Chora à Dor; 2 Gemido Dor; 1 Nenhuma

RESPOSTA MOTORA: 6 Obedece comandos; 5 Retira ao toque; 4 Retirar à dor; 3 Flexão s/ loc dor; 2 Flexão anormal; 1 Flácido

CASO GINECO/OBSTÉTRICO

☐ TRABALHO DE PARTO ☐ CONTRAÇÕES ____/____ MIN ☐ BOLSA ROTA ☐ PARTO DOMICILIAR ☐ SANGRAMENTO ☐ ABORTO ☐ DOR PELVICA GESTA____ PARA ____ ABORTO____

CASO PSIQUIÁTRICO

☐ SUICÍDIO ☐ AGITAÇÃO ☐ AUTO-AGRESSÃO ☐ AGRESSIVIDADE ☐ INTOXICAÇÃO POR:

AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

SINAIS VITAIS					
	P.A. mmHg		**F.C. b.p.m.**	**F.R.r.p.m.**	**Sat. O² %**
	T. Axilar °C		**HGT**	**Escala de Glasgow**	

VIA AÉREA	RESPIRAÇÃO	CIRCULAÇÃO		NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
☐ PERMEÁVEL	☐ NORMAL	☐ PULSO CAROTÍDEO	COLORAÇÃO:	☐ ALERTA
☐ NÃO PERMEÁVEL	☐ ALTERADA	☐ PULSO RADIAL	☐ NORMAL	☐ VERBAL
☐ SECREÇÃO	☐ AUSENTE	☐ PULSO AUSENTE	☐ CIANÓTICO	☐ DOR
☐ CORPOS ESTRANHOS		☐ HEMORRAGIA	☐ PÁLIDO	☐ NÃO RESPONDE

PROCEDIMENTOS

VIA AÉREA	VENTILAÇÃO	CIRCULAÇÃO
☐ Manobras externas de desobstrução	☐ ESPONTÂNEA	☐ CURATIVO COMPRESSIVO
☐ Máscara de oxigênio	☐ RESPIRADOR FiO²_____	☐ MONITORIZAÇÃO CARDÍACA
☐ Nebulização	OXIMETRIA_____ %	☐ ELETROCARDIOGRAMA
☐ Cânula de Guedel	F.R._____	☐ MASSAGEM CARDÍACA
☐ Entubação oro-traqueal	☐ TORACOCENTESE	☐ MARCA-PASSO
☐ Entubação Naso-traqueal	☐ DRENAGEM DE TÓRAX	☐ DESFIBRILAÇÃO
☐ Cricotireoidostomia		☐ OXIMETRIA DE PULSO
☐ OUTROS.		☐ OUTROS._____

VIA DE ACESSO	☐ PERIFÉRICA	☐ PROFUNDA	☐ INTRA-ÓSSEA	☐ FLEBOTOMIA			
IMOBILIZAÇÃO	☐ COLAR CERVICAL	☐ KED	☐ PRANCHA LONGA	☐ PELVE	☐ MsSs	☐ Msis	

OUTROS PROCEDIMENTOS/MEDICAÇÃO:

INTERCORRÊNCIA NO TRANSPORTE	☐ SIM ☐ NÃO QUAL:
ÓBITO ☐ SIM ☐ NÃO	☐ No Local ☐ No Transporte ☐ Ignorado ENCAMINHAMENTO:

MÉDICO (A):	**ENFERMEIRO (A):**
TÉCNICO(A) DE ENFERMAGEM:	**CONDUTOR:**

PERTENCES DO PACIENTE			
LOCAL DEIXADO		**NOME DO RECEPTOR**	
FUNÇÃO DO RECEPTOR		**ASSINATURA**	

TERMO DE RECUSA: Eu_____ **portador de RG nº** _____, **resuso o atendimento prestado pelo SAMU eximindo-o de qualquer responsabilidade legal pelos danos causados.**_____

1a Via SAMU/Regulação 2a Via Serviço Receptor (USAR CANETA AZUL OU PRETA - LETRA LEGÍVEL)

ANEXO B – Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: ESTUDO DO SAMU 192 NA REGIÃO METROPOLITANA DO ESPÍRITO SANTO

Pesquisador: CAIO DUARTE NETO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 58551716.3.0000.5065

Instituição Proponente: Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória -

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.748.503

Apresentação do Projeto:

Título da Pesquisa: REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: ESTUDO DO SAMU 192 NA REGIÃO METROPOLITANA DO ESPÍRITO SANTO

Pesquisador Responsável: CAIO DUARTE NETO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 58551716.3.0000.5065

Submetido em: 05/09/2016

Instituição Proponente: Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM

Situação da Versão do Projeto: Em relatoria

Localização atual da Versão do Projeto: Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Propõe-se um estudo observacional retrospectivo realizado na

Central de Regulação do SAMU 192 ES, com análise transversal dos atendimentos de pacientes agudamente enfermos, na faixa etária de 5 a 90

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa
Bairro: Bairro Santa Luzia **CEP:** 29.045-402
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br

anos, de ambos os sexos, no período de janeiro de 2015 a dezembro do mesmo ano. Também, será realizada uma entrevista estruturada para a
documentação da história do Serviço, após concordância e assinatura do termo de consentimento livre esclarecido, garantindo-se o anonimato dos
funcionários do SAMU 192 ES. Serão incluídas as solicitações do tipo socorro, realizadas ao médico regulador, e as fichas de atendimentos dos
pacientes preenchidas pelas equipes intervencionistas. Serão excluídas as solicitações do tipo trote e informação, as orientações realizadas pelos
médicos reguladores aos solicitantes e os boletins de ocorrência do atendimento pré-hospitalar incompletos. A amostra compreenderá 2.500
solicitações registradas no Sistema de Regulação Médica do SAMU 192 ES, ESUSSAMU versão 1.4, e nos Boletins de Ocorrência do Atendimento
Pré Hospitalar. Os dados coletados serão do tipo: gerais, tipo de ocorrência, parâmetros vitais dos pacientes, gravidade das lesões agudas,
procedimentos realizados no pré-hospitalar e desfecho da ocorrência; sendo registrados em uma planilha no programa Statistical Package for Social
Science (SPSS), versão 23.0.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar os atendimentos realizados pelo SAMU 192 da Região Metropolitana do Espírito Santo (RM-ES), no ano de 2015.

Objetivo Secundário:

a)Analisar a Política Nacional de Atenção às Urgências com enfoque na Rede de Atenção à Urgência e Emergência;b)Definir o perfil da população
quanto as condições sociais, demográficas e clínicas, considerando os ciclos de vida, acometida por urgências e emergências atendida pelo SAMU
192 da RM-ES 2015;c)Caracterizar os tipos de ocorrência atendidos pelo SAMU 192 da RM-ES 2015;d)Analisar os parâmetros vitais, as vias aéreas,
a respiração, a circulação e o nível de consciência dos pacientes durante a avaliação primária;e)Estratificar a gravidade das lesões agudas por meio
de escores, dos pacientes atendidos pelo SAMU 192 da RM-ES 2015;f)Descrever os principais procedimentos realizados no pré-hospitalar, nas
vítimas atendidas pelo SAMU 192 da RM-ES 2015;g)Analisar o desfecho dos atendimentos

realizados pelo SAMU 192 da RM-ES 2015;h)Descrever
o mapa de risco da RM-ES, segundo o observatório

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Risco mínimo inerente ao procedimento realizado e referente a quebra de sigilo e violação de autonomia, tendo em vista a análise de prontuário.

Observação descrita no ANEXO D - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE.

Benefícios:

Com o desenvolvimento da pesquisa pretendemos capacitar estudantes no entendimento da Rede de Urgência e Emergência, assim como estimular
a iniciação científica dos alunos de graduação e pós-graduação das faculdades de medicina e enfermagem. Esperamos formar mestres em políticas
públicas assim como profissionais qualificados no atendimento as urgências e emergências, aptos a trabalhar nos serviços públicos do
Estado.Esperamos estimar, com os resultados obtidos a partir dos atendimentos de urgência e emergência do SAMU 192, a real situação da Rede
de Urgência e Emergência, propondo mudanças capazes de facilitar o acesso aos serviços de saúde, de promover a prevenção das enfermidades
agudas, de diminuir as sequelas e os elevados índices de mortalidade e óbitos evitáveis dos pacientes agudamente enfermos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa de relevância sobre o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192),com estudo observacional retrospectivo realizado na Central de Regulação do SAMU 192 ES, com análise transversal dos atendimentos de pacientes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE adequado/ Solicitou dispensa de um dos termos da pesquisa dos prontuários.

Carta de Anu~encia

Recomendações:

sem recomendações

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As orientações foram atendidas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado por decisão do CEP. Conforme a norma operacional 001/2013:

- riscos ao participante da pesquisa deverão ser comunicados ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;

- ao final de cada semestre e ao término do projeto deverá ser enviado relatório ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;

- mudanças metodológicas durante o desenvolvimento do projeto deverão ser comunicadas ao CEP por meio de emenda via Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_733508.pdf	05/09/2016 15:35:43		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_PESQUISA.pdf	10/08/2016 07:27:34	CAIO DUARTE NETO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_ESCLARECIDO.docx	09/08/2016 19:04:28	CAIO DUARTE NETO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TERMO_ANUENCIA.pdf	09/08/2016 15:25:05	CAIO DUARTE NETO	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	08/08/2016 14:02:55	CAIO DUARTE NETO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa
Bairro: Bairro Santa Luzia **CEP:** 29.045-402
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -

Continuação do Parecer: 1.748.503

VITORIA, 27 de Setembro de 2016

Assinado por:
PATRICIA CASAGRANDE DIAS DE ALMEIDA
(Coordenador)

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa
Bairro: Bairro Santa Luzia **CEP:** 29.045-402
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br

ANEXO C - Normas da Revista Ciência & Saúde Coletiva

Diretrizes para Autores

Política Editorial e Normas para submissão de Trabalhos

1. A Revista Textos & Contextos (Porto Alegre) é um periódico vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social – PPGSS/PUCRS. Destina-se à publicação de produções científicas e acadêmicas de interesse do Serviço Social e áreas afins, relacionadas com as expressões da questão social, situadas no contexto das transformações societárias contemporâneas, em especial temas que contribuam para o debate sobre: relações entre Estado e sociedade, políticas sociais, direitos humanos e sociais, formação e trabalho profissional, processos de trabalho e processos sociais, tematizando as exigências em relação às competências que se colocam ao Serviço Social.

2. Os trabalhos encaminhados à publicação devem ser **inéditos**, tanto em meios impressos como eletrônicos, **não sendo permitida** a sua apresentação simultânea em outro periódico. Poderão, excepcionalmente, ser aceitos artigos já publicados, considerando os interesses da revista; avaliação que caberá aos editores. Nesse caso, a publicação original deverá ser mencionada em nota de rodapé ou no corpo do texto e, por ocasião da submissão, apresentada pelo(s) autor(es) a autorização de parte do editor original.

3. A revista publica trabalhos em português e espanhol.

4. A revista aceita a submissão dos seguintes tipos de texto:

Artigos e Ensaios: versando sobre temas atuais e abrangentes que contribuam para a produção de conhecimentos, apresentando estudos e pesquisas aplicadas ou aportem opiniões e reflexões acerca das temáticas que são de interesse da área e da revista. No caso daqueles que apresentarem resultados de pesquisa, e contemplarem coleta direta de dados, é necessária a apresentação do comprovante de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

Relatos de práticas: apresentando análises de experiências, que contemplem processos interventivos, procedimentos e estudos de caso, fundamentados teoricamente e que sejam do interesse do Serviço Social e estejam de acordo com a política editorial e as temáticas priorizadas pela revista.

Resenhas: apresentando um resumo comentado da produção, que permita ao leitor uma visão geral da obra, complementada por uma leitura crítica e por indicações sobre características e possíveis usos. Serão aceitas resenhas de livros nacionais.

5. As contribuições encaminhadas serão analisadas por pares, membros do Conselho Editorial, ou pareceristas *ad hoc*. Nos casos em que haja discrepância de pareceres, o trabalho será submetido a uma terceira apreciação. A decisão final sobre a publicação caberá à Comissão Científica, que considerará a política e a oportunidade editorial. Para fins de avaliação, serão analisados os seguintes critérios: *relevância para o Serviço Social; originalidade; consistência e clareza argumentativa; coerência interna; rigor conceitual; observação de preceitos éticos e qualidade científica.*

6. Quanto à submissão:

– Os dados de **cadastros relativos à autoria** devem ser digitados no campo **metadados** da submissão, na URL: http://www.pucrs.br/textos.

7. Quanto à forma, **os artigos** devem ser digitados em editor de texto Microsoft Word for Windows ou compatível, ter **mínimo de 12** e **máximo de 20 páginas**, em formato de papel A4, fonte 12, espaço simples, incluindo figuras, tabelas e referências. Havendo citações com mais de três linhas, deve ser usada fonte 10 (citações vazadas). **As resenhas** devem ter entre 2 e 4 páginas. A redação dos originais deve seguir a seguinte estrutura:

Identificação:

- **Os textos deverão estar desidentificados**, ou seja, *os dados do(s) autor(es)* deverão ser suprimidos do original.

– **Título do trabalho** (o título também deve ser apresentado em inglês).

Resumo: Em parágrafo destacado, antes do texto, oferecendo síntese do conteúdo, contendo de 8 a 12 linhas, que expresse com clareza e concisão o tema tratado (o resumo também **deve ser apresentado em inglês:** *abstract).*

- **Palavras-chave**: mínimo de 3 e máximo de 6, separadas por ponto (as palavras-chave também devem ser apresentadas em inglês: *keywords*).

Elementos textuais: 1 – Introdução; 2 - Desenvolvimento; 3 - Conclusão.

As **citações** no corpo do trabalho devem seguir a indicação do nome do(s) autor(es), ano de publicação e paginação, ex: (CHAUÍ, 2005, p. 85) e estarem lincadas às referências.

Elementos pós-textuais: 1 - Referências; 2 - Apêndices; 3 - Anexos; 4 – Glossários (2, 3 e 4 quando houver).

Referências: Devem obedecer à NBR-6023, da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), sendo ordenadas alfabeticamente pelo sobrenome do primeiro autor e constar no final do texto. O(s) autor(es) são responsáveis pela exatidão das referências constantes na listagem e a correta citação de seus dados no texto.

Os endereços "URL" mencionados no texto (ex.: http://www.pucrs.br) encontram-se ativos.

Gráficos e ilustrações: tabelas, mapas, fotografias, quadros, figuras, entre outros, devem ser numerados separada e sequencialmente e conter cabeçalho, legendas e fontes. Quando extraídas de outras fontes, deve ser indicada fonte original e anexada a permissão de reprodução.

8. A revista **não** aceita:

– Colaborações cujo conteúdo expresse propaganda de qualquer natureza, que contenham ideias preconceituosas, reservando-se o direito de exigir respeito à ética e ao rigor científico no trato dos temas abordados.

– Trabalhos que decorram de produções realizadas por graduados, sem a participação de, pelo menos, um dos autores com titulação mínima de mestre.

– Trabalhos com coautoria de mais de **3 pessoas**. Quando as produções forem efetivadas por equipes com mais de três participantes, os créditos podem ser atribuídos denominando os colaboradores em nota de rodapé.

9. As opiniões, posições e conteúdos expressos nos trabalhos publicados são de inteira responsabilidade dos autores, não refletindo necessariamente a posição da Revista, da Comissão Científica, do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social ou da PUCRS.

10. A **revisão do texto**, nos idiomas escritos, é de inteira responsabilidade do(s) autor(es), podendo a revista realizar revisões complementares e adequações que se fizerem necessárias, resguardadas as ideias e conteúdos expressos no texto original.

11. Os autores que tiverem seus trabalhos publicados ficarão, no período de 24 meses, impedidos de efetivar novas publicações na revista.

12. O descumprimento de qualquer item das normas poderá inviabilizar a permanência da contribuição no processo avaliação e publicação.

Editorial policy and guidelines for submitting works to Textos & Contextos journal

1. *Textos & Contextos* Journal (Porto Alegre) is a periodical linked to the Graduate Program in Social Work - PPGSS/PUCRS. It is for the publication of scientific and academic productions in Social Service and related areas regarding the expressions of social issues, situated in the context of contemporary societal transformations, especially themes that contribute to the debate about: relations between State and society, social policies, human and social rights, training and professional work, work processes, and social processes, arranging the demands regarding the competencies of Social Work.

2. The submitted papers should be **unpublished**, in both print and electronically, and their simultaneous presentation in another periodical **is not allowed**. Exceptions may be made for some previously published articles if it is of interest to the journal. This evaluation will be up to the publishers. In this case, the original publication must be mentioned in a footnote or in the body of the text, along with written authorization from the original publisher upon submission.

3. The journal published papers in Portuguese and Spanish.

4. The magazine accepts submissions of the following types of texts:

Articles and Essays: covering current and comprehensive topics that contribute to the production of knowledge, presenting studies and applied research, or contribute opinions and reflections on topics that are of interest to the area and the journal. For those who present research results and used direct data collection, it is necessary to submit the approval certificate from the Research Ethics Committee.

Practical reports: presenting analysis of experiences, which contemplate intervention processes, procedures, and case studies that are theoretically based and that are in the interest of Social Service and are in accordance with the editorial policy and the themes prioritized by the journal.

Book Reviews: presenting an annotated summary of the production, providing the reader an overview of the work, complemented by a critical reading and by recommendations regarding characteristics and possible uses. Reviews of domestic books will be accepted.

5. Contributions submitted will be analyzed by peers, members of the Editorial Board, or ad hoc reviewers. In cases where there is a discrepancy of opinion, the work will be submitted for a third evaluation. The final decision about publication will rest with the Scientific Committee, which will consider policy and editorial opportunity. For evaluation purposes, the following criteria will be considered: *relevance to Social Work; originality; consistency and argumentative clarity; internal coherence; conceptual rigor; observation of ethical precepts and scientific quality.*

6. As for submission:

– The registration data regarding **authorship** should be entered in the **metadata** field of the submission, at the URL:.

– Include - at **most 3 authors** - in the submission **metadata**: author's full name, title, position, or role, primary profession, institutional connection (if there is one), full address for correspondence (including city, state, and country), telephone number, and email .

- The originals must be submitted through the journal's website, in a continuous flow, at the URL: http://www.pucrs.br/textos.

- When submitting the work, the author or authors shall authorize the Transfer of Copyrights (Copyright Statement).

- The publication of approved articles may occur within a period of up to 18 months, according to an evaluation by the Scientific Committee. The unpublished contributions will be returned to the author or authors.

- The author or authors are free to withdraw their work at any time, using a formal online request, provided that the contribution is not scheduled for the next edition.

7. Regarding format, the articles should be in Microsoft Word or a compatible program, with a **minimum of 12** and a **maximum of 20 pages**, in A4 paper, font 12, single spacing, including images, tables, and references. If there are citations with more than three lines, font 10 must be used (indented quotes). **The book reviews** should be 2 to 4 pages long. The original works should obey the following structure:

Identification:

- **The texts should not be identified, in other words, the** *author data* should be suppressed from the original.

– **Paper title** (the title should also be presented in English).

Abstract: In a prominent paragraph, before the text, offering a summary of the content, containing 8 to 12 lines, that clearly and concisely expresses the topic addressed (the abstract should also **be presented in English:** *abstract).*

- **Key-words**: between 3 and 6, separated by periods (the key-words should also be in English: *keywords*).

Textual elements: 1 – Introduction; 2 - Development; 3 - Conclusion.

- Collaborations with content that expresses propaganda of any nature, containing prejudiced ideas, and respect for ethics and scientific rigor in dealing with the topics addressed is required.

- Works resulting from productions made by undergraduates, without the participation of at least one of the authors with at least a master's degree.

– Works co-written by more than **3 authors**. When productions are carried out by teams with more than three participants, the credits can be assigned by naming the collaborators in a footnote.

9. The opinions, positions, and contents expressed in the published works are the sole responsibility of the authors, and do not necessarily reflect the position of the Journal, the Scientific Committee, the Graduate Program in Social Work, or the PUCRS.

10. Reviewing the text, in the written languages, is the sole responsibility of the author or authors, and the journal may carry out additional revisions and adjustments that may be necessary, while preserving the ideas and contents expressed in the original text.

11. Authors who have published their works will be unable to make new publications in the journal for a 24 month period.

12. Failure to comply with any of the standards may make it impossible for the submission to remain in the evaluation and publication process.

Condições para submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

1. *Confirmo* que o texto segue os requisitos de formatação da revista segundo as **Diretrizes do Autor**, encontradas na seção "**Sobre**" a revista e que estou ciente de que o encaminhamento de artigos à revista implica a aceitação por parte do(s) autor(es) das normas aqui explicitadas.

   I agree the text follows the form requirements of the journal according to the **Author's Guidelines** found in the section "**About**" the journal and I am aware that forwarding articles to the journal implies that authors accept these instructions.

2. *Confirmo* que os dados: nome, titulação, instituição, vínculo, atividade e *e-mail* dos autores poderão ser publicados.

   I agree data regarding names, academic degrees, institutions, links, activities and *e-mails* of the authors may be published.

3. *Confirmo* ter conhecimento dos itens: *Diretrizes para Autores* e *Declaração de Direito Autoral*.

   I agree they are aware of the following items: *Guidelines for Authors* and *Copyright Declaration*.

4. **Confirmo que o texto submetido é original.**

   I agree the text submitted is original.

Declaração de Direito Autoral

Com base no disposto na Lei Federal nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998, AUTORIZO, COM EXCLUSIVIDADE, a publicação da presente obra no acervo da Biblioteca Digital da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, sediada na Av. Ipiranga 6681, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, com registro de CNPJ 886304130002-81, bem como em outras bibliotecas digitais, nacionais e internacionais, consórcios e redes às quais a biblioteca da PUCRS possa vir a participar, sem ônus alusivo aos direitos autorais, a título de divulgação da produção científica. A aceitação da matéria implica, também, a autorização e exclusividade de publicação para a revista Textos & Contextos (Porto Alegre), permitindo, entretanto, a sua posterior reprodução com a devida citação da fonte.

==========

Copyright Declaration On the basis of the Federal Law no. 9.610, of February 19, 1998, I hereby AUTHORIZE the exclusive publication of this work by the collection of the Digital Library of Pontifical Catholic University of Rio Grande do Sul, located at Av. Ipiranga, 6.681, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, enrolled in the National Register of Corporate Taxpayers (CNPJ) under the no. 886304130002-81, as well as by other national and international digital libraries, fellowships and networks in which PUCRS' library may take part, without any responsibility regarding to copyright, by way of divulging scientific production. The acceptance of the article also implies the authorization and exclusivity for publication by Textos & Contextos journal from