



UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL

CAMPUS PASSO FUNDO

CURSO DE MEDICINA

VANESSA PELICOLI

**CARACTERIZAÇÃO DE CASOS DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL E
AUTOPROVOCADAS, ATENDIDOS EM EMERGÊNCIA HOSPITALAR**

PASSO FUNDO, RS

2019

VANESSA PELICOLI

**CARACTERIZAÇÃO DE CASOS DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL E
AUTOPROVOCADAS, ATENDIDOS EM EMERGÊNCIA HOSPITALAR**

Trabalho de Conclusão do Curso de graduação
apresentado como requisito parcial para obtenção do grau
de Bacharel em Medicina pela Universidade Federal da
Fronteira Sul.

Orientador: Professora Doutora Ivana Loraine Lindemann

PASSO FUNDO, RS

2019

Bibliotecas da Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS

Pelicioli, Vanessa
CARACTERIZAÇÃO DE CASOS DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL E
AUTOPROVOCADAS, ATENDIDOS EM EMERGÊNCIA HOSPITALAR /
Vanessa Pelicioli. -- 2019.
1 f.:il.

Orientadora: Doutora Ivana Loraine Lindemann.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) -
Universidade Federal da Fronteira Sul, Curso de
Medicina, Passo Fundo, RS , 2019.

1. Violência Interpessoal e Autoprovocada . I.
Lindemann, Ivana Loraine, orient. II. Universidade
Federal da Fronteira Sul. III. Título.

Elaborada pelo sistema de Geração Automática de Ficha de Identificação da Obra pela UFFS
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

VANESSA PELICOLI

**CARACTERIZAÇÃO DE CASOS DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL E
AUTOPROVOCADAS, ATENDIDOS EM EMERGÊNCIA HOSPITALAR**

Trabalho de Conclusão do Curso de graduação
apresentado como requisito parcial para obtenção do grau
de Bacharel em Medicina pela Universidade Federal da
Fronteira Sul.

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi defendido e aprovado pela banca em:

___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Profª. Drª. Ivana Loraine Lindemann

Orientadora

Prof. Dr. Júlio César Stobbe

Profª. Especialista Joana Stela Rovani de Moraes

AGRADECIMENTOS

À minha família, primeiramente, pelo apoio e inspiração. À Professora Ivana Loraine Lindemann, pela pessoa que és, pelo incentivo e orientação, e sua grande preponderância em ajudar-me, além dos imensuráveis ensinamentos.

Aos Professores Júlio César Stobbe e Joana Stela Rovani de Moraes pelo encorajamento, disponibilidade e contribuição.

Agradeço à equipe de Professores da disciplina de Pesquisa em Saúde, da Universidade Federal da Fronteira, campus Passo Fundo, pela atenção e colaboração no desenvolvimento desta pesquisa.

À Secretaria da Saúde do município de Passo fundo pela disponibilização dos dados necessários para a pesquisa, bem como a Universidade Federal da Fronteira Sul pela oportunidade de vivenciar esse aprendizado.

Por fim, sou imensamente grata ao meu namorado por todo amparo e incentivo.

RESUMO

Este Trabalho de Conclusão de Curso, desenvolvido pela acadêmica Vanessa Pelicioli, orientada pela Professora Doutora Ivana Loraine Lindemann, foi apresentado ao curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Passo Fundo. Trata-se de uma pesquisa sobre a caracterização de casos de violência interpessoal e autoprovocadas, atendidos em emergência hospitalar. Foi elaborado nos componentes curriculares regulares de Pesquisa em Saúde, Trabalho de Conclusão de Curso I e II, respectivamente nos semestres 2018/2, 2019/1 e 2019/2, em conformidade com o Manual de Trabalhos Acadêmicos da Universidade Federal da Fronteira Sul e o Regulamento do Trabalho de Conclusão de Curso. O volume é composto de projeto de pesquisa, de relatório e de artigo científico.

Palavras-chave: Violência, Emergência, Suicídio.

ABSTRACT

This Final Term Paper Course, developed by the academic Vanessa Pelicioli, under the supervision of Professor Ivana Loraine Lindemann, was presented to the medical course of the Fronteira Sul Federal University, Passo Fundo campus. It is a research on the characterization of cases of interpersonal and self-inflicted violence, attended in a hospital emergency. It was elaborated in the regular curricular components of Health Research, Final Term Paper Course I and II, respectively in the semesters 2018/2, 2019/1 and 2019/2, in accordance with the Manual of Academic Works of the Federal University of the South Frontier and the Final Term Paper Course Regulation. The volume is composed of research project, report and scientific article.

Keywords: Violence, Emergency, Suicide.

SUMÁRIO

SUMÁRIO	8
1.INTRODUÇÃO	9
2.DESENVOLVIMENTO	10
2.1 Resumo	10
2.2 Tema	10
2.3 Problema	10
2.4 Hipóteses	10
2.5 Objetivos	10
2.6 Justificativa	11
2.7 Referencial teórico	11
2.8 Metodologia	16
2.8.1 Tipo de estudo	16
2.8.2 Local e período	16
2.8.3 População.....	17
2.8.4 Amostra.....	17
2.8.5 Critérios de inclusão.....	17
2.8.6 Variáveis	17
2.8.7 Coleta de Dados	18
2.8.8 Análise de dados	18
2.8.9 Aspectos éticos	19
2.8.10 Riscos	19
2.8.11 Benefícios	19
2.8.12 Recursos.....	19
2.8.13 Resultados esperados	20
2.8.14 Cronograma	20
2.9 REFERÊNCIAS	21
2.10 RELATÓRIO	22
2.11 ANEXOS	23
2.11.1 Anexo A – Ficha de notificação individual de violência interpessoal/autoprovocada – CID 10: Y09	23
2.11.2 Anexo B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	25
2.11.3 Anexo C – Normas de Submissão na Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.	28
3. ARTIGO	31

1.INTRODUÇÃO

A violência, presumivelmente, fez-se presente em toda a experiência histórica humana. Sendo possível classificá-la de duas formas: - violência autoprovocada que pode ser entendida como ideação suicida, autoagressões, tentativas de suicídio ou suicídios e violência interpessoal que é toda ação ou omissão que cause dano ao bem-estar, à integridade física e psicológica ou à liberdade e ao direito ao pleno desenvolvimento de outra pessoa. Mediante isso, seu impacto pode ser vivenciado de várias formas e em diversas partes do mundo. Todo ano, mais de um milhão de pessoas perdem suas vidas e muitas outras sofrem lesões não fatais, resultantes da violência autoprovocada, interpessoal e coletiva. Além disso, em âmbito global, a violência está entre as principais causas de morte de pessoas na faixa etária de 15 a 44 anos (OMS, 2002).

Porém, mesmo que a violência venha se mostrando cada vez mais evidente, os dados mais coletados e disponibilizados são os referentes à mortalidade. Em muitos países as certidões de nascimento e de óbito são mantidas como um inventário básico dos homicídios e suicídios. Todavia, na maioria das vezes não é possível calcular os índices com base em tais inventários, pois não há dados populacionais gerais disponíveis (KRUG, 2002). Logo, muitas vezes a possibilidade de conseguir dados é ínfima, e quando possível, a qualidade dessas informações nem sempre é adequada para fins de pesquisa e para apontar estratégias de prevenção, haja vista que as organizações mantêm registros voltados para seus próprios objetivos, seguindo seus procedimentos internos. Com isso, os dados podem estar incompletos ou não apresentar as informações necessárias para promover uma compreensão correta sobre a violência (KRUG, 2002).

A violência em 2016, no Brasil, alcançou a marca histórica de 62.517 homicídios, segundo informações do Ministério da Saúde (MS). Isso equivale a uma taxa de 30,3 mortes para cada 100 mil habitantes, que corresponde a 30 vezes a taxa da Europa. Apenas nos últimos dez anos, 553 mil pessoas perderam suas vidas devido à violência no Brasil (FBSP, 2018). Dessa forma, identificar os diferentes tipos de violência, de modo adequado, permite a análise desses fatores para se verificar a extensão do problema, dando a medida de seu encargo sobre segmentos populacionais mais vulneráveis.

É imprescindível evidenciar que a saúde pública deveria ter, antes de tudo, ênfase na prevenção, uma vez que seu início é mais forte na convicção de que tanto o comportamento violento quanto suas consequências deveriam ser evitados (KRUG, 2002). Assim, torna-se possível programar políticas públicas específicas e intervenções para as populações identificadas, realizando delineamento de estratégias de enfrentamento para os variados tipos de violência e ainda proporcionar o desenvolvimento de uma cultura de paz(CEVS, 2018).

2.DESENVOLVIMENTO

2.1 Resumo

A violência no Brasil é uma das principais causas de atendimento de emergência nos hospitais. Por esse motivo, o objetivo deste estudo é descrever o perfil de vítimas de violência atendidas nos serviços de emergência de Passo Fundo, RS. Trata-se de um estudo quantitativo, observacional, transversal, descritivo, com pacientes que sofreram qualquer tipo de violência e receberam atendimento nas unidades de emergência hospitalar, do município no período de Janeiro de 2013 a de Dezembro de 2017. Os dados serão obtidos junto ao setor de Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde, em formato de planilha eletrônica, contemplando características sociodemográficas e relacionadas aos tipos da violência e, com supressão de dados de identificação. As análises estatísticas descritivas serão feitas no Programa Estatístico PSPP (distribuição livre). Os resultados esperados compreendem prevalência de situações de violência interpessoal no sexo masculino, cor de pele negra, com baixa escolaridade e renda, e no sexo feminino maior incidência de violência autoprovocada. Além disso, ainda espera-se encontrar um número superior de vítimas de violência interpessoal em mulheres e comunidade de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais ou Transgêneros –LGBT.

Palavras-chave: Violência, Emergência, Suicídio.

2.2 Tema

Características de vítimas de violência interpessoal/autoprovocada.

2.3 Problema

Quais as principais características de vítimas de violência interpessoal/autoprovocada atendidas em emergência hospitalar de Passo Fundo, RS?

2.4 Hipóteses

- Pessoas do sexo masculino, cor da pele negra, com baixa escolaridade e renda, estão mais envolvidas em situações de violência interpessoal.
- Mulheres e comunidade de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais ou Transgêneros – LGBT, são vítimas mais frequentes de casos de violência interpessoal.
- A violência autoprovocada tem maior incidência no sexo feminino.

2.5 Objetivos

- Descrever o perfil dos pacientes atendidos na emergência hospitalar em decorrência de violência interpessoal/autoprovocada.

- Verificar a frequência dos diferentes tipos de violência.

2.6 Justificativa

Segundo o Sistema de Informações sobre Mortalidade, do Ministério da Saúde (SIM/MS), em 2016 houve 62.517 homicídios no Brasil. Isso implica dizer que, pela primeira vez na história, o país superou o patamar de trinta mortes por 100 mil habitantes (taxa igual a 30,3). A violência pode ser evitada e seu impacto minimizado, da mesma forma que os esforços em saúde pública evitaram e reduziram, em muitas partes do mundo, complicações ligadas à gravidez, lesões ocupacionais, doenças infecciosas e doenças resultantes de alimentos e água contaminados. Desse modo, notificar a frequência e o tipo de violência, fazer uma caracterização das pessoas em maior situação de vulnerabilidade, identificar locais de ocorrência, possibilitará a orientação das intervenções para regiões prioritárias e de maior risco, além de disseminar as informações, a fim de incorporar o conhecimento sobre o agravo aos serviços de saúde, para aprimorar as medidas de prevenção, atenção integral e de promoção da saúde (CERQUEIRA, 2018).

2.7 Referencial teórico

O conceito central de violência é o uso intencional da força ou do poder, literal ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação. É qualquer ação dirigida a outrem, que acarrete prejuízos, danos físicos, sociais, psicológicos e/ou espirituais (CEVS, 2018).

Embora a violência apresente papel de relevância, desde 1989, ocupando o segundo lugar das causas de morte ocorridas no Brasil e o primeiro lugar para os óbitos de pessoas entre cinco e 49 anos de idade (MINAYO&SOUZA,1993; SOUZA&MINAYO, 1994), apenas em 2002, a Organização Mundial da Saúde – OMS a definiu como um grave problema de saúde pública e uma violação dos direitos humanos.

Desse modo a mortalidade e a morbidade por causas externas relacionadas às situações de violência têm aumentado no país. As causas externas são as principais causas de morte entre os jovens de ambos os sexos. Nos homens, especialmente, entre as causas externas, a violência é a primeira causa de morte, atingindo principalmente a faixa etária de 15 a 29 anos de idade, estando o suicídio em segundo lugar (CEVS, 2018).

No Brasil, 33.590 jovens foram assassinados em 2016, sendo que 94,6% eram do sexo masculino. Esse número representa um aumento de 7,4% em relação ao ano anterior. Se, em 2015, pequena redução fora registrada em relação a 2014 (-3,6%), em 2016 há um retrocesso e

se apresenta um crescimento no número de jovens mortos de forma violenta(CERQUEIRA, 2018).

Além disso, a taxa de homicídios da população jovem permite, indicar como o fenômeno se distribui de modo heterogêneo, e assim identificar onde o problema é mais alarmante. No ano de 2016, houve variação nas taxas de 19 homicídios por grupo de 100 mil jovens, no estado de São Paulo, até 142,7 em Sergipe, e o Brasil teve a taxa média de 65,5 jovens mortos por grupo de 100 mil (CERQUEIRA, 2018).

No que tange à violência autoprovocada, no ano de 2000, há uma estimativa de que se suicidaram cerca de 815 mil pessoas, em todo o mundo. Isso representa uma taxa de mortalidade aproximada de 14,5 em cada 100 mil pessoas, ou seja, uma morte a cada 40 segundos. Na contemporaneidade, os índices de suicídio se mostram mais evidentes entre pessoas com idade inferior a 45 anos, quando comparado com os acima de 45 anos em aproximadamente um terço de todos os países. O suicídio é um fenômeno que parece estar presente em todos os continentes, sem se confrontar com níveis de industrialização ou riqueza (KRUG, 2002).

Nas duas últimas décadas houve um aumento significativo dos estudos na área da saúde sobre a violência. Isso ocorreu devido ao reconhecimento da dimensão do fenômeno como um grave problema de saúde pública, por sua alta incidência e pelas consequências à saúde física e psicológica das vítimas (KRUG, 2002).

Desse modo, a forma mais racional para a prevenção da violência é a necessidade do entendimento de dois grandes esforços: o de desconstruir a noção de fatalidade e inevitabilidade que envolve o senso comum sobre esse problema; e também a necessidade de transcender a noção da violência como um problema do social (DESLANDES, 1999).Trabalhar pelas causas sociais como a violência, é imprescindível, e demanda um empreendimento superior ao atual. Assim, é concebível inferir que os variados tipos de violências articulam-se mais ou menos diretamente às causas estruturais. Embora seja possível inferir que quase toda violência seja socialmente construída e evidencie a dimensão da iniquidade da sociedade que a gera, necessitando assim de investimentos em proporções maiores e de uma atuação mais específica. Um exemplo evidente dessa questão é a prevenção dos homicídios, que tem uma grande demanda de intervenções sociais de fundo governamental, como por exemplo, o controle de venda e uso de armas; oferta de trabalho e cidadania além da uma educação de qualidade para uma gama imensa da população, principalmente àquelas com maior índice de vulnerabilidade(OMS, 2002).

Principais tipos de violência:

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelece uma tipologia de dois grandes grupos para a definição de quem comete o ato violento: violência contra si mesmo (autoprovocada ou autoinfligida); e violência interpessoal, a qual pode ter como divisão violência doméstica/intrafamiliar ou violência extrafamiliar/comunitária (CEVS, 2018).

1) Violência autoprovocada: é entendida como ideação suicida, autoagressões, tentativas de suicídio e suicídios.

2) Violência interpessoal, pode ser:

a) Violência doméstica/intrafamiliar: é quando há a possibilidade de ocorrer entre os parceiros íntimos e entre os membros da família. É toda ação ou omissão que cause dano ao bem-estar, à integridade física e psicológica ou à liberdade e ao direito ao pleno desenvolvimento de outra pessoa da família. Não se limita apenas ao espaço físico onde ocorre, mas também, às relações em que se constroem e se efetivam.

b) Violência extrafamiliar/comunitária: é aquela que ocorre no ambiente social em geral, entre conhecidos ou desconhecidos. É praticada por meio de atentado à integridade, vida e/ou a seus bens.

A OMS estabelece também distinções sobre a natureza da violência, que ficam caracterizadas como (OMS, 2018):

I) Violência física: pode ser denominada também de sevícia, maus-tratos ou abuso físico. São atos violentos, nos quais é feito uso de força física de forma intencional, com o objetivo de ferir, lesar, provocar dor e sofrimento, deixando, ou não, marcas evidentes no corpo. A mesma pode se manifestar de muitos modos, como tapas, beliscões, chutes, torções, empurrões, arremesso de objetos, estrangulamentos, queimaduras, perfurações, mutilações, entre outras. A violência física, ainda pode ser evidenciada no caso de ferimentos por arma de fogo ou por arma branca.

II) Violência psicológica/moral: é toda forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobrança exagerada, punições humilhantes e utilização da pessoa para atender às necessidades psíquicas de outrem. São ações que colocam em risco ou causam danos à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa. No assédio moral, a violência ocorre no ambiente de trabalho, a partir de relações de poder entre patrão e empregado ou empregado e empregado. É conceituada como conduta abusiva, exercida por meio de gestos, atitudes ou outras manifestações, que atentem, contra a dignidade, a integridade psíquica ou física de uma pessoa, que intimide seu emprego ou torne o clima de trabalho ameaçador. O *bullying* é mais um exemplo de violência psicológica, que se manifesta em ambientes escolares ou outros

meios, como o *ciberbullying*.

III) Tortura: é a ação de constranger alguém com o uso de força ou grave ameaça, causando-lhe sofrimento físico ou mental com fins de obter informações, declaração ou confissão da vítima; provocar ação ou omissão de natureza criminosa; em razão de discriminação racial ou religiosa (Lei 9.455/1997) (OMS, 2018). Também pode ser o ato de submeter alguém, sob sua guarda, poder ou autoridade, a intenso sofrimento físico ou mental, como forma de aplicar castigo pessoal ou medida de caráter preventivo.

IV) Violência sexual: é qualquer atitude na qual uma pessoa, valendo-se de sua posição de poder e fazendo uso de força física, coerção, intimidação ou influência psicológica, com uso ou não de armas ou drogas, obriga outra pessoa, de qualquer sexo e idade, a ter, presenciar, ou participar de alguma maneira de interações sexuais. Ou ainda utilizar, de qualquer modo a sexualidade de outrem, com fins de lucro, vingança ou outra intenção. São identificadas como violência sexual situações de estupro, abuso incestuoso, assédio sexual, sexo forçado no casamento, jogos sexuais e práticas eróticas não consentidas, pornografia infantil, pedofilia, *voyeurismo*, manuseio, penetração oral, anal ou genital, com pênis ou objetos, de forma forçada. Inclui também exposição coercitiva/constrangedora a atos libidinosos, exibicionismo, masturbação, linguagem erótica, interações sexuais de qualquer tipo e material pornográfico. Igualmente caracterizam a violência sexual os atos que, mediante coerção, chantagem, suborno ou aliciamento impeçam o uso de qualquer método contraceptivo ou forcem a matrimônio, à gravidez, ao aborto, à prostituição; ou que limitem ou anulem em qualquer pessoa a autonomia e o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos. A violência sexual é crime, mesmo se exercida por um familiar, seja ele, pai, mãe, padrasto, madrasta, companheiro(a), esposo(a).

V) Tráfico de seres humanos: engloba o recrutamento, o transporte, a transferência, o alojamento de pessoas, recorrendo à ameaça, ao rapto, à fraude, ao engano, ao abuso de autoridade, ao uso da força ou outras formas de coação, ou à situação de vulnerabilidade, para exercer a prostituição, ou trabalho sem remuneração, incluindo o doméstico, escravo ou de servidão, casamento servil ou para a remoção e comercialização de seus órgãos, com emprego ou não de força física. O tráfico de pessoas é capaz de se desenvolver não apenas dentro de um mesmo país, mas também entre países fronteiriços ou entre diferentes continentes.

VI) Violência financeira/econômica: essa forma de violência implica em dano, perda, subtração, destruição ou retenção de objetos, documentos pessoais, instrumentos de trabalho, bens e valores da vítima. É compreendido como a exploração imprópria ou ilegal, ou o uso não consentido de seus recursos financeiros e patrimoniais. Geralmente acontece no âmbito familiar, tem maior frequência contra pessoas idosas, mulheres e deficientes e, é também

conhecido como violência patrimonial.

VII) Negligência/abandono: e a supressão das atenções básicas, necessárias, para o desenvolvimento físico, emocional e social da pessoa. Inclui a privação de acesso a medicamentos; falta de cuidados imprescindíveis com a saúde; descuido com a higiene; ausência de proteção contra as intempéries do meio, como o frio e o calor; ausência de incentivo e de condições para a frequência à escola. Sendo o abandono uma forma extrema de negligência, é o modo mais comum de violência contra crianças.

VIII) Trabalho infantil: é um complexo de ações e atividades desempenhadas por crianças impedindo-as de viver plenamente sua condição de infância e adolescência. Remete a qualquer prática obrigatória efetuada por crianças e adolescentes de modo regular, rotineiro, remunerado ou não, que coloca em risco o bem estar físico, psíquico, social e moral, restringindo as condições para um desenvolvimento seguro e saudável.

IX) Violência por intervenção legal: ocorre quando há intervenção por agente legal público, ou seja, representante do Estado, polícia ou de outro agente da lei no exercício da seu ofício. Segundo o CID-10, pode ocorrer com o uso de armas de fogo, explosivos, uso de gás, objetos contundentes, empurrão, murro, podendo resultar em ferimento, agressão, constrangimento ou morte. A Lei Federal nº. 4.898/65 define o crime de abuso de autoridade e estabelece as punições para esta prática.

Ainda há a definição de violência levando em consideração o grupo ou pessoa a quem ela é direcionada como por exemplo mulheres, crianças, idosos, indígenas, deficientes, população de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros - LGBT.

A expressão violência entre relações íntimas refere-se a todo e qualquer comportamento que ocorre na mesma. Incorpora a violência cometida tanto na unidade doméstica como em qualquer relação íntima de afeto, independentemente de morar junto ou não, englobando as violências física, psicológica, sexual, moral, patrimonial e o comportamento controlador (CEVS, 2018). Esse tipo de violência é caracterizado como um comportamento conscientemente hostil e intencional que causa dano físico, psíquico, jurídico, econômico, social, moral ou sexual. E geralmente atua contra a liberdade e o direito das vítimas. Entre muitas mulheres a agressão física, infelizmente, não é uma ocorrência isolada, ocorrendo como um padrão linear de hábitos abusivos, ou seja, na maioria das vezes os atos de violência, principalmente física, acontecem de forma sistemática dentro da dinâmica do casal, sendo corriqueiras e podendo chegar a episódios diários. O abuso de consumo de bebidas alcoólicas e outras drogas é considerado, por muitos autores, como um fator agravante para esses tipos de situações (CEVS, 2018).

Com isso, é possível constatar que a violência é um campo complexo e cheio de incertezas o qual demanda ações imediatas e contínuas. No paradigma de serviços básicos de saúde, há a possibilidade de atuação na elucidação da prevenção primária das violências domésticas contra crianças, adolescentes e mulheres, seja no momento do pré-natal, no atendimento pediátrico e na saúde da mulher, seja nas atividades dos agentes de saúde ou nos grupos comunitários de saúde. Todavia, em nenhum outro serviço de saúde a violência adquire tamanha visibilidade como na emergência (DESLANDES, 1999).

Mediante isso, o setor de emergência hospitalar, para a maioria das vítimas, torna-se o único meio de tratar esse tipo de realidade vivenciada. Para muitos pacientes é um atendimento insólito, enquanto vítima de uma agressão, diante de um profissional de saúde. Certamente, em muitos casos, é um dos poucos momentos em que a violência será declarada. Pensando em casos como esses, os Estados Unidos e o Canadá implantaram, nos serviços de emergência, rotinas institucionais – protocolos - a fim de estimular o acompanhamento e a prevenção de reincidências, conforme divulga o *National Center for Health Statistics*. Um dos itens desse documento determina que cerca de 90% de todas as emergências nos Estados Unidos tenham protocolos que rotineiramente identifiquem, tratem e façam os devidos encaminhamentos para as vítimas de estupro, violência conjugal e outras formas de violências contra adultos, pois, nos casos de violência contra crianças e adolescentes, isso já é feito (DESLANDES, 1999).

No Brasil, todas as violências passaram a fazer parte da Lista Nacional das Doenças e Agravos de Notificação Compulsória desde a publicação da Portaria nº 104 de 25 de Janeiro de 2011. Porém ainda, há críticas notórias quanto à qualidade do registro, que feito de forma assistemática, impede um acompanhamento epidemiológico adequado, dificultando, assim, dimensionar o problema e planejar ações (COVINGTON, 1995; DAVIDSON, 1996). Sabe-se que a maioria dos casos de violência é recorrente, seja com igual ou superior gravidade, caso não sejam implantadas ações que interrompam essa dinâmica. Desse modo, estudar de forma detalhada e caracterizar o perfil das vítimas de violência viabiliza um amplo conhecimento acerca do assunto, além de oportunizar a ascensão de medidas que visem à prevenção, à proteção e ao atendimento adequado das vítimas.

2.8 Metodologia

2.8.1 Tipo de estudo

Quantitativo, observacional, transversal, descritivo.

2.8.2 Local e período

O estudo será realizado na cidade de Passo Fundo, RS, entre janeiro e dezembro de

2019.

2.8.3 População

Pacientes que sofreram qualquer tipo de violência interpessoal/autoprovocada (CID 10: Y09) e receberam atendimento nas unidades de emergência hospitalar do município.

2.8.4 Amostra

Todos os pacientes atendidos em emergência hospitalar por violência interpessoal/autoprovocada (CID10: Y09) e que tiveram registro de notificação compulsória no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN de 1º de janeiro de 2013 a 31 de dezembro de 2017, na cidade de Passo Fundo,RS, a saber: Hospital São Vicente de Paulo, Hospital de Clínicas de Passo Fundo e Hospital Municipal. A relação será obtida junto ao setor de Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde, e a amostra compreenderá aproximadamente 5.500 casos.

2.8.5 Critérios de inclusão

Pacientes de ambos os sexos e de qualquer idade.

2.8.6 Variáveis

Com base na Ficha de Notificação Individual, desenvolvida pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN (Anexo1) as variáveis analisadas serão: Idade; Sexo (M- masculino, F-feminino, I-ignorado); Gestante (1- 1º trimestre, 2- 2º trimestre, 3- 3º trimestre, 4- idade gestacional ignorada, 5- não, 6- não se aplica, 9- ignorado); Raça/Cor (1- branca, 2- preta, 3- amarela, 4- parda, 5- indígena, 9- ignorado); Escolaridade (0- analfabeto, 1- 1º a 4º série, 2- 4º série completa, 3- 5º a 8º série 4- ensino fundamental completo, 5- ensino médio incompleto, 6- ensino médio completo, 7- educação superior incompleta, 8- educação superior completa, 9- ignorado, 10- não se aplica); Endereço, Zona (1- urbana, 2- rural, 3- periurbana); Ocupação, Estado Civil (1- solteiro, 2- casado/união consensual, 3- viúvo, 4- separado, 8- não se aplica, 9- ignorado); Orientação Sexual (1- heterossexual, 2- homossexual, 3- bissexual, 8- não se aplica, 9- ignorado); Identidade de gênero (1- travesti, 2- mulher transexual, 3- homem transexual, 8- não se aplica, 9- ignorado); Presença de deficiência/transtorno (1- sim, 2- não, 9- ignorado); Tipo de deficiência/transtorno (deficiência física, intelectual, visual, auditiva, transtorno mental, de comportamento); Endereço da ocorrência; Hora da ocorrência, Local da ocorrência (1- residência, 2- habitação coletiva, 3- escola, 4- local de prática esportiva, 5- bar ou similar, 6- via pública, 7- comércio/ serviços, 8- indústrias/construção, 9- outros, 99- ignorado); Reincidência; Lesão autoprovocada; Motivo da violência (1- sexismo, 2- homofobia/lesbofobia/bifobia/transfobia, 3- racismo, 4- intolerância religiosa, 5- xenofobia, 6-

conflito geracional, 7- situação de rua, 8- deficiência, 9- outros, 88- não se aplica, 99- ignorado); Tipo de violência (física, psicológica/moral, tortura, sexual, tráfico de seres humanos, financeira/econômica, negligência/abandono, trabalho infantil, intervenção legal, outros); Meio de agressão (força corporal/espancamento, enforcamento, objeto contundente, objeto perfuro-cortante, substância/objeto quente, envenenamento, intoxicação, arma de fogo, ameaça, outros); Tipo de violência sexual, se for o caso (assédio sexual, estupro, pornografia infantil, exploração sexual, outros); Procedimentos realizados (profilaxia DST, profilaxia HIV, profilaxia Hepatite B, coleta de sangue, coleta de sêmen, coleta de secreção vaginal, contracepção de emergência, aborto previsto em lei); Número de envolvidos; Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida (pai, mãe, padrasto, madrasta, cônjuge, ex-cônjuge, namorado(a), ex-namorado(a), filho(a), irmão(ã), amigos/conhecidos, desconhecido(a), cuidador(a), patrão/chefe, pessoa com relação institucional, polícia/agente de lei, própria pessoa, outros); Sexo do provável autor da violência (1- masculino, 2- feminino, 3- ambos os sexos, 4- ignorado); Suspeita de uso de álcool, Ciclo de vida do provável autor da violência (1- criança (0 a 9 anos), 2- Adolescente (10 a 19 anos), 3- jovem (20 a 24 anos), 4- pessoa adulta (25 a 59 anos), 5- pessoa idosa (60 anos ou mais), 9- ignorado); Encaminhamento (Rede de Saúde - Unidade Básica, Hospital, outras), Rede de Assistência Social (Centro de Referência de Assistência Social – CRAS, Centro de Referência Especializado de Assistência Social - CREAS, outras), Rede de Educação (creche, escola, outras), Rede de Atendimento à mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras), Conselho Tutelar, Conselho do Idoso, Delegacia de Atendimento ao Idoso, Centro de Referência dos Direitos Humanos, Ministério Público, Delegacia Especializada de Proteção à Criança e ao Adolescente, Delegacia de Atendimento à Mulher, outras delegacias, Justiça da Infância e da Juventude, Defensoria Pública; Violência relacionada ao trabalho (em caso afirmativo, emissão da Comunicação de Acidente de Trabalho - CAT); Circunstância da lesão (CID 10- Cap XX); Data de encerramento; Vínculo/grau de parentesco do acompanhante.

2.8.7 Coleta de Dados

Os dados serão obtidos junto ao setor de Vigilância em saúde da Secretaria Municipal de Saúde, em formato de planilha eletrônica, suprimidas as informações que identifiquem as vítimas.

2.8.8 Análise de dados

As análises estatísticas incluirão distribuição de frequências das variáveis, uma vez que se trata de um estudo descritivo, a fim de caracterizar a amostra e serão feitas no Programa

Estatístico PSPP (distribuição livre).

2.8.9 Aspectos éticos

O estudo será vinculado ao projeto de pesquisa, modalidade guarda-chuva, intitulado Perfil Epidemiológico e de assistência de usuários da Rede de Saúde, institucionalizado na UFFS, sob responsabilidade da Prof^a. Dr^a. Ivana Loraine Lindemann, registrado no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFFS pelo CAAE 85587916.2.0000.5564 e aprovado sob o parecer de número 2.752.284, de 03 de Julho de 2018. Sendo assim, o mesmo não será submetido à nova apreciação ética.

2.8.10 Riscos

Considerando que serão utilizados dados oriundos de sistema de informação com supressão de informações que possam identificar os pacientes, o estudo não oferece riscos aos participantes e, desse modo fica garantida confidencialidade das informações.

2.8.11 Benefícios

Devido à natureza do estudo, não estão previstos benefícios aos participantes. Entretanto, por meio da devolutiva dos resultados aos serviços e à Secretaria Municipal de Saúde, bem como da sua divulgação científico-acadêmica, espera-se beneficiar a sociedade, impactando de forma positiva na redução dos casos de violência, a partir da divulgação de informações epidemiológicas, da qualificação das notificações, bem como, do desenvolvimento de ações de prevenção.

2.8.12 Recursos

Item	Unidade	Quantidade	Custo unitário	Custo total
Horas de Internet	-	50horas	R\$ 2,00	R\$ 100,00
<i>Pendrive</i> 32Gb	2unidades	2unidades	R\$ 40,00	R\$ 80,00
Caneta	4unidades	4unidades	R\$ 1,00	R\$ 4,00
Folha de Ofício	50 folhas	2 pacotes	R\$ 10,00	R\$ 20,00
TOTAL				R\$: 204,00

Os custos serão de responsabilidade da equipe de pesquisa

2.8.13 Resultados esperados

Espera-se identificar as características dos pacientes que sofreram qualquer tipo de violência e foram atendidos na emergência hospitalar, bem como indicar os tipos de violência mais frequentes.

2.8.14 Cronograma

Atividades e período	Janeiro/2019	Fevereiro/2019	Março/2019	Abril/2019	Maior/2019	Junho/2019	Julho/2019	Agosto/2019	Setembro/2019	Outubro/2019	Novembro/2019	Dezembro/2019
1.	X	X	X	X	X	X						
2.							X	X	X	X	X	X

(1) Análise estatística (janeiro a junho).

(2) Redação e divulgação dos resultados (julho a dezembro).

2.9 REFERÊNCIAS

- CENTRO ESTADUAL DE VIGILÊNCIA EM SAÚDE (CEVS). Epidemiologia da Violência. 2018. Link: <https://cevs.rs.gov.br/> inicial acesso em: 03 de setembro de 2018.
- CERQUEIRA, D. et al. Atlas da violência. **Ipea**, v. 1, p. 1-76, 2017.
- CERQUEIRA, D. et al. Atlas da violência. **Ipea**, v. 1, p. 1-76, 2018.
- COVINGTON, D.L. et al. Poor Hospital Documentation of Violence against Women. **The Journal of Trauma**, 38(3): 412-416, 1995.
- DAVIDSON, L. L. Editorial: Preventing Injuries from Violence towards Women. **American Journal of Public Health**. p. 12-14, 1996.
- KRUG, E. G. et al. Relatório mundial sobre violência e saúde. **Organização Mundial da Saúde**, p. 380, 2002. Disponível em: <https://www.opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/relatorio-mundial-violencia-saude.pdf>
- MINAYO MCS & SOUZA, E. R. Violência para Todos. **Cadernos de Saúde Pública**, p. 65-78, 1993.
- RODRIGUES, R. I. et al. Os custos da violência para o sistema público de saúde no Brasil: informações disponíveis e possibilidades de estimação. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 1, p. 29-36, 2009.
- SOUZA ER & MINAYO, M. C. S. O Impacto da Violência Social na Saúde Pública do Brasil: Década de 80, p. 87-116. In MSC Minayo (org.) – Os Muitos Brasis: Saúde e População na Década de 80. Editora Hucitec, São Paulo, 1994.
- SUELY F. DESLANDES. O atendimento às vítimas de violência na emergência: “prevenção numa hora dessas?” **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4(1), p. 81–94, 1999.
- VIDAL, C. E. L.; GONTIJO, E. C. D. M.; LIMA, L. A. Tentativas de suicídio : fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro**, v. 29, n. 1, p. 175–187, 2013.

2.10 RELATÓRIO

Essa pesquisa é integrada ao projeto de pesquisa guarda-chuva intitulado “Perfil Epidemiológico e de Assistência de Usuários da Rede de Saúde”, sob responsabilidade da pesquisadora Prof^a. Dr^a. Ivana Loraine Lindemann, registrado no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFFS pelo CAAE 85587916.2.0000.5564 e aprovado sob o parecer de número 2.752.284, de 3 de julho de 2018, tendo como Instituição Proponente a Universidade Federal da Fronteira Sul, não foi submetido à nova apreciação. O trabalho visa descrever o perfil dos pacientes atendidos na emergência hospitalar em decorrência de violência interpessoal/autoprovocada além de verificar a frequência dos diferentes tipos de violência. A amostra foi composta por todos os pacientes que receberam atendimento em emergência hospitalar por violência interpessoal/autoprovocada (CID10: Y09) e que tiveram registro de notificação compulsória no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN de 1º de janeiro de 2013 a 31 de dezembro de 2017, na cidade de Passo Fundo, RS, a saber: Hospital São Vicente de Paulo, Hospital de Clínicas de Passo Fundo e Hospital Beneficente César Santos. A relação do número de casos foi liberada pelo setor de Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde, e a amostra compreendeu exatamente 4686 casos. Os dados foram obtidos junto ao setor de Vigilância em saúde da Secretaria Municipal de Saúde, em formato de planilha eletrônica. A análise estatística foi feita no programa PSPP, onde foi realizado a frequência das variáveis e com isso a caracterização da amostra, além disso foi possível realizar análise analítica com significância de 5%. Após, foi elaborado de acordo com a Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.

2.11 Anexos

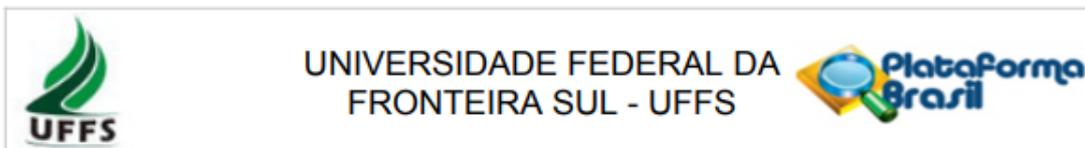
2.11.1 Anexo A – Ficha de notificação individual de violência interpessoal/autoprovocada – CID 10: Y09

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº	
FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL					
Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT.					
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação		2 - Individual		
	2 Agravado/doença		VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA		3 Data da notificação
	4 UF		5 Município de notificação		6 Código (IBGE)
	6 Unidade Notificadora <input type="checkbox"/> 1- Unidade de Saúde 2- Unidade de Assistência Social 3- Estabelecimento de Ensino 4- Conselho Tutelar 5- Unidade de Saúde Indígena 6- Centro Especializado de Atendimento à Mulher 7- Outros				
	7 Nome da Unidade Notificadora		8 Unidade de Saúde		9 Data da ocorrência da violência
	10 Nome do paciente		11 Data de nascimento		
Notificação Individual	12 (ou) Idade <input type="checkbox"/> 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		13 Sexo <input type="checkbox"/> M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado		14 Gestante <input type="checkbox"/> 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9- Ignorado
	15 Raça/Cor <input type="checkbox"/> 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado				
	16 Escolaridade <input type="checkbox"/> 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica				
	17 Número do Cartão SUS		18 Nome da mãe		
Dados de Residência	19 UF		20 Município de Residência		21 Distrito
	22 Bairro		23 Logradouro (rua, avenida,...)		24 Código
	24 Número		25 Complemento (apto., casa, ...)		26 Geo campo 1
	27 Geo campo 2		28 Ponto de Referência		29 CEP
	30 (DDD) Telefone		31 Zona <input type="checkbox"/> 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		32 País (se residente fora do Brasil)
	Dados Complementares				
	Dados da Pessoa Atendida	33 Nome Social		34 Ocupação	
35 Situação conjugal / Estado civil <input type="checkbox"/> 1 - Solteiro 2 - Casado/união consensual 3 - Viúvo 4 - Separado 8 - Não se aplica 9 - Ignorado					
36 Orientação Sexual <input type="checkbox"/> 1-Heterossexual 2-Homossexual (gay/lésbica)		37 Identidade de gênero: <input type="checkbox"/> 3-Homem Transexual 8-Não se aplica 9-Ignorado		38 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno? <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 9- Ignorado	
39 Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno? <input type="checkbox"/> Deficiência Física <input type="checkbox"/> Deficiência intelectual <input type="checkbox"/> Deficiência visual <input type="checkbox"/> Deficiência auditiva <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Transtorno de comportamento <input type="checkbox"/> Outras					
Dados da Ocorrência	40 UF		41 Município de ocorrência		42 Distrito
	43 Bairro		44 Logradouro (rua, avenida,...)		45 Código
	45 Número		46 Complemento (apto., casa, ...)		47 Geo campo 3
	48 Geo campo 4		49 Ponto de Referência		50 Zona <input type="checkbox"/> 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado
	51 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)		52 Local de ocorrência <input type="checkbox"/> 01 - Residência 02 - Habitação coletiva 03 - Escola 04 - Local de prática esportiva 05 - Bar ou similar 06 - Via pública 07 - Comércio/serviços 08 - Indústrias/construção 09 - Outro 99 - Ignorado		
	53 Ocorreu outras vezes? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		54 A lesão foi autoprovocada? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		

SVS 15.06.2015

Violência	55 Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Xenofobia 06-Conflito geracional 07-Situação de rua 08-Deficiência 09-Outros _____ 88-Não se aplica 99-Ignorado		
	56 Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Trabalho infantil		
Violência Sexual	57 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Força corporal/espâncamento <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Substância/Obj. quente <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Envenenamento, Intoxicação <input type="checkbox"/> Outro _____		
	58 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Outros _____		
Dados do provável autor da violência	59 Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei		
	60 Número de envolvidos 1 - Um <input type="checkbox"/> 2 - Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	61 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Policial/agente da lei <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Própria pessoa <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão(ã)	62 Sexo do provável autor da violência 1 - Masculino <input type="checkbox"/> 2 - Feminino <input type="checkbox"/> 3 - Ambos os sexos <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>
Encaminhamento	63 Suspeita de uso de álcool 1- Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/>		
	64 Ciclo de vida do provável autor da violência: <input type="checkbox"/> 1-Criança (0 a 9 anos) 3-Jovem (20 a 24 anos) 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais) 2-Adolescente (10 a 19 anos) 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos) 9-Ignorado		
Dados finais	65 Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde,hospital,outras) <input type="checkbox"/> Conselho do Idoso <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Rede da Educação (Creche, escola, outras) <input type="checkbox"/> Centro de Referência dos Direitos Humanos <input type="checkbox"/> Justiça da Infância e da Juventude <input type="checkbox"/> Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Defensoria Pública <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente		
	66 Violência Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	67 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado	68 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX _____
69 Data de encerramento _____			
Informações complementares e observações			
Nome do acompanhante _____ Vínculo/grau de parentesco _____ (DDD) Telefone _____			
Observações Adicionais: _____ _____ _____			
Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS 136 TELEFONES ÚTEIS Disque Direitos Humanos 100 Central de Atendimento à Mulher 180			
Notificador	Município/Unidade de Saúde _____		
	Cód. da Unid. de Saúde/CNES _____		
Nome _____	Função _____	Assinatura _____	
Violência interpessoal/autoprovocada Sinan SVS 15.06.2015			

2.11.2 Anexo B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Perfil epidemiológico e de assistência de usuários da Rede de Saúde.

Pesquisador: Ivana Loraine Lindemann

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 85587916.2.0000.5564

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - UFFS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.752.284

Apresentação do Projeto:

Já apresentado no parecer nº 2.585.255.

Objetivo da Pesquisa:

Já apresentado no parecer nº 2.585.255.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Já apresentado no parecer nº 2.585.255.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisadora responsável atendeu todas as pendências indicadas pelo CEP e procedeu as modificações na PB.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisadora responsável atendeu todas as pendências indicadas pelo CEP e anexou os documentos faltantes.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisadora atendeu todas as pendências indicadas pelo CEP. Não há impedimentos éticos ao desenvolvimento do estudo.

Considerações Finais a critério do CEP:

Prezado (a) Pesquisador(a)

A partir desse momento o CEP passa a ser corresponsável, em termos éticos, do seu projeto de

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar

Bairro: Área Rural

CEP: 89.815-899

UF: SC

Município: CHAPECO

Telefone: (49)2049-3745

E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 2.752.284

pesquisa – vide artigo X.3.9. da Resolução 466 de 12/12/2012.

Fique atento(a) para as suas obrigações junto a este CEP ao longo da realização da sua pesquisa. Tenha em mente a Resolução CNS 466 de 12/12/2012, a Norma Operacional CNS 001/2013 e o Capítulo III da Resolução CNS 251/1997. A página do CEP/UFFS apresenta alguns pontos no documento "Deveres do Pesquisador".

Lembre-se que:

1. No prazo máximo de 6 meses, a contar da emissão deste parecer consubstanciado, deverá ser enviado um relatório parcial a este CEP (via NOTIFICAÇÃO, na Plataforma Brasil) referindo em que fase do projeto a pesquisa se encontra. Veja modelo na página do CEP/UFFS. Um novo relatório parcial deverá ser enviado a cada 6 meses, até que seja enviado o relatório final.
2. Qualquer alteração que ocorra no decorrer da execução do seu projeto e que não tenha sido prevista deve ser imediatamente comunicada ao CEP por meio de EMENDA, na Plataforma Brasil. O não cumprimento desta determinação acarretará na suspensão ética do seu projeto.
3. Ao final da pesquisa deverá ser encaminhado o relatório final por meio de NOTIFICAÇÃO, na Plataforma Brasil. Deverá ser anexado comprovação de publicização dos resultados. Veja modelo na página do CEP/UFFS.

Em caso de dúvida:

Contate o CEP/UFFS: (49) 2049-3745 (8:00 às 12:00 e 14:00 às 17:00) ou cep.uffs@uffs.edu.br;

Contate a Plataforma Brasil pelo telefone 136, opção 8 e opção 9, solicitando ao atendente suporte Plataforma Brasil das 08h às 20h, de segunda a sexta;

Contate a "central de suporte" da Plataforma Brasil, clicando no ícone no canto superior direito da página eletrônica da Plataforma Brasil. O atendimento é online.

Boa pesquisa!

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_806790.pdf	20/06/2018 13:59:31		Aceito
Outros	ccmarau.PDF	20/06/2018 13:54:20	Ivana Loraine Lindemann	Aceito

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar

Bairro: Área Rural **CEP:** 89.815-899

UF: SC **Município:** CHAPECÓ

Telefone: (49)2049-3745

E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 2.752.284

Outros	ccpf.pdf	20/06/2018 13:54:01	Ivana Loraine Lindemann	Aceito
Outros	cchc.pdf	20/06/2018 13:53:35	Ivana Loraine Lindemann	Aceito
Outros	cchsvp.pdf	20/06/2018 13:52:44	Ivana Loraine Lindemann	Aceito
Outros	cartapendencia.doc	20/06/2018 13:52:11	Ivana Loraine Lindemann	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_cep2.doc	20/06/2018 13:51:14	Ivana Loraine Lindemann	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.PDF	16/03/2018 14:34:33	GUSTAVO OLSZANSKI ACRANI	Aceito
Outros	apendice_III_termo_dados_arquivo.doc	16/03/2018 14:26:04	GUSTAVO OLSZANSKI ACRANI	Aceito
Outros	apendice_I_ficha_de_dados.doc	16/03/2018 14:25:48	GUSTAVO OLSZANSKI ACRANI	Aceito
Outros	Apendice_II_dispensa_TCLE.doc	16/03/2018 14:24:55	GUSTAVO OLSZANSKI ACRANI	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CHAPECO, 03 de Julho de 2018

Assinado por:
Valéria Silvana Faganello Madureira
(Coordenador)

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 89.815-899
UF: SC **Município:** CHAPECO
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br

2.11.3 Anexo C – Normas de Submissão na Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.

Preparo do manuscrito

Os manuscritos devem ser submetidos à RBMFC em formato ODT, DOC ou DOCX. A página deve ter formato A4, com margens superior e inferior de 1,25 cm, esquerda de 3 cm e direita de 2 cm. Os parágrafos devem ter entrelinhas de 1,5 linha, com fonte Arial, tamanho 12. Preferencialmente, os manuscritos devem vir com numeração automática das linhas e numeração automática das páginas, no rodapé.

A RBMFC aceita manuscritos em português, espanhol ou inglês. Além das instruções listadas nas Políticas de Seção, cada manuscrito deve trazer os seguintes elementos:

Título nos três idiomas. Não há um limite rígido para o tamanho do título, mas ele deve ser sucinto, chamativo e representativo do conteúdo do manuscrito. O corpo editorial da RBMFC se reserva o direito de ajustar o título.

Título corrido no idioma do manuscrito, com menos de 40 caracteres (contando o espaço).

Resumo e palavras-chave nos três idiomas. A Política de Seção especifica o tamanho, formato e conteúdo dos resumos. As palavras-chave devem ser entre 3 e 5, e devem necessariamente constar nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). A ferramenta MeSH on Demand ajuda a escolher palavras-chave, embora não tenha palavras-chave existentes apenas nos DeCS. O corpo editorial da RBMFC se reserva o direito de ajustar as palavras-chave.

O corpo do manuscrito deve ser redigido de forma clara e concisa, respeitando as Políticas de Seção. O corpo do texto não deve repetir todos os dados contidos em tabelas e outras ilustrações, assim como gráficos não devem repetir dados contidos em tabelas ou vice-versa. Notas de rodapé são proibidas.

O título das tabelas e figuras deve ser inserido ao longo do manuscrito principal, em seguida ao primeiro parágrafo citando a tabela ou figura. Tabelas e figuras de formato vetorial (gráficos, mapas etc.) devem ser inseridas junto ao título em seu formato original, e não como capturas de telas (“prints”). Figuras em formato raster (“bitmap”), como fotografias, devem ser anexadas como documentos suplementares, preferencialmente em formato TIFF com resolução de 300 dpi ou mais.

Referências seguindo o estilo Vancouver, conforme os exemplos nesta página e os detalhes neste livro eletrônico da *National Library of Medicine* (EUA). O *digital object*

identifier (DOI; exemplo: "https://doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1505") deverá ser listado ao fim de cada referência, quando disponível. O endereço na Internet (URL, de *uniform resource locator*) deve ser informado (conforme especificado no guia) para recursos eletrônicos que não tenham DOI, ISSN ou ISBN.

Os manuscritos em geral, mas principalmente aqueles da seção Artigos de Pesquisas, devem seguir as recomendações do ICMJE (com a exceção das instruções sobre a folha de rosto, “title page”).

Abreviaturas e acrônimos devem ser restritos àqueles amplamente conhecidos; e devem ser expandidos em sua primeira ocorrência; e devem ser evitados nos títulos. Não é necessário nomear por extenso as abreviaturas do Sistema Internacional de Unidades e outras consagradas em outros sistemas técnicos, como *sp* ou *spp* na nomenclatura binomial das espécies. Unidades de medidas para exames de laboratório que não sigam o Sistema Internacional de Unidades devem vir acompanhadas da respectiva conversão; por exemplo, “uma glicemia de 126 mg/dL (7,0 mmol/L)”.

Tabelas (numéricas ou textuais) e figuras (gráficos, mapas, fotografias etc.) devem ser citadas no corpo do manuscrito (não no resumo), como em “Metade dos participantes eram do sexo feminino, e a idade média foi 42 anos (Tabela 1)”, ou “As características na amostra estão descritas na Tabela 1”. Tanto tabelas quanto figuras devem ser numeradas consecutivamente em algarismos arábicos, e ter títulos autoexplicativos. Quaisquer abreviaturas ou acrônimos utilizados em tabelas ou figuras devem ser expandidos nos respectivos rodapé.

As referências devem ser citadas no corpo do manuscrito utilizando numeração consecutiva; por exemplo, “A atenção primária à saúde é fundamental para que os sistemas de saúde cumpram sua missão.¹ De acordo com Starfield,² a atenção primária é definida pela concomitância de quatro atributos fundamentais...”. Citações dentro de tabelas ou figuras devem seguir a ordem do texto anterior à ilustração.

Conforme descrito em Assegurando a avaliação pelos pares cega, o manuscrito principal deve omitir o nome e a afiliação institucional dos autores; essas informações serão preenchidas no formulário de submissão. Além disso, ao preparar o manuscrito principal os autores deve substituir por “XXXXXXXXXX” (sem aspas) quaisquer nomes próprios que possam identificar os autores ou suas afiliações institucionais, como a organização à qual pertence o comitê de ética ou o município onde foram coletados os dados. Após a aprovação, os autores serão lembrados de substituir os “XXXXXXXXXX” antes da editoração.

No caso de pesquisas com financiamento externo, os autores devem informar nos Métodos o papel do financiador no delineamento da pesquisa, na coleta e análise de dados, na

decisão de publicar e na escolha da revista, conforme recomendado pelo CSE e pelo ICMJE.

Declarações. Além do manuscrito principal, os autores deverão submeter um documento suplementar (“Declarações”) contendo as seguintes informações:

Colaboradores: Informar de que forma cada autor ou colaborador atende aos critérios de autoria. Por exemplo, “Concepção e/ou delineamento do estudo: FT, CS. Aquisição, análise ou interpretação dos dados: FT, BT, CS. Redação preliminar: FT. Revisão crítica da versão preliminar: BT, CS, José Vitória. Todos os autores aprovaram a versão final e concordaram com prestar contas sobre todos os aspectos do trabalho.” sendo FT, CS e BT os acrônimos do nome dos autores. Alternativamente, os autores e colaboradores poderão utilizar a Taxonomia das Funções do Colaborador (CRediT) para expressar a contribuição de cada autor ou colaborador.

Agradecimentos: Outros agradecimentos devidos.

3. ARTIGO

INCIDÊNCIA E CARACTERIZAÇÃO DE CASOS DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL E AUTOPROVOCADA ATENDIDOS EM EMERGÊNCIA HOSPITALAR EM UMA CIDADE DO NORTE DO RIO GRANDE DO SUL

INCIDENCE AND CHARACTERIZATION OF INTERPERSONAL AND SELF-PROVOCATED VIOLENCE CASES IN HOSPITAL EMERGENCY IN A NORTH CITY OF RIO GRANDE DO SUL

INCIDENCIA Y CARACTERIZACIÓN DE CASOS DE VIOLENCIA INTERPERSONALES Y PROPUESTOS EN EMERGENCIA HOSPITALARIA EN UNA CIUDAD DEL NORTE DE RIO GRANDE DO SUL

VANESSA PELICOLI¹, IVANA LORAINE LINDEMANN²

Resumo

A violência no Brasil é uma das principais causas de atendimento de emergência nos hospitais. Dessa forma, o objetivo deste estudo foi descrever a incidência e o perfil de vítimas atendidas nos serviços de emergência hospitalar no município de Passo Fundo, RS. Trata-se de um censo realizado com pacientes que sofreram violência interpessoal/autoprovocada e que receberam atendimento nas unidades de emergência hospitalar entre Janeiro de 2013 e Dezembro de 2017. Os dados, oriundos das fichas de notificação, foram obtidos junto à Vigilância Municipal de Saúde. Foi feita a caracterização das vítimas e verificada a distribuição dos tipos mais frequentes de violência, além do cálculo de incidência anual. Dos 4.686 casos, observou-se predomínio do sexo feminino, idade entre 20 e 59 anos, cor da pele branca, ensino fundamental incompleto e ausência cônjuge. A maior parte ocorreu na própria residência, o tipo de violência predominante foi a física e como principal meio de meio de agressão, foi registrada a força corporal/espancamento. A descrição das principais características deste grupo populacional permite contribuir com a promoção da saúde e o desenvolvimento de prevenção primária, visando a minimização da ocorrência de casos de violência.

Palavras – chave: Violência, Emergência, Suicídio.

Abstract

Violence in Brazil is one of the main causes of emergency care in hospitals. For this reason, the objective of this study was to describe the incidence and profile of victims of violence seen in emergency services in the city of Passo Fundo, RS. This is a census of patients who suffered interpersonal / self-harm and who received care at the emergency units between January 2013 and December 2017. Data from the notification forms were obtained from the Municipal Health Surveillance. The victims were characterized and the distribution of the most frequent types of violence was verified, as well as the annual incidence calculation. Of the 4,686 cases, there was a predominance of females, aged between 20 and 59 years, white skin color, incomplete elementary school and absence of spouse. Most occurred at home, the predominant type of violence was physical and as the main means of aggression was recorded the body force / beatings. The description of the main characteristics of this population group contributes to health promotion and the development of primary prevention, aiming to minimize the occurrence of cases of violence.

Keywords: Violence, Emergency, Suicide.

Resumen

La violencia en Brasil es una de las principales causas de atención de emergencia en los hospitales. Por esta razón, el objetivo de este estudio fue describirla incidencia y el perfil de las víctimas de violencia observadas en los servicios de emergencia en la ciudad de Passo Fundo, RS. Este es un censo realizado con pacientes que sufrieron lesiones interpersonales / autolesiones y que recibieron atención en unidades de emergencia entre enero de 2013 y diciembre de 2017. Los datos de los formularios de notificación se obtuvieron de la Vigilancia Municipal de Salud. Se caracterizó a las víctimas y se verificó la distribución de los tipos de violencia más frecuentes, así como el cálculo de la incidencia anual. De los 4,686 casos, predominó el sexo femenino, entre 20 y 59 años, color de piel blanca, escuela primaria incompleta y ausencia de cónyuge. La mayoría ocurrió en el hogar, el tipo predominante de violencia fue el físico y como el principal medio de agresión se registró la fuerza corporal / golpes. La

descripción de las características principales de este grupo de población contribuye a la promoción de la salud y al desarrollo de la prevención primaria, com el objetivo de minimizar la ocurrencia de casos de violencia.

Palabras clave: violencia, emergencia, suicidio.

Introdução

Possivelmente os casos de violência sempre tenham feito parte da experiência humana e seus impactos podem ser avaliados de várias formas e em diversas partes do mundo. Todos os anos, mais de um milhão de pessoas perdem suas vidas e muitas outras sofrem lesões não fatais, resultantes da violência⁽¹⁾. Com isso, é possível considerar que é uma questão primacial na saúde pública não somente no Brasil mas em âmbito global e tem ganhado papel de extrema relevância por vários setores da sociedade, em virtude, não somente dos reflexos nos índices de segurança pública ou pelo influxo recorrente no cotidiano da população, mas principalmente pela demanda frequente e progressiva de vítimas nos sistemas de saúde⁽²⁾. Nas instituições de saúde as implicações da violência explicitam-se na elevação das despesas com assistência, urgência/emergência e reabilitação, sendo irrefragavelmente mais dispendioso do que a maioria dos atendimentos médicos convencionais⁽³⁾.

Em esfera universal, a violência, além de estar entre as principais causas de morte de pessoas na faixa etária de 15 a 44 anos, ainda é, apesar da dificuldade em se obter estimativas precisas, a causa de um grande custo que se traduz em bilhões de dólares em gastos anuais com assistência à saúde⁽¹⁾. No ano de 2009 a notificação de violência foi inserida no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), porém de modo paulatino, à proporção que os estados e municípios adotavam-na. No entanto, para sua legítima utilização, é primordial que se assegure a validade e confiabilidade desses dados⁽⁴⁾. As informações mais coletadas e disponibilizadas são referentes à mortalidade; com isso em muitos países as certidões de nascimento e de óbito são mantidas como um inventário básico dos homicídios e suicídios. Todavia, na maioria das vezes não é possível calcular os índices com base em tais inventários, pois não há dados populacionais gerais que viabilizem de forma adequada um estudo acerca da violência⁽¹⁾.

Ainda, a obscuridade da ficha de notificação de violência exige um aprofundamento das táticas críticas na entrada de dados, afim de contribuir com a validade dessas bases de informações⁽⁴⁾. Logo, em grande parte das vezes, a possibilidade de conseguir dados é ínfima, e quando possível, a qualidade dessas informações nem sempre é adequada para fins de pesquisa ou para apontar estratégias de prevenção, haja vista que as organizações geralmente mantêm os registros voltados para seus próprios objetivos, seguindo seus procedimentos internos⁽¹⁾.

A violência em 2016, no Brasil, alcançou a marca histórica de 62.517 homicídios, segundo informações do Ministério da Saúde (MS). Isso equivale a uma taxa de 30,3 mortes para cada 100 mil habitantes, que corresponde a 30 vezes a taxa da Europa. Apenas nos últimos dez anos, 553 mil pessoas perderam suas vidas devido à violência no Brasil⁽⁵⁾. No Rio Grande do Sul, em 2002, a mortalidade por causas externas, entre as quais está a violência, foi a mais acentuada, sendo responsável pelas evidências alarmantes dos parâmetros que indicam os anos potenciais de vida perdidos, uma vez que compreenderam um público extremamente jovem⁽³⁾.

Com isso, identificar os diferentes tipos de violência, de modo adequado, permite que seja feita uma análise do perfil dessas vítimas, corroborando assim com a verificação da real extensão do problema, dando a medida de seu encargo sobre segmentos populacionais mais vulneráveis. Além disso, é imprescindível evidenciar que a saúde pública deveria ter, antes de tudo, ênfase na prevenção, uma vez que seu início é mais forte na convicção de que tanto o comportamento violento quanto suas consequências deveriam ser evitados⁽¹⁾.

Dessa forma, o objetivo desse estudo foi verificar a incidência e a caracterização de casos de violência interpessoal e autoprovoada atendidos em emergência hospitalar, visando tornar possível a edificação de programas, políticas públicas específicas e intervenções para as populações identificadas, realizando delineamento de estratégias de enfrentamento para os variados tipos de violência, além proporcionar um tratamento efetivo e adequado para essas vítimas.

Métodos

Trata-se de um censo que incluiu todos os pacientes que receberam

atendimento em emergência hospitalar por violência interpessoal/autoprovocada (CID10: Y09) e que tiveram registro de notificação compulsória no SINAN de 1º de janeiro de 2013 a 31 de dezembro de 2017, na cidade de Passo Fundo, RS, a saber: Hospital São Vicente de Paulo, Hospital de Clínicas de Passo Fundo e Hospital Beneficente César Santos. Os dados foram obtidos junto ao setor de Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde, em formato de planilha eletrônica.

As variáveis foram baseadas na Ficha de Notificação Individual de violência interpessoal/autoprovocada contemplando aspectos sociodemográficos (unidade notificadora, idade, sexo, cor da pele, escolaridade, situação conjugal) e de caracterização qualitativa dos casos de violência (local de ocorrência, tipos e meio de agressão). A estatística descritiva e analítica dos dados foi realizada através do programa PSPP (distribuição livre), considerando-se significância de 5%. Ainda, foi calculada a incidência por 100 mil habitantes, através da expressão a seguir: $(n^{\circ} \text{ de casos de violência por ano} / \text{população total de Passo Fundo}) \times 100.000$. O número de casos de violência por ano foi obtido dos dados fornecidos pelo setor de Vigilância em Saúde do município e, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, foi obtido o total de habitantes.

O protocolo do estudo foi registrado no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da instituição proponente pelo CAAE 85587916.2.0000.5564 e aprovado sob o parecer de número 2.752.284.

Resultados

Foram registrados 4.686 casos, sendo a metade do sexo feminino (50,1%). Observou-se predomínio de idade entre 20 e 59 anos (44,6%), cor da pele branca (82,1%), ensino fundamental incompleto (36,7%) e ausência cônjuge (41%) – Tabela 1. Quanto ao local de ocorrência, a maior parte foi na própria residência (63,2%). O tipo de violência predominante foi a física (47,3%) e como principal meio de meio de agressão, foi registrada a força corporal/espancamento (26,3%) - Tabela 2.

No que tange à distribuição dos tipos mais frequentes de violência de

acordo com características sociodemográficas das vítimas, observou-se diferença estatisticamente significativa em todas as variáveis – Tabela 3.

Quanto à incidência/100.000 habitantes, observou-se variação de 385,1 casos em 2013 a 508,1 em 2017 (Gráfico 1).

Discussão

Os resultados deste estudo promovem uma elucidação clara e ao mesmo tempo alarmante acerca da violência, não somente por sua alta incidência, mas também por estar presente de forma bem evidente entre crianças e adolescentes. Exemplo disso foi a violência sexual, com maior incidência nessa idade e no sexo feminino.

No entanto, infelizmente, esse quadro não diverge do encontrado nacionalmente, haja vista que o estupro é um dos tipos de violência sexual mais comum e atinge aproximadamente 1 a cada 5 mulheres e 1 em cada 59 homens. Entre as mulheres que sofreram estupro, em 28% ocorreu pela primeira vez quando tinham 10 anos ou menos, sendo que 35% das menores estupradas também foram estupradas quando se tornaram adultas⁽⁶⁾.

A violência apresenta papel de relevância no cenário brasileiro, desde 1989, ocupando o segundo lugar entre as causas de morte e o primeiro lugar para os óbitos de pessoas entre cinco e 49 anos de idade⁽⁷⁾. Tal cenário é corroborado com os resultados deste estudo, uma vez que foi possível verificar um aumento da incidência de casos de violência, no município de Passo Fundo, nos cinco anos estudados e, além disso, a violência física obteve destaque, tendo como vítimas, majoritariamente, homens adultos.

Todavia, mesmo que a violência seja recorrente nas diferentes sociedades, classes sociais e etnias, não deve ser considerada como trivial, pois promove implicações graves para a saúde dos indivíduos de maneira global. Embora houvesse, no Brasil, desde a década de 80, iniciativas que visassem diminuir os fatores relacionados à violência, apenas em 2002 a Organização Mundial da Saúde – OMS a definiu como um grave problema de saúde pública a qual viola os direitos humanos⁽⁶⁾.

As causas externas, e entre eles está a violência, são as principais razões de morte entre os jovens de ambos os sexos. Nos homens, especialmente, a violência física é a primeira causa de morte, na faixa etária de 15 a 29 anos de

idade, estando o suicídio em segundo lugar⁽⁸⁾. Neste estudo a violência física foi a principal forma de agressão, ocorrida principalmente nas residências e tendo como características mais prevalentes das vítimas a idade entre 20 e 59 anos, o sexo masculino, a cor da pele branca e a ausência de cônjuge. Tais achados evidenciam grande verossimilhança com os resultados de um estudo descritivo sobre o perfil dos casos não fatais de violência interpessoal atendidos em uma unidade de urgência e emergência de referência em sete municípios do estado de São Paulo, no período 2008- 2010, o qual demonstrou que a maior parte das vítimas eram jovens e majoritariamente homens⁽⁹⁾.

Ao realizar uma avaliação periódica de estudos, constatou-se que a violência, assim como muitos outros problemas de saúde no mundo, não está distribuída igualmente entre gêneros ou faixas etárias. Neste estudo, por exemplo, os adultos representaram a maior parte das vítimas, seguidos de crianças com idade entre 0 e 3 anos, deixando nítida essa desigualdade. No Brasil, 33.590 jovens foram assassinados em 2016, sendo que 94,6% eram do sexo masculino. Esse número representa um aumento de 7,4% em relação ao ano anterior. Se, em 2015, pequena redução fora registrada em relação a 2014 (-3,6%), em 2016 houve um retrocesso e se apresentou um crescimento no número de jovens mortos de forma violenta⁽⁵⁾. Esses números de demonstram certa equivalência com os resultados encontrados, no entanto divergem em relação ao gênero mais afetado, uma vez que no presente estudo houve maior incidência de casos de violência no sexo feminino.

Os casos de violência autoprovocada apresentaram taxa de 18%, evidenciando cada vez mais os números crescentes de suicídio. Ademais, os adultos foram predominantes, seguidos dos adolescentes. Ainda foi relevante, nesse caso, o sexo feminino e a ausência de cônjuge. No ano de 2000, houve uma estimativa de que cometeram suicídio cerca de 815 mil pessoas em todo o mundo. Isso representa uma taxa de mortalidade aproximada de 14,5 em cada 100 mil pessoas, ou seja, uma morte a cada 40 segundos. O suicídio é um fenômeno que parece estar presente em todos os continentes, sem se confrontar com níveis de industrialização ou riqueza⁽¹⁾.

Desse modo, a forma mais racional para a prevenção da violência é a necessidade do entendimento de dois grandes esforços: o de desconstruir a

noção de fatalidade e inevitabilidade que envolve o senso comum sobre esse problema, e também, a necessidade de transcender a noção da violência como um problema do social⁽¹⁰⁾. Trabalhar por causas sociais como a violência, é imprescindível, e demanda um empreendimento superior ao atual. Assim, é concebível inferir que os variados tipos de violências articulam-se mais ou menos diretamente às causas estruturais⁽⁴⁾.

Observou-se neste estudo que aproximadamente 40% das vítimas tinham ensino fundamental incompleto tornando possível deduzir que o nível de instrução e educação podem modificar o desfecho dos quadros de violência. É possível inferir que praticamente toda a violência é socialmente construída e evidencia a dimensão da iniquidade da sociedade que a gera, necessitando assim de investimentos em proporções maiores e de uma atuação mais específica. Um exemplo evidente dessa questão é a prevenção dos homicídios, que tem uma grande demanda de intervenções sociais de fundo governamental, como por exemplo, o controle de venda e uso de armas, oferta de trabalho e cidadania, além de uma educação de qualidade para uma gama imensa da população, principalmente àqueles com maior índice de vulnerabilidade⁽¹⁾.

Não obstante, no presente estudo é irrefragável a perceptibilidade que essas vítimas têm no cenário da emergência, uma vez que a incidência de casos nos últimos cinco anos foi elevada. Essa ascensão pode ser constatada no aumento do número de notificações de casos de violência, que segundo o CEVS, no Estado do Rio Grande do Sul, nos últimos cinco anos foi crescente, passando de 15.574 em 2013 para 23.118 em 2017. Com isso, é possível constatar que a violência é um campo complexo e cheio de incertezas, o qual demanda ações imediatas e contínuas. No paradigma de serviços básicos de saúde há a possibilidade de atuação na elucidação da prevenção primária das violências domésticas contra crianças, adolescentes e mulheres, seja no momento do pré-natal, no atendimento pediátrico e na saúde da mulher, seja nas atividades dos agentes de saúde ou nos grupos comunitários de saúde. Todavia, em nenhum outro serviço de saúde a violência adquire tamanha visibilidade como na emergência⁽¹⁰⁾.

Mediante isso, a caracterização dessa população proporcionou que protocolos de atendimentos sejam cada vez mais valorizados visando uma maior

resolutividade no atendimento, além de poder evitar e reduzir seu impacto, do mesmo modo que os esforços em saúde pública podem reprimir e conter complicações relacionadas às diferentes formas de violência, uma vez que o número de casos atendidos em emergência é amplo, como foi bem elucidado neste estudo.

O setor de emergência hospitalar, para a maioria das vítimas, torna-se o único meio de tratar a realidade vivenciada. Para muitos pacientes é um atendimento insólito, enquanto vítima de uma agressão diante de um profissional de saúde. Certamente, em muitos casos, é um dos poucos momentos em que a violência será declarada. Pensando em casos como esses, há vinte anos os Estados Unidos e o Canadá implantaram, nos serviços de emergência, rotinas institucionais – protocolos – a fim de estimular o acompanhamento e a prevenção de reincidências, conforme divulga o National Center for Health Statistics. Um dos itens desse documento determina que cerca de 90% de todas as emergências nos Estados Unidos tenham protocolos que rotineiramente identifiquem, tratem e façam os devidos encaminhamentos para as vítimas de estupro, violência conjugal e outras formas de violências contra adultos, pois, nos casos de violência contra crianças e adolescentes, isso já era feito⁽¹⁰⁾. Mediante isso, somando o crescente desenvolvimento tecnológico com a evolução dos meios de informação, é concebível que esses tipos de atendimentos e protocolos sejam concretizados no Brasil, uma vez que o atendimento inicial tem que ser elucidativo quanto aos direitos e assegurar um acolhimento humanizado. Para isso os profissionais devem ter discernimento sobre o perfil das vítimas de violência seja ela física, sexual, por negligência ou mesmo autoprovocada, e ainda, o conhecimento do sistema de vigilância/notificação e da política nacional à violência deve ser substancial⁽⁶⁾.

Conclusão

De maneira geral, as principais vítimas de violência são adultos, do sexo feminino, com cor da pele branca, baixa escolaridade e sem cônjuge. Esses casos de violência acontecem principalmente na própria residência, e são do tipo violência física, tendo como meio de agressão força corporal/espancamento. Ainda vale salientar que nas crianças e adolescentes há maior incidência de

negligência/abandono e violência sexual. Com isso, este estudo permitiu verificar, de forma detalhada, a incidência e a caracterização do perfil das vítimas de violência, viabilizando um amplo conhecimento acerca do assunto, tornado possível, assim, a futura criação de protocolos para atendimento adequado dessas vítimas além de oportunizar a ascensão de várias outras medidas que visem à promoção da saúde, à prevenção de casos de violência, e à proteção dessas populações especificamente.

Tabela 1. Caracterização de casos de violência interpessoal e autoprovocada, atendidos em emergência hospitalar no município de Passo Fundo, RS, 2013 – 2017. (N=4.686).

VARIÁVEIS	N	%
Unidade de Saúde Notificadora*		
HSVP	4.419	94,3
HC	154	3,3
HBCS	113	2,4
Idade (anos completos N= 4.684)		
Primeira infância (0 a 3)	1.165	24,9
Segunda infância (4 a 6)	151	3,2
Terceira infância (7 a 11)	120	2,6
Adolescência (12 a 19)	842	17,9
Adulto (20 a 59)	2.088	44,6
Idoso (≥ 60)	318	6,8
Sexo		
Feminino	2.344	50,1
Masculino	2.342	49,9
Cor da pele		
Branca	3.851	82,1
Não branca	835	17,9
Escolaridade (n= 4.600)		
1ª a 4ª série incompleta	388	8,3
4ª série completa	50	1,1
5ª a 8ª série incompleta	1.279	27,3
Ensino fundamental completo	393	8,4
Ensino médio incompleto	357	7,6
Ensino médio completo	452	9,6
Educação superior incompleta	92	1,9
Educação superior completa	68	1,4
Ignorado	179	3,8
Não se aplica	1.342	28,6
Situação conjugal (n= 4.648)		
Com cônjuge	1087	23,2
Sem cônjuge	1922	41,0
Ignorado	1539	32,8
Não se aplica	100	2,1

*HBCS – Hospital Beneficente César Santos; HC – Hospital de Clínicas de Passo Fundo; HSVP – Hospital São Vicente de Paulo.

Tabela 2. Caracterização dos tipos de violência interpessoal e autoprovocadas, atendidos em emergência hospitalar no município de Passo Fundo, RS, 2013 – 2017. (N=4.686).

VARIÁVEIS	N	%
Local de ocorrência (n= 4.676)		
Residência	2.964	63,2
Via pública	874	18,6
Bar ou similar	171	3,6
Escola	71	1,5
Comércio/serviços	36	0,8
Habitação coletiva	25	0,5
Local de prática esportiva	8	0,2
Indústrias/construção	2	0,1
Outro	147	3,1
Ignorado	378	8,0
Tipo de agressão		
Violência física	2.219	47,3
Negligência/abandono	1.515	32,3
Lesão autoprovocada	876	18,7
Violência sexual	156	3,3
Meio da Agressão		
Força corporal / espancamento	1.231	26,3
Objeto perfuro-cortante	555	11,8
Arma de fogo	357	7,6
Objeto contundente	319	6,8
Objeto/substância quente	160	3,4
Estupro	139	2,9
Envenenamento/intoxicação	83	1,8
Enforcamento	52	1,1
Ameaça	40	0,8
Assédio sexual	8	0,2

Tabela 3. Distribuição dos tipos de violência interpessoal e autoprovocada de acordo com as características das vítimas atendidas em Emergência Hospitalar no município de Passo Fundo, RS, 2013 – 2017. (N=4.686).

Variáveis / Tipo de violência	Física	Negligência / Abandono	Autoprovocada	Sexual	Mais de um tipo de violência	p*
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
Idade						<0,001
Crianças/Adolescentes	594 (25,4%)	1369 (58,5%)	187 (8,0%)	99 (4,2%)	92 (3,9%)	
Adultos/Idosos	1495 (63,8%)	106 (4,5%)	581 (24,8%)	24 (1,0%)	139 (5,9%)	
Sexo						<0,001
Feminino	892 (38,1%)	644 (27,5%)	544 (23,2%)	106 (4,5%)	158 (6,7%)	
Masculino	1197 (51,1%)	831 (35,5%)	224 (9,6%)	17 (0,7%)	73 (3,1%)	
Cor da pele						<0,001
Branca	1591 (41,3%)	1330 (34,5%)	641 (16,6%)	97 (2,5%)	192 (5,0%)	
Não branca	497 (60,0%)	142 (17,1%)	126 (15,2%)	26 (3,1%)	37 (4,5%)	
Situação conjugal						<0,001
Com cônjuge	717 (66,0%)	29 (2,7%)	279 (25,7%)	5 (0,5%)	57 (5,2%)	
Sem cônjuge	1202 (62,5%)	138 (7,2%)	422 (22,0%)	58 (3,0%)	102 (5,3%)	
Anos de estudo						<0,001
Até 8	1346 (63,8%)	173 (8,2%)	436 (20,7%)	61 (2,9%)	94 (4,5%)	
9 ou mais	585 (60,4%)	26 (2,7%)	273 (28,2%)	21 (2,2%)	64 (6,6%)	

*Teste do Qui-Quadrado.

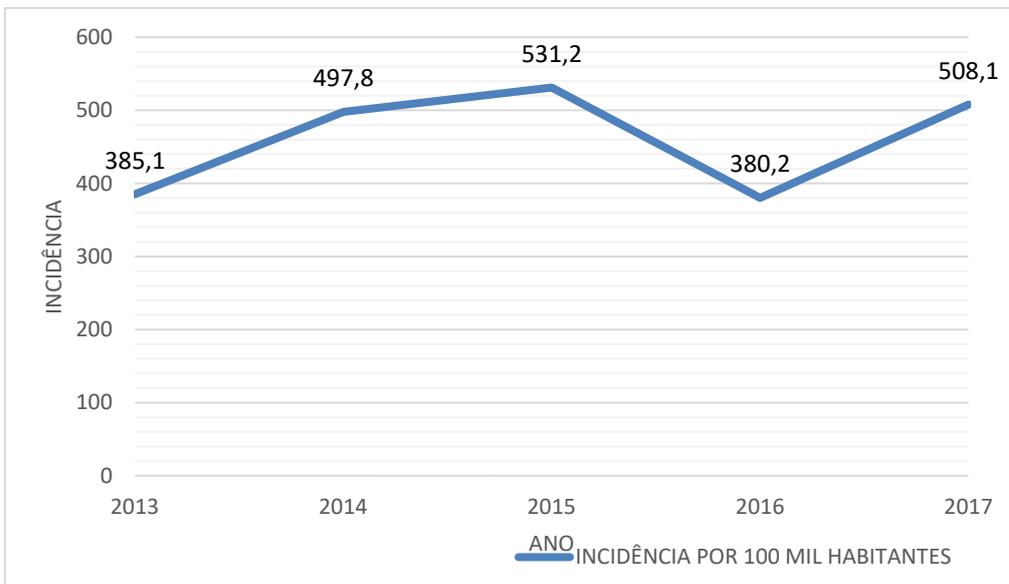


Gráfico1. Incidência de violência interpessoal e autoprovocada por 100.000 habitantes. Passo Fundo, RS, de 2013 a 2017.

Referências

1. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy J a, Zwi AB, Lozano R. Relatório mundial sobre violência e saúde. Organ Mund da Saúde. 2002;380.
2. Bernardino ÍM, Barbosa KGN, Nóbrega LM, Cavalcante GMS, e Ferreira EF, d'Ávila S. Violência interpessoal, circunstâncias das agressões e padrões dos traumas maxilofaciais na região metropolitana de Campina Grande, Paraíba, Brasil (2008-2011). Cienc e Saúde Coletiva. 2017;22(9):3033–44.
3. Santos JLG, Garlet ER, Figueira RB, Lima SBS, Prochnow AG. Acidentes e violências: Caracterização dos atendimentos no pronto-socorro de um hospital universitário. Saúde e Soc. 2008;17(3):211–8.
4. Girianelli VR, Ferreira AP, Vianna MB, Teles N, Erthal RM de C, Oliveira MHB de. Qualidade das notificações de violências interpessoal e autoprovocada no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 2009-2016. Cad Saúde Coletiva. 2018;26(3):318–26.
5. Org.: Cerqueira D. Atlas da Violência 2018. 2018;93. Available from: http://www.forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2018/06/FBSP_Atlas_da_Violencia_2018_Relatorio.pdf
6. Kataguirí LG, Scatena LM, Rodrigues LR, Castro S de S. Caracterização da violência sexual em um estado da região sudeste do Brasil. 2019;1–17. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v28/pt_1980-265X-tce-28-e20180183.pdf
7. Minayo MC de S, Souza ER de. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. História, Ciências, Saúde-Manguinhos. 1994;4(3):513–31.
8. Centro Estadual de Vigilância em Saúde, CEVS. Epidemiologia da Violência. 2018. Link: <https://cevs.rs.gov.br/inicial>. Acesso em: 04 de novembro de 2019.
9. Cecilio LPP, Garbin CAS, Roviada TAS, Queiróz APD de G e, Garbin AJÍ. Violência interpessoal: estudo descritivo dos casos não fatais atendidos em uma unidade de urgência e emergência referência de sete municípios do estado de São Paulo, Brasil, 2008 a 2010. Epidemiol e Serviços Saúde. 2012;21(2):293–304.
10. Suely F. Deslandes. O atendimento às vítimas de violência na emergência: “prevenção numa hora dessas?” Cien Saúde Colet [Internet]. 1999;4(1):81–94. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/csc/v4n1/7132.pdf>

