

Caracterização das Vítimas de Ferimentos por Arma de Fogo, Atendidas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em Campo Grande-MS

Characterization of Victims Injured by Firearms Assisted by the Mobile Emergency Care Service in Campo Grande-MS

Simone Sanches

Especialista em Urgência e Emergência.

Endereço: Rua Casa Paraguaia, 193, Pioneiros, CEP 79070-250, Campo Grande, MS, Brasil.

E-mail: enf.simone.sanches@gmail.com

Sebastião Junior Henrique Duarte

Doutorando em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Professor Assistente da Universidade Federal de Mato Grosso, Faculdade de Enfermagem, campus Cuiabá. Endereço: Av. Fernando Correa da Costa, s/n, CEP 78060-900, Coxipó, MT, Brasil.

E-mail: sjhd@usp.br

Elenir Rose Jardim Cury Pontes

Doutora em Saúde Pública. Professora Adjunta da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Departamento de Saúde Coletiva.

Endereço: Cidade universitária, s/n, CEP 79070-900, Campo Grande, MS, Brasil.

E-mail: elenirpontes@uol.com.br

Resumo

A violência, em todas as suas apresentações, tem crescido de forma avassaladora no país, elevando os indicadores de morbidade e mortalidade por causas externas. O uso das armas de fogo, muitas vezes, faz vítimas fatais ou que podem permanecer sequeladas. Tal fato tem aumentado o ônus do estado com internações hospitalares e acréscimo dos anos de vida perdidos da população jovem, que constitui a grande maioria dessas vítimas. Nesse sentido, o presente estudo objetivou fazer um levantamento das vítimas de ferimentos por arma de fogo, atendidas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no município de Campo Grande-MS, no período de abril de 2005 a abril de 2007, nos dois primeiros anos de funcionamento, desde a implantação desse serviço na capital do Estado de Mato Grosso do Sul. Realizou-se estudo descritivo, baseado em análise documental do sistema de informação do SAMU do município de Campo Grande-MS. Foram descritos 233 atendimentos. Os resultados evidenciaram 213 vítimas do sexo masculino, a faixa etária mais acometida foi dos 20 aos 24 anos de idade, a cabeça e o pescoço foram as partes do corpo mais atingidas e a região Sul do município de Campo Grande foi a que concentrou maior número de atendimentos. Conclui-se que a violência por arma de fogo em Campo Grande-MS atinge a camada economicamente ativa da população e provém de regiões de bolsões de pobreza e desigualdade social, justificando a implantação de um serviço como o SAMU.

Palavras-chave: Violência; Ferimentos; Arma de fogo; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

Abstract

Violence has grown in an overwhelming way in Brazil, raising the indicators of morbidity and mortality by external causes. Many times, the use of firearms makes fatal victims or victims who may remain disabled. This fact has increased the State's onus regarding hospital costs and also the number of life years that the young population loses, as it forms the majority of the victims. The present study aimed to survey the victims of injuries caused by firearms, assisted by the Mobile Emergency Care Service (SAMU - *Serviço de Atendimento Móvel de Urgência*) in the municipality of Campo Grande, state of Mato Grosso do Sul (MS), in the period from April 2005 to April 2007 - the first two years of operation since the implementation of the service in the capital of the state. A descriptive, retrospective and longitudinal study was carried out, based on a documental analysis of the information system of the SAMU of Campo Grande. In the study, 233 events were described. The results showed 213 male victims aged between 20 and 24 years. The head and neck were the most injured parts of the body and the South region of the city was the one that concentrated most events. It follows that violence caused by firearms in Campo Grande, MS, affects the economically active population and comes from regions characterized by poverty and social inequality. This justifies the implementation of a free service like SAMU, which has had an important impact on the community's health.

Keywords: Violence; Injuries; Firearms; Mobile Emergency Care Service.

Introdução

O crescimento exponencial da violência no Brasil nas últimas décadas vem ocupando cada vez mais espaço nos meios de comunicação e fazendo parte do cotidiano da população, tornando-se tema de várias discussões até mesmo no Congresso Nacional a respeito das armas de fogo, do estatuto do desarmamento, da impunidade, do aumento das penas e da diminuição da idade penal (Peres e Santos, 2005).

No Brasil, a violência é um dos principais problemas de saúde pública. É mais expressiva nas capitais e grandes cidades, predominantemente nos grupos da população mais jovem, do sexo masculino, residentes em áreas da periferia e com baixa escolaridade (Minayo e Souza, 1999).

A partir da década de 1980, as mortes por causas não naturais cresceram gradativamente, ocupando a segunda causa de morte no país, entre todas as demais, se comparadas com todas as faixas etárias, ficando atrás apenas das doenças cardiovasculares (Mello Jorge e Koizumi, 2004).

Ao considerar-se a faixa etária compreendida dos 5 aos 45 anos, as mortes por causas externas, que se classificam como as causadas por acidentes automobilísticos, agressões em geral, ferimentos por arma de fogo, ferimentos por arma branca, envenenamentos, animais peçonhentos e suicídios, ocupam o primeiro lugar (Chesnais, 1999). Até a década de 1960, situavam-se em quarto lugar (Minayo e Souza, 1999).

O Brasil ocupa o segundo lugar em mortes por arma de fogo diante de 57 países pesquisados pela Unesco. As mortes por arma de fogo registradas no país, nos últimos dez anos, superaram o número de vítimas de 26 conflitos armados no mundo, entre eles a Guerra do Golfo e a disputa territorial entre Israel e Palestina, que fizeram 125 mil vítimas em 52 anos de ataques mútuos. Nesse período, morreram no Brasil 325.551 pessoas vítimas de violência por arma de fogo, uma média de 32.555 mortes por ano. De 1979 a 2003, 550 mil pessoas morreram no país, representando 100 vítimas por dia e boa parte delas são crianças (Waiselfiz, 2005).

As taxas de mortalidade por arma de fogo no Brasil (incluindo homicídios, acidentes e mortes por intenção indeterminada) aumentaram três vezes de 1979 até 1999, passando de 6 para 18 por 100 mil habitantes. As mortes decorrentes de ferimentos por arma de fogo foram responsáveis por 27% dos óbitos por causas exter-

nas na população total e por 42% na população masculina de 15 a 19 anos de idade, sendo que, para cada mulher que morreu em decorrência dessa lesão, morreram 13 homens, no ano de 1999 (Peres e col., 2004).

A maior parte dos homicídios que ocorrem no país é provocada por arma de fogo (Souza, 2005). No Estado de São Paulo, em 2000, 90% do total de homicídios foram causados por perfurações por arma de fogo (Peres e Santos, 2005).

As lesões por arma de fogo constituem, entre as internações por causas externas, a maior taxa de mortalidade, com aproximadamente 10 óbitos por 100 internações e com o custo 34% mais elevado em relação aos outros tipos de agressões (Souza, 2005).

Segundo o Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada (IPEA), o custo da violência no Brasil foi, em 2004, de mais de 92 bilhões de reais, ou seja, 5% do Produto Interno Bruto (PIB) do país no período (Cerqueira e col., 2007).

No ano de 1997, no Brasil, cerca de 7% do total gasto com internações hospitalares pelo Sistema Único de Saúde foram devido às causas não naturais, entre elas os acidentes por causas externas, como os acidentes automobilísticos, os ferimentos por arma branca e os ferimentos por arma de fogo (Feijó e Portela, 2001).

Em 2000, no país, 35% das internações hospitalares por causas externas ocorreram na faixa etária dos 15 aos 24 anos, e 37% dos 25 aos 39 anos, sendo que o sexo masculino compôs 84% do total desses pacientes (Souza, 2005).

As lesões e óbitos de adolescentes e adultos jovens, por causas não naturais, penalizam o indivíduo, desamparam seus familiares, aumentam o número de anos potenciais de vida perdidos, minimizam a produtividade social e econômica, impõe ônus ao país, afetando a economia e o crescimento (Mello Jorge e Koizumi, 2004).

A característica epidemiológica da violência no estado do Mato Grosso do Sul não foge à realidade do país. Em 1998, 68% dos homicídios foram perpetrados por arma de fogo, aumentando para 70% em 2000, sendo que 6% do total das mortes no estado, neste ano, foram causadas por arma de fogo (Nachif, 2006).

No município de Campo Grande-MS, entre os anos de 1997 e 2001, a mortalidade por causas não naturais ocupou o segundo lugar no total de óbitos, alternando com os cânceres. Os homicídios perpetrados por arma

de fogo ocuparam, a partir do início da década de 2000, o segundo lugar no total de mortes, configurando 70% dos óbitos por causas externas. Em 2004, 50% das vítimas morreram no local do crime e os homens constituíram 94% do total de óbitos causados por ferimentos por arma de fogo (Nachif, 2006).

Ressalta-se que os ferimentos por arma de fogo podem resultar em vítimas com lesões irreversíveis, inaptas ao trabalho ou que necessitem de cuidados com a saúde por meio de internação hospitalar, uso de medicações, reabilitação física e mental, enfim, acarretam em aumento do uso do Sistema de Saúde e da Previdência Social, elevando os custos com a saúde e prejudicando o desenvolvimento do país (Carvalho e col., 2007).

Considerando que as causas externas são a segunda causa de morte no país, muitas vezes evitáveis quando o indivíduo recebe atendimento adequado, o Ministério da Saúde implementou o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), visando melhorar a qualidade da assistência às vítimas de trauma de qualquer etiologia e, também, o atendimento especializado a pessoas que são acometidas por emergências clínicas em geral, proporcionando atendimento rápido e precoce, ainda no local do ocorrido, pelos profissionais de saúde que tripulam as viaturas do SAMU.

A Política Nacional de Urgência e Emergência

Há evidência histórica e epidemiológica de que os acidentes por causas externas, entre eles os ferimentos por arma de fogo, elevam as causas de morbi-mortalidade, representando em 2000, no Brasil, mais de 12% do total de óbitos (Mello Jorge e Koizumi, 2004).

O Ministério da Saúde instituiu a política nacional de atenção às urgências em 29 de setembro de 2003, através da Portaria nº. 1.863, considerando os elevados índices de mortalidade no país, causados tanto pelas doenças do aparelho circulatório, que ocupam a principal causa de morte no Brasil, quanto pelas mortes provocadas por traumas, muitas vezes provenientes da violência (Brasil, 2003a).

A efetivação da atenção às urgências e emergências, instituída nacionalmente pela Portaria nº. 1.864, acontece através do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), que pode ser acionado publicamente pelo telefone 192 (Brasil, 2003b).

A portaria de número 2.048 estabelece os recursos técnicos e financeiros referentes à instalação e manutenção do SAMU nos municípios, destinando uma ambulância de suporte avançado para cada 400 a 450 mil habitantes e uma ambulância de suporte básico para cada 100 a 150 mil habitantes (Brasil, 2002).

As ambulâncias denominadas Suporte Avançado de Vida (Unidade de Suporte Avançado de Vida - USA) funcionam como uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) móvel, por estarem equipadas com todos os materiais necessários para atender todo tipo de vítima, classificadas em baixa, média e alta complexidade, de acordo com o agravo. A tripulação desse tipo de ambulância é composta por pelo menos três membros: um médico, um enfermeiro e um condutor que é capacitado para ser socorrista.

As ambulâncias de Suporte Básico de Vida (Unidade de Suporte Básico de Vida - USB) são equipadas com materiais básicos para atender vítimas de menor complexidade e possuem uma equipe habitualmente composta por dois membros: um técnico ou auxiliar de enfermagem e um condutor/socorrista. Por atenderem casos de baixa complexidade, são em maior contingente e também possuem um número mais elevado de atendimentos por viatura. Podem, ainda, atender vítimas em estado grave, como apoio às viaturas de Suporte Avançado de Vida.

Esse modelo de serviço pré-hospitalar garante assistência a todas as pessoas fora do ambiente hospitalar, atendendo a maioria das emergências e urgências, sejam clínicas ou de origem traumática, nas 24 horas do dia.

O SAMU é acionado através do telefone 192 e a ligação é gratuita de qualquer telefone fixo ou celular. É controlado por uma central de regulação constituída por técnicos de atendimento em regulação médica (TARMS) e médicos reguladores que atendem as ligações e, conforme a necessidade de cada caso, o regulador enviará ao local solicitado uma ambulância de Suporte Básico ou de Suporte Avançado de Vida.

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Campo Grande-MS

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) foi implantado no município de Campo Grande-MS em 17 de abril de 2005, contando com uma central de regulação de urgências.

A frota inicial era constituída por 11 viaturas, sendo nove Unidades de Suporte Básico (USB), que se encontram nas unidades de saúde 24 horas do município, em substituição às ambulâncias tradicionais (pré-hospitalar fixo); duas Unidades de Suporte Avançado (USA), que estão dispostas em pontos estratégicos da cidade para rápido deslocamento até os locais da solicitação; uma unidade de suporte avançado para atendimentos psiquiátricos, tripulada por um médico, um enfermeiro e um socorrista; e um Veículo para Intervenção Rápida (VIR) ocupado por um enfermeiro e um condutor.

Nos dois primeiros anos de implantação do SAMU em Campo Grande-MS, foram realizados uma média de 3.400 atendimentos por mês, sendo que desses, aproximadamente 8% foram atendidos pelas USA, por serem considerados de alta complexidade, e os demais pelas USB.

Com pouco mais de dois anos em funcionamento, o SAMU é um serviço que tem se tornado cada dia mais conhecido no município de Campo Grande-MS, haja vista que são mais de mil ligações diárias para solicitações e questionamentos.

No decorrer desses dois anos, o número de atendimentos vem crescendo gradativamente, elevando o número de ligações recebidas via 192, devido ao conhecimento do SAMU pela população, e aumentando a credibilidade e a confiança no serviço.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo que utilizou os dados fornecidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência do município de Campo Grande-MS, no período de abril de 2005 a abril de 2007, apontando os dois primeiros anos do SAMU nesse município.

Foram analisados 233 prontuários de pessoas atendidas pelas Unidades de Suporte Avançado do SAMU Campo Grande-MS, vítimas de ferimentos por arma de fogo (FAF).

A coleta dos dados ocorreu na sede administrativa do SAMU, utilizando-se dos prontuários de atendimento.

Os resultados foram dispostos em forma de estatística descritiva, constando de intervalos de confiança de 95% para as estimativas produzidas e os gráficos.

O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, obtendo parecer

favorável expresso através do protocolo nº. 925/2007. Foi assinado termo de compromisso para utilização de informações de banco de dados, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 1997).

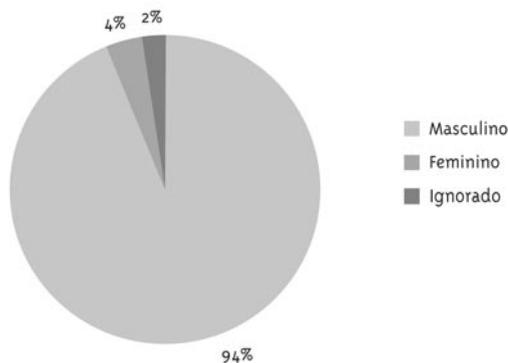
Resultados

Nesses dois anos de funcionamento do SAMU em Campo Grande-MS (abril de 2005 a abril de 2007), as unidades de suporte avançado (USA) atenderam 6.008 pessoas, sendo que a maioria desses atendimentos foram clínicos, ou seja, pessoas que não sofreram traumas de nenhuma etiologia. Uma média de 3.004 atendimentos por ano e 250 atendimentos por mês.

As vítimas que sofreram perfurações por arma de fogo corresponderam a 3,9% (3,4% - 4,4% IC 95%) dos atendimentos das viaturas de suporte avançado, compondo 233 pessoas, uma média de 116,5 pessoas por ano, aproximadamente 10 pessoas por mês.

Das 233 pessoas atendidas pelo SAMU Campo Grande-MS, 94% (90,9% - 97,0% IC 95%) eram do sexo masculino, 3,9% (1,4% - 6,3% IC 95%) do sexo feminino e 2% de sexo ignorado, pois não possuíam descrição do sexo na ficha de atendimento. Os dados revelam uma média de 109,5 homens atingidos por FAF por ano, e 4,5 mulheres, do total de vítimas, conforme ilustra figura 1.

Figura 1 - Distribuição das vítimas por acidente de arma de fogo por sexo, atendidas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Campo Grande-MS – abril de 2005 a abril de 2007 (n=233).



Assim como ocorre nas demais regiões metropolitanas do Brasil, conforme demonstrou pesquisa da FUNASA (2002), os homens são mais atingidos do que as mulheres, também com 94% das vítimas no ano de 2002.

No Brasil, a razão masculina para feminina de mortes causadas por arma de fogo foi de 13,4 em 1999, e nos atendimentos feitos pelo SAMU em Campo Grande-MS, a razão masculina para feminina de pessoas que sofreram FAF foi de 24,3, quase o dobro em relação à média nacional (Peres e col., 2004).

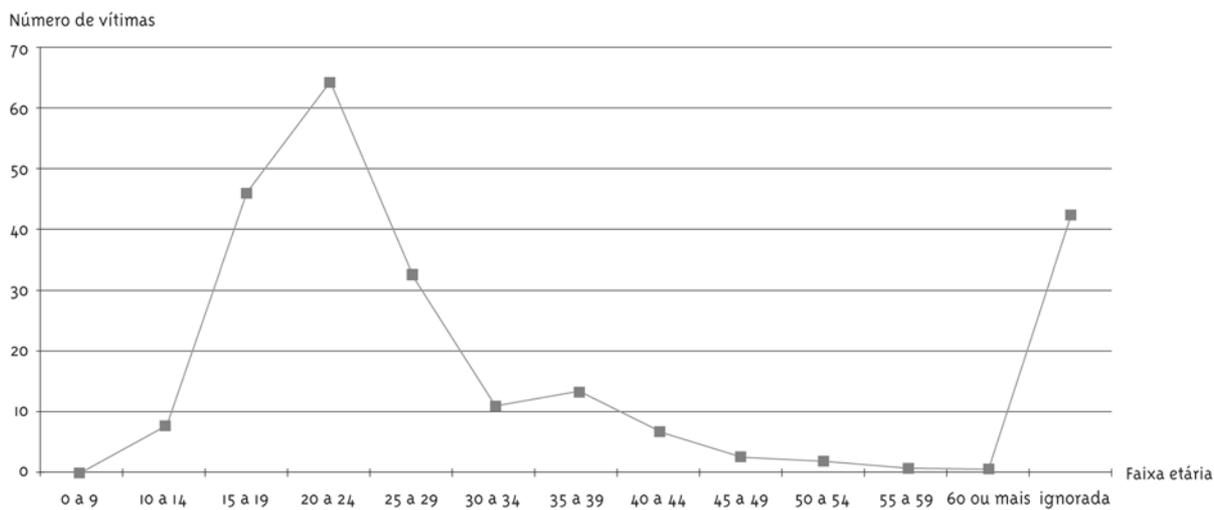
Do total de atendimentos, 22 vítimas foram a óbito durante o atendimento pelas equipes do SAMU, ou seja, 9,4% (5,7% - 13,2% IC 95%) das pessoas atingidas por arma de fogo (FAF) morreram em consequência desse tipo de violência.

Apointa-se 47% (40,8% - 53,6% IC 95%) das vítimas na faixa etária compreendida dos 15 aos 24 anos, coincidindo com os resultados da pesquisa realizada pela FUNASA (2002), onde também foram encontrados 47% do total de óbitos por FAF nessa mesma faixa etária. Enquanto na faixa etária dos 25 aos 34 anos registra-se 19% (13,9% - 23,9% IC 95%) das vítimas, na pesquisa realizada pela FUNASA (2002) esse número representou 31% dos óbitos nessa faixa etária, conforme ilustra figura 2.

Observa-se que 72% (66% - 78% IC 95%) das vítimas são adolescentes e adultos jovens, com idade entre 15 e 39 anos, englobando a grande maioria dos atendimentos. Esses dados são semelhantes aos de metrópoles nacionais, conforme apontado pelo estudo realizado pela FUNASA (2002), com 78% do total de óbitos por FAF e estando um pouco abaixo do perfil nacional de 90% das pessoas atingidas por perfuração por arma de fogo, conforme encontrado por Peres e colaboradores (2004).

No estudo, 43 pessoas que sofreram FAF, que correspondem a 18,5% (13,5% - 23,4% IC 95%) do total das vítimas, não tinham suas idades divulgadas nas fichas de atendimento devido ao preenchimento insuficiente das fichas e/ou ao fato de muitas das vítimas não estarem portando documentos no momento do ocorrido, não possuírem conhecidos ou familiares no local e não estarem em condição física e/ou mental para responder sua idade. Esse fato prejudicou a tabulação dos dados e a correta análise da incidência de FAF de acordo com a faixa etária, por ser um número expressivo de pessoas.

Figura 2 - Distribuição das vítimas por acidente de arma de fogo por faixa etária, atendidas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Campo Grande-MS – abril de 2005 a abril de 2007 (n=233).

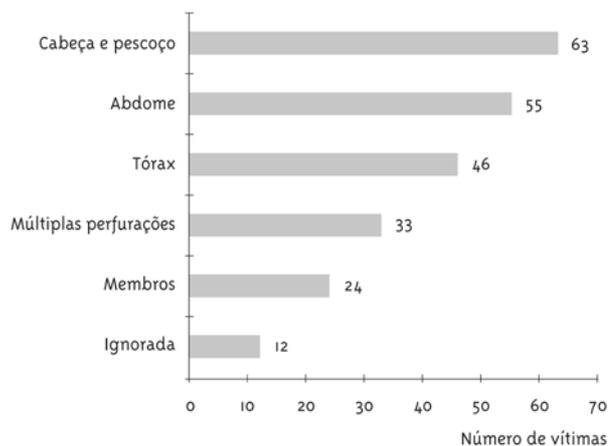


Os locais do corpo mais afetados pelos FAF foram: a cabeça (face e crânio) e o pescoço, com 27,1% (21,3% - 32,7% IC 95%) de pessoas atingidas; o abdome anterior e posterior, com 23,6% (18,2% - 29,1% IC 95%), e o tórax anterior e posterior com 19,8% (14,6% - 24,9% IC 95%). Observou-se menor frequência de vítimas de ferimentos múltiplos, atingidas com mais de uma perfuração por arma de fogo, com 14,2% (9,7% - 18,6% IC 95%), e de pessoas atingidas nos membros, com 10,3% (6,4% - 14,2% IC 95%). Esses achados são similares ao estudo feito por Nachif (2006), de fevereiro a junho de 2004, no qual os óbitos por FAF ocorreram mais por perfurações no tórax e abdome (35,7%) e no crânio (24,3%), conforme ilustra figura 3.

Vale ressaltar que as vítimas atendidas pelas equipes de Unidade de Suporte Avançado de Vida do SAMU são as que possuem maior gravidade das lesões, conforme avaliação feita pelo médico da central de regulação.

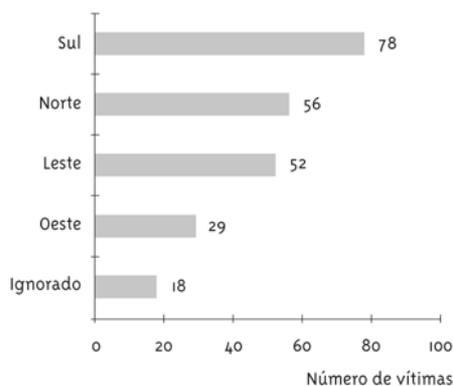
Das pessoas atendidas, 5,2% (2,3% - 8,0% IC 95%) não tiveram a parte do corpo em que foram atingidas descritas nas fichas de atendimentos, prejudicando a informação e a alimentação do banco de dados.

Figura 3 - Distribuição das vítimas por acidente de arma de fogo segundo parte do corpo acometida, atendidas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Campo Grande-MS – abril de 2005 a abril de 2007 (n=233).



Quanto à região do município em que foram socorridas mais vítimas de FAF, o estudo apontou a região Sul, com 33,5% (27,4% - 39,5% IC 95%) dos atendimentos; a região Norte com 24,1% (18,5% - 29,5% IC 95%) das pessoas e a região Leste, com 22,4% (17,0% - 27,7% IC 95%) das pessoas. A região Oeste apresentou menor frequência, com 12,5% (8,2% - 16,7% IC 95%) pessoas; conforme ilustra figura 4.

Figura 4 - Distribuição das vítimas por acidente de arma de fogo segundo região de ocorrência (distrito), atendidas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Campo Grande-MS – abril de 2005 a abril de 2007 (n=233).



Havia 7,8% (4,3% - 11,2% IC 95%) das vítimas de FAF que não possuíam em sua ficha de atendimento o endereço ou o bairro em que foram atendidas.

Segundo estudo socioeconômico realizado no município pela Secretaria de Planejamento Urbano (PLANURB) (Sauer e col., 2005), os bairros como Jardim Centro-Oeste e Los Angeles, ambos na região Sul, estão entre os seis bairros de maior exclusão social, maior índice de pobreza entre os chefes de família, menor índice de alfabetização, menor quantidade de anos de estudo da população e constituem a menor renda familiar do município, em torno de R\$ 315,00 por família, classificados como locais de pobreza extrema.

Outros bairros da região Norte, como Jardim Noroeste, Veraneio, Mata do Segredo e Nova Lima, localizados na segunda região mais violenta do município de Campo Grande-MS, cursam também com índices desanimadores, compondo os seis bairros dessa região, com maior exclusão social do município, entre os 15 bairros com menor renda familiar e com menores taxas de escolaridade da população.

Considerações Finais

No município de Campo Grande-MS, as vítimas de ferimentos por arma de fogo atendidas pelas Viaturas de Suporte Avançado de Vida do SAMU são caracterizadas como sendo, em sua maioria, do sexo masculino, jovens com idades entre 15 e 24 anos, concentrando-se na faixa etária dos 20 aos 24 anos, levando a crer que há impacto negativo no mercado de trabalho, na organização familiar e eleva os gastos em saúde devido a internações e tratamentos de reabilitação, além do fato de que muitos desses jovens carregarão consigo sequelas irreversíveis, deixarão de ser economicamente ativos, não contribuindo com o crescimento econômico do país e dependendo financeiramente de uma aposentadoria ou benefício por invalidez, acumulando mais ônus ao estado.

O estudo revelou que as partes do corpo das vítimas afetadas foram a cabeça, o pescoço, o tórax e o abdome, o que talvez determine, pelo menos nesses casos, a real intenção do autor do disparo em praticar o homicídio e, certamente, compromete a reabilitação dessas pessoas.

Em relação às regiões de Campo Grande onde foram atendidas mais vítimas, coincidiram com os bairros de pobreza extrema, rendas familiares inferiores a R\$ 500,00 e população com menores índices de alfabetização e menos anos de estudos, configurando o impacto que a educação e a situação socioeconômica podem gerar sobre a população no incremento à violência.

A população do presente estudo representa parte da violência no município de Campo Grande, haja vista que não foram computados os atendimentos feitos pelas Unidades de Suporte Básico (USB) e, também, as vítimas atendidas pelos outros serviços que atendem traumas.

A implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) em Campo Grande-MS vem de encontro às necessidades da população. O SAMU fortalece o atendimento pré-hospitalar, promove a integralidade da assistência enquanto serviço de saúde, além de oferecer atendimento de qualidade e garantir o pronto atendimento. No entanto, o registro dos dados mostrou-se como uma fragilidade a ser superada devido às informações ignoradas ou sem referência.

O estudo revelou que é fundamental a discussão em torno da violência, principalmente as causadas por arma de fogo, haja vista o crescente número de ferimentos dessa natureza.

Evidencia-se que não só o município como o país precisa de políticas em prol do crescimento econômico, diminuição da exclusão social, incentivo à educação e profissionalização e contra a violência como uma prática constante, visando combatê-la e evitar que continue ocupando o primeiro lugar em causa de morte entre a população jovem do Brasil.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução 196/96*: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 1997.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2048, de 5 de novembro de 2002. Aprova o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 12 nov. 2002. Seção 1, p. 32-54.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1863, de 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 6 out. 2003a. Seção 1, p. 56.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1864, de 29 de setembro de 2003. Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU-192. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 6 out. 2003b. Seção 1, p. 57-59.
- CARVALHO, A. X. et al. *Custos das mortes por causas externas no Brasil*. Brasília, DF: IPEA, 2007. (Texto para Discussão, 1268).
- CERQUEIRA, D. R. C. et al. *Análise dos custos e conseqüências da violência no Brasil*. Brasília, DF: IPEA, 2007. (Texto para Discussão, 1284).
- CHESNAIS, J. C. A violência no Brasil: causas e recomendações políticas para sua prevenção. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 53-69, 1999.
- FEIJÓ, M. C. C.; PORTELA, M. C. Variação no custo de internações hospitalares por lesões: os casos dos traumatismos cranianos e acidentes por armas de fogo. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 627-637, 2001.
- FUNASA - FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Análise comparativa do número de homicídios causados por arma de fogo nas 26 regiões metropolitanas, registrados pelo Ministério da Saúde de 1980 a 2002. *Revista Médica*, Belo Horizonte, v. 60, n. 2, p. 15-23, 2002.
- MELLO JORGE, M. H. P. de; KOIZUMI, M. S. Gastos governamentais do SUS com internações hospitalares por causas externas: análise no estado de São Paulo, 2000. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 228-238, 2004.
- MINAYO, M. C. de S.; SOUZA, E. R. É possível prevenir a violência?: reflexões a partir do campo da saúde pública. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 7-32, 1999.
- NACHIF, M. C. A. O homicídio como problema de saúde pública no município de Campo Grande, MS. *Psicologia e Sociedade*, Porto Alegre, v. 18, n. 2, p. 99-104, 2006.
- PERES, M. F. T.; SANTOS, P. C. dos. Mortalidade por homicídios no Brasil na década de 90: o papel das armas de fogo. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 58-66, 2005.
- PERES, M. F. T. et al. *Violência por armas de fogo no Brasil*: relatório nacional. São Paulo: Universidade de São Paulo, Núcleo de Estudos da Violência, 2004.
- SAUER, L. et al. *Mapeamento dos índices de inclusão e exclusão social em Campo Grande, MS*. Campo Grande: UFMS, 2005.
- SOUZA, E. R. Masculinidade e violência no Brasil: contribuições para a reflexão no campo da saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 59-70, 2005.
- WASELFIJZ, J. J. *Mortes matadas por arma de fogo no Brasil*. Brasília, DF: Unesco, 2005.

Recebido em: 30/08/2007

Reapresentado em: 21/07/2008

Aprovado em: 02/09/2008