

**ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA
DE VITÓRIA – EMESCAM**

JOSÉ MARCELO MACHADO

**VÍTIMAS DE AGRESSÃO ASSISTIDAS PELO SAMU 192/ES: DISCUTINDO
PAPEL DA ASSISTÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL**

**VITÓRIA-ES
2023**

JOSÉ MARCELO MACHADO

**VÍTIMAS DE AGRESSÃO ASSISTIDAS PELO SAMU 192/ES: DISCUTINDO
PAPEL DA ASSISTÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL**

Dissertação apresentada à Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

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

Área de concentração: Políticas Públicas, Saúde, Processos Sociais e Desenvolvimento Local

Linha de Pesquisa: Políticas de Saúde, Integralidade e Processos Sociais

VITÓRIA-ES

2023

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

M149v Machado, José Marcelo
Vítimas de agressão assistida pelo SAMU 192/ES : discutindo o papel da assistência pré-hospitalar móvel / José Marcelo Machado - 2023.
86 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, 2023.

1. Agressão – vítimas – Espírito Santo (Estado). 2. Serviço de atendimento móvel de urgência - SAMU. 3. Política de saúde. I. Sogame, Luciana Carrupt Machado. II. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM. III. Título.

CDD 362.120981

JOSÉ MARCELO MACHADO

**VÍTIMAS DE AGRESSÃO ASSISTIDAS PELO SAMU 192/ ES:
DISCUTINDO O PAPEL DA ASSISTÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL**

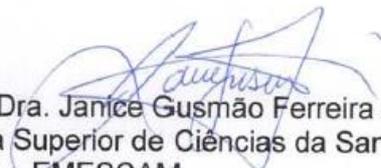
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovada em 22 de setembro 2023.

BANCA EXAMINADORA



Profa.Dra. Luciana Carrupt Machado Sogame
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de
Vitória – EMESCAM
Orientadora



Profa.Dra. Janice Guzmão Ferreira de Andrade
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de
Vitória – EMESCAM
Membro Titular Interno



Profa. Dra. Gracielle Karla Pampolim Abreu
UNIPAMPA
Membro Titular Externo

AGRADECIMENTOS

A Deus, que sempre esteve presente em minha fé, não me deixando desistir, mas permitir mais esta etapa da minha vida.

A minha esposa, Mauricéia Maria de Oliveira Machado, e a minha filha, Gabriela de Oliveira Machado, por terem sido companheiras no decurso deste processo.

A minha orientadora, doutora Luciana Carrupt Machado Sogame, que confiou em mim e me ajudou nesta jornada. Meu muito-obrigado pelos momentos de muitos aprendizados e por sua dedicação.

Externo também minha gratidão à minha querida amiga, Ana Lúcia Sodré, pois foi essencial o apoio que dela recebi.

Gratidão e muito carinho a todos professores e aqueles que, direta ou indiretamente, fizeram com que fosse possível a realização deste sonho.

“A menos que modifiquemos a nossa maneira de pensar, não seremos capazes de resolver os problemas causados pela forma como nos acostumamos a ver o mundo.” (Albert Einstein)

RESUMO

As agressões e suas múltiplas expressões fazem-se presentes na humanidade. Os efeitos dessa violência à sociedade são diversos, entre os quais se podem destacar os impactos negativos sobre cofres públicos, bem como o sistema de saúde pública. Diante das consequências sociais e econômicas em decorrência das agressões e da necessidade de uma primeira assistência qualificada e de rápida resposta para socorrer as vítimas, foi implantada, em 2023, a Política Nacional de Atenção às Urgências, que estabelece, como um dos seus elementos fundamentais, o componente pré-hospitalar móvel representado pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192. Assim, esta dissertação tem por objetivo verificar a prevalência e o perfil das vítimas de agressão assistidas pelo SAMU 192 no estado do Espírito Santo em 2020 e o papel da assistência pré-hospitalar móvel na assistência a essas vítimas. Para tanto, foi realizada uma revisão de literatura sobre o tema e análise de documentos e legislações do Ministério da Saúde e, para identificar o perfil das vítimas, procedeu-se a um estudo transversal, caracterizado por coleta retrospectiva, com a análise dos atendimentos das vítimas de agressão realizadas pelo SAMU 192/ES em 2020. Foram coletadas estas informações: ciclo de vida e sexo; quanto ao atendimento: período da semana, turno solicitação, tipo de recurso enviado (Unidade de Suporte Básico ou Unidade de Suporte Avançado), gravidade presumida pelo médico regulador (vermelho, amarelo e verde/azul) e o desfecho da ocorrência (transportado e não transportado). Registraram-se as seguintes ocorrências decorrentes de violência: ferimento por arma de fogo, ferimento por arma branca e agressão corporal. Resultados: Em 2020, houve atendimento a 14.334 vítimas de acidentes e violências, das quais 1.901 (13,26%) sofreram agressões e destas 64,5% foram em decorrência de agressões corporais, 19,5% de arma de fogo e 15,9% de arma branca. Eram, em sua maioria, adultos com idade entre 20 e 49 anos (67,9%) do sexo masculino (73,5%), no período da semana (60,8%), turno da solicitação noturno (56,8%), gravidade presumida amarelo (57,5%), recurso enviado à Unidade de Suporte Básico (76%); 59,5% foram transportados para um serviço de saúde e, em sua maioria, para hospitais públicos (92,7%). Considerações finais: A maioria das vítimas de agressão são adultos jovens, homens, vítimas de agressão corporal, de risco moderado, atendidos durante a semana e à noite. As

vítimas foram transportadas para hospitais públicos de referência em trauma, o que reforça a necessidade de definir condutas e estabelecer tanto prognóstico quanto ações de prevenção específicas que sejam planejadas e aplicadas na prática do profissional de saúde.

Palavras-chave: Agressão. Serviço de atendimento móvel de urgência. Perfil. Política de saúde.

ABSTRACT

Aggressions and their multiple forms are present in humanity. The effects of this violence on society are diverse, including negative impacts on public coffers and the public healthcare system. Faced with the social and economic consequences of aggression and the need for qualified and rapid first assistance to aid victims, the National Policy for Emergency Care was implemented in 2003. One of its fundamental components is the mobile pre-hospital service represented by the Mobile Emergency Care Service - SAMU 192. Therefore, the objective of this dissertation is to assess the prevalence and profile of aggression victims assisted by SAMU 192 in the state of Espírito Santo in 2020, as well as the role of mobile pre-hospital care in assisting these victims. To do so, a literature review on the topic was conducted, along with an analysis of documents and regulations from the Ministry of Health. To identify the victims' profiles, a cross-sectional study was carried out, characterized by retrospective data collection, analyzing the assistance provided to victims of aggression by SAMU 192/ES in 2020. The information collected was: age and gender; regarding the assistance: day of the week, time of request, type of resource sent (Basic Support Unit or Advanced Support Unit), presumed severity by the regulating physician (red, yellow, and green/blue), and the outcome of the occurrence (transported and not transported). The following occurrences of violence were recorded: firearm injuries, knife injuries, and physical assaults. Results: In 2020, there were 14,334 cases of accidents and violence, of which 1,901 (13.26%) were victims of aggression. Out of these, 64.5% were due to physical assaults, 19.5% were firearm-related, and 15.9% were knife-related. They were mostly adults aged between 20 and 49 years (67.9%), male (73.5%), during the week (60.8%), with requests mainly during the night (56.8%), presumed severity was classified as yellow (57.5%), and the resource sent was the Basic Support Unit (76%). 59.49% were transported to a healthcare facility, mostly to public hospitals (92.7%). Final considerations: The majority of aggression victims are young adults, males, victims of physical assault, with moderate risk, primarily assisted during the week and at night. Victims were transported to trauma reference public hospitals, emphasizing the need to define specific conduct and establish both prognosis and prevention actions that are planned and applied in healthcare practice.

Keywords: Aggression. Mobile Emergency Care Service. Profile. Health Policy.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Mapa do Plano Diretor Regional de 2020 do Espírito Santo	28
Figura 2 – Área de abrangência do SAMU 192 em 2021, com destaque para as bases descentralizadas e a quantidade de USA, USB e aeromédico.....	29
Figura 3 – Taxas de homicídios de 2019 por UF no Brasil.....	34
Figura 4 – Cobertura do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) por Unidade Federativa. Brasil, anos 2010 e 2015.....	45
Figura 5 – Regiões de atendimento do SAMU 192 em 2015	51
Figura 6 – Mapa considerando os consórcios e a divisão territorial do estado do Espírito Santo com a área de abrangência do SAMU 192	52

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Número e taxa de homicídios (2009 a 2019)	36
Gráfico 2 – Óbitos causados por homicídios, por faixa etária (2018)	37
Gráfico 3 – Taxa de homicídios por cem mil mulheres ao ano no Espírito Santo, em 2016	39
Gráfico 4 – Número de feminicídios Brasil, 2016-2021	40
Gráfico 5 – Número de denúncias de homicídios e de tentativas de homicídios contra pessoas LGBTQIA+ (2011-2019) segundo o Disque 100.....	42
Gráfico 6 – Taxas de homicídios por arma de fogo (PAF) e por outros meios (não PAF) no Brasil (1980 e 2017)	43

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Evolução do SAMU 192 do Espírito Santo quanto à estrutura, considerando o período entre 2006 e 2022.....	55
Tabela 2 – Municípios atendidos pelo SAMU 192 em 2020, em decorrência das pacientes vítimas de agressões.....	57
Tabela 3 – Perfil das vítimas de agressões, assistidas pelo SAMU 192/ES em 2020, considerando a faixa etária e o sexo.....	58
Tabela 4 – Período da semana e turno de solicitação para atendimento às vítimas de agressões, assistidas pelo SAMU 192 em 2020.....	62
Tabela 5 – Gravidade presumida no atendimento às vítimas de agressões, assistidas pelo SAMU 192 em 2020.....	63
Tabela 6 – Destino das pacientes, vítimas de agressões, assistidas pelo SAMU 192 em 2020	65
Tabela 7 – Características das vítimas de agressões em 2020, assistidas pelo Samu 192.....	67

LISTA DE SIGLAS

BR	Brasil
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID	Classificação Internacional das Doenças
CME	Central de Material e Esterilização
DIEST	Divisão de Estratégia
E-COPS	Sistema de Inteligência da Segurança Pública
ESF	Estratégia Saúde da Família
FBSP	Fórum Brasileiro de Segurança Pública
GM	Gabinete do Ministro
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de Confiança
IJSN	Instituto Jones dos Santos Neves
LGBTI+	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transsexuais, Intersexuais e Outras Identidades não Incluídas na sigla
IML	Instituto Médico Legal
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MS	Ministério da Saúde
MVCI	Mortes Violentas por Causas Indeterminadas
NEP	Núcleo de Educação Permanente
OMS	Organização Mundial de Saúde
OR	Odds Ratio
PA	Pronto Atendimento
PAF	Perfuração por Arma de Fogo
PDR	Plano Diretor de Regionalização
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SESA	Secretaria de Estado da Saúde
SESP	Secretaria de Segurança Pública
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SPSS	Statistical Package for Social Science
SUS	Sistema Único de Saúde
SVO	Serviço Verificação de Óbito
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde

TARM	Técnico Auxiliar de Regulação Médica
UF	Unidade da Federação
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USA	Unidade de Suporte Avançado
USB	Unidade de Suporte Básico
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
1.1 JUSTIFICATIVA	21
2 METODOLOGIA	25
2.1 TIPO DE ESTUDO	25
2.2 LOCAL.....	25
2.3.1 Critérios de inclusão	26
2.3.2 Critério de exclusão	26
2.4 PROCEDIMENTO PARA A COLETA E ARMAZENAMENTO DE DADOS	27
2.4.1 Perfil demográfico	27
2.4.2 Características do atendimento	29
2.4.3 Destino do paciente	30
2.5 COMITÊ DE ÉTICA	30
2.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA	31
2.6.1 Análise descritiva	31
2.6.2 A prevalência	31
3 AGRESSÃO COMO UMA DAS FORMAS DE EXPRESSÃO DA VIOLÊNCIA	32
4 POLÍTICA NACIONAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: DA IMPLANTAÇÃO DO SAMU 192/ES À VÍTIMA DE AGRESSÃO NO ANO DE 2020	44
4.1 O SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU 192) NO ESPÍRITO SANTO	48
4.2 VÍTIMAS DE AGRESSÃO ASSISTIDAS PELO SAMU 192/ES EM 2020	56
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	69
REFERÊNCIAS	71

1 INTRODUÇÃO

A violência é um fenômeno social, presente em todas as culturas e sociedades desde seus primórdios e vem tomando proporções nunca antes vistas, afetando a todos. O termo violência pode ser utilizado em muitos contextos sociais, tanto para maus-tratos psicológicos, emocionais ou verbais quanto para um assassinato. São perceptíveis as dificuldades no enfrentamento dos conflitos sociais, ao observarmos o “[...] crescimento da delinquência urbana, em especial crimes contra o patrimônio (roubo, extorsão mediante sequestro) e crimes de homicídios dolosos (voluntários) [...]” (Santos, 2002, p. 20). Esse e outros tipos de violências podem ser percebidos como uma questão de saúde pública no Brasil e no mundo, pois, além de ocasionarem eventos fatais, provocam danos físicos, sociais, culturais e econômicos, uma vez que esses setores sofrem forte influência direta desse grave problema (Dahlberg; Krug, 2007).

A mundialização do capital provoca mudanças na sociedade contemporânea dando origem ao processo de industrialização que ocasiona alterações nas organizações e práticas, sociais, culturais e econômicas, instigando situações de barbárie que ganham expressão nas diversas formas de domínio e exploração, fatores que retroalimentam a violência (Trugilho, 2020). Portanto, o modo de produção do capital tem suscitado alterações nas formas de sociabilidade que se projetam nos diferentes espaços constitutivos da vida social e das inter-relações sociais, que se associam com a perda das conquistas civilizatórias dos trabalhadores (Trugilho, 2020). A violência social ganhou espaço à medida que passou a ser nutrida pela nova estrutura societária, que incorpora tanto interesses privados legítimos quanto aqueles ligados à economia ilegal, como a do tráfico de armas, drogas e outros (Gentilli; Mongin; Gomes, 2004).

Na história da humanidade, a violência é um fato, a qual, de acordo com Trugilho (2020), se configura como fenômeno social de grandes proporções e contornos na realidade contemporânea. Analisando a formação dos grupos sociais e suas participações nos contextos políticos, podemos identificar uma grande desigualdade que favorece a consolidação da violência e, por consequências irreparáveis, prejuízos à vida e aos respectivos direitos (Trugilho, 2020).

Muchembled (2014) aponta que a busca pela liderança e domínio fez do homem um ser capaz de manifestar sua capacidade de produzir atos violentos e agressivos. De acordo com os estudos de Dahlberg e Krug (2002), a cada ano, mais de um milhão de pessoas perdem a vida ou sofrem ferimentos não fatais resultantes de fatores de agressividade que podem ser de maneira individualizada, caracterizando-se pela autoagressão¹, ou violência comunitária². Em 2002, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu violência como o

[...] uso intencional da força ou poder em uma forma de ameaça ou efetivamente, contra si mesmo, outra pessoa, ou grupo, ou comunidade, que ocasiona ou tem grandes probabilidades de ocasionar lesão, morte, dano psíquico, alterações do desenvolvimento ou privações (OMS, 2002, p. 5).

A violência, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), pode ser definida com base em três grandes grupos segundo quem comete a agressão, considerada de ordem interpessoal: quando uma pessoa agride a outra, de forma coletiva, quando causada por um grupo social e autodirigida e quando o ato de violência é causado contra si próprio, como os comportamentos suicidas (Minayo, 2006).

Segundo Minayo (2006) considera-se as violências autodirigidas os comportamentos suicidas e os autoabusos, sendo este último conceituado pela autora como as agressões a si próprio e as automutilações. Já as violências interpessoais são classificadas em dois âmbitos: o intrafamiliar e o comunitário.

Por violência intrafamiliar entende-se a que ocorre entre os parceiros íntimos e entre os membros da família, principalmente no ambiente da casa, mas não unicamente. Inclui as várias formas de agressão contra crianças, contra a mulher ou o homem e contra os idosos no âmbito doméstico. Considera-se que a violência intrafamiliar é, em geral, uma forma de comunicação entre as pessoas e, quando numa família se detecta um tipo de abuso, com frequência, ali existe uma inter-relação que expressa várias formas de violência (Minayo, 2006, p.80).

¹ Autoagressão é um distúrbio de comportamento que faz com que o paciente agrida o próprio corpo (Minayo, 2018).

² Na violência comunitária incluem-se a violência juvenil, os atos aleatórios de violência, o estupro e o ataque sexual por estranhos, além da violência em grupos institucionais, como escolas, locais de trabalho, prisões e asilos (Coelho *et al.*, 2014).

Sobre as violências coletivas entendem-se as agressões que ocorrem em âmbitos macrossociais, políticos e econômicos e caracterizam a dominação de grupos e do Estado (Minayo, 2006).

Nessa categoria, do ponto de vista social, incluem-se os crimes cometidos por grupos organizados, atos terroristas, crimes de multidões. No campo político, a violência coletiva se expressa nas guerras e nos processos de aniquilamento de determinados povos e nações por outros (Minayo, 2006, p. 80).

Considerando as definições apresentadas pela OMS, também podemos classificar a violência quanto a sua natureza, a saber: violência física; violência psicológica/moral; tortura; violência sexual; tráfico de seres humanos; violência financeira/econômica; negligência/abandono; trabalho infantil; violência por intervenção legal. Ainda observamos que a violência alcança todos os atos de violação dos direitos humanos: civis (liberdade, privacidade, proteção igualitária); sociais (saúde, educação, segurança, habitação); econômicos (emprego e salário); culturais (manifestação da própria cultura) e políticos (participação política e voto) (Minayo, 2006).

Ainda que alguns fatores de risco talvez sejam característicos de certas categorias de violência, essas variáveis, em geral, têm fatores de risco em comum. A pobreza, o isolamento social e os fatores de abuso de álcool, de drogas e acesso a armas de fogo são causas de risco de mais de um tipo de violência (Minayo, 2006).

Nesta dissertação, vamos focar a violência física como agressão por arma de fogo, arma branca e corporal. A violência física simboliza as agressões que causam qualquer dano físico, engloba o uso da força física e de objetos, armas de fogo e armas que podem ser quaisquer instrumentos de corte ou perfuração, como facas, punhais, canivetes (Moura *et al.*, 2015).

Nem todas as motivações para a violência podem ser facilmente identificadas. Existem questões tão profundamente enraizadas no tecido social, cultural e econômico da vida humana, que, associadas a fatores biológicos e individuais, favorecem a violência (Dahlberg; Krug, 2007). Ainda segundo as autoras, algumas causas da violência são facilmente constatadas da mesma forma que seus impactos, e outras

[...] estão profundamente enraizadas no tecido social, cultural e econômico da vida humana. Pesquisas recentes sugerem que, enquanto fatores biológicos e vários fatores individuais explicam a predisposição para a agressão, com frequência tais fatores interagem com fatores familiares, comunitários, culturais ou outros fatores externos, criando situações em que a violência pode ocorrer (Dahlberg; Krug, 2007, p. 1164).

A violência apresenta uma expansiva complexidade, logo seu estudo não se esgota jamais. Entretanto, é possível afirmarmos que sua existência prejudica o processo evolutivo da sociedade em seu caráter humano, ético e social. Para Trugilho (2020, p. 2), “[...] a violência afeta a vida na sociedade de modo difuso”.

Para a OMS (2002), as agressões configuram uma ampla categoria na Classificação Internacional das Doenças, em sua décima versão (CID-10)³ e possuem várias subdivisões. Entre os eventos considerados como causas externas de morbidade e mortalidade, estão os grupos de eventos relacionados com homicídios/agressões (Códigos X85 a Y09).

No Brasil, de acordo com o DATASUS, em 2019, foram registrados 142.800 óbitos por causas externas, sendo 30,8% por homicídios, 22,4% por acidentes de trânsito, 22,3% por causas externas de lesões acidentais, incluindo quedas e afogamentos, e 9,5% por suicídios. A instituição de políticas públicas voltadas para a redução das violências e agravos externos no Brasil está presente na Portaria do Ministério da Saúde (MS)/Gabinete do Ministro n.º 936, de 19 de maio de 2004, que retrata a preocupação das autoridades no enfrentamento dos problemas com a violência, em uma nítida iniciativa na definição de normativas para a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios (Brasil, 2004). Tal preocupação está amparada pelo fato de que, a cada ano, a situação ganha maior repercussão nas estatísticas de mortalidade.

O estado do Espírito Santo, segundo consta no Atlas de Violência (IPEA, 2020), entre 2013 e 2018, apresentou uma diminuição gradativa nos índices de homicídios⁴,

³ CID 10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (OMS, 2000).

⁴ O número de homicídios foi obtido pela soma dos CIDs 10 X93-X95, ou seja, óbitos causados por agressão por disparo de arma de fogo, e o número de homicídios CIDs 10: X85-Y09 e Y35-Y36 (IPEA, 2020).

registrando uma redução de -22,6%, sendo superado somente pelos estados do Acre (-24,4%) e Pernambuco (-22,9%). O referido documento faz um comparativo de homicídios por arma de fogo entre 2013 e 2018, em que apresentou uma variação de -0,4%, tendo seu menor índice de 75,5% em 2015 e atingindo seu pico em 2017, com 80,7%.

Ao analisarmos, no Portal Instituto Jones Santos Neves (IJSN, 2016), as estatísticas do Espírito Santo, percebemos que os municípios que compõem a região metropolitana, apresentam os índices mais elevados de violência em comparação com outras cidades do interior do estado. Os dados ainda demonstram que, entre os municípios metropolitanos, a Serra destaca-se por apresentar um elevado índice de violência, sendo o homicídio doloso a principal causa (IJSN, 2018). Na sequência, constam os municípios de Cariacica e de Vila Velha com altos níveis de agressões. Esses locais possuem grandes desigualdades sociais e áreas de maior vulnerabilidade, 55% das vítimas possuem entre 15 e 29 anos e 91% são do sexo masculino, de cor parda (Espírito Santo, 2016).

Diante desse aumento expressivo das morbidades e mortalidades como consequência dos acidentes e violências e seus impactos sociais e econômicos foi proposta e implantada a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, regulamentada por meio da Portaria MS/GM n.º 737, de 16 de maio de 2001 (Brasil, 2001). Para as ações das políticas públicas articuladas em 2003 e implantadas pelo Ministério da Saúde, a Política Nacional de Atenção às Urgências, por meio da Portaria GM/MS n.º 1.863, de 29 de setembro de 2003, visou organizar o sistema de atenção às urgências estaduais, regionais e municipais (Brasil, 2003a). Essa política estabelece como um dos elementos fundamentais o Componente Pré-Hospitalar Móvel, representado, entre outros, pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192, regulamentado pela Portaria GM/MS n.º 1.864, de 29 de setembro de 2003b, e com número telefônico único em todo território nacional – 192 (Brasil, 2003a, 2003b). Essa política é um instrumento para orientar a atuação do setor saúde e propõe o desenvolvimento de um conjunto de ações articuladas e sistematizadas (Brasil, 2001).

Cada unidade do SAMU 192 é distribuída estrategicamente em regiões de cobertura previamente definida, que respeita aspectos demográficos, populacionais, territoriais e indicadores de saúde. Ao ligar para o SAMU 192, o solicitante é atendido pelo técnico auxiliar de regulação médica (TARM), que capta informações sobre o tipo e local do evento. Em seguida, transfere a ligação para o médico regulador, que continua o processo de triagem do atendimento, fazendo uma rápida classificação de risco do paciente e determinando, assim, o recurso necessário para suprir as necessidades da emergência da vítima. Dando sequência, o rádio operador aciona a equipe de intervenção correspondente à determinação do médico regulador. Ao chegar ao local do evento, a equipe de intervenção do SAMU 192 realiza a avaliação da vítima e os procedimentos necessários para a manutenção de sua vida, registra essas informações no Boletim de Ocorrência e transmite todos os dados referentes ao estado de gravidade do paciente ao médico regulador, que, por sua vez, faz um julgamento da necessidade dos recursos necessários para o tratamento definitivo e determina a instituição de saúde de referência à qual será encaminhado o paciente (Brasil, 2002, 2003a, 2003b; Melo; Silva, 2011).

O SAMU 192 conta a retaguarda da rede de serviços de saúde, disponíveis conforme critérios de hierarquização e regionalização pactuados entre os gestores do sistema loco-regional (Brasil, 2002). Tem por objetivo político garantir atenção às urgências em todos os níveis do SUS, organizando a assistência desde as unidades básicas, equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF) até os cuidados pós-hospitalares na convalescença, recuperação e reabilitação do paciente (Melo; Silva, 2011).

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

No Espírito Santo, o SAMU 192 foi lançado oficialmente em 13 de fevereiro de 2006, numa parceria entre os governos federal e estadual e a região metropolitana. Atendeu inicialmente a seis municípios e foi gradual. Em 2022, ele abrangia 78 municípios do

estado com uma cobertura de 100% da população capixaba (Battestin, 2022; Vieira, 2018).

Com o objetivo de melhorar a assistência prestada pelo SAMU 192/ES, em 2016, o Núcleo de Pesquisa Interdisciplinar da rede de urgência e emergência realizou uma pesquisa para conhecer o perfil e os atendimentos prestados pelo SAMU 192/ES em 2015 e verificou que 35% da população assistida eram vítimas de acidentes e violência, dos quais 12% das ocorrências foram em virtude de agressão (Sogame *et al.*, 2020).

Sendo assim, para entender melhor quem são essas vítimas de agressão e para auxiliar propostas futuras de intervenção do SAMU 192/ES, esta pesquisa pretende responder à seguinte pergunta: Qual a prevalência e o perfil das vítimas de agressão assistidas pelo SAMU 192 no estado do Espírito Santo em 2020?

1.1 JUSTIFICATIVA

O pré-atendimento à vítima de violência e de outras causas sempre esteve presente em minha trajetória profissional, pois, durante anos, atuei como bombeiro militar e, logo após minha graduação em 2006, passei a fazer parte do quadro de enfermeiros do SAMU 192/ES. Hoje me encontro como coordenador de enfermagem desse órgão tão essencial para a sociedade.

Na qualidade de bombeiro militar, identifiquei que a maioria dos locais em que se realizavam os atendimentos à vítima de violência e outras causas ocorria em locais bem distintos, em sua maioria áreas de periferia com alto índice de risco social, rodovias com má sinalização e em áreas condenadas pela defesa civil. Essa constatação não foi diferente quando passei a fazer parte do SAMU, e o diferencial ocorreu pela ampliação do atendimento às vítimas, já que as unidades divididas em básicas e avançadas possuem suporte necessário para otimizar a prestação de socorro.

Diante do alto fluxo de atendimento às chamadas ao SAMU 192/ES, na Grande Vitória, percebi que há notoriedade quanto à caracterização das vítimas de agressão

e da assistência pré-hospitalar móvel prestada a essas vítimas. Isso faz com que o estado do Espírito Santo apresente estatísticas negativas nos aspectos políticos e sociais. Essa observação não sistemática foi confirmada em pesquisa realizada por Sogame *et al.* (2020) em 2015, que buscaram mapear as vítimas assistidas pelo SAMU 192/ES e verificaram que, do total das ocorrências de causas externas atendidas pelo referido serviço,

[...] 51% foram vítimas de acidentes de transporte terrestre, 35% quedas, 12% agressão e 2% outros tipos de trauma. Resultados que diferem do encontrado pelo VIVA inquérito 2017, o qual apresentou como principal ocorrência a queda acidental (35,2%), excluindo as quedas por acidentes de trânsito, seguida de acidente de transporte (22%) ao se analisar serviços sentinelas de urgência e emergência em diversos municípios do Brasil, o que inclui Vitória no Espírito Santo (Sogame *et al.*, 2020, p. 49 *apud* Brasil, 2019).

Apesar de o contexto socioeconômico do país e do mundo apresentar significativa desigualdade social no tocante à condição de vida das pessoas, o Espírito Santo apresenta intenso crescimento em sua infraestrutura e em sua economia (IJSN, 2017). E, dentro desse cenário, o estado também revela consideráveis índices de agressões e violências. Em 2017, o Espírito Santo apresentou um aumento no índice de homicídio, o que contrasta com uma trajetória declinante das mortes violentas intencionais desde 2010. Possivelmente o fator agravante para essa alteração se deve ao fato de que, em 2017, ocorreu, no território capixaba, a greve da Polícia Militar, que ganhou destaque nacional devido às trágicas consequências dessa manifestação, que teve, conseqüentemente, o assassinato de 215 pessoas. Segundo o Atlas da Violência, o episódio fez com que os índices que vinham caindo retornassem ao padrão dos anos anteriores à greve (IPEA, 2020, p. 9).

Outras questões são constatadas no Portal do IJSN, que destaca diversas situações, como latrocínio, lesão corporal, confrontos com a polícia e acidentes de trânsito, que demandaram intervenção do SAMU 192. Estimamos que o gasto total do Sistema Único de Saúde (SUS) com as vítimas das causas externas no Brasil tenha sido de 24% das suas despesas. Além disso, o custo diário das internações por acidentes e violências fora de 37% maior em comparação com os dos pacientes internados por causas naturais (Mesquita *et al.*, 2009; Mello Jorge; Koizumi, 2004; Melione, 2006 *apud* Alochio, 2011).

É importante notarmos quão expressivos são os índices de violência, mensurando os atendimentos gerados nos prontos-socorros, internações hospitalares e, conseqüentemente, nos diversos serviços de saúde durante o processo de reabilitação, que representam custos mais elevados que os procedimentos médicos convencionais (Brasil, 2005a).

Por isso, o perfil das vítimas de agressão é uma informação indispensável para definir condutas e estabelecer tanto prognóstico quanto ações de prevenção específicas que possam ser planejadas e aplicadas na prática. Essa caracterização pode permitir-nos uma análise quanto à probabilidade de sobrevivência e mortalidade, bem como direcionar os processos assistenciais educativos, a fim de otimizar os recursos humanos e materiais.

Assim, considerando a importância do tema para a sociedade em geral, buscamos, por meio desta pesquisa, conhecer o perfil epidemiológico das vítimas de agressão atendidas pelo SAMU 192/ES. Esperamos oferecer ao governo estadual, municipal e à sociedade capixaba tanto subsídios para a tomada de decisões para reduzir os números de vítimas de agressão com base no perfil das vítimas quanto variáveis associadas à violência.

Para atingir essa meta, este estudo tem por objetivo geral verificar a prevalência e o perfil das vítimas de agressão assistidas pelo SAMU 192 no estado do Espírito Santo em 2020 e o papel da assistência pré-hospitalar móvel no atendimento a essas vítimas. Como objetivos específicos, arrolamos:

- a) caracterizar o perfil das vítimas atendidas pelo SAMU 192/ES quanto às condições demográficas e do atendimento inicial definido no momento da regulação médica;
- b) identificar a prevalência de agressão em vítimas de causas externas assistidas pelo SAMU 192 no estado do Espírito Santo em 2020;
- c) contextualizar a assistência pré-hospitalar móvel sob a luz da Política Nacional de Atenção às Urgência e Emergência, como medida de redução de morbimortalidade de vítimas de agressão.

Esta dissertação estrutura-se de modo que a introdução explicita a consequência da violência como fenômeno social, sendo percebida como uma questão de saúde pública no Brasil e no mundo. O foco desta pesquisa ocorreu em torno da violência física, considerando a relevância dos dados obtidos sobre as vítimas de agressões assistidas pelo SAMU 192/ES em 2020.

Em seguida, explicitamos, no capítulo 2, a metodologia utilizada para o desenvolvimento do trabalho. Trata-se de uma pesquisa elucidativa, aplicada e quantitativa desenvolvida em três momentos distintos: a revisão de literatura, a classificação de seus principais documentos relativos à Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergência com foco na Assistência Pré-Hospitalar Móvel e a pesquisa de campo transversal caracterizada pela coleta de dados na central de regulação do SAMU 192/ES.

No capítulo 3, discutimos sobre agressão como uma das formas de expressão da violência que atinge todos os setores da sociedade, de ordem quer pública, quer privada. Considerando que atinge todas as pessoas independentemente de sua condição social, apresenta-se como um grande problema à saúde.

No capítulo 4, apresentamos a Política Nacional de Urgência e Emergência (PNAU): da implantação do SAMU 192/ES à vítima de agressão em 2020, além do histórico da implementação da assistência pré-hospitalar móvel no estado do Espírito Santo. Neste capítulo, vamos, ainda, apresentar o resultado com as devidas discussões referentes à pesquisa de campo, realizada na central de regulação do SAMU 192/ES.

Por fim, foram realizadas as considerações finais do trabalho, nas quais apresentamos as conclusões obtidas dos resultados, a fim de explicitar a contribuição que este estudo traz para a sociedade, seguidas das referências e dos anexos.

2 METODOLOGIA

2.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa exploratória, aplicada e quantitativa, que foi desenvolvida em três momentos distintos. O primeiro momento foi caracterizado por uma revisão de literatura, utilizando publicações catalogadas com as palavras-chave “*Public Health*”, “*Public Health Policy*”, “*External Cause*”, “*Violence*”, “*Aggression*” e “*Emergency Medical Services*” nos idiomas inglês, português e espanhol, durante o período entre 2006 e 2023, na base de dados da *Lilacs*. Também utilizamos dissertações, teses e livros que dissertam sobre o tema.

No segundo momento, foi realizada uma classificação dos principais documentos, leis, portarias, decretos e normas relacionados à Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências, com destaque para a atenção realizada na rede de urgência e emergência, considerando a importância da assistência pré-hospitalar.

Por fim, no terceiro momento, foi realizada uma pesquisa transversal caracterizada por coleta de dados, retrospectiva dos registros informatizados da central de regulação do SAMU 192/ES de 2020 e com a análise dos atendimentos das vítimas de agressão, que foi realizada com base em dados do estudo primário denominado “Rede de Urgência e Emergência: Estudo do SAMU 192 no Espírito Santo”.

2.2 LOCAL

A pesquisa de campo foi realizada na Central do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192. A sede da central de regulação de urgência e emergência do SAMU 192 do Espírito Santo, localizada na Rodovia BR-101, Km 271, S/N, no município da Serra-ES, conta um amplo espaço e é constituída por um bloco administrativo, almoxarifado e farmácia, onde ficam os materiais utilizados nos atendimentos, além de uma central de regulação médica, onde se estabelecem a coordenação geral, a coordenação médica, a coordenação de enfermagem e a supervisão de enfermagem.

A sede conta também um Núcleo de Educação Permanente (NEP), que inclui os simuladores, o auditório, a psicologia e a equipe de educação permanente e o bloco de lavagem e esterilização, onde são realizadas as lavagens interna e externa, além do Centro de Material e Esterilização – CME (Espírito Santo, 2021).

2.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Em 2020, no SAMU192/ES, foram coletados 14.334 atendimentos⁵ de vítimas de acidentes e violência, dos quais 1.901 foram caracterizados como causas primárias (todos os tipos de agressões) e 11.547 eram referentes à assistência de vítimas com quedas, acidentes de transportes, queimaduras, afogamentos, entre outros.

2.3.1 Critérios de inclusão

Os participantes deste estudo foram pacientes vítimas de agressão de qualquer idade, ambos os sexos assistidos em região metropolitana do ES e em dois municípios da região sul (Anchieta e Piúma)⁶, cujos atendimentos primários resultaram em envio de recurso/equipe, durante o período de 1.º de janeiro de 2020 a 31 de dezembro de 2020⁷, com dados disponibilizados pelo *software* do SAMU 192/ES.

2.3.2 Critério de exclusão

Foram excluídos os atendimentos primários realizados em três municípios de região metropolitana do Espírito Santo (Aracruz, Ibraçu e João Neiva)⁸ e demais municípios da região sul, atendimentos primários de outros tipos de ocorrências, tais como

⁵ Atendimentos são os prestados à vítima e devem ser no menor tempo possível. Conforme a gravidade do caso, são enviados médicos em unidades móveis que podem ser ambulâncias, motolâncias, ambulâncias ou aeromédicos, conforme a disponibilidade e necessidade de cada situação, sempre no intuito de garantir a maior abrangência possível. (Brasil, [s.d.]). Lopes e Fernandes (1999, p. 381) consideram “[...] atendimento pré-hospitalar toda e qualquer assistência realizada, direta ou indiretamente, fora do âmbito hospitalar, através dos diversos meios e métodos disponíveis, com uma resposta adequada à solicitação, a qual poderá variar de um simples conselho ou orientação médica ao envio de uma viatura de suporte básico ou avançado ao local da ocorrência, visando à manutenção da vida e/ou à minimização das sequelas”.

⁶ Especificamente na região sul capixaba, os primeiros municípios a receber o SAMU 192/ES foram Anchieta e Piúma, em agosto de 2010, pois não fazem parte da região metropolitana.

⁷ Trata-se de um período que caracterizou uma amostra de conveniência.

⁸ Os municípios em questão foram excluídos por não fazerem parte da administração da Irmandade da Santa Casa de Vitória, sendo administrados pelo Consórcio Avante.

intoxicação, atendimentos secundários, atendimentos do tipo trote e prontuários com informações incompletas.

2.4 PROCEDIMENTO PARA A COLETA E ARMAZENAMENTO DE DADOS

Os dados sobre o perfil demográfico e clínico dos pacientes assistidos pelo SAMU 192 da Região Metropolitana/Sul do Espírito Santo foram coletados do Sistema de Regulação Médica das Urgências do SAMU 192/ES – *ECops*, disponibilizados pela Coordenação Geral do Serviço. Os pacientes foram identificados por números, com a garantia de anonimato, e dados armazenados em Banco de Dados para a realização de pesquisas, utilizando o *Microsoft Excel* versão 16.40.

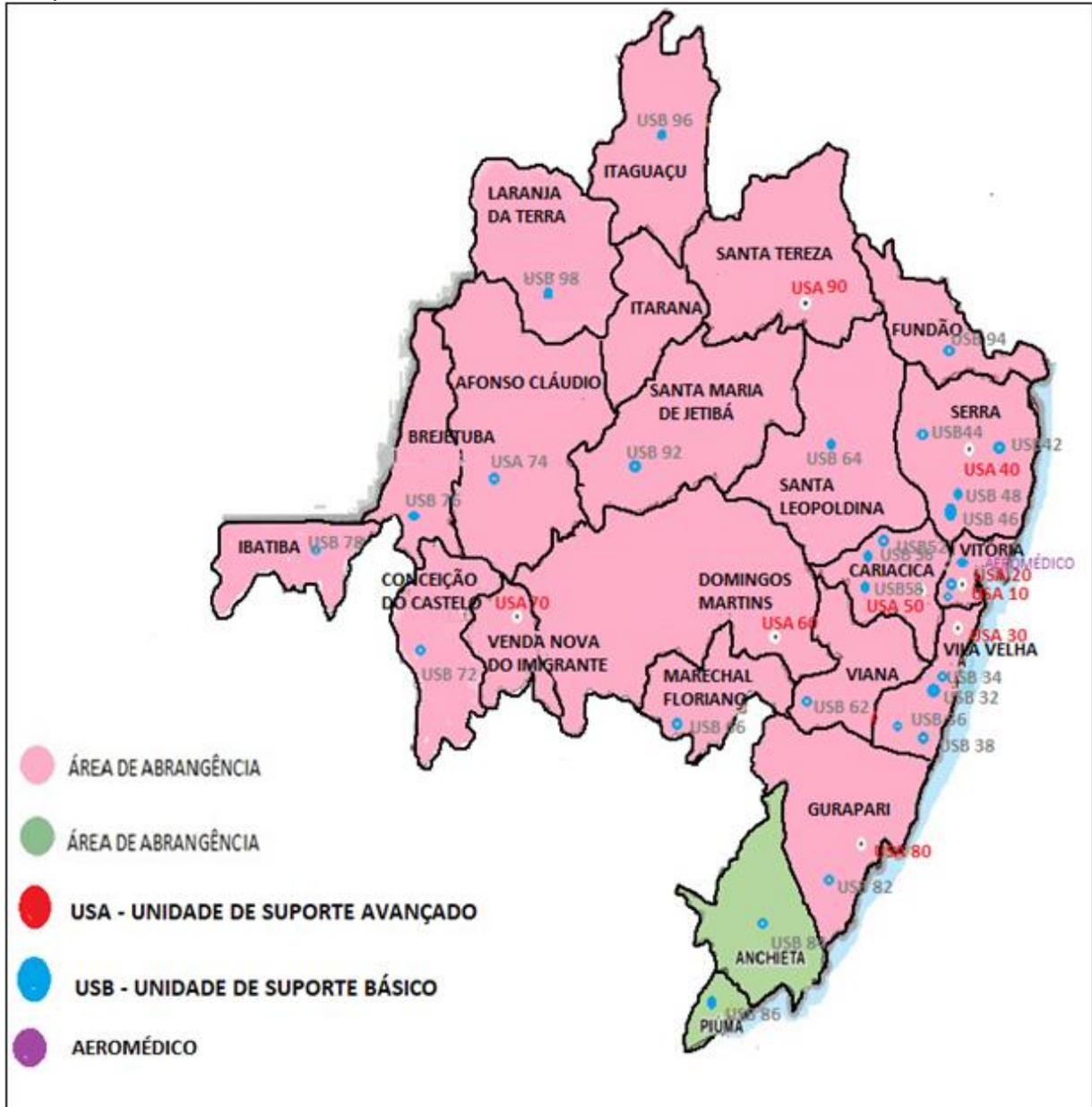
2.4.1 Perfil demográfico

Foram coletadas as informações quanto às idades (<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 e 50 a 59 anos, sexo (masculino e feminino)) e quanto aos municípios da ocorrência (Afonso Cláudio, Anchieta, Brejetuba, Cariacica, Conceição do Castelo, Domingos Martins, Fundão, Guarapari, Ibatiba, Itaguaçu, Itarana, Laranja da Terra, Marechal Floriano, Piúma, Santa Leopoldina, Santa Maria de Jetibá, Santa Teresa, Serra, Venda Nova do Imigrante, Viana, Vila Velha, Vitória).

Apresentamos a seguir (figura 1) as regiões de saúde discriminadas na Resolução n.º 153/2020, que trata do Plano Diretor de Regionalização do ES (PDR), identificando os municípios com assistência do SAMU/ES 192, em 2020.

SAMU 192/ES em 2021, bem como as bases descentralizadas e o quantitativo de USA e USB.

Figura 2 – Área de abrangência do SAMU 192 em 2021, com destaque para as bases descentralizadas e a quantidade de USA, USB e aeromédico



Fonte: Elaborada pelo autor e adaptada de Espírito Santo (2023).

2.4.2 Características do atendimento

Quanto ao atendimento, foram coletados período da semana (segunda a sexta-feira e fim de semana), turno solicitação (diurno e noturno), tipo de recurso enviado (Unidade de Suporte Básico ou Unidade de Suporte Avançado), natureza de agressão (arma de

fogo, arma branca, agressão corporal). Para efeito de análise estatística, foi considerada a gravidade presumida pelo médico regulador (vermelho, amarelo e verde/azul).

A gravidade presumida pelo médico regulador representa a classificação quanto ao nível de urgência/gravidade estimada no momento do acionamento, categorizada como: prioridade absoluta (vermelho), compreendendo os casos em que há risco iminente de vida e/ou perda funcional grave, imediata ou secundária; prioridade moderada (amarelo), determinada quando o atendimento médico é exigido dentro de poucas horas; prioridade baixa (verde), que inclui casos com necessidade de avaliação médica, sem risco de vida nem perda funcional, podendo aguardar várias horas; e prioridade mínima (azul), nas situações em que orientações pelo telefone podem ser realizadas pelo regulador, bem como encaminhamentos (Brasil, 2006).

2.4.3 Destino do paciente

Neste item, identificamos a instituição de saúde para a qual a vítima foi encaminhada pelo serviço, a saber:

- a) Unidade Básica de Saúde;
- b) Pronto Atendimento (PA); Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas;
- c) Hospital/Serviço de Verificação de Óbito (SVO) / Instituto Médica Legal (IML);
- d) Natureza do serviço: público, privado ou filantrópico.

Ademais, foi registrada a informação da ocorrência de óbito em vítimas no local da ocorrência.

2.5 COMITÊ DE ÉTICA

Este projeto foi aprovado pelo CEP da Emescam, considerando que se trata do desenvolvimento de um dos objetivos do projeto denominado “Rede de Urgência e Emergência: Estudo do SAMU 192 no Espírito Santo”, que foi aprovado mediante o Parecer n.º 4.308.858 (ANEXO B).

Todas as etapas do estudo foram respeitadas conforme as normas estabelecidas nas Diretrizes e Normas Reguladoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Resolução n.º 466/12. A guarda das informações, durante cinco anos, ficou sob o sigilo e responsabilidade dos pesquisadores responsáveis, os quais assumiram total responsabilidade pelas consequências legais advindas da utilização inadequada dos dados obtidos e pelo desvirtuamento da finalidade prevista do projeto de pesquisa.

2.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

2.6.1 Análise descritiva

As informações obtidas foram analisadas com base na estatística descritiva simples, com os cálculos da frequência absoluta e relativa, posteriormente apresentados por meio de gráficos e tabelas.

2.6.2 A prevalência

A prevalência de agressão em vítimas assistidas pelo SAMU ES/192 foi calculada de acordo com a proporção do número total de casos existentes de agressão em vítimas atendidas pelo SAMU 192/ES em 2020, pelo total de atendimentos realizados pelo SAMU ES/192 em vítimas de acidente e violência no mesmo ano.

N.º de vítimas de agressão assistidas pelo SAMU 192/ES X 100

N.º total de atendimentos pelo SAMU 192/ES em vítima de acidente e violência.

3 AGRESSÃO COMO UMA DAS FORMAS DE EXPRESSÃO DA VIOLÊNCIA

A história da humanidade é marcada por grandes conquistas e progressos, entretanto não houve somente benefícios e satisfação, pois, dentro desse enredo, a violência, em suas múltiplas formas, também fez e ainda faz parte da experiência humana (Radünz, 2007).

Para Trugilho (2020), relacionar a abordagem da violência como um problema de saúde pública é possível, mas não sem considerar a complexidade de sua dimensão estrutural na sociedade como um todo, ou seja, seus reflexos no campo da saúde pública não podem ser considerados sem o entendimento de suas raízes e seu aspecto estruturante.

No cenário mundial, é responsável por afetar significativamente a qualidade de vida da população, sendo necessárias estratégias específicas para sua prevenção e enfrentamento. No Brasil, desde a década de 1990, as violências associadas aos índices de acidentes já ocuparam o segundo lugar na mortalidade geral da população (Andrade, 2009).

Aqui não pretendemos explicar a origem da violência, porém podemos reconhecer e afirmar que impérios e nações surgiram por meio de homens cheios de pretensões quanto ao domínio e poder; e isso nos remete à declaração de Marx (1983, p. 821): “A violência é a parteira de toda a velha sociedade que está grávida de uma nova [...]”, sendo possível entender que não houve corpo social sem a presença de um contexto violento. O seu diferencial está nas formas de manifestação, sendo caracterizada de acordo com os padrões de cada período.

A violência é algo complexo, histórico, empírico e específico a ser compreendido, tornando-se um objeto de estudo das mais diversas áreas, discursos e agendas políticas (Minayo, 2003, p. 3/24). Na atualidade, o mundo encontra-se organizado de modo político e geográfico, logo não há mais sociedades a serem formadas, e sim a serem respeitadas, o que leva à necessidade de ir além, de não somente atender às consequências de uma cultura, mas de transformá-la quando esta apresenta marcas negativas para o indivíduo e seu meio.

Portanto, cada vez mais, a saúde busca entender esse fenômeno e suas múltiplas formas, a fim de garantir o bem-estar físico e emocional da sociedade, pois, segundo a OMS, a saúde é o completo bem-estar físico, mental, social e espiritual dos indivíduos.

Partindo do princípio de que um ser saudável dispõe do equilíbrio de seu bem-estar físico, mental, social e espiritual, questionamos o que poderia promover tamanho desequilíbrio na humanidade a ponto de diferentes áreas de conhecimento tomarem a violência como objeto de estudo. Teles e Melo (2003) entendem que a violência não está limitada a um determinado grupo, mas é um discurso que envolve as diferentes classes sociais, etnias, religião e culturas, sem ter em conta os níveis social e econômico.

Assim, podemos afirmar que a violência está em todos os setores da sociedade, ocorrendo em espaços públicos ou privados e atingindo as diferentes faixas etárias e gêneros. Para Minayo (2003), a violência faz parte da vida social, já que atinge todas as pessoas em todos os segmentos sociais, de modo que vem representando um grande problema para a saúde pública no cenário mundial, considerando que “[...] houve uma estimativa de 477.000 assassinatos, com quatro quintos de todas as vítimas de homicídio do sexo masculino. Os homens da Região das Américas foram os mais afetados (31,8 por cada 100.000 habitantes)” (OMS, 2018, p. 8).

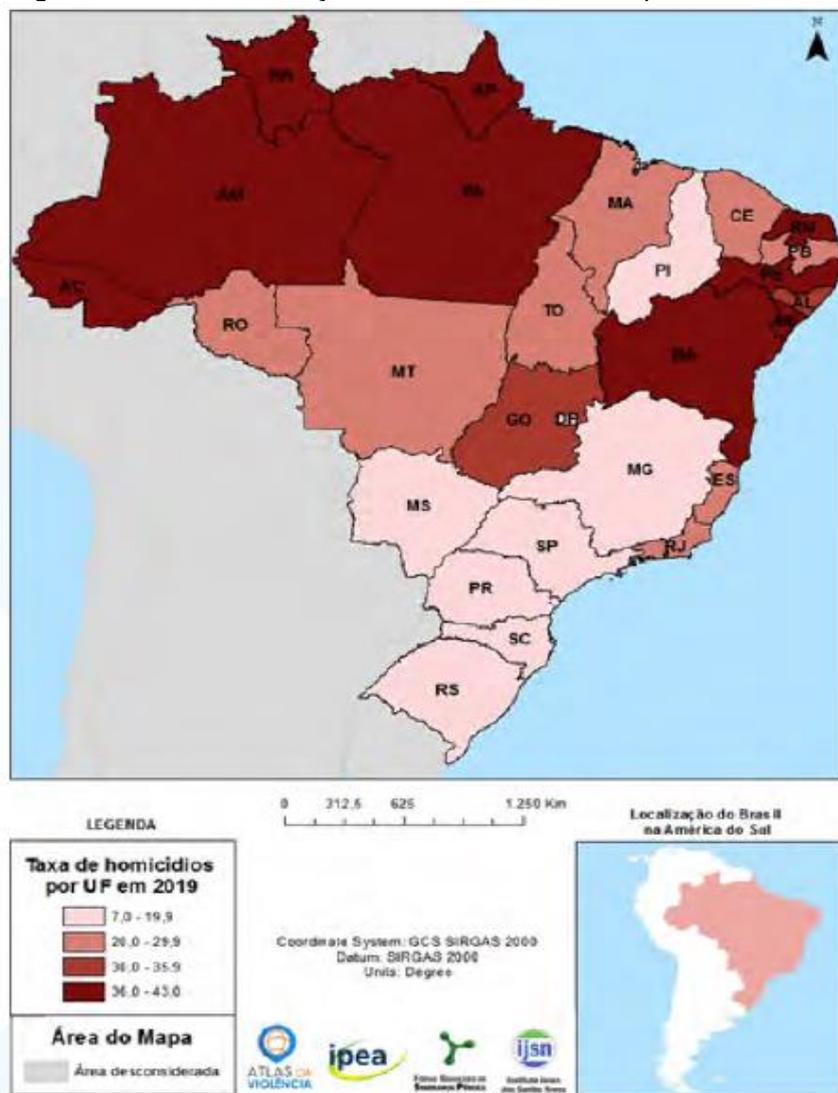
No Brasil, a violência é uma triste realidade, cuja intensidade tem sido um caos para as políticas públicas. Segundo os dados oficiais do Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM/MS), ocorreram, em 2017, 65.602 homicídios⁹ no Brasil, o que equivale a uma taxa de 31,6 mortes para cada cem mil habitantes (IPEA, 2019).

⁹ Nesse conceito, estão agrupadas as categorias agressões (110) e intervenções legais (112), do CID-BR-10, ou as categorias do CID compreendidas entre Y85-Y09; Y35-36, segundo o SIM/SVS/MS. No Atlas da Violência, seguimos, portanto, a definição de “homicídios” estabelecida pelo Protocolo de Bogotá: “O homicídio se define, para o presente propósito, como a morte de uma pessoa causada por uma agressão intencional de outra(s). Nesse sentido, excluem-se os homicídios não intencionais, os acidentais e as tentativas de homicídio [...]. Além disso, são consideradas as mortes por agressão cometidas por agentes públicos no exercício do seu dever profissional, mesmo quando sejam legais, bem como as mortes acontecidas no exercício da legítima defesa por parte de qualquer pessoa. Em consequência, essa definição de homicídio não está limitada pela tipificação legal, que varia de país para país e inclui com frequência diversos tipos penais, mas por um conceito geral que não depende da legalidade ou ilegalidade dos fatos. Esta opção maximiza a comparabilidade internacional, é

O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, anualmente, publica um documento intitulado Atlas da Violência, e a edição de 2021 corrobora o caótico quadro de violência que se perpetua na nação brasileira (IPEA, 2021).

Na figura 3, retirada da publicação, apresentamos a variação nas taxas de variação de homicídios por unidades da federação nos últimos dez anos, cinco anos e um ano no Brasil.

Figura 3 – Taxas de variação de homicídios de 2019 por UF no Brasil



Fonte: Atlas da Violência (2021).

consistente com o objetivo de minimizar as mortes por agressão independentemente da sua legalidade e evita a demora que resulta da espera pela certeza de uma decisão judicial (Open Society Foundations, 2015, p. 4).

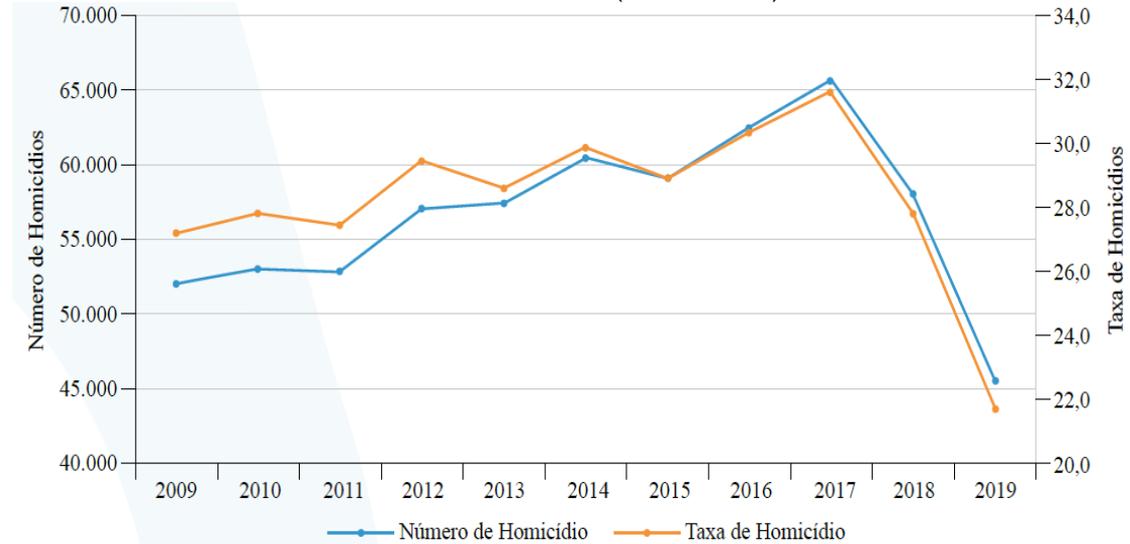
Conforme apresentado na figura 3, a análise da taxa de variação de homicídios por Unidade Federativa (UF), segundo óbitos por local de residência da vítima em 2019, aponta que os números variaram de 10 a 42,7 homicídios por cem mil habitantes. Os estados que apresentam maiores índices são aqueles localizados na Região Norte e Nordeste, com índices de 36 a 43: Acre, Amazonas, Roraima, Pará, Amapá, Bahia, Rio Grande do Norte, Pernambuco, Sergipe; Goiás e Alagoas com índices de 30 a 35,9; Rondônia, Mato Grosso, Tocantins, Maranhão, Ceará, Paraíba, Rio de Janeiro e Espírito Santo com índices de 20 a 29,9. Todos os estados da Região Sul (Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul), da Região Sudeste (Minas Gerais e São Paulo) e da Região Centro-Oeste (Mato Grosso do Sul) apresentam índices de 7 a 19,9. O Atlas da violência (IPEA, 2021) explica as altas taxas de homicídio nos estados da Região Norte:

[...] é interessante ainda observar as taxas de homicídios nas UFs que serviram de palco principal para a guerra pelo controle do tráfico internacional de drogas nas rotas que passam pelas regiões do Alto do Juruá, pelo Solimões e chegam às capitais do Nordeste, cujo auge ocorreu em 2017. Para efeito de comparação, tomando como referência os anos de 2015 (pré-armistício), 2017 (auge do conflito) e 2019 (pós-armistício), no Acre as taxas evoluíram de 27,0 para 62,2 e 36,9, respectivamente. No Pará, os índices variaram de 45,0 para 54,7 e 39,6. Um mesmo padrão, considerando os mesmos três anos, pode ser notado nos estados nordestinos onde se observaram maiores confrontos. No Ceará as taxas foram de 46,7 para 60,2, retornando para 26,5. No Rio Grande do Norte, onde no início de 2017 ocorreu a chacina na Penitenciária de Alcaçuz, os índices evoluíram de 44,9 para 62,8 e 38,4 (IPEA, 2021, p. 16).

O número de homicídios na UF de residência foi obtido pela soma das seguintes CIDs – 10: X85-Y09 e Y35 –, ou seja, óbitos causados por agressão mais intervenção legal, e foi elaborado pelo DIEST/IPEA, FBSP e IJSN. O Atlas da Violência é um diagnóstico da violência com base na variação das taxas de homicídio, atingindo as diferentes faixas etárias, gênero e etnia. É uma realidade que causa grande impacto à sociedade, interferindo na qualidade de vida da população com a presença do medo e da insegurança (IPEA, 2021).

No gráfico 1, apresentamos uma queda no índice de homicídios nos últimos anos e destacamos a queda na taxa de homicídio é coincidente com o período em que o número de homicídios no país diminuiu.

Gráfico 1 – Número e taxa de homicídios no Brasil (2009 a 2019)



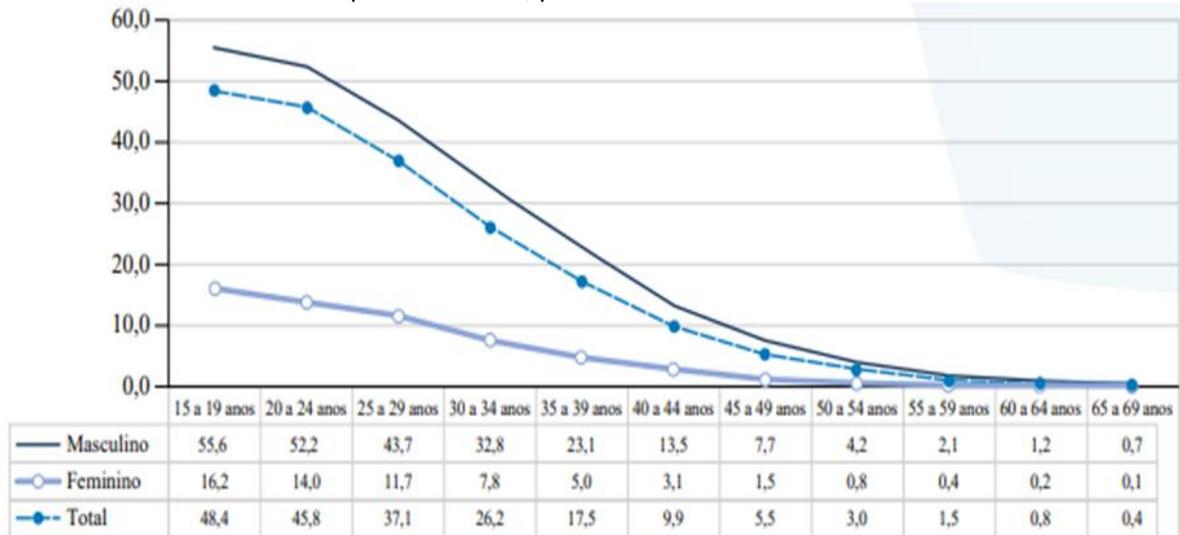
Fonte: Atlas da Violência (2021).

Segundo a análise apresentada pela publicação Atlas da Violência 2021, fazendo uma comparação com as edições anteriores, o autor mostra uma redução significativa no índice de homicídios de 22,1% entre 2018 e 2019, e, segundo os registros SIM/MS, deve ser observada com cautela. Nesse sentido, ele traz alguns fatores que possivelmente afetaram esses índices. A primeira questão a ser considerada é a deterioração na qualidade dos registros oficiais, e os dados publicados pelo “Anuário Brasileiro de Segurança Pública” divergem dos dados do Ministério da Saúde (IPEA, 2021).

Ao considerarmos as faixas etárias de pessoas entre 15 e 29 anos, os homicídios são a principal causa de mortalidade de jovens. Foram 30.873 jovens vítimas de homicídios em 2018, o que significa uma taxa de 60,4 homicídios a cada cem mil jovens, e 53,3% do total de homicídios do país (IPEA, 2020, p. 20).

Ao analisarmos a principal causa dos óbitos, consideramos que, na juventude masculina, o homicídio é responsável pela parcela de 55,6% das mortes de jovens entre 15 e 19 anos; de 52,3% daqueles entre 20 e 24 anos; e de 43,7% dos que estão entre 25 e 29 anos, conforme apresentado no gráfico 2 (IPEA, 2020, p. 20).

Gráfico 2 – Óbitos causados por homicídios, por faixa etária



Fonte: Atlas da Violência (2020).

Para as mulheres nessa mesma faixa etária, a proporção de óbitos ocorridos por homicídios é consideravelmente menor: de 16,2% entre aquelas de 15 e 19 anos; de 14% daquelas entre 20 e 24 anos; e de 11,7% entre as jovens de 25 e 29 anos (gráfico 2). Assim, podemos afirmar que a causa morte por homicídio atinge mais as mulheres e homens jovens do que indivíduos de qualquer outra faixa de idade (IPEA, 2020, p. 20).

Sendo assim, uma parcela significativa da população jovem não chega à fase adulta pelo fato de ter sua vida interrompida abruptamente. Segundo a Fundação Internacional de Emergência das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) – *United Nations International Children's Emergency Fund* –, em um de seus relatórios, o Brasil, em 2012, ficou em sexto lugar no mundo no índice de homicídios de crianças e adolescentes de 0 a 19 anos de idade em 2012. Para a organização, o fato deve-se ao aumento da desigualdade, ao acesso a armas de fogo, a drogas e ao crescimento da população jovem (Souza *et al.*, 2014).

Outra parcela da população que apresenta números assustadores são as vítimas negras. Segundo o IPEA (2021), esses resultados reforçam a desigualdade racial na sociedade brasileira. Goes e Silva (2013) afirmam que, além de o país possuir índices de violência letal entre as mais elevadas do mundo, há uma exposição desproporcional da população negra a essa violência, principalmente no que se refere a sua parcela jovem. Indicam, ainda, que o número revela uma realidade muito

explícita de violação dos direitos humanos. Esse assunto não será desenvolvido aqui, mas é evidente que essa realidade precisa ser discutida com promoção de medidas cabíveis, a fim de garantir a justiça e a segurança.

Apenas em 2018, para citar o exemplo mais recente, os negros (soma de pretos e pardos, segundo a classificação do IBGE) representaram 75,7% das vítimas de homicídios, com um índice de homicídios por cem mil habitantes de 37,8. Comparativamente, entre os não negros (soma de brancos, amarelos e indígenas), a taxa foi 13,9, isso significa que, para cada indivíduo não negro morto em 2018, 2,7 negros foram mortos. Da mesma forma, as mulheres negras representaram 66% do total das mulheres assassinadas no Brasil, com um índice de mortalidade por cem mil habitantes de 4,1, quase o dobro quando comparado ao das mulheres não negras, que é de 2,5 (IPEA, 2021).

Dentro da estatística, há o registro em números da triste realidade vivenciada pela mulher brasileira, o grave índice evidencia que, apesar das políticas de proteção às mulheres, ainda há um problema a ser solucionado. Para Minayo (2006), a violência sofrida pelas mulheres desde a colonização vem perpetuando-se nos mais diferentes momentos históricos e nas mais diversas sociedades, por exemplo, arma de persuasão, como forma de poder e dominação.

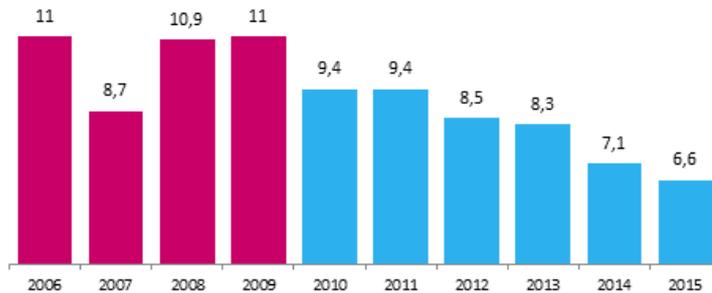
Segundo dados da Secretaria da Segurança Pública (SESP), a cada dois dias, uma mulher foi vítima de homicídio no Espírito Santo, em 2009. Uma média de 16 homicídios ao mês. Na maioria dos casos, as vítimas tinham ligação afetiva com seus agressores e haviam sofrido violência doméstica (Espírito Santo, 2016).

O resultado das ações do estado, as taxas de homicídio, desde então, apresentaram queda, caindo de 11 mulheres a cada grupo de cem mil em 2009 para 6,6 em 2015 (gráfico 3). Já em 2016, a redução atingiu 37% em relação ao mesmo período de 2015 (Espírito Santo, 2016).

No gráfico 3, é possível observarmos o sério problema que vem sendo enfrentado pelas autoridades capixabas.

Gráfico 3 – Taxa de homicídios por cem mil mulheres ao ano no Espírito Santo, em 2016

Em 2016, o quadro também é de redução, dados acumulados no primeiro semestre apontam redução de 37% em relação ao mesmo período de 2015.



Fonte: SESP (homicídios); IBGE (censos e estimativas populacionais) (2021).

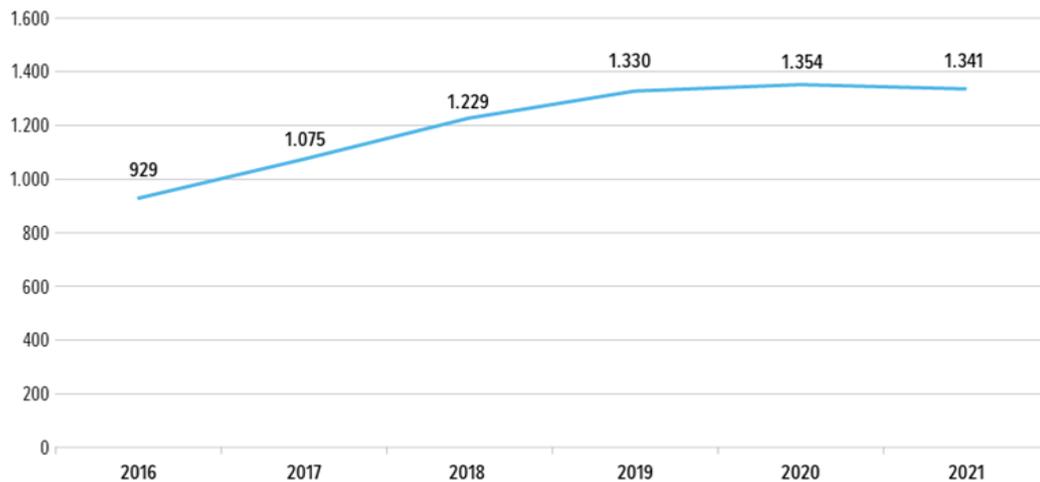
Em 2019, 3.737 mulheres foram assassinadas no Brasil, uma redução de 17,3% com relação ao total de homicídios em 2018, que chegou a 4.519. Seguindo a tendência de redução da taxa geral de homicídios no país, a taxa de homicídios contra mulheres apresentou uma queda em 2019 (IPEA, 2021).

Embora aparentemente os registros de atendimentos no período da pandemia (2020-2021) tenham apresentado queda, houve crescimento dos casos de feminicídios¹⁰ e homicídios femininos.

Entre 2016 e 2021, a quantidade de feminicídios cresceu 44,3%, passando de 929 casos em 2016 para 1.341 em 2021, conforme dados do Fórum Brasileiro de Segurança Pública. No gráfico a seguir, ilustramos a situação (FBSP, 2022).

¹⁰ Segundo a Lei n.º 13.104, de 9 de março de 2015, é considerado feminicídio quando o assassinato envolve violência doméstica e familiar, menosprezo ou discriminação à condição de mulher da vítima.

Gráfico 4 – Número de feminicídios Brasil, 2016-2021



Fonte: Anuário Brasileiro de Segurança Pública (2022).

No entanto, segundo os dados do Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP), em 2020, houve um crescimento de 22,2%, do predomínio de casos de feminicídios em 12 estados brasileiros, comparando com o mesmo período do ano anterior. De acordo com o relatório, o estado em que se notou o agravamento mais crítico foi o Acre, onde o aumento atingiu 300% (Agência Brasil, 2020). Na região, o total de casos passou de um para quatro ao longo do bimestre. Também tiveram destaque negativo o Maranhão, com variação de 6 para 16 vítimas (166,7%), e Mato Grosso, que iniciou o bimestre com seis vítimas e o encerrou com 15 (150%). Os números caíram em apenas três estados: Espírito Santo (-50%), Rio de Janeiro (-55,6%) e Minas Gerais (-22,7%) (Agência Brasil, 2020).

Esse aumento nos casos de feminicídios no Brasil, segundo os dados disponibilizados pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública, ocorreu em decorrência da pandemia do novo coronavírus, uma doença que varia do resfriado comum a doenças mais graves, como a síndrome respiratória do Oriente Médio (MERS-CoV) e a síndrome respiratória aguda grave. Para conter o avanço do vírus, foram adotadas várias ações pelos órgãos de controle de saúde do país, entre as quais podemos destacar o isolamento social, que provocou enorme mudança na rotina das pessoas (Aquino *et al.*, 2022).

Os relatórios explicam esse fenômeno considerando os seguintes aspectos: a correta tipificação de crime; a situação de vulnerabilidade da vítima pela convivência mais próxima com o agressor, o que a impede de fazer a denúncia; a restrição de acesso

aos canais de atendimento devido à crise sanitária (delegacias, centro de referência, canais de alternativas de denúncia) (FBSP, 2022, p. 157).

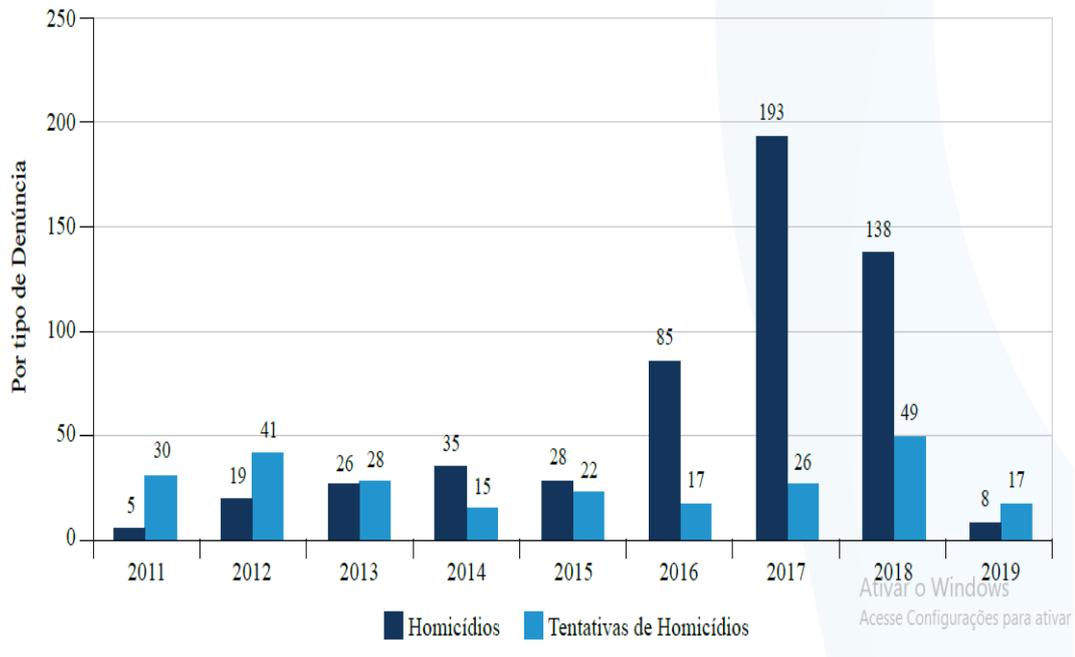
Essa situação fez com que as mulheres ficassem mais vulneráveis, elevando as situações de conflitos familiares, somando-se a isso o uso incontrolado de bebidas alcoólicas, o desemprego, a segurança econômica, o distanciamento com familiares e amigos, o que acarretou, conseqüentemente, a violência doméstica (Abude, 2021).

De acordo com Porto (2004, p. 20), “[...] ser mulher é sinônimo de luta constante por liberdade das amarras opressoras, socialmente arraigadas, há milhares de anos”. Ainda que, na atualidade, pessoas idôneas venham se aplicando ao estudo dessa opressão feminina, a questão revela diversas dificuldades de percepção e discernimento, porque, mesmo sendo uma realidade declaradamente universal, se revela de modos e conteúdos singulares em cada formação social. Ainda segundo o autor, o contexto cultural está sempre em formação, mas ainda há, na sociedade brasileira, evidências implícitas e explícitas de uma herança racista, machista e preconceituosa, expressas por estatísticas resultantes de ações violentas (Porto, 2004).

Dentro dessas estatísticas, existe a violência contra pessoas lésbicas, gays, bissexuais, travestis, trans, queers, pansexuais, agêneros (LGBTQIA+) com evidências do preconceito por meio de repulsivos atos de homofobia, que Borrillo (2010, p. 34) define como “[...] hostilidade geral, psicológica e social contra aquelas e aqueles que, supostamente, sentem desejo ou têm práticas sexuais com indivíduos de seu próprio sexo”. Assim, depreendemos que a homofobia é uma manifestação negativa sobre pessoas homossexuais, sendo homens ou mulheres, que se diferenciam dos papéis tradicionais de gênero, vivendo a sexualidade além da norma heterossexual. A culminância do preconceito contra essa população, infelizmente, é a violência física e, em muitos casos, de forma letal.

No gráfico 5, apresentamos dados comparativos com o número de denúncias recebidas pelo Disque 100 no período de 2011 a 2017, considerando os homicídios e tentativas de homicídios sofridas por pessoas LGBTI+s, de acordo com os dados do Disque 100.

Gráfico 5 – Número de denúncias de homicídios e de tentativas de homicídios no Brasil contra pessoas LGBTQIA+ (2011-2019) segundo o Disque 100

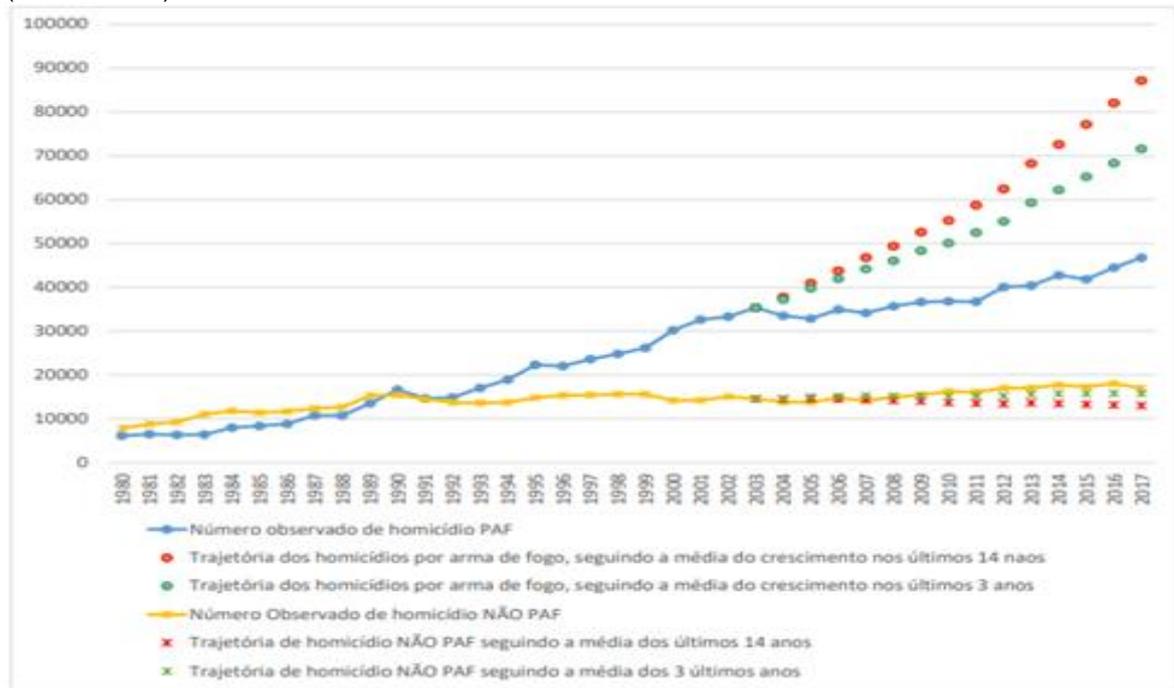


Fonte: Atlas da Violência (2020).

As recorrentes manifestações de violência no Brasil acontecem das mais variadas formas com o uso de diferentes instrumentos, um dos quais utilizados comumente é a arma de fogo, que é uma ferramenta que geralmente leva sua vítima ao óbito. A arma de fogo por si só não realiza a violência, mas a representa pelo fato de ser um dos recursos mais utilizados pelo homem, desde a sua criação, ao longo da história. Na atualidade, podemos reconhecê-la como um imponente recurso que gera morte, majoritariamente de adolescentes e jovens, de modo que nosso país seja reconhecido mundialmente como um dos campeões de homicídio (Minayo, 2006).

No gráfico 6, apresentamos a taxa de homicídios por arma de fogo (PAF) e por outros meios (não PAF) no Brasil, entre 1980 e 2017. Notamos o crescimento acentuado na trajetória dos homicídios por arma de fogo.

Gráfico 6 – Taxas de homicídios por arma de fogo (PAF) e por outros meios (não PAF) no Brasil (1980 e 2017)



Fonte: Microdados do sistema de informações sobre mortalidade – SIM Elaboração DIEST/IPEA e FBSP (2019).

No gráfico acima, observamos que a taxa de homicídios PAF apresentou, no período entre 1980 e 2017, um crescimento acentuado em comparação aos homicídios não PAF no mesmo período.

Diante do exposto, constatamos que a violência se configura como uma das principais causas de mortalidade no Brasil e no estado do Espírito Santo. Nesse cenário, observamos o aumento significativo de vítimas fatais de agressão por arma de fogo, sendo o perfil sociodemográfico delas basicamente representado por homens e mulheres jovens, de raça negra (IPEA, 2020). Destacamos, nesse contexto, o expressivo aumento nos casos de feminicídios no período do isolamento social devido à pandemia da covid-19.

Esses dados apontam-nos um grave problema a ser enfrentado pelo poder público, que deve elaborar estratégias educativas, de prevenção e controle, envolvendo o setor de saúde, de segurança pública, entre outros, na intenção do enfrentamento das violências e redução do número de homicídios.

4 POLÍTICA NACIONAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: DA IMPLANTAÇÃO DO SAMU 192/ES À VÍTIMA DE AGRESSÃO NO ANO DE 2020

A partir dos anos 2000, o Ministério da Saúde publicou um conjunto de normativas que visam prevenir as violências e acidentes e promover uma cultura de paz, mobilizando diferentes departamentos de sua estrutura e buscando comunicar-se com outros ministérios, autoridades estaduais e municipais, instituições acadêmicas e departamentos de organizações não governamentais. Para tornar essas ações sustentáveis, o Ministério da Saúde promulgou o Decreto n.º 737, de maio de 2001, Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, que tem, entre seus objetivos, organizar e fortalecer ações intersetoriais de prevenção e atendimento às vítimas de causas externas (Brasil, 2001).

Na Portaria n.º 737/2001, a organização e implantação do serviço de atendimento pré-hospitalar móvel foi encarado como ponto fundamental para a consecução de seu propósito. Desse modo, destacava a necessidade do estabelecimento de normas técnicas específicas para a padronização dos equipamentos necessários para o serviço e dos veículos destinados ao transporte das vítimas, assim como na formação de profissionais (Brasil, 2001).

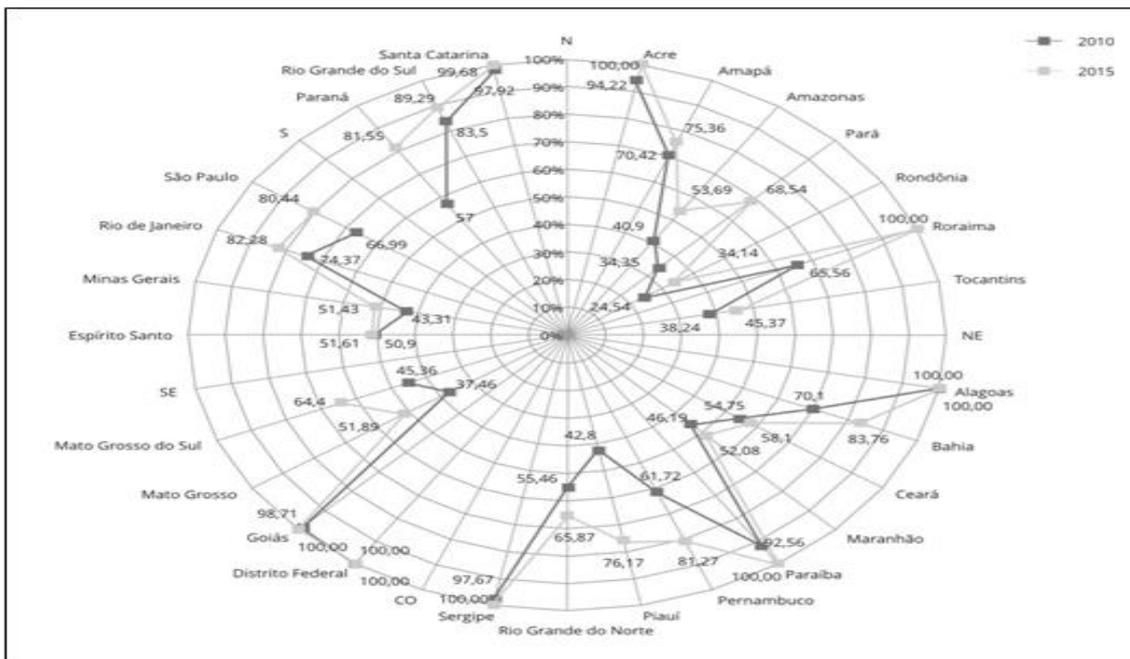
O objetivo da Portaria n.º 737/2001 encontra-se na redução da morbimortalidade por acidentes e violências no país, priorizando as medidas preventivas, abrangendo as ações de promoção de saúde e tratamento das vítimas mediante o desenvolvimento de um conjunto de ações articuladas e sistematizadas, permitindo, assim, o conhecimento das ações ante a ocorrência desses eventos referentes ao atendimento, recuperação e reabilitação dos pacientes, e, dessa maneira, contribuindo para melhor qualidade de vida da população (Brasil, 2001).

Posteriormente, foi instituída a Lei de Unidades Móveis, Portaria n.º GM 2.048, de 5 de novembro de 2002, que regulamenta o Atendimento das Urgências e Emergências, normatiza o serviço de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel, que passa a ser conhecido como SAMU 192, estabelecendo regras que vão desde as especializações da equipe de saúde até as características dos veículos e os equipamentos a serem utilizados nas ambulâncias (Brasil, 2002).

O SAMU 192 é um programa que se destina ao socorro emergencial e tem por objetivo reduzir o número de óbitos, assim como minimizar as possíveis sequelas decorrentes da falta de socorro precoce. Segundo os estudos de Lopes *et al.* (2017), os primeiros SAMUs foram inaugurados nas capitais brasileiras, a saber: São Paulo em 1989, Belém (Pará) em 1994 e Porto Alegre (Rio Grande do Sul) em 1995. Entre 2000 e 2002, foram inaugurados os SAMUs Natal (Rio Grande do Norte) e Recife. Até então não havia investimento federal, e os estados, por intermédio de secretarias de saúde ou do Corpo de Bombeiros, assumiam a iniciativa de prestar esse atendimento. Ainda segundo os autores, “[...] entre 2003 e 2004 foram inaugurados cinco SAMUs. No período 2005-2006 houve uma franca expansão de SAMUs metropolitanos, com 14 inaugurados, atingindo uma cobertura populacional de 35%” (Lopes *et al.*, 2017).

Depois de 2006, mais três capitais inauguraram seus SAMUs. Durante esse tempo, outros SAMUs foram inaugurados fora das capitais, com destaque para Campinas e Ribeirão Preto (figura 4) (O’Dwyer *et al.*, 2017). Com o avanço da implantação dos SAMUs em 2008, o serviço já abrangia todas as capitais dos estados do Brasil, com cobertura de 52.9% da população do país. Após 2010, atingia 64,47% de abrangência populacional; em 2013, 72,74%; e, em 2015, 75,92% (O’Dwyer *et al.*, 2017).

Figura 4 – Cobertura do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) por Unidade Federativa. Brasil, anos 2010 e 2015



Fonte: Organizado por Lopes *et al.* (2017); Cadernos de Saúde Pública (2017).

Considerando o plausível papel social ofertado pelo atendimento pré-hospitalar móvel à sociedade e a implantação desse serviço, a qual visava à redução da morbimortalidade de vítimas oriundas das mais diversas causas, entre as quais consideravelmente as vítimas de violências (Minayo *et al.*, 2018), em 2003, o Ministério da Saúde, na tentativa de organizar a assistência da urgência e emergência, publica a Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergência, instituída pela Portaria n.º 1.863 (Brasil, 2003a). Essa normativa foi implementada em todos os estados do Brasil, de acordo com a autonomia dos níveis federativos, permitindo a equidade e integralidade no atendimento às urgências clínicas e traumáticas no país.

Nesse contexto, mediante a Portaria n.º 1.864 (Brasil, 2003b), foi instituído o componente pré-hospitalar móvel por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 em todo o território brasileiro, sob as condições orçamentárias e de trabalho do Sistema Único de Saúde.

Em 2011, a Portaria n.º 1.600 (Brasil, 2011) instituiu a Rede de Atenção às Urgências no SUS e reformulou a Política Nacional de Atenção às Urgências por meio de suas diretrizes, componentes e atribuições legais de operacionalização. Por fim, a Portaria n.º 1.010 (Brasil, 2012) redefiniu as diretrizes para a implantação do SAMU 192, unificando as definições do sistema, suas atribuições de operação e fornecendo um dimensionamento global referente à composição de equipes da central de regulação, das equipes de operação das unidades móveis, das qualificações das unidades e dos incentivos financeiros por meio de investimento e custeio do sistema.

Para facilitarmos a compreensão e cronologia das normativas instituídas para a política de atenção às urgências e emergências, apresentamos um quadro com os principais regulamentos:

Quadro 1 – Principais regulamentos que compuseram a Política Nacional de Atenção às Urgências

Portarias	Conteúdo
Portaria n.º 2048/2002	Regulamenta os Sistemas de Estado de Emergência; estabelece seus princípios e diretrizes, estabelece normas, critérios de funcionamento, classificação e registro de hospitais de emergência.

Portaria n.º 1863/2003a	Institui a Política Nacional de Atendimento às Urgências (PNAU) a ser implantada em todas as unidades federativas, de acordo com a autonomia dos níveis federativos.
Portaria n.º 2072/2003b	Cria o Comitê Gestor Nacional de Atendimento de Emergência e define suas atribuições e responsabilidades.
Portaria n.º 1864/2003c	Implementa o Serviço Móvel de Atendimento Pré-Hospitalar criado pela Política Federal de Atendimento às Urgências em todos os municípios e regiões do Brasil: SAMU - 192.
Portaria n.º 3125/2006b	Decreta o programa QualiSUS e estabelece sua jurisdição. Estabelece diretrizes para estruturar e organizar as ações de atendimento emergencial com foco no atendimento pré-hospitalar e hospitalar.
Portaria n.º 2922/2008	Estabelece diretrizes para o fortalecimento e implementação do componente de "Organização de redes locais de atenção integral às urgências" da Política Nacional de Atenção às Urgências.
Portaria n.º 1020/2009	Estabelece diretrizes para a implantação do componente pré-hospitalar fixo (Unidades de Pronto Atendimento - UPA e Salas de Estabelecimento - SE) para a organização de redes locais de atenção integral às urgências em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências.
Portaria n.º 4.279/2010	Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
Portaria n.º 1600/2011a	Reformula a Política Nacional de Atendimento às Urgências e cria a Rede de Atendimento às Urgências.
Portaria n.º 2648/2011b	Revisa diretrizes para implantação de Unidades de Pronto Atendimento.
Portaria n.º 2026/2011c	Aprova as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação Médica das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências.
Portaria n.º 1010/2012	Redefiniu as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências.
Portaria n.º 1473/2013a	Altera a Portaria n.º 1.010/GM/MS, de 21 de maio de 2012, que 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.
Portaria n.º 87/2013b	Qualifica Unidades de Suporte Básico e Avançado, destinadas ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) da Central de Regulação Médica das Urgências de Campo Grande (MS) e autoriza a transferência de custeio aos Municípios.
Portaria n.º 342/2013c	Redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e do conjunto de serviços de urgência 24 horas (vinte e

	quatro) não hospitalares da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências, e dispõe sobre incentivo financeiro de investimento para novas UPA 24h (UPA Nova) e UPA 24h ampliadas (UPA Ampliada) e respectivo incentivo financeiro de custeio mensal.
Portaria n.º 104/2014	Altera a Portaria n.º 342/GM/MS, de 4 março de 2013, que redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e do conjunto de serviços de urgência 24 horas não hospitalares da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências, e dispõe sobre incentivo financeiro de investimentos para novas UPA 24h (UPA Nova) e UPA 24h ampliadas (UPA Ampliada) e respectivo incentivo financeiro de custeio mensal

Fonte: Machado (2022).

A seguir, apresentamos o processo histórico de implantação do SAMU 192 no Espírito Santo.

4.1 O SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU 192) NO ESPÍRITO SANTO

Com a criação do programa “SAMU para Todos” em dezembro de 2019, no intuito de ampliar o acesso da população ao SAMU 192, mediante uma parceria entre governos federal, estadual e municipal em 2021, os serviços de atendimento no Espírito Santo alcançaram mais de 96% da população capixaba, abrangendo 72 municípios (Espírito Santo, 2006, 2021; Sogame *et al.*, 2020).

Cada unidade do SAMU 192 é distribuída estrategicamente em regiões de cobertura previamente definida, que respeita aspectos demográficos, populacionais, territoriais e indicadores de saúde. Ao ligar para o SAMU 192, o solicitante é atendido pelo técnico auxiliar de regulação médica (TARM), que capta informações sobre o tipo e local do evento. Em seguida, transfere a ligação para o médico regulador, que continua o processo de triagem do atendimento, fazendo uma rápida classificação de risco do paciente e determinando, assim, o recurso necessário para suprir as necessidades da emergência da vítima. Dando sequência, o rádio operador aciona a equipe de intervenção correspondente à determinação do médico regulador. Ao chegar ao local do evento, a equipe de intervenção do SAMU 192 realiza a avaliação da vítima e os procedimentos necessários para a manutenção de sua vida, registra essas

informações no Boletim de Ocorrência e transmite todas os dados referentes ao estado de gravidade do paciente para o médico regulador, que, por sua vez, faz um julgamento da necessidade dos recursos necessários para o tratamento definitivo e determina a instituição de saúde de referência à qual será encaminhado o paciente (Brasil, 2002, 2003a, 2003b; Melo; Silva, 2011).

O SAMU 192 conta a retaguarda da rede de serviços de saúde, disponíveis conforme critérios de hierarquização e regionalização pactuados entre os gestores do sistema locorregional (BRASIL, 2002). Tem por objetivo político garantir atenção às urgências em todos os níveis do SUS, organizando a assistência desde as unidades básicas, equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF) até os cuidados pós-hospitalares na convalescença, recuperação e reabilitação do paciente (Melo; Silva, 2011).

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

As orientações disponíveis para a população no portal da Secretaria de Saúde do Espírito Santo (SESA) é que o cidadão deve acionar o SAMU 192 quando perceber as seguintes situações: parada cardiorrespiratória; dor bem forte no peito (infarto); dificuldade de respirar/engasgo; suspeita de acidente vascular cerebral (derrame); intoxicação (envenenamento); queimadura grave; choque elétrico; acidente de trânsito com vítima; queda grave e fratura; afogamento; surto psiquiátrico; ferimento causado por arma de fogo ou arma branca; trabalho de parto com risco de morte para a mãe ou para o bebê (SESA, 2021).

Ao perceber qualquer uma das situações descritas, o cidadão pode ligar para o telefone 192, e, de forma gratuita, o serviço do SAMU 192 imediatamente presta orientações e envio de ambulâncias, 24 horas por dia (SESA, 2021). Dependendo do registro, é destinada ao local a ambulância que transportará o paciente que não precise de intervenção médica no local ou o veículo de suporte avançado (UTIs

móveis), que possuem recursos necessários aos pacientes de alto risco que necessitam de cuidados médicos intensivos (Brasil, 2002).

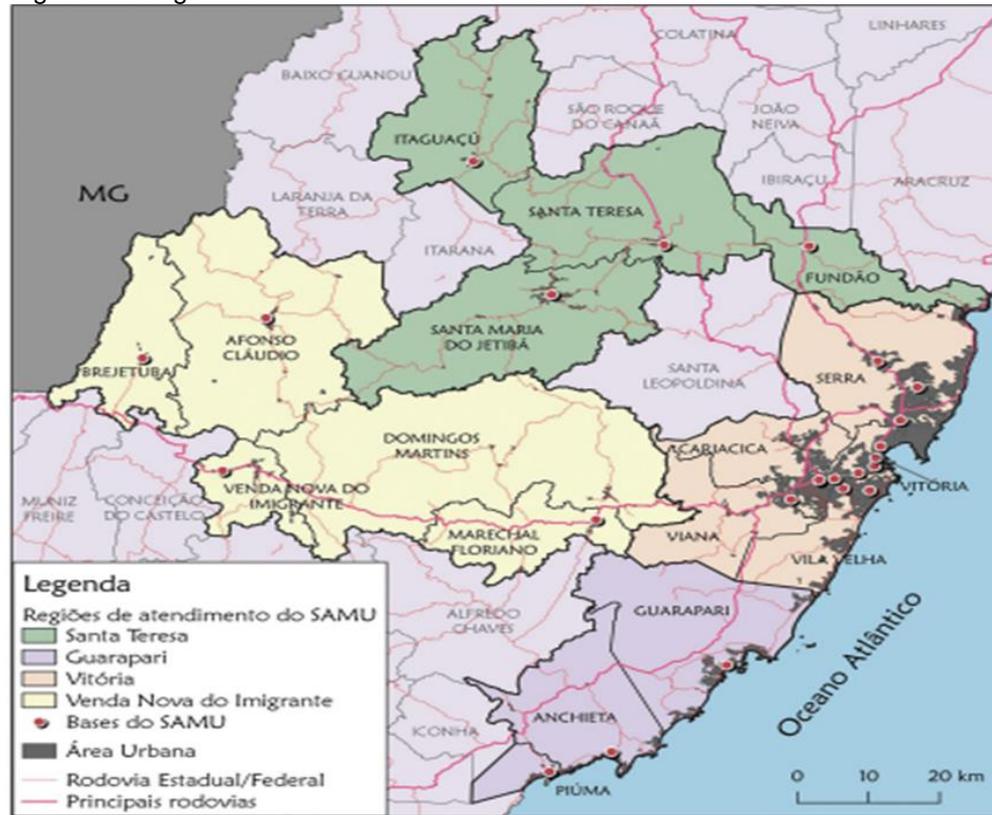
No Espírito Santo, o SAMU 192 foi lançado oficialmente em 13 de agosto de 2006, numa parceria entre governo federal, estadual e região metropolitana. Para o início dos atendimentos do SAMU 192 no estado, foram localizadas 18 ambulâncias (14 de suporte básico) em pontos estratégicos dos municípios metropolitanos. Inicialmente, a implantação do SAMU 192 não contemplou o município de Guarapari, o que ocorreu no fim de 2007. O início dos atendimentos contou 45 médicos, 33 enfermeiros, 30 técnicos de enfermagem e 72 motoristas, que, segundo dados da SESA, foram treinados por técnicos do Ministério da Saúde (Tenório; Scárdua; Barbosa, 2006).

Os dados disponibilizados pela SESA ainda mostram que, nos primeiros 30 dias da etapa experimental do SAMU 192 no estado, foram registradas mais de 13 mil ligações e 3,5 mil atendimentos. Do total de ligações, 3.190 foram resolvidas no primeiro contato com o médico regulador; 1.827 demandaram o deslocamento das ambulâncias do SAMU 192; 3.811 foram trotes; e, em 2.474 das chamadas, quem chamou desligou o telefone. A maior procura pelo SAMU 192, nos primeiros meses de funcionamento do serviço, foi do município da Serra, seguido, respectivamente, dos municípios Vitória, Cariacica, Vila Velha, Viana e Fundão (Espírito Santo, 2016).

Com o passar dos anos, o SAMU 192 foi ampliado para outros municípios do Espírito Santo, sendo, em 2010, a região serrana (Domingos Martins, Marechal Floriano e Venda Nova do Imigrante) incluída na área de abrangência dos serviços. De acordo com a Secretaria de Estado da Saúde, o serviço passou a contar 22 ambulâncias, com uma cobertura de dez municípios, abrangendo um total de 1,7 milhão de habitantes (Espírito Santo, 2015). Nesse mesmo ano, estendeu a cobertura para o litoral sul capixaba e passou a ter uma base em Anchieta, com cobertura até o município de Piúma (Fornazier *et al.*, 2010).

Em 2012, os serviços do SAMU 192 foram levados para os municípios da região norte capixaba. Na figura 5, podemos observar as regiões de atendimento do SAMU em 2015, bem como sua distribuição e concentração.

Figura 5 – Regiões de atendimento do SAMU 192 em 2015



Fonte: Catão; Machado (2020).

Na figura apresentada anteriormente, verificamos que a área urbana (Grande Vitória) possui um número maior de unidades móveis (básica e avançada), diferentemente da região serrana, que conta unidades pontuais. Essa organização leva em conta o número populacional de cada região. As unidades móveis estão distribuídas em 23 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, 2016).

Em 2019, o Governo do Estado do Espírito Santo, por intermédio da SESA, instituiu, com base no Decreto n.º 4.548-R, o Serviço Móvel de Urgência, denominado “Samu para Todos”, que visa garantir auxílio pré-hospitalar móvel de urgência para 100% da população capixaba. A ação é uma parceria do Governo do Estado, municípios e Consórcios Intermunicipais de Saúde (Luppi *et al.*, 2021).

A expansão dos serviços do SAMU iniciou em 2000, contemplando a região central norte de saúde e atendendo os municípios de Água Doce do Norte, Água Branca, Alto

O consórcio¹¹ é viabilizado por meio de um contrato, denominado Contrato de Rateio, cujos valores dos recursos financeiros são repassados ao consórcio, obedecendo aos valores estipulados na vigência das dotações financeiras que o suportam (CIM Polo Sul, 2022).

Assim é a única forma pelo qual o Ente Público Consorciado entregará recursos ao Consórcio público (art. 13 da Lei 11.107/2005 e art. 8º do decreto 6.017/2017), portanto não é um típico contrato tal qual conhecíamos até a entrada da referida Lei, os interesses envolvidos são comuns a todos os entes (CIM Polo Sul, 2022).

Entre as vantagens do consórcio, é facilitar o acesso dos municípios aos serviços de saúde diante das burocracias da administração pública, impactando diretamente o tempo de demora inconsistente no atendimento ao usuário. Também favorece o controle de recursos pelo Ministério Público e Tribunal de Contas ou qualquer órgão fiscalizador, além de diminuir custos de contratação de serviços mediante o instituto da licitação compartilhada (CIM Polo Sul, 2022).

Atualmente o estado tem a cobertura distribuída da seguinte forma:

- a) Consórcio Público da Região Norte do Espírito Santo – CIM NORTE;
- b) Consórcio Público da Região Noroeste do Espírito Santo – CIM POLINORTE;
- c) Consórcio Público da Região Sul do Espírito Santo – CIM SUL;
- d) Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Vitória – ISMV.

No quadro 2, seguem as informações sobre cada item acima.

¹¹ Consórcios Públicos são autarquias interfederativas, que podem ser de natureza pública ou privada, estando ambas subordinadas às regras típicas da administração pública e da região fiscal, e integram a administração indireta de todos os entes da federação que a compõem. Significa dizer que estão obrigados a seguir as regras referentes a licitações, concursos públicos, legalidade, impessoalidade. (CIM Polo Sul, 2022).

Quadro 2 – Informações sobre as instituições responsáveis pela cobertura dos atendimentos de urgência no estado do Espírito Santo

CONSÓRCIOS	RESUMOS	MUNICÍPIOS CONSORCIADOS
Consórcio Público da Região Noroeste do Espírito Santo – CIM NOROESTE	Fundado em 10 de setembro de 1997, com o objetivo de promover o planejamento, a coordenação dos esforços, a execução de serviços e ações de saúde de acordo com as diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS. Atendendo uma população estimada em aproximadamente 400.000 (quatrocentos mil) habitantes (CIM NOROESTE/ES).	Água Branca; Alto Rio Novo; Baixo Guandu; Barra de São Francisco; Colatina; Ecoporanga; Governador Lindemberg; Mantenópolis; Marilândia; Mantena; Pancas; São Domingos do Norte; São Gabriel da Palha; Vila Pavão; Vila Valério (CIM NOROESTE/ES).
Consórcio Público da Região Norte do Espírito Santo – CIM NORTE	Por intermédio do CIM NORTE/ES, fundado em 26/06/1998, os serviços especializados de saúde são terceirizados e contratados de forma conjunta. Abrange uma população total estimada em 305.956 (trezentos e cinco mil novecentos e cinquenta e seis) (CIM NORTE/ES).	Água Doce do Norte; Barra de São Francisco; Boa Esperança; Conceição da Barra; Ecoporanga; Jaguaré; Montanha; Mucurici; Nova Venécia; Pedro Canário; Pinheiros; Ponto Belo; São Mateus; Vila Pavão (CIM NORTE/ES).
Consórcio Público da Região Polinorte do Espírito Santo – CIM POLINORTE	Iniciou suas ações como consórcio administrativo, tendo em vista a ausência de legislação regulamentadora da atividade de consórcio intermunicipal. E, em 2007, foi convertido em Consórcio Público, adequando-se aos ditames da Lei Federal n.º 1.107/2005 ao Decreto Federal n.º 6.017/2007, tornando-se um Consórcio Público de direito público (CIM POLINORTE)	Aracruz; Fundão; Ibraçu; João Neiva; Linhares; Rio Bananal; Santa Leopoldina; Santa Tereza; São Roque do Canaã; Sooretama. (CIM POLINORTE).
Consórcio Público da Região Sul do Espírito Santo – CIM SUL	O Consórcio Público Polo Sul (CIM POLO SUL) foi constituído em 1997 e tem por natureza jurídica Consórcio Público de Direito Público, com CNPJ próprio e sede	Alegre; Alfredo Chaves; Apiacá; Atilio Vivacqua; Bom Jesus do Norte; Cachoeiro de Itapemirim;

	localizada no município de Mimoso do Sul-ES. A parceria com CIM POLO SUL, além do SAMU 192/ES, abrange os programas Saúde Fácil e Farmácia Cidadã. Composto atualmente por 19 municípios consorciados e sua sede administrativa é localizada no município de Mimoso do Sul-ES (CIM POLO SUL, 2022).	Castelo; Divino de São; Lourenço; Dores do Rio Preto; Guaçuí; Ibitirama; Iconha; Irupi; Itapemirim; Itarana; Iúna; Jerônimo Monteiro; Marataízes; Mimoso do Sul; Muniz Freire; Muqui; Presidente Kennedy; Rio Novo do Sul; São José do Calçado; Vargem Alta (CIM POLO SUL, 2022).
Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Vitória – ISMV	Afonso Cláudio; Anchieta; Brejetuba; Domingos Martins; Conceição do Castelo; Guarapari; Fundão; Itaguaçu; Itarana; Laranja da Terra; Marechal Floriano; Piúma; Santa Leopoldina; Santa Teresa; Serra; Venda Nova do Imigrante; Viana; Vila Velha; Vitória.	

Fonte: Adaptado pelo autor (2023).

Diante do exposto, o SAMU 192 do Espírito Santo apresentou um crescimento importante desde a sua implantação, quando consideramos a estrutura e a população atendida, conforme a tabela 1.

Tabela 1 – Evolução do SAMU 192 do Espírito Santo quanto à estrutura, considerando o período entre 2006 e 2022

ESTRUTURAL	IMPLANTAÇÃO EM 2006	2022
Frota	14 USB	93 USB
Frota	04 USA	22 USA
Aeronave		1 helicóptero
População atendida	1.350.196 habitantes	3.975.100 habitantes

Fonte: Adaptada de Tenório (2005); Setor de qualidade do SAMU 192 (2022).

Nota: USA = Unidade de Suporte Avançado; USB = Unidade de Suporte Básico.

Em 2015, foram realizados 51.555 atendimentos; já em 2022, 93.193¹². Com base nesses dados, podemos afirmar que houve, nos últimos 16 anos, um crescimento da oferta dos serviços do SAMU 192 no Espírito Santo, que expandiu sua área territorial de abrangência em 100% nos 78 municípios capixabas. No entanto, ressaltamos que ainda há muito que fazer, considerando o que dispõe a Portaria n.º 1.864/2003, que

¹² Dados cedidos através de mensagem eletrônica (endereço eletrônico) pelo setor de qualidade do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 da Região Metropolitana do Espírito Santo.

institui a implementação do SAMU 192 em municípios e regiões de todo o território nacional (Brasil, 2003b).

A seguir, apresentamos os resultados da pesquisa de campo, cujo objetivo foi verificar a prevalência e o perfil das vítimas de agressão assistidas pelo SAMU 192 no estado do Espírito Santo, em 2020, e o papel da assistência pré-hospitalar móvel na assistência a essas vítimas.

4.2 VÍTIMAS DE AGRESSÃO ASSISTIDAS PELO SAMU 192/ES EM 2020

Em 2020, foram atendidas 14.334 vítimas de acidentes e violências, das quais 1.901 sofreram agressões, o que representa 13,26% de prevalência dessa ocorrência.

O tema abordado neste estudo merece atenção especial, pois a violência é uma das principais causas de morbimortalidade no Brasil. Segundo Cerqueira (2021), trata-se de um assunto de grande relevância tanto quantitativamente, uma vez que cada homicídio afeta sete a dez pessoas, incluindo familiares, amigos, vizinhos e colegas de trabalho, quanto qualitativamente, devido ao sentimento generalizado de insegurança que passa a predominar na sociedade e à banalização da violência, que se torna parte do imaginário popular, ao abordar essa problemática.

Além das consequências humanas e sociais, o impacto da violência na economia é significativo, exigindo dos países um orçamento anual bilionário para cuidados com a saúde, perda de produtividade e investimento em segurança pública e privada, recursos que poderiam ser direcionados para setores mais produtivos (Cerqueira, 2021).

Nesse contexto, ao observarmos as ocorrências de pacientes vítimas de agressões atendidos pelo SAMU 192 em 2020, percebemos que a maioria das ocorrências aconteceu nos municípios periféricos à capital do estado – Vila Velha, Cariacica, Serra e Viana –, porém não desconsideramos os índices apresentados em outras cidades do estado do Espírito Santo conforme mostramos na tabela 2 adiante.

Tabela 2 – Municípios atendidos pelo SAMU 192 em 2020, em decorrência das pacientes vítimas de agressões

VARIÁVEIS	AGRESSÕES	
	n 1901	(%)
Afonso Cláudio	22	1,2
Anchieta	15	0,8
Brejetuba	2	0,1
Cariacica	386	20,3
Conceição do Castelo	3	0,2
Domingos Martins	3	0,2
Fundão	20	1,1
Guarapari	139	7,3
Ibatiba	12	0,6
Itaguaçu	10	0,5
Itarana	0	0,0
Laranja da Terra	1	0,1
Marechal Floriano	6	0,3
Piúma	16	0,8
Santa Leopoldina	0	0,0
Santa Maria de Jetibá	14	0,7
Santa Teresa	11	0,6
Serra	364	19,1
Venda Nova do Imigrante	8	0,4
Viana	53	2,8
Vila Velha	483	25,4
Vitória	333	17,5

Fonte: Elaborada pelo autor (2023).

Ao analisarmos a tabela acima, notamos que 93,5% das ocorrências se concentram nos sete municípios que compõem a região metropolitana de Vitória¹³ a saber: Vitória, Vila Velha, Serra, Guarapari, Fundão, Cariacica e Viana. Cabe-nos destacar que esses sete municípios possuem 49% da população do estado do Espírito Santo.

Esses resultados são ratificados pela pesquisa de Ferreira e Costa (2021) que, ao realizarem uma análise espacial dos crimes na Região Metropolitana da Grande Vitória do Espírito Santo, constataram que os crimes letais são mais frequentes em áreas populares, habitadas por pessoas em situações socioeconômicas desfavoráveis, com baixo nível de instrução e acesso limitado a infraestruturas e serviços. Por outro lado, as áreas privilegiadas, onde residem famílias das classes média e alta com maior renda e nível de instrução, registram, com maior frequência, crimes contra o patrimônio (Ferreira; Costa, 2021).

¹³ 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 e Viana e Guarapari (IJSN, 2022).

Na tabela 3, descrevemos o perfil das vítimas de agressões considerando a faixa etária e o sexo da população estudada.

Tabela 3 – Perfil das vítimas de agressões, assistidas pelo SAMU 192/ES em 2020, considerando a faixa etária e o sexo

VARIÁVEIS	AGRESSÕES	
	n 1901	(%)
Faixa etária		
< 1 anos	9	0,5
1 – 4 anos	2	0,1
5 – 9 anos	1	0,1
10 – 14 anos	13	0,7
15 – 19 anos	138	7,3
20 – 29 anos	436	22,9
30 – 39 anos	493	25,9
40 – 49 anos	363	19,1
50 – 59 anos	135	7,1
Não informado	229	12,0
Sexo		
Feminino	413	21,7
Masculino	1398	73,5
Não Informado	90	4,7

Fonte: Elaborada pelo autor (2023).

Verificamos, na tabela acima, que, em sua maioria, as vítimas de agressões possuem idade entre 20 e 49 anos, jovem adulto, totalizando 67,9%, e são do sexo masculino. Destacamos também que 138 (7,3%) ocorreram na faixa etária de 15 a 19 anos, o que demonstra uma frequência importante dos casos de agressão em adolescentes e adultos. Segundo Malta *et al.* (2017), as mortes violentas estão associadas ao sexo masculino e, na literatura, demonstram as características culturais que incentivam comportamentos e atitudes agressivas dos homens desde a infância, com envolvimento em drogas, armas, crime organizado e sua maior exposição a práticas de risco.

A violência apresenta extrema relação com a economia de um país, visto que a desigualdade social gerada pela má distribuição de renda provoca consequências

desastrosas. Na sociedade, a recessão e o desemprego podem manifestar o uso da violência. Calazans, Trugilho e Sogame (2020, p. 83) afirmam que

[...] a violência se constitui como parte de uma totalidade social, resultante de um conjunto de determinantes inseridos nos marcos das relações de produção e na organização estrutural da sociedade, especialmente marcadas nas condições de poder e riqueza.

Considerando o contexto mundial, é fato que o fenômeno social da violência não está estritamente relacionado apenas com as sociedades capitalistas, contudo é nelas que ela se revela de modo mais intenso. De acordo com Netto (*apud* Trugilho, 2020, p. 2), “[...] sistema capitalista com seu padrão civilizatório destrutivo, por meio de uma análise crítica que subsidie a realização de ações efetivas na construção de uma nova ordem societária, mais humana e socialmente justa”.

Nesses processos de degradação das relações sociais, a juventude brasileira, em especial os oriundos de áreas de periferia urbana, vem sofrendo drasticamente com a materialização da violência. É fato que muitos jovens brasileiros não chegam à fase adulta (Canetti; Maheiriel, 2010). Somente em 2019, foi registrado pelo Atlas da Violência, publicado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEEA), que, de cada cem jovens entre 15 e 19 anos que morreram no país por qualquer causa, 39 foram vítimas da violência letal. Entre aqueles que possuíam de 20 a 24 anos, foram 38 vítimas de homicídios a cada cem óbitos e, entre aqueles de 25 a 29 anos, foram 31. Dos 45.503 homicídios ocorridos no Brasil, em 2019, 51,3% vitimaram jovens entre 15 e 29 anos.

Diante dessa constatação, torna-se evidente a necessidade de intervenções pelos órgãos públicos com medidas preventivas e de transformação dessa infeliz realidade. De acordo com Freitas (2005 *apud* Calazans; Trugilho; Sogame, 2020):

A juventude passou a compor um cenário de preocupação social quando problemas relacionados à sua entrada no mundo do trabalho a inserção social decorrente da exclusão provocada pela crise por falta de empregos e o aumento da violência provocaram dificuldades em se construir um projeto de vida.

Na falta de perspectivas de uma vida equitativa, muitos adolescentes e jovens são envolvidos por uma economia ilegal, segundo Faria e Barro (2011 *apud* Calazans;

Trugilho; Sogame, 2020). No contexto de exclusão e marginalidade, alinhado a insuficientes medidas de políticas públicas, surge o tráfico de drogas como um mercado atrativo pelo lucro e falsa sensação de domínio e poder (Scherer; Nunes 2018 *apud* Calazans; Trugilho; Sogame, 2020).

Resultados semelhantes foram observados na pesquisa de Cerqueira (2021), que verificou, no Atlas da Violência 2021, que a maioria das agressões acontece em jovens e adultos do sexo masculino, no total de 73,5% (Cerqueira, 2021).

A impulsividade e a competitividade são características frequentemente associadas aos estereótipos de masculinidade, o que pode levar a comportamentos mais agressivos e violentos. Além disso, os homens tendem a ter maior acesso a armas letais, o que pode aumentar a gravidade e letalidade dos confrontos violentos. O tráfico de drogas também desempenha um papel importante nos índices de violência no Brasil. O comércio ilegal de drogas, muitas vezes, está associado a disputas territoriais entre gangues e organizações criminosas, resultando em confrontos violentos e homicídios (Zaluar, 2014).

Um estudo realizado no Rio Grande do Norte revelou que as principais vítimas de violência são pessoas do sexo masculino, com idades entre 15 e 24 anos, que sofrem ferimentos por arma de fogo. Esses incidentes ocorrem principalmente nos fins de semana, à noite (Freitas *et al.*, 2017). Uma grande parte dos casos de agressão está relacionada ao consumo de bebidas alcoólicas, o que pode ser considerado um importante fator de risco para a ocorrência de violência (Souto *et al.*, 2017). Além disso, outros fatores de risco que contribuem para a exposição dos jovens à violência incluem o contexto familiar, o uso de drogas ilícitas, como o crack, e o envolvimento no tráfico de drogas (Moura; Monteiro; Freitas, 2016).

Os estudos de Rosa *et al.* (2014) mostram-nos que os altos índices de homicídios entre adolescentes e adultos jovens em vários países estão relacionados às difíceis condições de vida e à falta de oportunidades para esses indivíduos. A influência do narcotráfico, com a baixa qualificação e exclusão do mercado de trabalho, torna-os vulneráveis à criminalidade. Como resultado, eles, muitas vezes, envolvem-se em

atividades ilícitas e violência interpessoal como uma forma de satisfazer suas necessidades de consumo e lazer (Rosa *et al.*, 2014).

Apoiando-nos nos estudos de Cerqueira *et al.* (2021), verificamos que as agressões e a violência são motivo de grande preocupação, pois, além das vidas perdidas diariamente, elas têm um impacto profundo nas pessoas próximas às vítimas, causando uma perda traumática. Essa realidade representa um desafio devido aos efeitos psicológicos e físicos que são produzidos, além do aumento da pressão sobre os sistemas de justiça e serviços sociais. A violência, incluindo o homicídio, é uma questão social e de saúde pública que requer medidas para acolher e buscar soluções para os problemas individuais e coletivos gerados pelos eventos violentos (Cerqueira *et al.*, 2021).

A violência é algo complexo, histórico, empírico e específico a ser compreendido, tornando-se um objeto de estudo das mais diversas áreas, discursos e agendas políticas (Minayo, 2003, p. 3/24). Na atualidade, o mundo encontra-se organizado de modo político e geográfico, logo não há mais sociedades a serem formadas, mas, sim, a serem respeitadas, o que leva à necessidade de ir além, de não somente atender às consequências de uma cultura, mas de transformá-la quando esta apresenta marcas negativas para o indivíduo e seu meio.

Segundo Moura, Monteiro e Freitas (2016), a percepção de normalidade em relação a agredir, zombar ou insultar é um fator de risco. Da mesma forma, acrescenta que aqueles que foram testemunhas ou vítimas de violência desde a infância, quando esse tratamento é normalizado, são grupos de risco de serem vítimas ou agressores e de se envolverem em um relacionamento doentio, quando, por falta de habilidades, acabam resolvendo suas diferenças ou inseguranças com agressividade (Moura; Monteiro; Freitas, 2016).

Destacamos que, em quase todos os países, os índices de homicídio juvenil entre as mulheres são substancialmente mais baixos do que aqueles entre os homens. O mesmo foi observado nesta pesquisa, pois 21,7% das ocorrências foram em mulheres. A variação no índice de homicídios femininos entre países é consideravelmente menor do que a variação observada no índice masculina (Moura;

Monteiro; Freitas, 2016). Esses resultados são semelhantes aos da pesquisa de Freitas *et al.* (2017).

Dentro da estatística, há o registro em números da triste realidade vivenciada pela mulher brasileira. O grave índice evidencia que, apesar das políticas de proteção à mulher, ainda há um problema a ser solucionado (Porto, 2004). Para Minayo (2006), a violência sofrida pelas mulheres desde a colonização vem perpetuando-se nos mais diferentes momentos históricos e nas mais diversas sociedades, como arma de persuasão, como forma de poder e dominação.

Segundo dados da Secretaria da Segurança Pública, a cada dois dias, uma mulher foi vítima de homicídio no Espírito Santo, em 2009. Uma média de 16 homicídios ao mês. Na maioria dos casos, as vítimas tinham ligação afetiva com seus agressores e haviam sofrido violência doméstica (Espírito Santo, 2016).

Os dados apontam, ainda, que a maiorias das agressões acontece nos fins de semana, no período noturno, conforme demonstramos na tabela 4.

Tabela 4 – Período da semana e turno de solicitação para atendimento às vítimas de agressões, assistidas pelo SAMU 192 em 2020

VARIÁVEIS	AGRESSÕES	
	n 1901	(%)
Período da semana		
Segunda a sexta	1156	60,8
Fim de semana	745	39,2
Turno da solicitação		
Diurno	820	43,1
Noturno	1081	56,8

Fonte: Elaborada pelo autor (2023).

Segundo Brasil (2022), as agressões de fim de semana também são mais comuns nas mulheres e com prevalência do aumento dos índices de violência doméstica em dias de futebol, em 26% dos casos registrados, dos quais 63% se concentram aos sábados e 88% aos domingos.

Durante a pandemia, as chamadas de emergência de violência doméstica seguiram o padrão observado nas análises pré-pandêmicas, com picos de chamadas nos finais de semana e durante a tarde e à noite (FBSP, 2022). Uma explicação para essa tendência é o aumento do consumo de álcool à noite e nos fins de semana após, o término da jornada de trabalho. No entanto, os pesquisadores também atribuíram essas tendências ao aumento da probabilidade de ambos os parceiros ficarem em casa à noite e no fim de semana (Distrito Federal, 2016).

O consumo de álcool afeta o juízo e as capacidades cognitivas de uma pessoa, o que pode levar à tomada de decisões irracionais e impulsivas. Nesse contexto, a falta de inibição e o aumento da agressividade podem levar um indivíduo a usar uma arma de fogo de maneira violenta e com resultados dolorosos (Rosa *et al.*, 2014).

Com o objetivo de agilizar o atendimento do cidadão, a classificação do nível de urgência/gravidade deve apoiar e dar sustentação à decisão do médico regulador (Freitas, 2002).

Desse modo, constatamos que, ao analisarmos os dados da pesquisa, a maioria dos atendimentos às vítimas de agressões assistidas pelo SAMU 192 em 2020 foram classificados como prioridade moderada (amarela), totalizando 57,9%, seguidos dos chamados de prioridade absoluta (vermelha), sendo 38,1% dos casos. Tal decisão orienta o envio do recurso móvel. Nessa pesquisa, observamos que a USB foi encaminhada para atender a 76,0% dos acionamentos e 24% foram encaminhados recurso do tipo USA, conforme apresentamos na tabela 5.

Tabela 5 – Gravidade presumida no atendimento às vítimas de agressões, assistidas pelo SAMU 192 em 2020

VARIÁVEIS	AGRESSÕES	
	n 1901	(%)
Gravidade presumida		
Vermelho	724	38,1
Amarelo	1101	57,9
Verde/azul	78	4,0

(continua)

Recurso enviado		(conclusão)
USA	457	24,0
USB	1444	76,0

Fonte: Elaborada pelo autor (2023).

Nota: USA = Unidade de Suporte Avançado; USB = Unidade de Suporte Básico.

Cumpre-nos ressaltar que o SAMU 192 está preparado para atender a casos de prioridade amarela (urgência), em que o atendimento médico é exigido dentro de poucas horas. Esses casos não apresentam risco iminente de morte, mas ainda requerem uma resposta rápida e adequada para evitar complicações. A prioridade azul (pouco urgente) normalmente não é atendida diretamente pelo SAMU, pois, nesses casos, as orientações podem ser realizadas pelo regulador do serviço por telefone, sem a necessidade de envio de uma ambulância. Entretanto, o regulador do SAMU pode fornecer orientações e encaminhamentos apropriados para os casos de prioridade azul (Goransson *et al.*, 2005).

A ambulância mais utilizada nas ocorrências de vítima de agressão foi a Unidade de Suporte Básico, com 1.444 (76%) atendimentos, isso se deve ao fato de a maior parte das agressões ser de menor gravidade, enquanto a Unidade de Suporte Avançado atendeu a 457 (24%) das agressões de maior gravidade.

Depois de as equipes de intervenção terem realizado o atendimento à vítima, compete ao médico regulador indicar qual o destino dentro da rede assistencial de âmbito municipal ou estadual. Ao médico regulador compete:

[...] decidir o destino do paciente baseado na planilha de hierarquias pactuada e disponível para a região e nas informações periodicamente atualizadas sobre as condições de atendimento nos serviços de urgência, exercendo as prerrogativas de sua autoridade para alocar os pacientes dentro do sistema regional, comunicando sua decisão aos médicos assistentes das portas de urgência (BRASIL, 2003, p. 52).

Do total dos pacientes, 59,49% foram encaminhados para um serviço, dos quais a maioria tinha como natureza do serviço hospitais públicos (tabela 6).

Tabela 6 – Destino das pacientes, vítimas de agressões, assistidas pelo SAMU 192 em 2020

Variáveis	DESTINOS	
	n 1131	(%)
Natureza do serviço		
Público	1049	92,7
Privado	36	3,2
Filantrópico	1	0,1
Não sabe informar	45	3,9

Fonte: Elaborada pelo autor (2023).

A Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) foi reformulada em 2006, trazendo o componente hospitalar como eixo principal da atenção às urgências e emergências, tendo por objetivo atender aos casos mais graves e resolver os casos com menor urgência, utilizando-se do acolhimento com classificação de risco (Brasil, 2006).

Ao receber uma demanda, o médico regulador do SAMU 192 deve analisar a situação, ordenar o fluxo e disponibilizar o atendimento precoce e o transporte adequado, rápido e resolutivo às vítimas acometidas por agravos à saúde de natureza clínica, gineco-obstétricas, traumáticas e psiquiátricas (Brasil, 2002). Nesta fase, o atendimento pré-hospitalar deve ser capaz de avaliar as lesões por meio de medidas padronizadas, classificando as vítimas de acordo com a gravidade de suas lesões e encaminhando cada vítima ao hospital adequado na rede de urgência e emergência. Nesse sentido, foi criada a rede de atenção e vigilância em saúde, para a garantia da integridade, da coordenação dos cuidados e ampliação do acesso em todo o território capixaba (SESA, 2022).

Nessa via, considerando a situação da vítima, o paciente é encaminhado ao hospital de referência na rede do estado do Espírito Santo, que pode ser público, privado ou filantrópico, divididos em três regiões: Metropolitana, Central/Norte e Sul, a saber:

Região Metropolitana – Hospital Estadual Antônio Bezerra de Farias, Hospital Estadual de Vila Velha, Hospital Estadual Dório Silva, Hospital Estadual Urgência e Emergência, Hospital Estadual Jayme Dos Santos Neves, Hospital Estadual Central, Hospital Infantil e Maternidade Alzir Bernardino Alves, Hospital Evangélico de Vila

Velha, Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória, Hospital Madre Regina Protmann, Hospital Santa Rita de Cássia, Hospital São Camilo, Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes, Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória, Hospital Nossa Senhora da Penha, Hospital Padre Máximo, Maternidade Municipal de Cariacica, Hospital Materno Infantil de Serra, Promatre, Hospital Associação dos Funcionários Públicos do Estado do Espírito Santo, Hospital Estadual de Atenção Clínica, Hospital e Maternidade Dr. Arthur Gerhardt, Hospital Francisco de Assis.

Região Central /Norte – Hospital Estadual Alceu Melgaço, Hospital Estadual Roberto Arnizaut Silveiras, Hospital Rio Doce, Hospital São Marcos, Hospital Estadual Dr. João Dos Santos Neves, Hospital Maternidade São José, Hospital Maternidade Silvio Avidos, Hospital Nossa Senhora Aparecida – Montanha, Hospital Santa Casa de Misericórdia de Colatina, Hospital e Maternidade de São Mateus, Hospital São Gabriel, Hospital Municipal Conceição da Barra, Hospital Estadual Antônio Bezerra de Farias, Hospital Estadual de Vila Velha, Hospital Estadual Dório Silva, Hospital Estadual Urgência e Emergência, Hospital Estadual Jayme Dos Santos Neves, Hospital Estadual Central, Hospital Infantil e Maternidade Alzir Bernardino Alves, Hospital Evangélico de Vila Velha, Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória, Hospital Santa Rita de Cássia, Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes, Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória (Espírito santo, 2023).

Região Sul – Hospital São José Dos Calçado, Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim, Hospital Evangélico de Itapemirim, Hospital Infantil Francisco de Assis, Hospital Materno Infantil Menino Jesus, Hospital Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro do Itapemirim, Hospital Santa Casa de Misericórdia de Castelo, Hospital Padre Humberto, Hospital Santa Casa de Misericórdia de Guaçuí, Unidade Integrada de Jerônimo Monteiro, Hospital Apóstolo Pedro, Hospital de Atendimento Psiquiátrico Dr. Aristides Campos, Hospital Santa Casa de Iúna, Hospital Estadual de Vila Velha, Hospital Estadual Dório Silva, Hospital Estadual Urgência e Emergência, Hospital Estadual Jayme Dos Santos Neves, Hospital Estadual Central, Hospital Evangélico de Vila Velha, Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória, Hospital Santa Rita de Cássia, Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes, Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória (Espírito santo, 2023).

O atendimento hospitalar deve estar orientado no intuito de melhor assistir o acidentado, objetivando diminuir seu tempo de permanência na instituição, reduzir a letalidade e minimizar suas sequelas (Malviesto, 2002).

Em relação ao destino dos pacientes, os dados desta pesquisa mostram-nos que 97,2% foram removidos para alguma instituição pública, seguidos dos encaminhamentos para os hospitais privados (3,2%) e para os hospitais filantrópicos (0,1%). Adiante, apresentamos a natureza da agressão (tabela 7).

Tabela 7 – Características das vítimas de agressões em 2020, assistidas pelo Samu 192

GRUPO CID-10	N	%
Agressão corporal	1.227	64,5
Arma de fogo	371	19,5
Arma branca	303	15,9
Total	1.901	100

Fonte: Elaborada pelo autor (2023).

A maioria das ocorrências observadas nesta pesquisa foi a agressão corporal. Considerando as agressões por arma de fogo, constatamos que 19,5% se utilizam desse recurso. Acreditamos que o porte dessa arma é predominantemente em homens, visto que eles, muitas vezes, utilizam a violência para resolver seus conflitos interpessoais (Waiselfisz, 2013).

Na pesquisa de Freitas *et al.* (2017), os índices de mortalidade são impactados pela agressão física com o uso de armas de fogo. Ela observa que o uso de armas de fogo pode ser entendido como uma construção de gênero. A autora destaca, ainda, que essa utilização é uma expressão da socialização de um tipo de masculinidade violenta e militarizada, fazendo parte, muitas vezes, de rituais que promovem o fascínio e familiaridade com e por esse artefato.

O acesso fácil às armas de fogo potencializa o potencial destrutivo das situações violentas. A presença de uma arma de fogo em um ambiente onde há consumo de álcool pode transformar rapidamente um confronto verbal em um incidente mortal. As

armas de fogo oferecem uma forma rápida e letal de exercer violência, o que amplifica o risco e a gravidade dos conflitos (Waiselfisz, 2013).

Para uso de armas de fogo com o consumo de álcool, é possível desencadear um ciclo de violência que pode ser difícil de deter. A presença de armas de fogo em situações de violência pode intensificar as reações defensivas e conduzir a uma escalada contínua de violência entre as partes envolvidas. Essa dinâmica pode resultar em sepulturas mortais, perdas de vida e ciclos intermináveis de vingança e represálias (Moura; Monteiro; Freitas, 2016).

O emprego de arma branca foi constatado em 15,9% dos casos analisados. Conforme descreve o art. 3.º da Lei n.º 3.665/2000, perante a justiça, o conceito de arma branca é muito restrito (facas e objetos cortantes). Nesse contexto, uma garrafa de vidro quebrada vira uma arma pontiaguda capaz de ferir e até matar. Uma arma branca também pode ser espadas, punhais, soco inglês, navalha, entre outros (Waiselfisz, 2013).

Diante do exposto, podemos afirmar que o SAMU 192/ES, ao longo dos anos, se expandiu de forma significativa, atingindo 100% da população capixaba e contribuindo no socorro precoce das vítimas de agressões. Sobre isso, verificamos que a maioria das vítimas são homens jovens que sofreram agressões, na grande maioria, entre segunda-feira e sexta, no período noturno.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência é um fenômeno social que afeta todos os contextos da sociedade e cultura e vem, nos últimos tempos, aumentando drasticamente seus índices, afetando a todos, independentemente de sua condição social. Consideramos que o termo violência pode ser utilizado tanto para maus-tratos quanto para agressões físicas, psicológicas, emocionais ou verbais. Os diferentes tipos de violências podem ser percebidos como uma questão de saúde pública no Brasil e no mundo, pois, além de ocasionarem situações letais, desencadeiam prejuízos aos cofres públicos, em virtude de terem influência direta sobre as questões sociais, culturais e econômicas.

Os dados desta pesquisa mostram-nos que, a cada ano, muitas pessoas perdem a vida ou sofrem ferimentos não fatais resultantes de fatores de agressividade. Ademais, a pobreza, o isolamento social, os fatores de abuso de álcool, de drogas e o acesso a armas de fogo são causas de risco de mais de um tipo de violência.

Tendo em conta esse cenário, os acidentes e violências entraram na pauta das políticas públicas do Brasil, a partir de 2001, sendo implantada a Política Nacional de Redução da Morbimortabilidade por Acidentes e Violências, que tem, entre seus objetivos, organizar e fortalecer ações intersetoriais de prevenção e atendimento às vítimas dessas causas. Posteriormente, em 2002, foi instituído o Atendimento das Urgências e Emergências, que normatiza o serviço de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel, que passa a ser conhecido como SAMU 192. Esse tipo de assistência caracteriza-se como um serviço importante para o atendimento de saúde em eventos que necessitam de uma intervenção rápida, contribuindo para a redução de vítimas. No estado do Espírito Santo, foi implantado em 2005 e, em 2023, já assiste cem por cento da população capixaba.

Ressaltamos que o objetivo desta dissertação é analisar o perfil das vítimas de agressão assistidas pelo SAMU 192 no estado do Espírito Santo em 2020 e o papel da assistência pré-hospitalar móvel na assistência a essas vítimas. Neste estudo, consideramos as vítimas de violência física com agressão por arma de fogo, arma branca e corporal. Verificamos que as vítimas, em sua maioria, são jovens com idade entre 20 e 49 anos, totalizando 67,9% das ocorrências do SAMU 192/ES em 2020. Do

total das ocorrências, 73,5% são do sexo masculino, porém as informações da literatura pesquisadas mostram-nos números da triste realidade vivenciada pela mulher brasileira. Observamos que os atendimentos, em sua maioria, aconteceram durante o período da semana e no turno noturno, para os quais foram disponibilizadas a Unidade de Suporte Básico ou Unidade de Suporte Avançado, considerada a gravidade presumida pelo médico regulador (vermelho, amarelo e verde/azul) no momento do chamado. Ainda constatamos que 92,7% dos pacientes foram encaminhados para o serviço público de saúde. Tomando em conta a natureza de agressão, a maioria das ocorrências observadas foi a agressão corporal, seguida de arma de fogo.

É importante salientarmos que, durante o percurso desta pesquisa, tivemos algumas limitações para a obtenção de dados. Constatamos que falta a discriminação de informações no Sistema de Regulação Médica das Urgências e Emergências do Samu 192/ES, como estado civil, escolaridade e cor/raça, o que inviabiliza a produção de dados fidedignos que retratem o cenário das vítimas de agressão atendidas, considerando essas características tão importantes para compreendermos as condições socioeconômicas.

Diante desse contexto, concluímos a relevância do SAMU 192/ES para a sociedade em geral, à medida que é uma assistência qualificada que presta os primeiros socorros, pode determinar o melhor prognóstico da vítima e reduz o número de óbitos, o tempo de internação em hospitais e as sequelas decorrentes da falta de socorro precoce. À proporção que o profissional do SAMU 192/ES presta os primeiros socorros à vítima ainda no local da ocorrência e dentro da ambulância, ele realiza os procedimentos necessários para estabilizar a situação do paciente, que imediatamente é monitorado e encaminhado para o hospital de referência.

Por fim, concluímos que é fundamental o contínuo debate sobre o tema deste estudo, pois é consenso que os índices de violência são alarmantes e precisam de políticas públicas que colaborem para reduzir esses dados.

REFERÊNCIAS

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. Disponível em: http://repositorio.ufes.br/bitstream/10/5459/1/tese_4874.pdf. Acesso em: 01 mar. 2021.

ANDRADE, E. V.; JÚNIOR, B. B. **Uma reflexão acerca da prevenção da violência a partir de um estudo sobre a agressividade humana**. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v14n2/a13v14n2.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2021.

AQUINO, E. M. L. *et al.* **Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil**. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10502020>. Acesso em: 16 mar. 2023.

BATTESTIN, P. **Nos últimos três anos o serviço foi implantado em 62 municípios. Hoje a cobertura abrange 100% dos capixabas**. Vitória, 2022. Disponível em: <https://esbrasil.com.br/es-unico-estado-com-base-do-samu-em-cada-cidade/>. Acesso em: 29 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A Lei de Unidades Móveis, Portaria GM 2.048, de 05 de novembro de 2002**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html. Acesso em: 25 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção às urgências / Ministério da Saúde**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 228 p.: il. – (Série E. Legislação de Saúde) 1. Serviços Médicos de Emergência. 2. Legislação Sanitária. I. Brasil. Ministério da Saúde. II. Título. III. Série. Acesso em: 22 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Introdução a estatística espacial para a saúde pública 2007**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/TEXTOS_CURSO_VIGILANCIA/capacitacao_e_atualizacao_em_geoprocessamento_em_saude_3.pdf. Acesso em: 08 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ministério da Saúde amplia Samu para mais 22 cidades**. Brasília, 2005b. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/noticias_detalhe.cfm?co_seq_noticia=13648. Acesso em: 22 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 737, de 16 de maio de 2001. Dispõe sobre aprovação Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. **Diário Oficial [da] União, 16 de maio de 2001**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/04/Portaria-n%C2%BA-737-2001-Pol%C3%ADtica-Nacional-de-Redu%C3%A7%C3%A3o-da-Morbimortalidade-por-Acidentes-e-Viol%C3%A7%C3%A3o.pdf>. Acesso em: 01 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 945, de 21 de junho de 2005**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005c. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=456. Acesso em: 26 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 1.010, de 24 de dezembro de 2021**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-1.010-de-24-de-dezembro-de-2021-370132296>. Acesso em: 04 nov. 2020.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Portaria n.º 1.600, de 7 de julho de 2011. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html. Acesso em: 12 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.863, de 29 de setembro de 2003a. 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, 6 de outubro de 2003**. Brasília: Ministério da Saúde 2003a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM n.º 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. **Diário Oficial [da] União, 6 de outubro de 2003**. Brasília: Ministério da Saúde. 2003b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n.º 936, de 18 de maio de 2004**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0936_19_05_2004.html. Acesso em: 04 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012. Institui normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos: **Diário Oficial da União**, Brasília, 12 dez. 2012. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 20 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SAMU 192**. Protocolo de suporte básico à vida. 2014. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_suporte_basico_vida.pdf. Acesso em: 21 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Violência: um problema para a saúde do brasileiro*. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da Violência em Saúde dos Brasileiros**. Ministério da Saúde, Secretária de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU 192)**. Brasília, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z-1/s/servico-de-atendimento-movel-de-urgencia-samu-192>. Acesso em: 22 out. 2020.

BORRILLO, D. **Homofobia**. História e crítica de um preconceito. Tradução de Guilherme João de Freitas Teixeira. Belo Horizonte: Autêntica Editora. 2010. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=456. Acesso em: 26 out. 2020.

CANETTI, A. L.; MAHEIRIEL, K. Juventudes e violências: implicações éticas e políticas. **Fractal, Rev. Psicol.**, v. 22, n. 3, dez. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1984-02922010000900009>. Acesso em: 22 abr. 2022.

CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS: **Região Noroeste**. Disponível em: <http://cimnoroeste.es.gov.br/o-consorcio/>. Acesso em: 22. abr. 2022.

CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS: **Região Sul**. Disponível em: <https://www.cimpolosul.es.gov.br/>. Acesso em: 22. abr. 2022.

DAHLBERG, L. L.; KRUG, E. G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 1, p. 1163-1178, 2007.

DAHLBERG, L. L.; KRUG, E. G. Violência: um problema global de saúde pública. In: OMS. **Relatório Mundial sobre Violência e Saúde**. Atlanta: OMS, 2002. p. 1163-1178. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v11s0/a07v11s0.pdf>. Acesso em: 01 mar. 2021.

DATASUS (Brasil). **Departamento de Informática do SUS**. Brasília. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>. Acesso em: 03 de abril de 2023.

ESPÍRITO SANTO (Estado). Instituto Capixaba de Ensino Pesquisa e Inovação em Saúde - ICEPi. **Programa SAMU para Todos**. Disponível em: <https://icepi.es.gov.br/programa-samu-para-todos>. Acesso em: 27 nov. 2022.

ESPÍRITO SANTO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde – SESA. **Estado Inaugura nova central de regulação do SAMU 192 na Serra**. 2021. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Not%C3%ADcia/estado-inaugura-nova-central-de-regulacao-do-samu-192-na-serra>. Acesso em: 20 out. 2020.

ESPÍRITO SANTO (Estado). Secretaria de Segurança Pública – SESP. **Estatística: homicídio dolosos de mulheres.** [2016?]. Disponível em: <https://sesp.es.gov.br/estatistica2#:~:text=Em%202009%2C%20a%20cada%20dois,liga%C3%A7%C3%A3o%20afetiva%20com%20a%20v%C3%ADtima>. Acesso em: 22 jan. 2021.

ESPÍRITO SANTO (Estado). Secretaria de Segurança Pública – SESA. **Hartung E Tozi celebram implantação do SAMU 192 em Marechal Floriano.** Vitória-ES, 2015. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/hartung-e-tozi-celebram-implantacao-do-samu-1>. Acesso em: 06 mar. 2021.

ESPÍRITO SANTO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde – SESA. **Perfilização Hospitalar 2023.** Disponível em: <https://saude.es.gov.br/perfilizacaohospitalar>. Acesso em: 03 de ago. 2023.

ESPÍRITO SANTO (Estado). **Plano Diretor de Regionalização – PDR – ES.** Vitória: Secretária de Estado de Saúde, 2020.

ESPÍRITO SANTO (Estado). Secretaria do Estado da Saúde – SESA. **Plano estadual de saúde 2016-2019.** Vitória, 2016. Disponível em: https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Planejamento/PES%20-%20Plano%20Estadual%20de%20Saude_2016-2019-1.pdf. Acesso em: 15 mar. 2021.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde – SESA, **Resolução n.º 153/2020.** 2020. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/CIB/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20CIB%20153%202020%20-%20PDR%202020.docx>. Acesso em: 24 out. 2020.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde – SESA, **Saiba em quais situações o SAMU 192 deve ser acionado.** 2021. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Not%C3%ADcia/saiba-em-quais-situacoes-o-samu-192deveracionado#:~:text=No%20Esp%C3%ADrito%20Santo%2C%20com20o,de%2096%25%20da%20popula%C3%A7%C3%A3o%20capixaba>. Acesso em: 27 nov. 2020.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde – SESA, **SAMU 192 Lançado oficialmente nesta segunda.** 2006. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/samu-192-lancado-oficialmente-nesta-segunda>. Acesso em: 27 nov. 2020.

FERREIRA, F. A.; COSTA, E. R. Triagem e avaliação inicial no atendimento pré-hospitalar móvel: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, n. 1, 2021.

FORNAZIER, A. *et al.* **Hartung anuncia início de funcionamento do Samu 192.** 2010. Assessoria de Comunicação da Sesa. Disponível em: <https://www.es.gov.br/Noticia/hartung-anuncia-inicio-de-funcionamento-do-sa>. Acesso em: 10 jan. 2023.

FREITAS, R. A. G. *et al.* **Perfil dos casos de violência socorridos por um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência Estadual**. 2017. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/327949629>. Acesso em: 15 dez. 2021.

GENTILLI, R. M. L.; MONGIN, A.; GOMES, A. Repercussões da nova ordem na eclosão da violência. **Revista Emancipação**, Ponta Grossa, n. 4, p. 35-39, jul./dez. 2004.

GOES, F. L.; SILVA, T. D. **Igualdade racial no Brasil: reflexões no ano internacional dos afrodescendentes**. Rio de Janeiro: IPEA, 2013. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/livro_igualdade_racial_brasil01.pdf. Acesso em: 20 out. 2020.

GORANSSON, K. E. *et al.* Accuracy and concordance of nurses in emergency department triage. **Scan J Caring Sci**, v. 19, p. 432-438, 2005.

HEYDARI-KHAYAT, N. *et al.* **Correlation of Revised Trauma Score with mortality rate of traumatic patients with in the first 24 hours of hospitalization**. **J Res. Med. Sci. Nov.**, Zahedan, v. 16, n. 11, p. 33-36, 2014.

IBGE – INSTITUTO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Violência atingiu 29,1 milhões de pessoas em 2019; mulheres, jovens e negros são as principais vítimas**. 2021. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/30658-violencia-atingiu-29-1-milhoes-de-pessoas-em-2019-mulheres-jovens-e-negros-sao-as-principais-vitimas#:~:text=Cerca%20de%2029%2C1%20milh%C3%B5es,IBGE%20e%20feita%20em%20parceria>. Acesso em: 17 nov. 2022.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA – IPEA. **Atlas da Violência 2020**. 2020. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/download/24/atlas-da-violencia-2020>. Acesso em: 01 mar. 2021.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA – IPEA. **Atlas da Violência 2021**. [s.d.]. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/publicacoes>. Acesso em: 17 nov. 2022.

INSTITUTO JONES DOS SANTOS NEVES. **Conselho Metropolitano de Desenvolvimento da Grande Vitória (Comdevit)**. 2022. Disponível em: <https://ijsn.es.gov.br/projetos-especiais/comdevit>. Acesso em: 25 maio 2023.

INSTITUTO JONES DOS SANTOS NEVES. **Informações criminais Espírito Santo**. 2018. Disponível em: https://ijsn.es.gov.br/Media/IJSN/PublicacoesAnexos/boletins/BoletimCriminalidade-Ano2019_VF3.pdf. Acesso em: 16 jan. 2023.

INSTITUTO JONES DOS SANTOS NEVES. **Perfil da Pobreza no Espírito Santo**. 2017. Disponível em: <http://www.ijsn.es.gov.br/component/attachments/download/5721>. Acesso em: 01 mar. 2021.

LOPES, M. G. M. *et al.* **Processo de implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Brasil: estratégias de ação e dimensões estruturais.** 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/BCmPQJs3xbR9v4tLRtdZdpq/?lang=pt#>. Acesso em: 10 jan. 2021.

LOPES, S. L. B.; FERNANDES, R. J. Uma breve revisão do atendimento médico pré-hospitalar. **Rev. Med. Ribeirão Preto**, v. 32, n. 4, p. 381-7, 1999.

LUPPI, S. *et al.* **Governo do Estado investe mais de R\$ 38 milhões em ampliação do Samu 192 e garante 100% de cobertura populacional do serviço.** 2022. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Not%C3%ADcia/governo-do-estado-investe-mais-de-r-38-milhoes-em-ampliacao-do-samu-192-e-garante-100-de-cobertura-populacional-do-servico>. Acesso em: 10 mar. 2023.

LUPPI, S. *et al.* SAMU 192 para todos: Estados realizada oficina estratégica à implantação na Região Central/Norte de Saúde. *In*: ESPÍRITO SANTO (Estado) (org.). **Portal da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo.** 2021. Disponível em <https://saude.es.gov.br/Not%C3%ADcia/samu-para-todos-estado-realizada-oficina-estrategica-a-implantacao-na-regiao-central-norte-de-saude>. Acesso em: 28 out. 2021.

MACHADO, C.C. **Mortalidade por acidentes do polo de Cachoeiro da região sul capixaba: Discutindo o papel do atendimento pré-hospitalar móvel.** 2022. 77 f. Dissertação (Mestrado em Políticas públicas e Desenvolvimento Local) – Escola de Ciência da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAN, Vitória, 2022.

MALVIESTO, M. A. A.; SOUZA, R. M. C. de. **Desigualdade na atenção pré-hospitalar no Brasil: análise da eficiência e suficiência da cobertura do SAMU 192.** 2002. Disponível em: [https://www.scielo.br/j/csc/a/ZdzHJw8Q9fbYsQNk66gVnyy/#:~:text=Evolu%C3%A7%C3%A3o%20da%20cobertura%20do%20SAMU,%2C3%25\)%%2C%20at%C3%A9%202019](https://www.scielo.br/j/csc/a/ZdzHJw8Q9fbYsQNk66gVnyy/#:~:text=Evolu%C3%A7%C3%A3o%20da%20cobertura%20do%20SAMU,%2C3%25)%%2C%20at%C3%A9%202019). Acesso em: 14 nov. 2022.

MARX, K. **O Capital.** Livro I. 2. ed. São Paulo: Boitempo, 1983.

MALTA, D. C. *et al.* **Mortalidade e anos de vida perdidos por violências interpessoais e autoprovocadas no Brasil e Estados: análise das estimativas do Estudo Carga Global de Doença, 1990 e 2015.** 2017.

MELO, M. C. B.; SILVA, N. L. C. da. **Urgência e emergência na atenção primária à saúde.** 2011. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3046.pdf>. Acesso em: 01 mar. 2021.

Moura Sá, G. G. de, Oliveira Neto, J. G. de, Carvalho, D. A. de, Monteiro, M. M., Lopes, K. D. C. L., & Carvalho e Martins, M. do C. de. Violência física: características epidemiológicas de casos atendidos por Serviço Móvel de Urgência. **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina**, v. 8, n. 2, 2015. Disponível em: <https://revista.saude.sc.gov.br/index.php/files/article/view/155>. Acesso em: 04 mar. 2022.

MINAYO, M. C. S. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

MINAYO, M. C. S. **Violência e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. 81p. (Temas em saúde collection).

MINAYO, M. C. S. **Violência e saúde**. 2006. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/y9sxc/pdf/minayo-9788575413807.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2021.

MINAYO, M. C. S. **Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 23-48.

MINAYO, M. C. S. *et al.* Institucionalização do tema da violência no SUS: avanços e desafios. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 2007-2016, 2018.

MUCHEMBLED, R. **História da violência: do fim da Idade Média aos nossos dias**. Rio de Janeiro: [s.n.], 2014.

MOURA, N. A.; MONTEIRO, A. R. M.; FREITAS, R. J. M. Adolescentes usuários de drogas (i)lícitas e práticas de violências. **Rev. Enferm. UFPE Online**, v. 10, n. 5, 2016.

O'DWYER, G. *et al.* O processo de implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Brasil: estratégias de ação e dimensões estruturais. **Cad. Saúde Pública**, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/BCmPQJs3xbR9v4tLRtdZdpq/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 26 ago. 2021.

OMS. **Organização Mundial da Saúde divulga novas estatísticas mundiais de saúde**. 2018. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5676:organizacao-mundial-da-saude-divulga-novas-estatisticas-mundiais-de-saude&Itemid=843. Acesso em: 10 jan. 2021.

OMS. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. 2002. Disponível em: <https://opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/relatorio-mundial-violencia-saude-1.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2021.

OMS. **ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE**. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. CID-10. 8. São Paulo: EDUSP, 2000. 1191p.

PORTO, J. R. R. **Violência contra mulher: expectativas de um acolhimento humanizado**. 2004. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/4784?show=full>. Acesso em: 01 mar. 2020.

RADÜNZ, R. **As múltiplas faces da violência no mundo contemporâneo**. 2007. Disponível em: <http://www.ucs.br/etc/revistas/index.php/metis/article/view/823/580>. Acesso em: 22 mar. 2021.

RIO GRANDE DO SUL, Secretaria de Saúde, Centro Estadual de Vigilância em Saúde RS. **Tipologia da Violência**. Disponível em: <https://www.cevs.rs.gov.br/tipologia-da-violencia>. Acesso em: 23 set. 2022.

ROSA, E. M. *et al.* A violência que atinge adolescentes e jovens de uma região do Espírito Santo. **Psicologia Argumento**, v. 32, n. 77, p. 41-51, 2014.

SESA. **SAMU 192 do Estado do Espírito Santo**. 2021. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/samu-192>. Acesso em: 13 nov. 2021.

SANTOS, J. V. T. **Violências, América Latina**: a disseminação de formas de violência e os estudos sobre conflitualidades. 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/soc/n8/n8a02.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2021.

SOGAME, L. C. M. *et al.* **Geotecnologias no serviço de atendimento móvel de urgência no Espírito Santo**: mapeamento para política pública e tomada de decisão. 2020. Disponível em: <https://www.editoraemescam.com.br/wp-content/uploads/2021/07/GEOTECNOLOGIAS-NO-SERVICO-DE-ATENDIMENTO-MOVEL-DE-URGENCIA-NO-ES-%E2%80%93-ISBN-on-line-978-65-88041-04-8.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2023. Acesso em: 23 fev. 2023.

SOUTO, R. M. C. V. *et al.* Perfil epidemiológico do atendimento por violência nos serviços públicos de urgência e emergência em capitais brasileiras, Viva 2014. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 9, 2017.

SOUZA, C. *et al.* Formação política como uma forma de enfrentamento à violência na juventude. **Rev. Psicol. Polít.**, São Paulo, v. 14, n. 30, p. 367-383, ago. 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2014000200010&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 26 jul. 2022.

TELES, M. A.; MELO, M. **O que é violência contra a mulher**. São Paulo: Brasiliense, 2003. (Coleção Primeiros Passos, 314).

TENÓRIO, G.; SCÁRDUA, C.; BARBOSA, F. **SAMU 192 terá lançamento oficial nesta segunda (13)**. 2005. Disponível em <http://saude.es.gov.br/samu-tera-lancamento-oficial-nesta-segunda-13>. Acesso em: 10 out. 2021.

TRUGILHO, S. M. **A violência como manifestação da questão social com rebatimentos na saúde**. 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/einps/article/view/33214/21941>. Acesso em: 01 mar. 2020.

VIEIRA, L. F. **Acidentes e violências na população idosa assistida pelo serviço de atendimento móvel de urgência do Espírito Santo no ano de 2015**. 2018. 109 f. Dissertação (Mestrado em Políticas públicas e Desenvolvimento Local) – Escola de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – Emescam, Vitória, 2018.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da violência 2013**: mortes matadas por armas de fogo. 2013. Disponível em: https://flacso.org.br/files/2020/03/mapa2013_homicidios_juventude.pdf. Acesso em: 28 jan. 2023.

ZALUAR, A. Sociability in crime: Culture, form of life or ethos? **Vibrant**, v. 11, n. 2, p. 12-43, 2014. Disponível em: https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/04/PJSSaudeAmanha_Texto0042_v02.pdf. Acesso em: 23 fev. 2023.

APÊNDICE A – FICHA DE COLETA DE DADOS

Sexo	N
Masculino	
Feminino	
Ignorado	
Faixa etária	
< 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	
Período de solicitação	
Segunda a sexta	
Final de semana	
Turno de solicitação	
Diurno	
Noturno	
Gravidade presumida	
Vermelho	
Amarelo	
Verde/azul	
Recurso enviado	
USA	
USB	
Natureza do serviço	
Público	
Privado	
Filantrópico	
Não sabe informar	

Municípios de ocorrências

Afonso Cláudio

Anchieta

Brejetuba

Cariacica

Conceição do Castelo

Domingos Martins

Fundão

Guarapari

Ibatiba

Itaguaçu

Itarana

Laranja da Terra

Marechal Floriano

Piúma

Santa Leopoldina

Santa Maria de Jetibá

Santa Teresa

Serra

Venda Nova do Imigrante

Viana

Vila Velha

Vitória

Grupo CID-10**N**

Agressões

Arma de fogo

Arma branca

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



Continuação do Parecer: 4.308.858

de Vitória, bairro Forte São João.

PARTICIPANTES DA PESQUISA:

A amostra será composta por todos os pacientes atendidos, in loco, pelo SAMU 192 do ES.

PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorrerá por meio da análise dos prontuários dos pacientes que foram atendidos no ambiente pré-hospitalar móvel (Boletim de Atendimento) e por meio de análise do Sistema de Regulação Médica do SAMU 192 do ES.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar os atendimentos realizados pelo SAMU 192 do Espírito Santo, nos anos de 2018 a 2022.

Objetivo Secundário:

- a) 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 do ES;
- b) Caracterizar os tipos de ocorrência atendidas pelo SAMU 192 do ES;
- c) Verificar os parâmetros vitais, as vias aéreas, a respiração, a circulação e o nível de consciência dos pacientes durante a avaliação primária e secundária;
- d) Estratificar a gravidade das lesões agudas por meio de escores, dos pacientes atendidos pelo SAMU 192 do ES;
- e) Descrever os principais procedimentos realizados no pré-hospitalar, nas vítimas atendidas pelo SAMU 192 do ES;
- f) Registrar o desfecho dos atendimentos realizados pelo SAMU 192 do ES;
- g) Avaliar a distribuição espacial das ocorrências atendidas pelo SAMU 192 do ES; h) Identificar as áreas de risco para as ocorrências atendidas pelo SAMU 192 do ES;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo os autores:

Riscos:

Segundo a Resolução CNS 466/12 "Toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2100 - Centro de Pesquisa
Bairro: Bairro Santa Luiza 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 -
EMESCAM



Continuação do Parecer: 4.308.858

de Vitória, bairro Forte São João.

PARTICIPANTES DA PESQUISA:

A amostra será composta por todos os pacientes atendidos, in loco, pelo SAMU 192 do ES.

PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorrerá por meio da análise dos prontuários dos pacientes que foram atendidos no ambiente pré-hospitalar móvel (Boletim de Atendimento) e por meio de análise do Sistema de Regulação Médica do SAMU 192 do ES.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar os atendimentos realizados pelo SAMU 192 do Espírito Santo, nos anos de 2018 a 2022.

Objetivo Secundário:

- a) 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 do ES;
- b) Caracterizar os tipos de ocorrência atendidas pelo SAMU 192 do ES;
- c) Verificar os parâmetros vitais, as vias aéreas, a respiração, a circulação e o nível de consciência dos pacientes durante a avaliação primária e secundária;
- d) Estratificar a gravidade das lesões agudas por meio de escores, dos pacientes atendidos pelo SAMU 192 do ES;
- e) Descrever os principais procedimentos realizados no pré-hospitalar, nas vítimas atendidas pelo SAMU 192 do ES;
- f) Registrar o desfecho dos atendimentos realizados pelo SAMU 192 do ES;
- g) Avaliar a distribuição espacial das ocorrências atendidas pelo SAMU 192 do ES; h) Identificar as áreas de risco para as ocorrências atendidas pelo SAMU 192 do ES;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo os autores:

Riscos:

Segundo a Resolução CNS 466/12 "Toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2100 - Centro de Pesquisa
Bairro: Bairro Santa Luiza 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 -
EMESCAM



Continuação do Parecer: 4.308.858

gradações variados". Portanto, essa pesquisa envolverá riscos, tais como, quebra de sigilo, divulgação de dados confidenciais, segurança dos prontuários, sendo que estes serão minimizados com a garantia de um ambiente reservado, do sigilo profissional e da confidencialidade das informações sobre os pacientes. Além disso, todos os resultados da pesquisa serão utilizados único e exclusivamente para benefício dos participantes e da comunidade científica.

Benefícios:

Esperamos estimar, a partir dos atendimentos de urgência e emergência do SAMU 192, a real situação da Rede de Urgência e Emergência no ES, 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. Pretendemos contribuir para formação de mestres e profissionais de saúde, assim como estimular a iniciação científica dos alunos de graduação e pós-graduação das faculdades de medicina e enfermagem. Almejamos, portanto, elaborar um estudo que servirá como instrumento de alto valor para o planejamento e reestruturação da Rede de Urgência e Emergência do ES.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de caráter científico e exequível.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Carta de anuência : devidamente assinada pelo responsável.

Folha de rosto : devidamente assinada pelo responsável.

PB e projeto detalhado : apresentados.

TCLE : propõe dispensa conforme texto descrito :

"Solicito dispensa do TCLE conforme a Resolução 466/12, considerando-se o método da pesquisa e o número e situação de fragilidade/urgência dos participantes no momento do atendimento, portanto, sendo inviável o acesso seguro e ético aos respectivos sujeitos da pesquisa; restando a coleta de dados dos prontuários arquivados e do software. A pesquisa segue o método transversal, momento de estudo no qual o paciente em estado de sofrimento agudo recebe o atendimento do SAMU 192 do ES (Central de Regulação Médica e diversas ambulâncias distribuídas pela imensa área de abrangência do SAMU 192 no ES), impossibilitando o acesso do pesquisador nesse cenário complexo, delicado, de grande amplitude

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa
Bairro: Bairro Santa Luiza 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 -
EMESCAM



Continuação do Parecer: 4.308.858

territorial e com múltiplos e simultâneos atendimentos."

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendência do parecer n. 4.239.021 atendida.

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_1604133.pdf	10/09/2020 18:05:23		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DE_PESQUISA.pdf	10/09/2020 18:04:53	CAIO DUARTE NETO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TERMO_DE_ANUENCIA.pdf	07/08/2020 07:51:12	CAIO DUARTE NETO	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	07/08/2020 07:39:31	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 Luiza 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 -
EMESCAM



Continuação do Parecer: 4.308.658

VITÓRIA, 29 de Setembro de 2020

Assinado por:
PATRICIA DE OLIVEIRA FRANCA
(Coordenador(a))