

O atendimento às vítimas de violência na emergência: “prevenção numa hora dessas?”*

Medical care for victims of violence in emergency room: is it time for prevention?

Suely F. Deslandes¹

Abstract *This paper discusses violence prevention possibilities that could be raised in emergency. It draws on the research data that analysed medical care for the victims of “external causes” in two public emergency hospitals in Rio de Janeiro. This work deals briefly with the main “external causes” (among accidents and violence) which were treated there and emphasizes the care given to the victims of child abuse, battered women and attempts of suicides. The research methodology articulates the descriptive study of quantitative base to a qualitative approach developed through field observation and interviews. Starting from the empiric data, it discusses the medical care received by the victims and the possible prevention opportunities and the necessary conditions for this task.*

Key words *Violence; Prevention; Emergency Room; Domestic Violence; Suicide*

Resumo *Neste artigo discutem-se as possibilidades de prevenção que o setor de emergência pode desencadear diante dos casos de violências. Apóia-se nos dados de pesquisa em que se analisaram os atendimentos feitos às vítimas de “causas externas” em dois hospitais públicos de emergência no Rio de Janeiro. Optou-se, neste trabalho, por tratar de forma breve as principais “causas externas” atendidas (entre acidentes e violências), enfatizando-se os atendimentos de violência doméstica contra crianças, contra mulheres e os de tentativas de suicídios. A metodologia da pesquisa articulou o estudo descritivo de base quantitativa a uma abordagem qualitativa construída através de observação de campo e de entrevistas. A partir dos dados empíricos, trava-se uma discussão sobre o atendimento realizado e as oportunidades de prevenção possíveis e as condições necessárias para esta tarefa.*

Palavras-chave *Violência; Prevenção; Emergência; Violência Doméstica; Suicídio*

* Pesquisa desenvolvida pelo Centro Latino-Americano de Estudos sobre Violência e Saúde “Jorge Careli” da Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, com o apoio da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ), e do CNPq.

¹ Instituto Fernandes Figueira e Centro Latino-Americano de Estudos sobre a Violência e Saúde “Jorge Careli”, Fundação Oswaldo Cruz. Av. Rui Barbosa, 716, 4º andar. Flamengo, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. desland@iff.fiocruz.br

Apresentação

A violência já ocupa, desde 1989, 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). Os dados sobre os casos de morbidade por violência ainda são muito precários no país, mas se estima que sejam muito superiores aos de mortalidade (Jouvencel, 1987; Minayo, 1994; CRMES, APM, SIMESP, 1998). Esse dado bruto (e aterrador) representa, em outras palavras, a perda de milhares de vidas, a mutilação de pessoas, custos significativos e uma demanda considerável de trabalho para o setor saúde (Clancy *et al.*, 1994; OPS, 1995).

Apesar de uma década ter transcorrido, a violência ainda é uma “incômoda novidade” para a agenda de Saúde Pública. Em primeiro lugar, porque a violência “desaloja”, ou melhor dizendo, “desafia” os saberes hegemônicos no campo da Saúde. Não é uma doença embora cause lesões, dor, sofrimento e morte. Não tem sua “origem” em ação invasiva de microorganismos, sua causa não é nenhuma desordem orgânica – campos de notório saber da atuação médica e pesquisa biológica. Não se restringe aos “traumas” e às “lesões” que, invariavelmente, constituem suas conseqüências. A própria designação de “causas externas” revela, ironicamente, o paradoxo que a violência representa para o campo da Saúde. “Externas” a quê, ao *locus* da atuação médica (as causas “orgânicas” e os “traumas”, a lógica do tratamento das doenças?). “Externas” porque sempre foram um “problema do social” e não da área de Saúde? Muitos autores (Mello Jorge, 1979; Minayo, 1994), inclusive, têm discutido a imprecisão da categoria, designada pelo Código Internacional de Doenças.

A rubrica “causas externas” abarca uma extensão imensa de eventos: todos os tipos de acidentes (inclusive os de transporte), lesões autoprovocadas voluntariamente, agressões, eventos cuja intenção é indeterminada, intervenções legais e operações de guerra, efeitos tardios provocados por lesões acidentais ou violentas, e até mesmo complicações de assistência médica e cirúrgica (OMS, 1996), dificultando discernir a especificidade que envolve cada um desses fenômenos. Se por um lado é, no mínimo, impróprio discutir como conjunto os acidentes domésticos, homicídios e acidentes de trânsito, por outro há em mui-

tas situações uma relação submersa entre eventos “acidentais” e violências, o que dimensiona superficialmente a dinâmica e a dificuldade em lidar com tais classificações.

Se a área da Saúde tradicionalmente tem atuado nos “efeitos” da violência, tratando das lesões e dos traumas, hoje esta ação não é suficiente, seja em termos de enfoque e de atuação (OPS, 1994; Guerrero, 1995). A violência pertence a uma nova perspectiva que busca se consolidar no campo da Saúde Coletiva, que reconhece o conhecimento como produção de complexidade, que articula as tecnociências com as ciências humanas e filosofia, que integra as dimensões coletivas e individuais, objetivas e simbólicas, quantitativas e qualitativas. A violência não se restringe enquanto um campo da Saúde, ao contrário, é um problema que demanda a atuação interdisciplinar e dos vários setores da sociedade civil e das organizações governamentais. E este é o segundo grande desafio que a violência constitui para o setor Saúde: a demanda por articulação interna e com outros setores.

Feito este breve preâmbulo, podemos supor que discutir a prevenção da violência não é tão simples assim, contudo, é uma contribuição “vital” (e não uma força de expressão) que o setor Saúde pode realizar. Se, por um lado, a prevenção não é só um conjunto de práticas, mas elemento do próprio ideário que sustenta o campo da Saúde Pública, por outro, o modelo de prevenção para o problema da violência demanda novas práticas, articulações e aprendizados. Como ressalta Minayo (1994: 14), “a complexidade real da experiência e do fenômeno da violência exige a ultrapassagem de simplificações e a abertura para integrar esforços e pontos de vista de várias disciplinas, setores, organizações e comunidades”.

A prevenção da violência impõe dois grandes esforços adicionais: o de superar a noção de “fatalidade” e “inevitabilidade” que envolve o senso comum da visão sobre o problema; e o de transpor a noção da violência como “um problema do social”. Esta segunda perspectiva obviamente é verdadeira, mas é desfocada para a dimensão das “mudanças estruturais”, provocando uma certa inércia (então não há como atuar para prevenir ou diminuir a violência até que haja mudanças na ordem política, econômica e social?). Naturalmente que a luta por justiça social e pelo fim da impunidade não pode cessar e o setor Saúde é, histo-

ricamente, um dos atores importantes nessa luta. Atuar nas causas sociais da violência é importante e demanda um empreendimento maior. Assim, cremos que os variados tipos de violências articulam-se mais ou menos diretamente às causas estruturais (embora toda violência seja socialmente construída e revele a dimensão da iniquidade da sociedade que a gera), necessitando de investimentos de mais amplo espectro ou de uma atuação mais focalizada. Um exemplo claro dessa questão é a prevenção dos homicídios, que demanda uma série de intervenções sociais de fundo (controle de venda e uso de armas; oferta de trabalho e cidadania para uma gama imensa da população pobre, especialmente de adolescentes e jovens; punição para os grandes negociantes de armas e drogas; entre outras).

Como se pode ver, é um campo complexo e cheio de incertezas mas acreditamos que muito pode ser feito. Em termos de serviços, os serviços básicos de saúde, como já apontado por estudos e experiências (Machado *et al.*, 1994; Ynoub, 1998), podem atuar como importante aliado na prevenção primária das violências domésticas contra crianças, adolescentes e mulheres, seja atuando no pré-natal, no atendimento pediátrico e no de ginecologia, seja nas atividades dos agentes de saúde, e nos grupos comunitários de saúde.

Contudo, em nenhum outro serviço de saúde a violência adquire tamanha visibilidade como na emergência. Este serviço é, para a maioria das vítimas de violências, a “porta de entrada” no sistema público de saúde. Observa-se que a maioria dos serviços privados não oferece o atendimento de emergência pois os investimentos nesse tipo de atenção são onerosos e de grande complexidade. Podemos mesmo dizer que o atendimento de emergência é um poderoso indicador da violência que ocorre na cidade. É para lá que acorrem ou são levadas suas vítimas em situações de trauma ou iminência de morte. Para muitas pessoas, é a única vez em que estará, enquanto vítima de uma agressão, diante de um profissional de saúde (que é um representante do poder público). Em muitos casos, é um dos únicos momentos em que a violência será declarada. Nesse sentido, países como Estados Unidos e Canadá há alguns anos estão implantando nos serviços de emergência rotinas institucionais para desencadear o acompanhamento e a prevenção de reincidências. Vários itens do documento “Objetivos para a Saúde no Ano

2000” referem-se à prevenção da violência no âmbito das emergências (U.S. Department of Health and Human Services, 1993). Um dos itens estipula 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 (nos casos de violência contra criança e adolescente, isso já é feito). Como afirma o editorial daquele periódico, “a emergência pode prover a primeira oportunidade para adultos vítimas de violência de encontrarem suporte, assistência e proteção” (U.S. Department of Health and Human Services, 1993: 618). Atualmente as principais “frentes” de prevenção das emergências nesses países são as vítimas de violências domésticas (crianças, adolescentes, mulheres e idosos), vítimas de estupro, sobreviventes de tentativas de suicídio e de homicídio (Bell *et al.*, 1994). Ainda assim, há vigorosas críticas quanto à qualidade do registro que feito de forma assistemática impede um acompanhamento epidemiológico adequado, dificultando dimensionar o problema e planejar ações (Davidson, 1996; Covington, 1995).

A idéia central é que a maioria dos casos de violências reincidirá (com igual ou superior gravidade) se não houver alguma ação que interrompa sua dinâmica. Esse raciocínio encontra farto respaldo em pesquisas sobre violência doméstica contra crianças e adolescentes (Garbarino *et al.*, 1988; Santos, 1991), violência doméstica contra mulheres (Bell *et al.*, 1994; Heise *et al.*, 1994), e nos casos de tentativas de suicídios (Serfaty, 1998; Cassorla & Smeke, 1994).

O presente artigo se apóia nos dados de uma pesquisa mais abrangente (Deslandes, 1997) que pretendeu abordar todos os atendimentos feitos às vítimas de “causas externas” em dois hospitais públicos de emergência. A partir dos dados empíricos pretendemos refletir sobre o atendimento realizado e as oportunidades de prevenção possíveis no âmbito da emergência. Optamos, neste trabalho, por tratar de forma breve as principais “causas externas” atendidas (entre acidentes e violências) e nos deter nos atendimentos de violência doméstica e tentativas de suicídios. Os motivos para tal escolha são três: 1) por querer dar ênfase às formas intencionais de violência, distinguindo-as dos acidentes; 2) por se tratarem de eventos que têm grande probabi-

lidade de reincidirem, caso não haja uma intervenção; 3) por já existir um conjunto de iniciativas (civis e governamentais) voltado para esses problemas e que pode, potencialmente, vir a integrar uma rede de atuação.

Contudo, nosso recorte exclui as “agressões” (tentativas de homicídios e outras agressões). As vítimas de agressões constituíram um grupo grande dos atendimentos (364 considerando-se os dois hospitais), e envolveram uma multiplicidade de situações que não permitem configurar um fenômeno único (desde brigas de bares, confronto com assaltantes, até conflitos armados entre membros do “tráfico” e policiais). A exclusão das agressões se deve à natureza complexa do problema, o que demandaria uma reflexão mais substantiva e recomendações de natureza estrutural, fugindo à perspectiva mais pragmática que desejamos imprimir nesse primeiro momento. A análise das possíveis perspectivas de prevenção das “agressões” exigiria o discernimento das diversas relações sociais a que se vinculam (conflito com a lei, brigas em bailes ou em outros eventos de lazer, disputas internas por “territórios” para a prática de crimes, “disciplinizações”, etc.), e só assim poder-se-ia especificar ações cabíveis e pertinentes ao âmbito da Saúde e de outros setores. Tal análise, pela relevância extrema que hoje se configura para o país, pela suma importância para o campo da Saúde, mereceria um artigo específico e, primordialmente, maior investimento de pesquisa e um amplo debate na sociedade.

Metodologia

A seleção dos hospitais e do período

O presente estudo foi desenvolvido em dois hospitais públicos considerados de referência para o atendimento de emergências: Hospital Municipal Miguel Couto (localizado na região rica da cidade) e Hospital Municipal Salgado Filho (localizado na área de subúrbio). Escolhemos, portanto, dois hospitais municipais localizados em áreas socialmente diferenciadas do município do Rio de Janeiro. O fato de ambos os hospitais serem da rede municipal minimizou eventuais diferenças no atendimento provenientes de orientação administrativa.

Inicialmente percebemos que havia um elevado montante de pessoas que procuravam socorro nas emergências dos hospitais selecio-

nados. A média diária anual, em 1995, no Hospital Miguel Couto (HMMC) foi de 675 atendimentos, com desvio padrão de 26,80. Portanto, os meses que mais se aproximavam deste comportamento de atendimentos por média diária seriam novembro (675), junho (671), abril (666), maio (689) e agosto (661). A média diária do período de julho de 1994 a junho de 1995 no Hospital Salgado Filho (HMSF) foi de 515 atendimentos, com desvio padrão de 35,56. Os meses mais próximos desta média seriam abril (513), setembro (517), fevereiro (520), maio (521), agosto (521) e outubro (501). Contudo, do total de atendimentos não se tinha disponível o número dos casos por “causas externas”. Diante da impossibilidade de traçarmos uma amostra de forma adequada e da magnitude dos atendimentos mensais (que somariam um contingente imenso para um período mais longo), optamos por realizar, para o estudo quantitativo, um censo de todas as “causas externas” atendidas em um mês considerado de “rotina” nos dois hospitais (maio de 1996 no HMMC, e junho de 1996 no HMSF).

O estudo qualitativo transcorreu de outubro de 1995 a agosto de 1996. Baseou-se em observação de campo e em entrevistas semi-estruturadas realizadas com as pessoas atendidas e com os profissionais de saúde. O presente artigo apóia-se predominantemente nos dados estatísticos e nas observações de campo referentes aos atendimentos de violências domésticas e de tentativas de suicídios.

A coleta de dados

Inicialmente, selecionamos e treinamos um grupo de 14 acadêmicos de medicina para a fase de coleta do censo. Estes auxiliares de pesquisa foram agrupados em sete equipes que se revezaram em plantões de doze horas. Os auxiliares de pesquisa foram treinados para preencher um questionário para cada paciente que desse entrada por causa externa. Assim, cada vítima atendida, por este motivo, respondia a um questionário sobre dados sócio-demográficos, o evento ocorrido (relato aberto), o socorro prestado e o atendimento recebido. O auxiliar de pesquisa aplicava o questionário diretamente ao paciente. Quando este não apresentava condições, as respostas eram fornecidas pelo socorrista e/ou acompanhante. Este método mostrou-se eficaz uma vez que em apenas 0.5% dos casos do Miguel Couto e

0.3% dos casos estudados no Salgado Filho não foi possível detectar a causa básica do agravo violento.

Torna-se de fundamental importância indicar que aferimos as causas segundo as declarações do paciente ou, na impossibilidade deste, nas do socorrista ou acompanhante. Assim, são as *causas declaradas* a nossa fonte de discussão. Era-nos absolutamente impossível checar a veracidade das informações prestadas. Desta maneira, provavelmente alguns casos de violência doméstica ou violências interpessoais podem ter sido declarados como acidentes. Por outro lado, uma vez que o auxiliar de pesquisa mantinha um contato mais pessoal com aquele paciente, também ocorreu, em algumas situações, deste contar em segredo a verdadeira causa e condições em que ocorreria o agravo, não declarando-as ao resto da equipe do serviço a fim de evitar o registro policial.

As informações relativas ao atendimento prestado foram aferidas pela equipe da pesquisa com base na observação de campo. A observação de campo e as entrevistas com pacientes e profissionais de saúde foram realizadas pela autora.

Apresentação e discussão dos resultados: o perfil geral da demanda e do atendimento prestado

As “causas externas” corresponderam, no período estudado, a 2.736 casos no Miguel Couto (14.3% dos atendimentos de emergência), e a 2.415 casos no Salgado Filho (18.9% do atendimento do setor). A média diária dos atendimentos por “causas externas” no HMMC foi de 88 pessoas, e no HMSF foi de 80.

Verificando a distribuição dos atendimentos por hora de entrada, percebemos que os plantões diurnos (8 às 20 horas) receberam uma demanda maior: 71% no Salgado Filho e 69.6% no Miguel Couto. Exceções foram observadas nos finais de semana quando os plantões noturnos (20 às 8 horas) eram mais procurados, especialmente por acidentados no trânsito e envolvidos em agressões. A distribuição da demanda segundo os dias da semana não foi homogênea. Notou-se uma elevação crescente iniciando nas sextas, sábados, diminuindo aos domingos e novamente aumentando às segundas-feiras. Tais dados podem sugerir uma melhor adequação da com-

posição das equipes para o atendimento das “causas externas”, assim como de rotinas que possibilitem ações preventivas.

Quanto ao tempo de permanência do paciente no setor de emergência, observamos que a maioria permaneceu por um período de uma a 6 horas (64.5% no HMMC, e 62.3% no HMSF). Entretanto, contabilizamos apenas quando o paciente entrava no setor de emergência, excluindo-se assim, o número de horas que este esperou nas filas, nas conduções ou em outros hospitais. Embora pequeno o percentual de pacientes que ficaram mais de 48 horas, estes permaneceram por vários dias, sobrecarregando significativamente o setor de emergência. Os motivos para tal fato são variados: falta de vaga nas enfermarias, no centro cirúrgico ou CTI, ou mesmo porque o paciente era extremamente pobre e não tinha casa ou não possuía parentes que cuidassem de sua recuperação. Tais fatos indicam a necessidade de uma articulação interna maior entre o setor de emergência e outros setores do próprio hospital – medidas fundamentais visando à prevenção numa perspectiva de acompanhamento e de continuidade no atendimento dos casos. Acrescenta-se ainda a necessária articulação entre os próprios hospitais da rede pública.

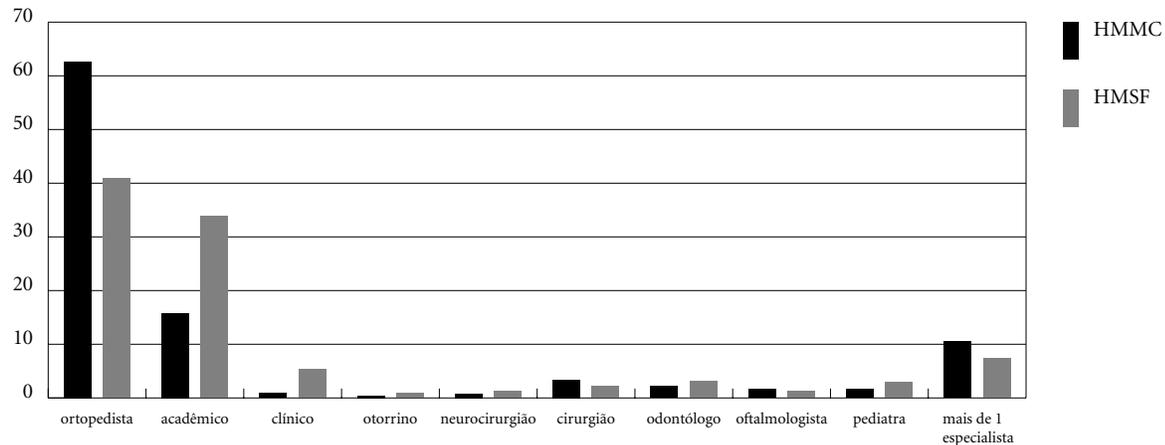
Quanto ao atendimento prestado, como pode ser visto no Gráfico 1, a grande maioria foi cuidada apenas por um especialista, sendo preponderante a demanda pelo ortopedista. Contudo, 176 pessoas atendidas (7.4%) no Salgado Filho, e 279 (10.5%) no Miguel Couto receberam a atenção de mais de um especialista. Esta diferença pode estar relacionada tanto à gravidade da lesão quanto à própria estrutura e recursos de cada hospital.

Se o setor de ortopedia pode ser considerado um setor básico no atendimento das “causas externas”, a presença de neurologistas, cirurgiões, clínicos, pediatras, oftalmologistas, otorrinolaringologistas e odontólogos constitui a garantia do atendimento dos casos específicos, dos casos graves e os de grande complexidade. Além disso, os profissionais destas áreas são aqueles que, como mostram os dados empíricos, são elementos-chave para desencadear um trabalho de prevenção.

Também consideramos de fundamental importância apontar o elevado contingente de atendimentos realizados exclusivamente pelo acadêmico de medicina (33.9% no Salgado Filho, e 15.8% no Miguel Couto). Este fato nos

Figura 1

Distribuição proporcional dos especialistas envolvidos no atendimento às vítimas de causas externas. HMMC* e HMSF**, 1996.



* Maio/1996, n = 2.675

** Junho/1996, n = 2.386

revela a necessidade de discutir mais profundamente o papel que estes estudantes têm desempenhado, que tipo de acompanhamento e apoio têm recebido e qual a qualidade do atendimento por eles prestado. Uma vez verificado o tipo de violência mais atendido por estes jovens, predominaram as agressões, abuso de álcool ou outra droga e violências domésticas. Caberia questionar se existe algum tipo de julgamento de valor que determine tal distribuição ou se estes casos realmente constituem aqueles de pequena gravidade.

A distribuição dos casos por tipo de causas específicas (excluindo-se os ignorados) foi agrupada, diferenciando as formas de violências e os acidentes (Tabela 1).

Diante da magnitude destes dados, já mereceriam menção as altas médias diárias de agressões, violências domésticas, atropelamentos, acidentes de trânsito em geral, e, especialmente, esta “entidade misteriosa” denominada *quedas*. Os “outros acidentes” constituíram aquele grupo de todos os incidentes domésticos, acidentes ocorridos na prática de esportes, e outros. As “balas perdidas” representaram, provavelmente, tanto declarações visando a esconder envolvimento com situações de delito como o fato de ter sido um “alvo” acidental de disputas armadas. Os casos de “overdose” referiram-se, sobretudo, à ingestão ex-

cessiva de bebidas alcoólicas. Por outro lado, embora apresentando médias diárias discretas, as tentativas de suicídios revelaram-se surpreendentes pois, em termos absolutos, para um único mês de atendimento, constituíram um número alarmante.

Passemos agora a explorar, a miúdo, as causas específicas que mais despontaram no conjunto dos atendimentos, buscando caracterizar o atendimento prestado na emergência e as oportunidades existentes (e perdidas) de prevenção:

1) As *quedas* ocuparam papel de destaque no atendimento às “causas externas” (851 casos no HMSF, e 1.055 no HMMC). Esta denominação abriga uma variedade imensa de situações (acidentes de trabalho ou domésticos, fuga de agressões, acidente de locomoção, falta de controle motor por ingestão de drogas ou por velhice, entre outros muitos motivos). Declarar uma queda pode ainda ocultar situações de violência doméstica. Destacamos dois casos atendidos que podem ser considerados exemplares. No primeiro caso, uma menina de 5 anos apresentando uma lesão reta que indicava o uso de um objeto penetrante e de corte (faca ou tesoura) havia, segundo sua mãe, “caído” de uma escada em cima de uma lata de lixo onde se cortou com pedaços de garrafas. No segundo caso, uma criança de 3 anos

Tabela 1
Distribuição dos tipos de eventos e média diária, HMMC* e HMSF**, 1996.

Tipo de evento	HMMC		HMSF	
	n	Média diária	n	Média diária
Agressões	176	5,8	188	6,2
Violência doméstica	45	1,5	90	3,0
“Bala Perdida”	12	0,4	13	0,4
Tentativa de suicídio	5	0,2	21	0,7
“Overdose”	32	1,1	17	0,5
Atropelamentos	158	5,2	143	4,7
Acid. Trânsito	162	5,4	147	4,9
Acid. Transporte	163	5,4	132	4,4
Quedas	1055	35,1	851	28,3
Outros Acidentes	914	30,4	807	26,9

* Maio

** Junho

que sempre brincava sozinha em cima da laje de sua casa caiu de lá – uma altura de cerca de 3 metros (uma criança desta idade sem nenhum acompanhamento em lugar tão arriscado pode indicar suspeita de negligência em seus cuidados). As faixas etárias mais predominantes neste tipo de evento no HMSF foram as faixas mais extremas, isto é, as crianças menores de 1 ano e as de 1 a 4 anos com 15% (129 casos), e pessoas com 60 anos, ou mais, com 12% (104 casos), sendo também significativa a participação de jovens de 20 a 29 anos (13% – 115 casos). No HMMC, os jovens são a faixa etária mais importante, em 18,6% (206 casos) do total das quedas, os adultos de 30 a 39 anos corresponderam a 14% (148), seguidos dos idosos (com 143 casos, 13,8%) e dos adultos de 40 a 49 anos (105 casos, 10,1%). As crianças de menos de 1 a 4 anos corresponderam a 96 (9%) atendimentos. A maioria das quedas (cerca de 50%) ocorreu nas residências e 27,5% (HMMC) e 24% (HMSF) ocorreram nas vias públicas. Vale destacar que em apenas um mês de atendimento, considerando-se os dois hospitais, 247 idosos foram vítimas de quedas, sendo a maioria em suas próprias residências, indicando que pequenas medidas preventivas podem ser orientadas (seja por um acadêmico, enfermeira ou auxiliar de enfermagem), visando a adequar a casa às dificuldades motoras destes idosos (uso de tapetes antiderrapantes no banheiro, colocação de corrimão em áreas arriscadas, eliminação de tapetes soltos, ou outros obstáculos). Mesmo raciocínio valeria para as crianças de 1 a 4 anos. De todas as quedas atendidas no

HMMC, 16% (167) foram acidentes de trabalho, e 12% (104) por este mesmo motivo foram registradas no HMSF.

As quedas são, a nosso ver, um elemento “curinga” que atua sinergicamente com variadas formas de violências, renomeando-as e travestindo-as de “acidentalidade”. Pode ocultar uma situação de violência doméstica; pode esconder o abandono e a solidão imposta aos idosos (como num dos casos em que uma senhora sofreu uma queda em seu apartamento e ficou três dias caída no chão até que alguém, percebendo sua ausência, arrombou a porta e prestou-lhe socorro); e também mascarar as precárias condições de trabalho que desprezam a integridade física, especialmente dos trabalhadores da construção civil e das empregadas domésticas (principais vítimas atendidas).

2) *Atropelamentos e outros acidentes de trânsito*. Estes acidentes constituíram um dos maiores grupos e o que mais levou a óbito dentro das “causas externas” estudadas. Das vítimas de atropelamento atendidas, 22,8%, no HMMC, e 16,4%, no HMSF, declararam ter consumido algum tipo de droga antes do incidente (majoritariamente, bebidas alcoólicas). Os casos em que puderam ser identificadas condutas irresponsáveis ou que sugeriram uma postura de autodestruição (Cassorla & Smeke, 1994) mereciam uma atenção especial do setor de emergência, garantindo na própria rede ambulatorial um atendimento de acompanhamento a estas pessoas. A maioria das pessoas atendidas foi atropelada na mesma área em que residia. A qualidade do registro do local das ocorrências é fundamental para

mapear os “pontos” críticos, indicando às autoridades de trânsito a demanda de intervenção urgente. Hoje tem-se relativizado em muito a noção de “acidentalidade” que envolve tais eventos, pois a dinâmica do trânsito sugere a necessidade de se identificar os atores (motoristas leigos e profissionais, pedestres, autoridades do trânsito, empresários de transportes, poder público, comunidades, fabricantes e anunciantes de carros) e **responsabilidades** (cumprir as leis de trânsito, manter as vias e sinais de trânsito em bom funcionamento, organizar o trânsito contemplando as necessidades de pedestres e comunidades; diminuir a impunidade diante do descumprimento das leis de trânsito; resgatar a vida como valor maior em detrimento de outros valores como competitividade, habilidade automobilística diante de situações de risco e aventura) (Portugal & Santos, 1991).

3) *Acidentes de trabalho*. Uma das questões que consideramos como ponto de investigação foi se aquele evento (acidente ou violência) aconteceu durante uma atividade de trabalho da vítima. No HMSF, 15% (360 casos) de todas as “causas externas” foram decorrentes de um acidente de trabalho. No HMMC, 18.7% (505) foram lesões provocadas na execução de tarefas laborais. Em outros termos, neste hospital, em cerca de 5 atendimentos (por “causas externas”), um deles foi por acidente de trabalho. Por limitações de pesquisa, excluimos os acidentes de trânsito ou quaisquer outros no percurso deste trabalhador para o local de trabalho ou residência. Se estes fossem considerados, o montante de casos seria muito superior. Tal informação sugere a necessidade de uma adequação do atendimento (sobretudo no que se refere ao apoio do setor de serviço social), do registro, e de uma maior atuação da área de saúde do trabalhador nestes hospitais. Pudemos perceber em observação de campo que os pequenos incidentes, embora causassem danos ao indivíduo, sequer eram registrados. Percebe-se que muitos trabalhadores solicitam que o registro não seja feito por conta de temerem uma demissão.

O atendimento às violências

Passemos agora a examinar os casos de violências, sejam autodirigidas (tentativas de suicídios), sejam violências domésticas.

Tentativas de suicídios

Das pessoas que tentaram suicídio e foram socorridas no HMMC, quatro eram do sexo masculino e uma do sexo feminino. Destas, havia um adolescente (um rapaz de 17 anos). Das 21 vítimas socorridas no HMSF, 11 eram do sexo masculino e 10 do sexo feminino. A maioria (8) era adolescente (sendo 3 rapazes e 5 moças); 4 entre 20 a 29 anos; 6 entre 30 e 39 anos; uma pessoa com mais de 40 anos, e 2 pessoas com idade ignorada.

O meio mais usado para tentar o suicídio foi “tomar veneno”. A ingestão de “chumbinho”, poderoso raticida, foi observada em 10 casos (todos ocorreram no hospital da zona norte – HMSF). Outro meio comumente utilizado foi a ingestão de “remédios” (Lexotan, Diazepan, “calmantes”, até grandes quantidades de “aspirina com Novalgina”). O uso de “coquetéis” que misturavam drogas (por exemplo, bebidas alcoólicas, ou cocaína) e “remédios” também surgiram. Tentativas “mais dramáticas”, tais como cortar os pulsos, jogar-se de um prédio, apareceram em 5 casos. Um homem jogou gasolina e ateou fogo no próprio corpo, morrendo assim que chegou ao hospital. Os motivos alegados pelos adolescentes e jovens (quando verbalizados) diziam respeito a conflitos familiares ou rompimento com namorado(a). Os adultos relataram problemas conjugais e/ou financeiros. O tempo de permanência destes indivíduos na unidade de emergência variou entre 2 horas e mais de 3 dias. A observação de campo e a análise dos boletins, em ambos os hospitais, indicaram que a maioria dos casos “ganhou alta” tão logo havia condições clínicas para tal. Em outras palavras, as pessoas que tentaram se matar foram socorridas clinicamente e... mandadas embora (até a próxima tentativa, ou o sucesso do intento). Ironicamente, na porta do HMSF (a cerca de 30 metros da emergência) vários camelôs vendiam, entre diversas quinilharias, o mortal “chumbinho”.

O comportamento das pessoas que tentaram suicídio sugeria uma forte depressão: o olhar vazio ou dormindo sempre, enrolados nas cobertas, o corpo virado para a parede. Os profissionais falavam baixo (“aquele tentou se matar”), reconhecendo ali uma tristeza que não merece ser alardeada (o que falar ou “aconselhar” para quem quer se matar?). Sendo assim, melhor o silêncio. Noutras situações, comentários do tipo “não tem juízo e vem dar

trabalho” evidenciam o despreparo para lidar com o problema. Em pesquisa qualitativa feita com 140 jovens de 15 a 24 anos revelou-se que há uma demanda para que os profissionais de emergência fossem mais bem treinados para lidar com jovens que tentaram suicídio, oferecendo-lhes não somente o atendimento clínico, mas algum suporte psicológico (Coggan *et al.*, 1997). Estudo feito no Hospital de Pronto-Socorro de Porto Alegre (Grzybowski, 1997) relata experiências e indica algumas “pistas” para um atendimento psicológico breve na emergência. Tornou-se evidente a necessidade de pelo menos um atendimento, antes da alta, com um psicólogo ou psiquiatra no próprio serviço de emergência. No caso de adolescentes, há a necessidade de envolver a família para entender melhor a história e comprometê-la com o acompanhamento. Além disso, essas pessoas precisariam já sair de “alta” com a garantia de encaminhamento (e atendimento) ambulatorial com profissionais de saúde mental. Os serviços de auto-ajuda, como Neuróticos Anônimos, Centro de Valorização da Vida, entre outros, também poderiam ser indicados e poderiam funcionar como um suporte. Além disso, a tentativa de suicídio entre adolescentes pode ser indicativo de violência doméstica, o que também demandaria uma análise, ainda que mínima, sobre o problema.

Violência doméstica contra mulheres

Em artigo anterior (Deslandes, Gomes & Silva, 1998), analisamos 72 atendimentos (21 no HMMC, e 51 no HMSF) de mulheres que tinham entre 15 e mais anos de idade, e que foram vítimas de violência doméstica. Estas mulheres foram agredidas principalmente por maridos, namorados ou companheiros em 69,4% dos casos; sendo, na maioria, desempregadas ou “do lar” (39,3%), e tendo entre 20 a 29 anos (46%).

Os golpes desferidos privilegiaram sobretudo a face e cabeça (27 casos), braço e mão (21 casos – cuja maioria relatou ter colocado a mão para proteger a face), corpo inteiro (10 casos), tórax e membros inferiores (4 casos, respectivamente). Conhecer a “geografia” mais comum das lesões numa situação de violência doméstica é importante para o profissional suspeitar diante de casos não-declarados. O espancamento (uso de força física) foi o meio mais empregado pelos agressores (70%), se-

guido da “agressão com um instrumento” (pau, barra de ferro, porrete) em 21% dos casos. A região dos olhos e mandíbula foram as mais atingidas, demandando quase sempre o atendimento de ortopedistas e eventualmente de dentistas e oftalmologistas. Contudo, no HMSF a maioria dos atendimentos (42%) foi realizada exclusivamente por um acadêmico.

Importante notar que todas estas mulheres declararam espontaneamente que sofreram violência doméstica (há que se lembrar que muitas mulheres não tiveram esta coragem, atribuindo o seu estado a um acidente ou a uma queda). Seja um “desabafo” ou um “apelo de ajuda”, a violência foi declarada e... nada aconteceu. Novamente o atendimento delimitou-se a um cuidado médico das lesões (o que é fundamental e deve ser de boa qualidade). Contudo, o apoio necessário a estas mulheres precisa ser entendido como um atendimento que se inicia numa instituição de saúde mas que pode (e deve) estar articulado com outros serviços e instituições (Abrigos para momentos de crise, Delegacias Especiais de Atendimento à Mulher, Conselho Estadual de Direitos da Mulher, serviços de apoio, entre outros já existentes).

O próprio registro hospitalar sequer dispõe da rubrica “violência doméstica”, sendo anotado (eventualmente quando há anotações médicas) como “agressão”, sendo assim diluído nas estatísticas médicas. Mesmo nos Estados Unidos, onde há uma grande sensibilização social para o problema e uma gama imensa de serviços de apoio e de defesa dos direitos das mulheres vitimizadas, nem todos os casos que são atendidos nas emergências são registrados. Segundo estudo de Bell *et al.* (1994), haveria, inclusive, uma discriminação no registro desses casos frente a outros de violência doméstica que seriam compulsórios (contra crianças e adolescentes) ou que despertariam maior comoção pública (contra idosos). Pesquisa de Covington *et al.* (1995), realizada em um hospital de referência na Carolina do Norte, mostrou que as anotações médicas nos casos de violência contra mulheres eram feitas de forma precária (o registro hospitalar e as anotações médicas nem sempre coincidem). A maioria dos casos em que o registro hospitalar atribuiu a lesões “não intencionais”, as anotações médicas não deixavam margem para tal suposição, ou se referiam, claramente, a agressões intencionais.

Violência doméstica contra crianças

No período estudado, dez casos de violência doméstica contra crianças puderam ser identificados no HMSF, e 8 casos no HMMC. Naturalmente, muitos casos foram declarados como “acidente”, não sendo incluídos nestas estatísticas. Um relato exemplar foi o de uma mãe que chegou com um bebê de 6 meses de idade dizendo que o menino ao se virar no berço bateu com a cabeça na parede (o bebê apresentava um trauma craniano). Como é vastamente alertado por médicos e pesquisadores da área (Santorio Jr., 1989; Bueno, 1989), os relatos de eventos que não condizem com o tipo de lesão apresentada são um forte indicativo de maus-tratos.

Segundo as declarações dos acompanhantes, a absoluta maioria (13 casos) teve como “agressor” um irmão mais velho que em brincadeiras/lutas/brigas acabou machucando a criança. Inicialmente relutamos em caracterizá-los como “violência doméstica”. Afinal, disputas corporais e brigas entre irmãos é fato bem comum em nossa cultura. Decidimos por incluí-los quando observamos que em outros casos, de jovens de 20 a 25 anos (não contabilizados aqui), também foi declarada a “agressão entre irmãos”. Contudo, já não eram mais lutas/brincadeiras, mas agressões com armas. Haveria, em algumas famílias, “uma linha contínua” que perpetuaria práticas agressivas intrafamiliares, da infância à idade adulta, e que, portanto, precisaria ser “trabalhada”?

Nesse conjunto de 18 casos, havia 5 atendimentos que, indiscutivelmente, configuravam maus-tratos. Destacamos 3 casos, como exemplares. No primeiro caso, uma mãe declarou que bateu com uma tábua na mão do seu filho de 10 anos (quebrando-lhe os dedos) porque ele deu sumiço a uma lata de óleo e ela não tinha dinheiro para repor. No segundo, a mãe relatou que seu filho de 3 anos sempre passava os finais de semana na casa da avó. Lá, um “priminho” de 7 anos habitualmente mantinha relações anais com a criança. A mãe teria descoberto porque o menino resolveu contar finalmente. No terceiro e mais grave dos casos, uma mãe chegou com um bebê de 3 meses já morto. Muito calma e apática ela relatou que a criança apresentou crise convulsiva pela manhã e ela a medicou com “fenobarbital”; como a criança “desmaiou” ela a levou para o hospital. Contudo, a criança apresentava fraturas na clavícula, tíbia e várias equi-

moses. Quando **argüida** sobre as fraturas, a mãe disse que havia caído junto com o bebê (a mãe não apresentava nenhuma lesão). No primeiro caso percebe-se claramente a “medida educativa” em bater nas mãos que supostamente roubaram a lata de óleo (esse tipo de castigo corporal é muito antigo e atravessa outras culturas). Caberia um acompanhamento de orientação a essa mãe (que também expressou passar dificuldades financeiras sérias) sobre as conseqüências da violência doméstica para as crianças. No segundo caso, seria necessário primeiro saber se foi realmente um “priminho” que abusou sexualmente da criança, e, se foi, provavelmente este primo de 7 anos também deve ter sido vítima de abuso sexual, precisando de atenção urgente. Ambas as crianças (e famílias) precisariam de acompanhamento adequado. No terceiro caso, ainda que nada pudesse ser feito pelo bebê morto, caberia acompanhar essa mãe, pois ela pode ter (ou vir a ter) outros filhos e eventualmente repetir o abuso. Novamente se faria necessária a articulação do setor de emergência com os demais serviços da rede pública e com as organizações não-governamentais que atendem as vítimas da violência doméstica e seus familiares. Cabe lembrar que as articulações com os Conselhos Tutelares precisam se transformar em realidade e os serviços existentes e atuantes configurarem uma “rede” de atuação.

Conclusões

Resgatando o título desse artigo, que com alguma licença coloquial menciona as barreiras culturais que dificultam vislumbrar uma ação mais integral no âmbito da emergência, reafirmamos que a iniciativa de prevenção às violências nesse tipo de serviço, além de possível, constitui um dos momentos mais propícios (talvez uma oportunidade única). Nosso intuito é o de contribuir para uma perspectiva de atuação diante da violência que critique a visão de “fatalidade” e que não enquadre com antolhos o problema, ou seja, não o trate exclusivamente como uma demanda de atendimento médico ao “trauma”. Nossa expectativa é que tais reflexões sejam reelaboradas pelos profissionais dos serviços, a fim de que estes possam empreender ações concretas e compatíveis com a realidade dos hospitais.

É dispensável dizer que as questões apontadas referem-se a uma realidade extremamen-

te complexa (o serviço de emergência hospitalar), e que nossa investigação apenas tangenciou pontualmente questões e relações que merecem ser mais profundamente estudadas.

Uma gama de variáveis se interligam e compõem o contexto dessa discussão:

1) condições de trabalho do profissional de saúde, especialmente os do setor de emergência; 2) política e situação de remuneração destes profissionais; 3) relação entre quantitativo de profissionais e demanda de trabalho; 4) comportamentos corporativistas de algumas categorias profissionais que possibilitam arranjos institucionais para ausência ou não-cumprimento de tarefas ou carga horária; 5) desestímulo profissional; 6) fragilidade dos mecanismos institucionais para observar o mérito profissional; e, 7) falta de capacitação adequada para lidar de forma mais abrangente com as situações de violência.

Defendemos que para se consolidar uma perspectiva de atendimento de emergência às vítimas da violência, capaz de prover os cuidados médicos com a qualidade necessária e que também inicie uma atuação de prevenção, torna-se necessário investir em três aspectos intrínsecos: a) sensibilização/capacitação dos profissionais de emergência (de todos aqueles que lidam diretamente com o paciente, especialmente os profissionais de enfermagem, ortopedistas, pediatras, neurologistas, dentistas, oftalmologistas e clínicos gerais) para a importância do reconhecimento e da atuação diante destas situações; b) criação de rotinas institucionais diante dos casos de suicídios, violência conjugal e violência doméstica contra a criança e o adolescente (e demais casos de violências, tais como as agressões), atribuindo responsabilidades e ações para os profissionais das equipes médica, de saúde mental, de enfermagem, de serviço social, a fim de que os devidos encaminhamentos sejam realizados; c) articulação de “listas de referência” de instituições, serviços, organizações governamentais e não-governamentais que possam receber os encaminhamentos para os casos atendidos na emergência, integrando uma rede de prevenção; e, d) melhoria do registro hospitalar dos casos de violências a fim de poder subsidiar o planejamento de ações futuras. Passemos, portanto, a discutir melhor os aspectos cruciais da notificação e da atuação:

A notificação

O registro e a notificação dos casos de violência doméstica contra a criança e o adolescente mostraram-se absolutamente precários nos dois hospitais estudados (e naturalmente também o são nos demais hospitais). Como é sabido, os profissionais de saúde demonstram uma grande relutância em assumir uma notificação de maus-tratos. Tal resistência é fundamentada em: a) experiências negativas anteriores vividas ou relatadas (em que o próprio profissional foi perseguido pelos familiares ou teve que prestar depoimentos um número incontável de vezes); b) receio de a criança ser enviada para a “Funabem”, ou qualquer instituição pública, causando-lhe maiores danos; c) visão de que se trata de um “problema de família”, não sendo de responsabilidade de uma “instituição de saúde”; d) temor de “estar enganado” e notificar uma “suspeita infundada”; e) crença de que sua ação deve se restringir ao cuidado das lesões; e, f) descrença quanto às reais possibilidades de intervenção nestes casos.

Defendemos que tal quadro só poderá ser revertido quando alguns “passos” forem dados. O primeiro, dos mais fundamentais, é a criação de uma dinâmica de responsabilidade institucional para a notificação dos casos. Se por um lado é de responsabilidade profissional tal notificação (ética e legalmente), por outro é a instituição que deve garantir esta conduta profissional, protegendo o indivíduo de “arcar” com todas as pressões, compartilhando a responsabilidade pelo caso. Há que se criar uma “rotina institucional” para a notificação, identificando-se etapas e atribuições: um “quem faz o quê” entre os diversos atores, médicos(as) e enfermeiros(as), chefes de equipe médica e de enfermagem, chefias da emergência, serviço social da emergência, Direção do hospital e Secretaria Municipal de Saúde. A Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro tem atuado, investindo na capacitação de profissionais da rede para a identificação dos casos, e está implantando um documento de notificação que os profissionais preenchem e encaminham para a SMS e para o Conselho Tutelar.

Precisamos criar os mecanismos sociais (e exigir a atuação dos já existentes) para que a “notificação” não signifique “denúncia”, no sentido repressivo e policialesco do termo. “Notificação” precisa significar, na prática,

uma garantia de que a criança e o adolescente e sua família terão apoio de instituições e profissionais competentes. Torna-se importante que cada hospital de emergência estabeleça um contato mais direto com o Conselho Tutelar de sua área, conhecendo melhor o trabalho desenvolvido e atuando em parceria. Iniciativas como a do Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira, do Hospital Universitário da Universidade Federal do Rio de Janeiro, que desenvolve um atendimento ambulatorial para acompanhar as crianças e famílias que vivenciam o problema dos maus-tratos, precisam ser divulgadas e incentivadas. A criação de comitês formados por diversos profissionais que discutam os casos e estabeleçam parcerias com instituições de apoio é uma iniciativa que tem boa repercussão (os hospitais municipais Souza Aguiar e Lourenço Jorge já dispõem deste tipo de trabalho).

Se a violência doméstica contra as crianças causa grande comoção, mobilizando muitos profissionais a notificar o caso visando a proteger a criança de novos abusos, a violência doméstica contra a mulher não desfruta de tal apelo. A “mulher que apanha do marido” nem sempre desperta solidariedade ou iniciativas de proteção. Muitos preconceitos existem, fazendo crer que há uma certa “culpa” por parte da própria vítima. Ainda há que se trabalhar muito a percepção dos profissionais de saúde, sensibilizando-os para a situação do feminino, discutindo e conhecendo melhor a dinâmica da violência conjugal e despertando uma perspectiva de apoio. Por incrível que pareça, não é demais lembrar que qualquer pessoa tem o direito básico de ver preservada a sua integridade física.

O registro desses casos não desfruta do mesmo caráter de “obrigação legal” que o Estatuto da Criança e do Adolescente exige ao profissional de saúde. Assim, o registro do caso raramente se dará. O registro hospitalar quando solicitado para quaisquer ações legais movidas pelas mulheres, limita-se a confirmar que “no dia tal foi realizado um socorro médico”, não entrando em detalhes sobre a agressão sofrida.

O registro policial também nem sempre é realizado. Entre os muitos motivos, porque ele não é, em momento algum, estimulado a ser feito. É visto por muitos policiais como uma “perda de tempo” (porque a mulher se arrependeria e retiraria a queixa). Os policiais de plantão no hospital são os de delegacias de

bairro, não havendo nenhum representante ou um contato mais direto com as Delegacias Especiais de Atendimento à Mulher. Quando feito o registro, não é orientado quando é necessário um exame de corpo delito. Obviamente, a mulher vitimizada tem o direito de não querer notificar, caso seja essa a sua vontade. Contudo, ela deve se sentir amparada para usufruir do direito de registrar a queixa. Mesmo não querendo notificar o caso, ela pode receber a ajuda dos serviços de apoio à mulher vitimizada. No caso das tentativas de suicídios, não cabe uma “notificação”. Contudo, o registro hospitalar precisa ser realizado com qualidade, podendo até servir para identificar os casos reincidentes que demandariam uma atenção diferenciada.

A atuação

Uma atuação preventiva no âmbito da emergência tem de se adequar às características do próprio serviço. Trata-se de uma dinâmica de atendimento que exige rapidez e atitudes imediatas, que provoca grande estresse, onde há uma demanda sempre além do contingente de profissionais disponíveis e de contínua mudança de equipes (dificultando a comunicação e a troca de impressões entre profissionais que iniciaram e aqueles que vão dar continuidade ao atendimento). Por tais motivos, torna-se fundamental a consolidação de “rotinas” de atuação. Por exemplo, num caso de tentativa de suicídio, quais os profissionais que podem de imediato fazer um atendimento de “suporte”? Provavelmente não se dispõe, em todas as equipes, de um psicólogo ou psiquiatra. Então como se portar nesses momentos de crise para, pelo menos, não piorá-la? No atendimento ambulatorial esse profissional existe? Seria possível esse paciente receber, antes da alta, uma consulta? Esse paciente poderá ser agendado no atendimento ambulatorial para iniciar um acompanhamento? Caso não se disponha desse tipo de atendimento no ambulatório do hospital é possível encaminhar (já agendando) para outro da rede? Existem serviços de apoio (não governamentais) que podem ser envolvidos para atender esse indivíduo?

A rotina de cada serviço só pode ser pensada por aqueles profissionais que irão realizá-la. Contudo, a equipe de serviço social pode desempenhar um papel-chave na articulação com demais serviços da rede SUS, com as

organizações governamentais e não-governamentais que atendem a cada problema específico, viabilizando um trabalho de referência. Criar “listas” atualizadas dos serviços atuantes é fundamental. Essa iniciativa pode ser apoiada pelas Secretarias de Saúde e Bem-Estar Social no sentido de realizar uma pesquisa de levantamento de serviços disponíveis e de se criarem convênios de cooperação técnica entre os hospitais e tais instituições, contribuindo até mesmo para diminuir a descontinuidade de muitas iniciativas (o que é um dos problemas na hora de referenciar um paciente). Todos esses comentários e “recomendações” só têm um mínimo de viabilidade se houver:

a) um reconhecimento por parte das Secretarias de Saúde, de que a violência demanda definição de estratégias de atuação; b) uma preocupação real com tais questões por parte das direções e chefias de equipes dos hospitais; c) uma atitude de escuta às opiniões e experiência dos profissionais envolvidos; d) um trabalho de equipe que conte com uma participação maior dos serviços de saúde mental e serviço social (inclusive nos plantões noturnos e de finais de semana); e) ações de valorização e estímulo ao profissional ligado ao atendimento de emergência; f) uma dinâmica contínua de comunicação e cooperação entre setor de emergência, ambulatório e enfermarias

do mesmo hospital e a rede básica da área; g) valorização da informação hospitalar (informatizada, sistemática e de forma continuada); e, h) articulação do hospital, através do setor de serviço social e direção, com serviços, grupos e organizações da sociedade civil e outros setores públicos no sentido de apoiar as vítimas e prevenir tais agravos.

Algumas iniciativas importantes já começam a se afirmar, como a do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, Escola Paulista de Medicina e Sindicato dos Médicos do Estado que juntos se engajaram na luta contra a violência, lançando uma campanha intitulada “Uso Branco pela Paz”, assumindo vários compromissos, dentre estes: o de lutar contra a omissão e o silêncio diante da violência; alertar quanto aos custos médicos e sociais da violência; exigir que o poder público invista recursos para criar redes integradas entre serviços de pronto-socorro, resgate, urgência, emergência, ambulatórios e enfermarias; valorizar a notificação e o registro; instruir a formação do médico e profissionais de saúde para o atendimento das vítimas de violências; definir estratégias de prevenção (CRMES, APM, SIMESP, 1998). Prevenir a violência demanda, invariavelmente, construir alianças, articulações, estabelecer diálogo e exercitar a “escuta” profissional.

Agradecimentos

À Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, e às Diretorias dos Hospitais Municipais Miguel Couto e Salgado Filho, que tornaram possível este trabalho. À Dra. Viviane Castelo Branco e ao Dr. Édison Rodrigues da Paixão, pela leitura atenta, crítica e amiga.

Referências

- Bell CC, Jenkins EJ, Kpo W & Rhodes H 1994. Response of Emergency Rooms to Victims of Interpersonal Violence. *Hospital and Community Psychiatry* 45(2): 142-146.
- Bueno AR 1989. Vitimização Física: Identificando o Fenômeno, p. 105-113. In MA Azevedo & VN Guerra (orgs.) – *Crianças Vitimizadas: A Síndrome do Pequeno Poder*. Iglu, São Paulo.
- Cassorla RMS & Smeke ELM 1994. Autodestruição Humana. *Cadernos de Saúde Pública* 10 (Supl.): 61-73.
- Clancy TV, Misick LN, Covington D, Churchill MP & Maxwell JG 1994. The Financial Impact of Intentional Violence on Community Hospitals. *The Journal of Trauma* 37: 1-3.
- Coggan C, Patterson P & Fill J 1997. Suicide: Qualitative Data from Focus Group Interviews with Youth. *Social Science and Medicine* 45(10): 1563-1570.

- Covington DL *et al.* 1995. Poor Hospital Documentation of Violence against Women. *The Journal of Trauma* 38(3): 412-416.
- Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CRMES)/Associação Paulista de Medicina (APM)/Sindicato dos Médicos do Estado de São Paulo (SIMESP) 1998. *A Epidemia da Violência*. s/d., São Paulo.
- Davidson LL 1996. Editorial: Preventing Injuries from Violence towards Women. *American Journal of Public Health* 86(1): 12-14.
- Deslandes SF 1997. *O Impacto da Violência na Emergência Hospitalar*. Centro Latino-Americano de Estudos sobre a Violência e Saúde "Jorge Careli". Relatório Final de Pesquisa. Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, mimeo.
- Deslandes SF, Gomes R & Silva CMFP 1998. Estudo de Casos de Violência Doméstica contra a Mulher Atendidos em Dois Hospitais Públicos do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, mimeo.
- Garbarino J, Guittmann E & Seeley JM 1988. *The Psychologically Battered Child*. Jorsey-Bass, London, 286p.
- Grzybowski LS 1997. Tentativa de Suicídio: Intervenção Psicológica em Hospital do Trauma. *Psico* 28(2): 47-60.
- Guerrero R 1995. Programas DESEPAZ – Desarrollo, Seguridad y Paz: Epidemiología de la Violencia. s/ed., Washington, D.C., mimeo.
- Heise L, Pitnguy J & Germain A 1994. *Violence Against Women: The Hidden Health Burden*. World Bank Discussion Papers 225, Washington, D.C.
- Jouvencel MR 1987. *Salud, Educación y Violencia*. G.J. Knapp Editora, Madrid, 316p.
- Machado CV, Lima LD, Deslandes SF & Minayo MCS 1994. Prevenção Primária dos Maus-Tratos na Infância: Um Desafio para o Pré-Natal. *Jornal Brasileiro de Ginecologia* 104(1-2): 11-15.
- Mello Jorge MH 1979. Mortalidade por Causas Violentas no Município de São Paulo. Tese de Doutorado. Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo, São Paulo, 199p.
- Minayo MCS 1994. A Violência Social sob a Perspectiva da Saúde Pública. *Cadernos de Saúde Pública* 10 (Supl.): 7-18.
- Minayo MCS & Souza ER 1993. Violência para Todos. *Cadernos de Saúde Pública* 9(1): 65-78.
- Portugal LS & Santos MPS 1991. Trânsito Urbano: A Violência e o seu Contexto Político. *Revista de Administração Pública* 25(3): 185-97.
- Organização Mundial de Saúde (OMS) 1996. CID-10. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. Editora da Universidade de São Paulo, São Paulo, 389p.
- Organização Pan-Americana de Saúde (OPS) 1994. *Protocolo para el Estudio del Maltrato Físico Interpersonal de los Niños*. OPS, Genève, mimeo.
- Organização Pan-Americana de Saúde (OPS) 1995. *Recomendaciones para el Estudio de los Costos de la Violencia*. OPS, Caracas, mimeo.
- Santorio JR. M 1989. Vitimização Física: A Conduta Médica, p.115-122. In MA Azevedo & VN Guerra (orgs.) – *Crianças Vitimizadas: A Síndrome do Pequeno Poder*. Iglu, São Paulo.
- Santos HO 1991. *Crianças Violadas*. FCBIA, São Paulo, 97p.
- Serfaty E 1998. Suicidio en la Adolescencia. *Revista Adolescencia Latinoamericana* 1(2): 105-110.
- Souza ER & Minayo MCS 1994. O Impacto da Violência Social na Saúde Pública do Brasil: Década de 80, p. 87-116. In MSC Minayo (org.) – *Os Muito Brasileiros: Saúde e População na Década de 80*. Editora Hucitec, São Paulo.
- U.S. Department Of Health And Human Services 1993. Emergency Department Response to Domestic Violence – California, 1992. *MWWR* 42(32): 617-620.
- Ynoub RC 1998. Caracterización de los Servicios de Atención en Violencia Familiar del Área Metropolitana de Buenos Ayres, Argentina. *Cadernos de Saúde Pública* 14(1) 71-83.