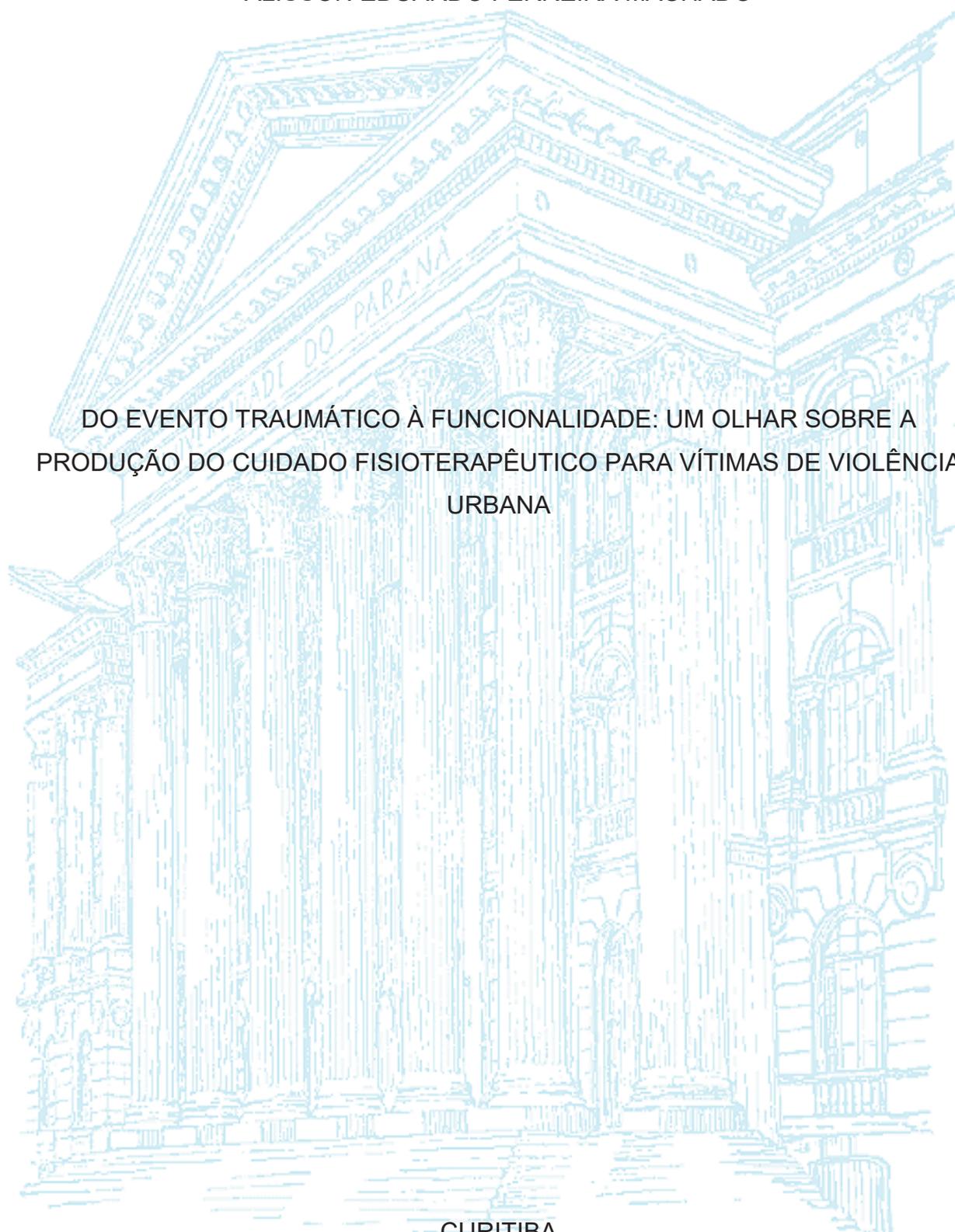


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ALISSON EDUARDO FERREIRA MACHADO

DO EVENTO TRAUMÁTICO À FUNCIONALIDADE: UM OLHAR SOBRE A
PRODUÇÃO DO CUIDADO FISIOTERAPÊUTICO PARA VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA
URBANA



CURITIBA

2018

ALISSON EDUARDO FERREIRA MACHADO

DO EVENTO TRAUMÁTICO À FUNCIONALIDADE: UM OLHAR SOBRE A
PRODUÇÃO DO CUIDADO FISIOTERAPÊUTICO PARA VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA
URBANA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Marcos Claudio Signorelli
Coorientadora: Prof^a. Dra. Ariani Cavazzani Szkudlarek

CURITIBA

2018

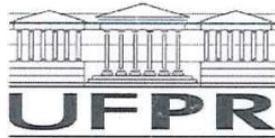
FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELO SISTEMA DE BIBLIOTECAS – SIBI/UFPR,
BIBLIOTECA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – SD, BIBLIOTECÁRIO FRANCISCO JOSÉ
CORDEIRO CRB9/1734, COM OS DADOS FORNECIDOS PELO AUTOR.

M149 Machado, Alisson Eduardo Ferreira
Do evento traumático à funcionalidade: um olhar sobre as
experiências na produção do cuidado fisioterapêutico para vítimas de
violência urbana / Alisson Eduardo Ferreira Machado. – Curitiba, 2018.
68 f.: il.

Orientador: Prof. Dr. Marcos Claudio Signorelli.
Coorientadora: Prof^a. Dra. Ariani Cavazzani Szkudlarek.
Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós - Graduação em Saúde
Coletiva. Setor de Ciências da Saúde.
Universidade Federal do Paraná.

1. Violência. 2. Fisioterapia. 3. Reabilitação. 4. Saúde da população
urbana. 5. Saúde pública. I. Signorelli, Marcos Claudio. II. Szkudlarek,
Ariani Cavazzani. III. Programa de Pós – Graduação em Saúde
Coletiva. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná.
IV. Título.

NLMC: WA 380



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO SAÚDE COLETIVA

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em SAÚDE COLETIVA da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da Dissertação de Mestrado de **ALISSON EDUARDO FERREIRA MACHADO** intitulada: **Do evento traumático à funcionalidade: um olhar sobre a produção do cuidado fisioterapêutico para vítimas de violência urbana**, após terem inquirido o aluno e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua Aprovação no rito de defesa.

A outorga do título de mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 24 de Agosto de 2018.

MARCOS CLAUDIO SIGNORELLI
Presidente da Banca Examinadora (UFPR)

MARIA MARTA NOLASCO CHAVES
Avaliador Interno (UFPR)

ALBERTO SUMIYA
Avaliador Externo (FDB)

Dedico este trabalho à minha mãe, Marinalva, meu maior exemplo de resistência, às minhas avós Maria e Noemi, por estarem sempre presentes e me apoiarem nos momentos em que precisei, e às minhas irmãs, Alicia e Alana, que enchem os meus dias de alegria.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Professor Doutor Marcos Claudio Signorelli, pelo exemplo, confiança, generosidade, incentivo, apoio e, principalmente, por acreditar no meu potencial. Mesmo distante, esteve presente nos momentos cruciais para a conclusão desta caminhada.

À minha coorientadora, Professora Doutora Ariani Cavazzani Szkudlarek, pelos ensinamentos. Por todo o apoio durante esta caminhada e especial atenção em suas contribuições intelectuais, na concepção, nas sugestões e nas críticas fundamentais para a construção deste trabalho.

Ao Colegiado e aos colegas do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva pela oportunidade de compartilhar os ensinamentos, desafios, descobertas e desabafos. Obrigado por fazerem parte desta fase especial da minha vida e tornarem mais leves os momentos de dificuldades.

Aos professores Alberto Sumiya, da Universidade Federal do Amazonas, e Maria Marta Nolasco Chaves, da Universidade Federal do Paraná, pelas contribuições no exame de Qualificação. Foi uma honra contar com a participação de vocês que tanto enriqueceram este estudo.

À Diretoria do Centro Hospitalar de Reabilitação Ana Carolina Moura Xavier, em especial ao senhor Irajá de Brito Vaz, da Seção do Centro de Estudos, Pesquisa e Desenvolvimento, pela disponibilidade e apoio em abrir os caminhos para que este trabalho pudesse ter sido realizado.

À todas as mãos que contribuíram para que este trabalho fosse concluído. Professora Aline pela revisão e dicas. Renata pelos conselhos. E, Geraldo por suas contribuições.

Ao pessoal da Clínica Interaudio e da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Guaratuba pelo suporte durante este período de estudos. Sem vocês eu não teria condições de realizar tudo isso. Muito obrigado pela confiança depositada e por acreditarem no meu trabalho.

Por fim, agradeço a todas as pessoas que não foram citadas e contribuíram de alguma forma para o desenvolvimento deste trabalho.

“Do rio que tudo arrasta se diz que é violento.
Mas ninguém diz como são violentas as margens que o reprimem.”

Bretch

RESUMO

A sobrevivência de vítimas de violência urbana vem aumentando. Dessa forma, é preciso conhecer o estado de saúde e as necessidades assistenciais dessa população. O objetivo deste trabalho foi compreender os aspectos que envolvem o evento traumático e as experiências na produção do cuidado fisioterapêutico para vítimas de violência urbana de um centro de reabilitação do município de Curitiba-PR. Realizou-se um estudo descritivo e exploratório, conduzido pela abordagem quali-quantitativa. Na primeira etapa foi realizada análise documental dos 3.532 prontuários de pacientes internados entre os anos de 2013 e 2017. A segunda etapa ocorreu por meio de entrevista semiestruturada, seguindo o critério de saturação, com amostra composta por 9 fisioterapeutas. Verificou-se que os eventos violentos ocorreram, sobretudo, em vias públicas da Região Metropolitana de Curitiba (RMC). As lesões foram causadas, principalmente, por meio de arma de fogo e agressão física, causando traumatismo raquimedular e cranioencefálico. Os segmentos corporais mais afetados foram coluna torácica, crânio e face, e, o tempo de lesão até o início da reabilitação mais relatado foi de até 3 meses. A população mais atingida pela violência urbana foi de jovens, do sexo masculino, com idade entre 20 e 39 anos, que residem na RMC. A incapacidade funcional foi frequente, exigindo demanda dos serviços de reabilitação. A permanência hospitalar para reabilitação variou entre 1 e 2 semanas. Nesse período os pacientes receberam, em sua maioria, entre 1 e 20 atendimentos fisioterapêuticos. Dentre as condutas fisioterapêuticas mais utilizadas, foram relatadas cinesioterapia, treino de mudança de decúbitos e orientações em saúde aos pacientes e familiares/cuidadores. Os fisioterapeutas relataram que o processo de reabilitação envolve o tratamento das lesões causadas pela violência urbana, em sua maioria, sob o olhar reducionista do processo saúde-doença. Foi apontada a fragilidade da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, no que diz respeito à articulação entre os serviços de emergência e reabilitação no município de Curitiba-PR. Dentre as limitações deste estudo podemos citar: o período de transição administrativa do serviço, que limitou a participação de fisioterapeutas.

Palavras-Chave: Violência. Fisioterapia. Reabilitação. Saúde da população urbana. Saúde pública.

ABSTRACT

The survival of victims of urban violence is increasing. Thus, it is necessary to know the state of health and the assistance needs of this population. The objective of this study was to understand the aspects that involve the traumatic event and the experiences in the production of physiotherapeutic care for urban violence victims in a rehabilitation center in the Brazilian city of Curitiba/PR. A descriptive and exploratory study was conducted, based on the qualitative and quantitative approach. In the first stage, a documentary analysis of the 3,532 medical charts of hospitalized patients between the years of 2013 and 2017 was carried out. The second stage was performed through a semi-structured interview, following the saturation criterion, with a sample composed by 9 physiotherapists. It was verified that the violent events occurred, specially, in public roads of the Metropolitan Region of Curitiba (MRC). The injuries were mainly caused by firearm and physical aggression, causing spine and cranioencephalic trauma. The most affected body segments were the thoracic spine, skull and face, and the most reported time of injury until the beginning of the rehabilitation was up to 3 months. The population most affected by urban violence was young men aged between 20 and 39 residing in the MRC. Functional disability was frequent, requiring demand from rehabilitation services. The hospital stay for rehabilitation ranged from 1 to 2 weeks. During this period, the patients received, in their majority, between 1 and 20 physiotherapeutic appointments. Among the most used physiotherapeutic procedures, kinesiotherapy, training of changes of decubitus and health orientations to patients and family/caregivers were reported. Physiotherapists reported that the rehabilitation process involves the treatment of injuries caused by urban violence, mostly under the reductionist view of the health-disease process. It was pointed out the fragility of the Care Network for Disabled Persons, regarding the articulation between the emergency services and rehabilitation in the city of Curitiba-PR. Among the limitations of this study we can mention the period of administrative transition of the service, which limited the participation of physiotherapists.

Key-words: Violence. Physiotherapy. Rehabilitation. Health of the urban population. Public health.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – TIPOLOGIA DA VIOLÊNCIA	18
FIGURA 2 – MODELO ECOLÓGICO DA VIOLÊNCIA	19
FIGURA 3 – PERCENTUAL DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIAS NO BRASIL – BRASIL, 2010	27
FIGURA 4 – CICLO DE REABILITAÇÃO	30
FIGURA 5 – EVOLUÇÃO DAS ADMISSÕES DO CENTRO HOSPITALAR DE REABILITAÇÃO. CURITIBA, 2013 – 2017	47

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – CARACTERÍSTICAS GERAIS DAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA URBANA.	39
TABELA 2 – CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA URBANA.	45
TABELA 3 – CARACTERÍSTICAS DO TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO DAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA URBANA.	46

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CEP	- Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos
CER	- Centro Especializado em Reabilitação
CDPD	- Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiências
FAB	- Ferimento por Arma Branca
FAF	- Ferimento por Arma de Fogo
FUNEAS	- Fundação Estatal de Atenção em Saúde do Estado do Paraná
MIF	- Medida de Independência Funcional
MS	- Ministério da Saúde
OMS	- Organização Mundial da Saúde
ONU	- Organização das Nações Unidas
PcD	- Pessoa com Deficiência
PNRMAV	- Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências
PNSPD	- Política Nacional da Saúde das Pessoas com Deficiências
PR	- Paraná
RAS	- Rede de Atenção à Saúde
RMC	- Região Metropolitana de Curitiba
SIA/SUS	- Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde
SUS	- Sistema Único de Saúde
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCE	- Traumatismo Cranioencefálico
TRM	- Traumatismo Raquimedular
UBS	- Unidade Básica de Saúde
UFPR	- Universidade Federal do Paraná
WHO	- World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
1.1	APRESENTAÇÃO	12
1.2	JUSTIFICATIVA	13
1.3	OBJETIVOS	17
1.3.1	Objetivo Geral	17
1.3.2	Objetivos Específicos	17
2	REVISÃO DE LITERATURA	18
2.1	VIOLÊNCIAS: CONCEITOS E TIPOLOGIAS	18
2.2	VIOLÊNCIA URBANA E SEUS IMPACTOS NA SAÚDE	22
2.2.1	Epidemiologia das Violências	24
2.3	REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE	25
2.3.1	Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência	27
2.4	REABILITAÇÃO E FISIOTERAPIA	30
2.4.1	Produção do Cuidado em Saúde	32
3	TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	34
3.1	TIPO DE PESQUISA	34
3.1.1	Análise Documental	34
3.1.2	Entrevista Semiestruturada	35
3.2	LOCAL DA PESQUISA	36
3.3	ANÁLISE DOS DADOS	38
3.4	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	38
4	RESULTADOS	39
4.1	O PERFIL DA VIOLÊNCIA URBANA: EVENTOS VIOLENTOS, VÍTIMAS E LESÕES	39
4.2	FISIOTERAPIA E VIOLÊNCIA URBANA: DESAFIOS E ABORDAGENS DAS SIGNIFICAÇÕES SOBRE O PROCESSO DE REABILITAÇÃO	44
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	53
6	REFERÊNCIAS	55
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO	64
	APÊNDICE B – FICHA DE COLETA DA ANÁLISE DOCUMENTAL	66
	APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	67
	ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	68

1 INTRODUÇÃO

1.1 APRESENTAÇÃO

Esta dissertação se origina de uma pesquisa realizada em um Centro Especializado em Reabilitação, no município de Curitiba. A motivação para estudar as experiências dos processos de reabilitação física para vítimas de violência urbana nasceu de minha aproximação profissional com essa realidade, tendo em vista a realização de estágios em hospital de emergência, centro de reabilitação e ambulatórios de fisioterapia.

Desde então, observo o percurso dessas pessoas pelos serviços de saúde e como as ações da fisioterapia podem contribuir para a saúde da população. Constantemente presenciei situações em que o paciente recebia alta do serviço de emergência para o domicílio e, nestes casos, chegava no centro de reabilitação após um longo tempo sem ter realizado fisioterapia. Isso trouxe alguns elementos empíricos para a formulação de uma pergunta norteadora: Como é realizado o cuidado fisioterapêutico em um centro de reabilitação no município de Curitiba?

A proposta inicial era, então, analisar o processo de reabilitação física de um centro de reabilitação a partir do olhar dos profissionais. Ademais, a proposta de investigação foi ampliada de forma a contemplar também a caracterização sociodemográfica, clínica e funcional dos pacientes que passaram pela fisioterapia no internamento do referido serviço. Assim, o projeto foi consolidado e o trabalho de pesquisa se baseou em três pilares: o contexto, o profissional e o paciente.

Para contextualizar o cenário descrito, fez-se necessária a explanação dos principais conceitos que serão abordados ao longo desta pesquisa: violência urbana, fisioterapia e reabilitação. Em seguida, esses conceitos serão relacionados com a saúde coletiva. Por conseguinte, será apresentado o percurso metodológico da pesquisa e a descrição do local de estudo. Os resultados serão apresentados no formato de artigos, sendo o primeiro destinado para a caracterização dos pacientes e do tratamento oferecido em um centro de reabilitação, entre os anos de 2013 e 2017, e o segundo para descrever as significações dos fisioterapeutas acerca do processo de reabilitação de vítimas de violência urbana.

1.2 JUSTIFICATIVA

A violência urbana é definida como “[...] um vasto conjunto de atos de tipificação difícil, porque frequentemente estão sobrepostos, apelando a uma leitura holística para a compreensão de sua origem e motivação” (LOURENÇO, 2013, p. 21). É um tema que tem crescente importância no cenário nacional a partir da década de 1980 pelo número elevado de vítimas e pelo leque de sequelas físicas, emocionais, e sociais que acometem a população no Brasil (REICHENHEIM *et al*, 2011), convertendo a violência urbana em um problema de saúde pública.

De acordo com a WHO (2014) as violências estão fortemente associadas as normas culturais, sociais, gênero, desigualdades, oportunidades limitadas de educação e rápidas mudanças sociais. Com relação aos determinantes sociais, Pérez Sáinz (2014) relata que a desigualdade e a exclusão social, em vez da própria pobreza, são os elementos-chave da violência interpessoal no contexto urbano da América Latina.

O processo de urbanização na América do Sul foi muito rápido. Segundo Briceño-León (2018), entre os anos de 1950 e 2000 a população urbana na região foi de 600%. Ainda de acordo com o autor, São Paulo e Rio de Janeiro foram as cidades brasileiras que tiveram maior aumento populacional no período. Sobre isso, Alexandre e Nascimento (2015), relatam que o processo de desenvolvimento adotado no Brasil levou a uma acelerada metropolização, baseada no crescimento de algumas grandes capitais, desenvolvendo a economia sobre o detrimento social, produzindo muitos problemas em relação à questão urbana.

O crescimento populacional levou à ocupação ilegal de grandes territórios marginais que não eram adequados para urbanização nos interstícios das cidades. Essas áreas foram construídas, principalmente, por seus habitantes e foram excluídos da cidade formal pela carência de legalidade e serviços públicos (BRICEÑO-LEÓN, 2018).

De acordo com Alexandre e Nascimento (2015) o estado de exclusão nessas áreas, especialmente nos espaços urbanos metropolitanos, contribuíram para o agravamento dos problemas relacionados ao aumento da violência urbana. Isto desempenha um papel fundamental em nossa compreensão, não apenas por que as violências ocorrem, mas também os tipos específicos de violência e as maneiras pelas quais são reforçadas práticas políticas e sociais.

A violência urbana assumiu caráter endêmico no Brasil a partir da década de 1980. Andrade e Diniz (2013) analisaram a violência urbana a partir da taxa de homicídios nas cidades brasileiras e notaram padrões recorrentes: a concentração de homicídios nas capitais e regiões metropolitanas em relação ao restante dos estados e as mudanças nas taxas de homicídios em algumas regiões metropolitanas durante as décadas de 1980, 1990, 2000 e 2010. Embora não seja o foco desta pesquisa, as estatísticas de homicídios se caracterizam como o dado mais fidedigno em relação às distintas manifestações de violência.

Os homicídios no país ocorrem, sobretudo, por meio da arma de fogo e preocupam pela sua magnitude. Em 1980 a taxa de homicídios por arma de fogo (AF) no Brasil era de 5,1/100.000 habitantes e dados preliminares de 2014 revelaram que a taxa chegou a 21,2/100.000 habitantes (WAISELFISZ, 2015). Sobre isso, Cerqueira (2014) relata que a cada 1% no aumento da proliferação da arma de fogo ocorre um aumento de 2% na taxa de homicídios.

O município de Curitiba, cenário desta pesquisa, destacou-se entre as capitais mais violentas do Brasil nas últimas décadas. De acordo com Waiselfisz (2011), em 2000 a taxa de homicídios era de 26,2/100.000 habitantes e em 2010 chegou 55,9/100.000 habitantes, ordenando a capital paranaense na 5ª posição dentre as capitais mais violentas do país. Em 2015 a taxa de homicídios reduziu para 32,0/100.000 habitantes, incluindo as mortes violentas de causa indeterminada, acompanhando a variação do estado para o período 2010-2015 (CERQUEIRA et al, 2017).

De acordo com a WHO (2010), as violências são responsáveis por grande parcela das internações hospitalares no Brasil e representam impacto significativo para os recursos públicos de saúde. Em 2013 a taxa de internação hospitalar por causas externas¹ foi de 527,7/10 mil habitantes (BRASIL, 2015a). Dessa forma, a violência impõem grande demanda aos serviços de emergência, assistência especializada, reabilitação física e psicológica.

Os registros das internações hospitalares do Sistema Único de Saúde (SUS) por causas externas de 2013 são, em maior parte, de homens, com idade entre 20 e 39 anos, brancos e pardos, embora considerável parte dos registros estavam sem informação sobre a variável raça/cor de pele (BRASIL, 2015a). De acordo com o

¹ As violências e os acidentes são classificados no grupo de causas externas na 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças.

autor, pode-se atribuir este perfil à maior exposição de homens jovens ao consumo de álcool e comportamentos agressivos. A raça/cor de pele não deve ser considerada como fator de risco, mas relacionada à vulnerabilidade exercida pela inserção social adversa de alguns grupos étnicos.

Atualmente a sobrevivência das vítimas de violências vem aumentando, porém ainda são poucos os estudos epidemiológicos que mostram a situação desses pacientes após um programa de reabilitação (MUTTI, 2008). Ainda de acordo com o autor, a falta de cuidados na fase aguda e os atrasos nas transferências para centros de reabilitação trazem complicações para a saúde funcional da população, pois agravam a incapacidade primária e alteram o curso da reabilitação.

A reabilitação pode ser entendida como “um processo de duração limitada e com objetivo definido, com vistas a permitir que uma pessoa com deficiência alcance o nível físico, mental e/ou social ótimo, proporcionando-lhe assim os meios de modificar sua própria vida” (BRASIL, 2006 p. 51). Segundo Mutti (2008), o suporte familiar, o ambiente e a motivação são elementos determinantes para a obtenção da independência funcional.

O Ministério da Saúde elaborou algumas políticas para o enfrentamento das violências e de suas sequelas. Instituiu a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violência, Portaria MS/GM nº 737/01 (BRASIL, 2005); organizou e implementou as Redes Estaduais de Assistência à Pessoa Portadora de Deficiência Física, Portaria MS/GM nº 818/01; instituiu a Política Nacional da Pessoa com Deficiência, Portaria MS/GM nº 1.060/02 (BRASIL, 2010); e, instituiu a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS, Portaria MS/GM nº 793/2012.

O Paraná aderiu ao Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (PcD) – Viver sem Limite, pelo Decreto nº 4483/12. Em 2013 foi aprovada a implantação da Rede da PcD no Paraná. Atualmente o estado dispõe de 19 serviços especializados em reabilitação física divididos pelas regionais de saúde, sendo que algumas ainda não possuem serviços especializados em reabilitação.

Com a instituição, ainda recente, da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência houve a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde das PcD temporária ou permanente; progressiva, regressiva ou estável; intermitente ou contínua, no âmbito do SUS. Sua organização visa a integralidade do cuidado e a

regulação do acesso a cada ponto de atenção, sendo elas: atenção básica, atenção especializada em reabilitação, atenção hospitalar e urgência e emergência.

No entanto, a literatura revela que a rede de reabilitação no Brasil ainda é pequena para garantir cobertura adequada às pessoas com deficiência (PcD). Minayo e Deslandes (2009) estimam que o alcance aos serviços de saúde seja de 2% da população portadora de deficiência. As autoras apontam que a insuficiência de recursos humanos e materiais para responder às demandas de saúde tem levado muitos serviços a abreviarem indevidamente o tempo de atendimento aos pacientes.

As literaturas revelam que mesmo países desenvolvidos como Estados Unidos, Canadá e Austrália relatam falta de recursos humanos para reabilitação em áreas afastadas dos centros urbanos e áreas rurais (WILSON; LEWIS; MURRAY, 2009; O'TOOKE; SCHOO, 2010; MACDOWELL *et al*, 2010).

A utilização de recursos físicos na assistência em saúde no Brasil iniciou-se em 1879, devido ao grande número de acidentes de trabalho, e seus objetivos eram voltados para a assistência curativa e reabilitadora (REBELATTO; BOTOMÉ, 2004). Isso se deve, ao surgimento da profissão em meados do século XX, após duas guerras mundiais causarem grande número de lesões traumáticas e ferimentos que necessitavam de reabilitação para reinserir as pessoas na sociedade.

Diante dos novos desafios sociais, do quadro epidemiológico e da organização dos sistemas de saúde no país, surge a necessidade do redimensionamento do objeto de intervenção da fisioterapia. Nesse sentido, Baptista (2007) e Bispo Junior (2010) relatam que os fisioterapeutas devem incorporar e construir uma nova concepção de saúde, com a necessidade de compreender o indivíduo no contexto da coletividade e dos problemas sociais.

Essa intervenção deve-se aproximar do campo da promoção da saúde e da nova lógica de organização dos modelos assistenciais, sem abandonar suas competências concernentes à reabilitação. Ao se relacionar com o SUS, a fisioterapia se insere gradativamente nos serviços de saúde pública de uma forma integral e humanizada, propondo transformações em consonância com os princípios do sistema e a preocupação de alcançar a universalidade de acesso em todos os níveis de assistência.

Dessa forma, considerando o aumento da morbidade e da variedade de lesões provocadas por violência urbana no Brasil e os poucos estudos nacionais envolvendo pacientes vitimados por violências em reabilitação, reforça-se a pergunta

norteadora do estudo: Como é realizado o cuidado fisioterapêutico em um centro de reabilitação no município de Curitiba?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo Geral:

- Compreender os aspectos que envolvem o evento traumático e as experiências na produção do cuidado fisioterapêutico para vítimas de violência urbana de um centro de reabilitação do município de Curitiba-PR.

1.3.2 Objetivos Específicos:

- Caracterizar o perfil sociodemográfico de vítimas de violência urbana admitidas em um centro de reabilitação no município de Curitiba entre os anos de 2013 e 2017;
- Descrever os eventos violentos no contexto urbano que causaram lesões em pacientes em processo de reabilitação de um serviço de referência de Curitiba entre os anos de 2013 e 2017;
- Analisar o perfil clínico e funcional de pacientes com lesões causadas por violência urbana em um centro de reabilitação no município de Curitiba entre os anos de 2013 e 2017;
- Identificar as significações dos fisioterapeutas do serviço acerca dos cuidados realizados com vítimas de violência urbana em processo de reabilitação.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 VIOLÊNCIAS: CONCEITOS E TIPOLOGIAS

A violência muda, e a mudança está também na representação do fenômeno. Se, frequentes e numerosos esforços são empreendidos no sentido de fornecer uma apresentação objetiva (...) da violência – estatísticas de crimes, de delinquência, de motins etc. –, esta também não deixa de ser altamente subjetiva, ela é aquilo que em um dado momento uma pessoa, um grupo, uma sociedade considera como tal. (WIEVIORKA, 2007, p.1148).

Partindo dessa premissa, é possível observar que as manifestações violentas aparecem em diferentes configurações, variando de acordo com referenciais históricos, sociais, culturais e também de gênero. Nesse sentido, a violência é um problema social e de saúde pública (SACRAMENTO; REZENDE, 2006) e, portanto, um fenômeno complexo, polissêmico e controverso fortemente presente na sociedade ao longo da história (MINAYO, 2005).

O estudo da violência requer atenção das mais variadas áreas do conhecimento (SACRAMENTO; REZENDE, 2006). Dada a complexidade e a abrangência da temática. Nesta dissertação, serão abordadas apenas aquelas categorias pertinentes à área desse trabalho, sob a perspectiva da reabilitação fisioterapêutica. Contudo, qualquer estudo que possua as violências como objeto central de análise, deve compreender suas diversas manifestações e abordagens, como a filosofia e sociologia, que lidam, em seu âmago, com os fundamentos da condição humana e da vida em sociedade.

Sobre isso, Hannah Arendt (1970), uma das mais influentes filósofas do século XX, ensina-nos que a violência possui um caráter instrumental, emergindo como o meio/instrumento que justifica e que é necessário para alcançar os fins – essencialmente políticos – apresentando, ainda, uma relação antitética ao poder legítimo e estabelecido: em que o poder se encolhe, a violência se instala. Segundo Arendt (1970, p. 27) enquanto o poder, corresponde à “habilidade humana de não apenas agir, mas de agir em uníssono, em comum acordo. (...) jamais é propriedade de um indivíduo; pertence ele a um grupo e existe apenas enquanto o grupo se mantiver unido”, a violência:

não depende de números ou de opiniões, mas sim de formas de implementação, e as formas de implementação da violência (...) como todos os demais instrumentos, aumentam e multiplicam a força humana. Aqueles que se opõem à violência com o mero poder, cedo descobrirão que se confrontam não com homens, mas sim por artefatos fabricados pelo homem, cuja desumanidade e força de destruição aumentam em proporção à distância a separar os inimigos. A, violência sempre é dado destruir o poder; do cano de uma arma desponta o domínio mais eficaz, que resulta na mais perfeita e imediata obediência. O que jamais poderá florescer da violência é o poder (ARENDDT, 1970, p. 33).

Assim, do ponto de vista das atividades humanas, a violência, cada vez mais em escala acelerada de crescimento, além de capaz de destruir o poder (ARENDDT, 2007), assume outros aspectos inquestionáveis: produz consequências imprevisíveis (ARENDDT, 1970) e, sobretudo, gera mais violência (SAADI TOSI, 2017).

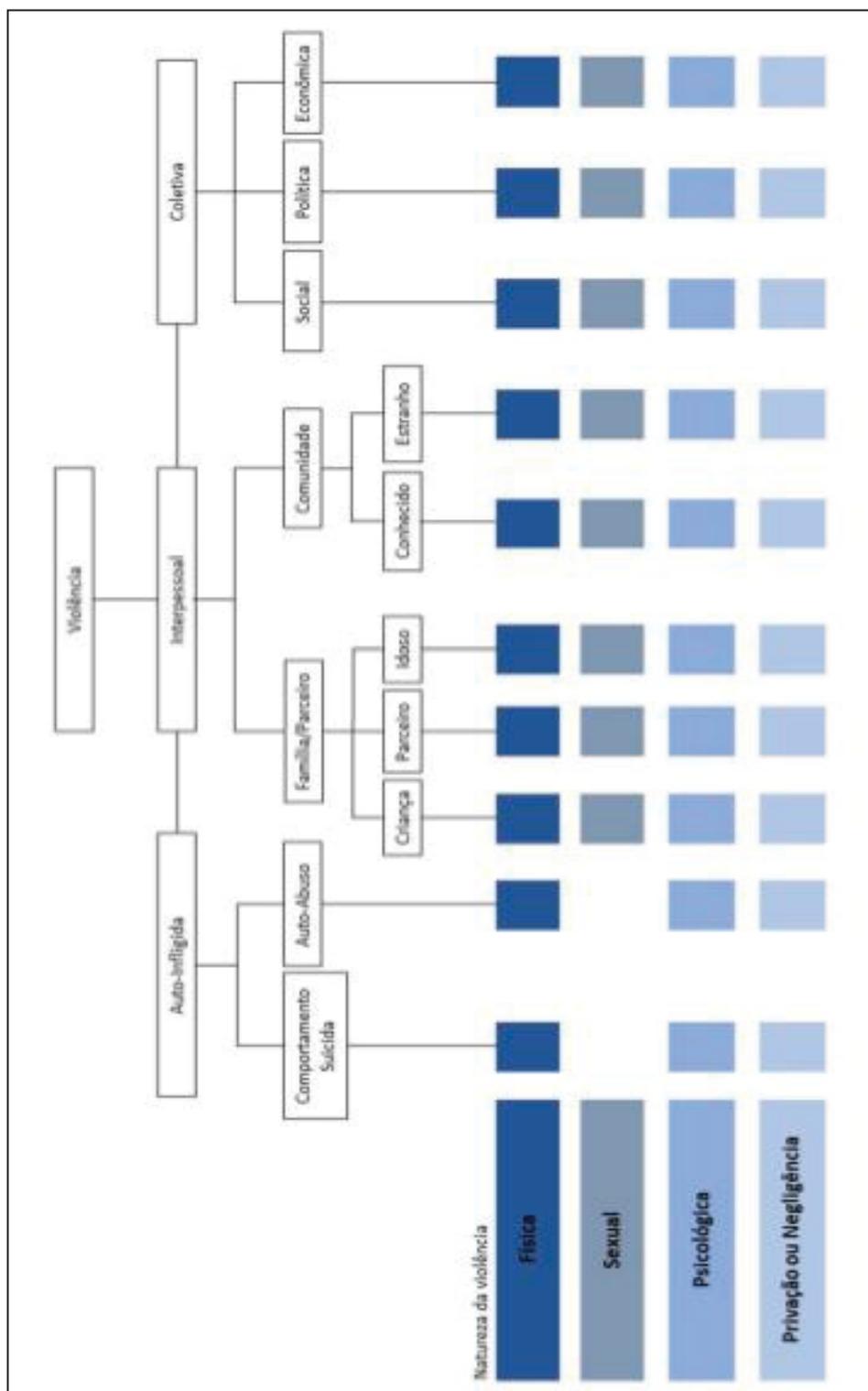
De acordo com o *Global Status Report on Violence Prevention da World Health Organization* (2014, p. 11) “todos os tipos de violência estão fortemente associados a determinantes sociais – normas culturais, sociais e de gênero, desemprego, desigualdade de renda e gênero, rápidas mudanças sociais e oportunidades limitadas de educação”. Suas representações passam pela subjetividade humana que, por sua vez, é influenciada pela natureza da sociedade na qual se expressa, o contexto histórico e as relações culturais, o que denota a pluralidade e complexidade deste fenômeno (GUIMARÃES-SILVA, 2016).

Do ponto de vista conceitual, a Organização Mundial da Saúde (OMS) define as violências pelo “uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou comunidade que possa resultar em, ou tenha probabilidade, de resultar em morte, lesão, dano psicológico, problemas de desenvolvimento ou privação”. De acordo com o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, de Krug *et al* (2002), a violência é um fenômeno evitável, e que a saúde pública tem um papel crucial na resolução de suas causas e consequências.

Neste trabalho, utilizaremos a classificação da OMS, que caracteriza o fenômeno a partir de suas manifestações empíricas, divididas em três categorias (Figura 1): autoinfligida (contra si mesmo), interpessoal (cometida por outro indivíduo ou por um pequeno grupo de pessoas) e coletiva (por grupos maiores) (KRUG *et al*, 2002). A violência interpessoal é ainda dividida em duas subcategorias: familiar/entre parceiros íntimos, que ocorre principalmente entre membros da família e parceiros íntimos normalmente, mas não especificamente, no espaço doméstico; e

a violência perpetrada por indivíduos que não apresentam essa relação e, em geral, ocorre fora de casa. É, portanto, neste tipo de violência (interpessoal) que encontramos a violência urbana.

FIGURA 1 – TIPOLOGIA DA VIOLÊNCIA



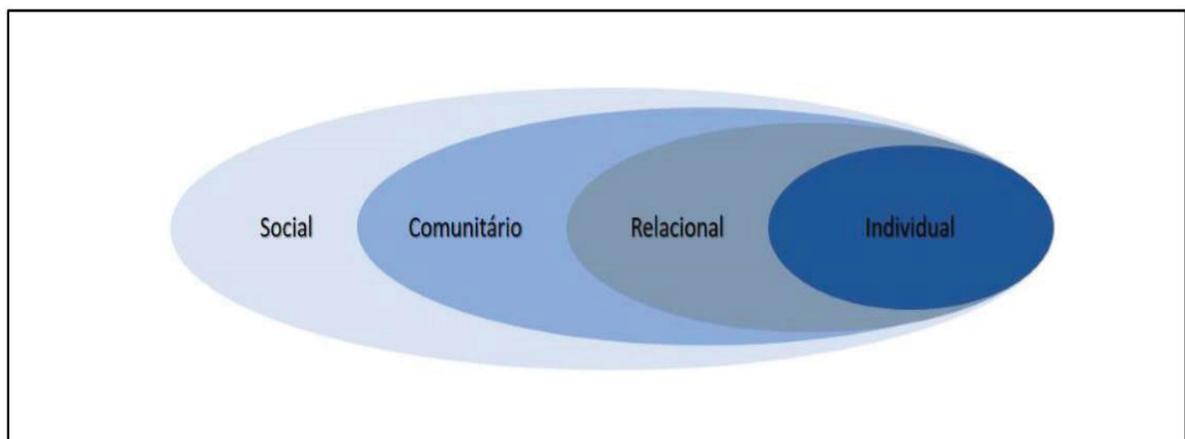
Fonte: Adaptado do Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (Krug et al, 2002, p. 7).

Em relação a natureza da violência, elas podem ser classificadas em quatro modalidades de expressão: física, psicológica, sexual e envolvendo abandono, negligência ou privação de cuidados. Esses quatro tipos de atos violentos ocorrem em cada uma das grandes categorias e subcategorias descritas acima, com exceção da violência auto-infligida (KRUG *et al*, 2002).

No campo da saúde coletiva, o Modelo Ecológico da Violência (Figura 2), proposto por Krug *et al* (2002), aborda a questão da multicausalidade da violência e analisa as inter-relações entre condições individuais e contextuais considerando que ela resulta da influência de quatro dimensões sobre o comportamento: individual, relacional, comunitária e social.

O nível individual busca identificar os fatores biológicos e individuais, avaliando as características pessoais; o nível relacional explora as relações sociais próximas e sua influência sobre a violência; o nível comunitário analisa os contextos comunitários em que as relações estão inseridas bem como as características desses contextos podem estar associados com a violência; e, o nível social inclui os fatores sociais, políticos, educacionais e econômicos que mantêm elevados os níveis de desigualdade econômica e social entre os grupos da sociedade (Krug *et al*, 2002).

FIGURA 2 – MODELO ECOLÓGICO DA VIOLÊNCIA



Fonte: Adaptado do Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (Krug *et al*, 2002, p. 13).

2.2 VIOLÊNCIA URBANA E SEUS IMPACTOS NA SAÚDE

... A compreensão da violência implica abordá-la e vê-la, também, como um problema prioritário de saúde... Daí a necessidade de se dispor de informação mais sistemática, trabalhada, oportuna e acessível sobre a ocorrência de manifestações da violência, sua magnitude, a distribuição na população e no espaço da cidade, o perfil das vítimas e dos agressores, as circunstâncias envolvidas etc.. (Trecho extraído do resumo da experiência Observatório da Violência: Articulação Intersetorial de Registros dos Serviços de Atenção a Pessoas Vítimas de Acidentes e Violências na Bahia - CONASS documenta nº. 16 – p. 151 a 153).

De acordo com Esteves (1999), a concepção de violência urbana encontra-se subdivididas em três pontos: a diferença cultural, a diferença racial e a marginalidade social e, portanto, do ponto de vista sociológico, a proliferação e evolução deste contexto será inevitável no futuro. Nesse contexto, a problemática da violência urbana surge por meio dos valores sociais, culturais, econômicos, políticos e morais de uma sociedade.

Para Barata (2008), o significado de urbanismo nasceu da urbe, da influência dos grandes centros populacionais sobre os habitantes. Porém, as condições de vida nas cidades são complicadas devido às desordens urbanas, físicas e sociais (MACHADO, 2000). Dessa forma, a violência urbana não pode ser definida, porém deve ser conceituada em seu contexto, pois trata-se de um tema social extremamente abrangente e pouco elucidativo.

De acordo com Park (1915, p. 595), “existia uma forte relação entre criminalidade e crescimento urbano, pois as características específicas do meio urbano influenciam o crescimento da delinquência e criminalidade”. Dessa forma, a agudização das disparidades sociais e sedimentação da sociedade erguem as barreiras das desigualdades sociais e a exclusão de grupos com vistas a acentuar a tensão social e o aumento da criminalidade.

A multiplicidade de determinantes e sua dinâmica de inter-relações configuram as violências como um problema que precisa ser compreendido em seu contexto social, cultural e histórico. Neste sentido, há modelos explicativos que propõem a análise da violência por meio de abordagens multifatoriais, partindo-se do pressuposto de que este é fenômeno inserido em uma teia de relações sociais e, em sua complexidade, precisa ser analisada em rede.

É necessário perceber o contexto e compreendê-lo de forma multidimensional, evitando a fragmentação. Apesar de não convergir com os pressupostos da Saúde Coletiva,

Briceño-Leon (2005) sugere um modelo sociológico explicativo para o fenômeno da violência urbana na América Latina a partir de três níveis de compreensão: estrutural, mesosocial e microsocial.

De acordo com o autor, o nível estrutural se refere a aspectos de natureza macrosociais que atuam sobre a gênese da violência e fazem com que ela perdure por longos períodos de tempo. Tais fatores são capazes de determinar transformações na sociedade que criam uma base para o desenvolvimento de comportamentos violentos.

Os aspectos macrosociais se configuram nas condições mais difíceis de serem modificadas e, talvez por esse motivo, sejam mais relevantes como causas principais da violência. Como fatores macrosociais, Briceño-Leon (2005) aponta: aumento das desigualdades sociais; melhora da educação acompanhado do contraditório aumento do desemprego; ampliação de aspirações pessoais e a impossibilidade de satisfazê-las; redução do controle social exercido pela família e pelas religiões.

O nível mesosocial, segundo Briceño-Leon (2005), remete aos aspectos que contemplam fatores de origem menos estruturais relacionados aos efeitos de situações específicas e da cultura sobre o comportamento. Nesse nível se encontram os fatores que fomentam a violência, encorajando ou facilitando a sua perpetração. Entretanto, são mais passíveis de modificação, uma vez que a liberdade dos indivíduos em relação a esses fatores é maior do que sobre os fatores estruturais.

O terceiro nível aborda os fatores microsociais que são também denominados facilitadores, pois são de natureza individual e atuam facilitando o comportamento violento ou mesmo o tornam mais prejudicial ou letal. Nesse nível se encontram o incremento do uso das armas de fogo, o consumo de álcool e a incapacidade que algumas pessoas possuem de expressar verbalmente seus sentimentos (BRICEÑO-LEON, 2005).

De acordo com Barata (2008), os jovens se caracterizam como um dos pontos determinantes para este acontecimento, pela sua vulnerabilidade e distinções sociais, que contribuem para os conflitos interpessoais e valores empiricamente

construídos pela sociedade. Ainda de acordo com o autor, o sexo do indivíduo também desempenha uma causalidade no meio da violência urbana. Geralmente, o sexo masculino que se dedica a esta inibição de criminalidade e desperta desde cedo práticas delinquentes.

2.2.1 Epidemiologia das Violências

De acordo com Oliveira (2008), a violência é um agente contribuinte aos níveis de saúde das pessoas, grupos e populações e abordagens de suas definições e classificações podem proporcionar uma valiosa ferramenta para a promoção da saúde, a prevenção de agravos e a reabilitação relativa a esses agravos. O *Global Status Report on Violence Prevention* (WHO, 2014) aponta que as consequências sociais e para a saúde de atos de violência têm um custo econômico para os países.

Alguns custos diretos associados à violência são a necessidade de tratamento, serviços de saúde mental, cuidados emergenciais e repostas da justiça criminal. Existe também uma ampla gama de custos indiretos. Vítimas de violência são mais propensas a vivenciar períodos de desemprego e absenteísmo, e a sofrer problemas de saúde que afetam o desempenho no trabalho. Outros custos indiretos incluem aqueles relacionados com a perda de produtividade (...); provimento de locais seguros para crianças e mulheres; transtornos na vida cotidiana (...); e desincentivos ao investimento e ao turismo (WHO, 2014, p. 17).

De acordo com Andrade e Diniz (2013), o Brasil assistiu a um crescimento muito expressivo nas taxas de homicídios a partir da década de 1980. Ao observar essa evolução recente, pode-se notar alguns padrões recorrentes. O primeiro é a concentração de homicídios nas capitais, em relação ao restante dos Estados. A segunda refere-se à concentração de homicídios nas regiões metropolitanas.

Outro aspecto importante são as mudanças nas taxas de algumas regiões metropolitanas durante as décadas de 1980, 1990, 2000 e 2010 (ANDRADE; DINIZ, 2013). É importante ressaltar que os homicídios se caracterizam como a parte mais visível da problemática da violência, pois sua notificação e registro em bases oficiais é compulsória. De acordo com Assis, Deslandes e Santos (2005) a sociedade brasileira desconhece a relação entre mortalidade e morbidade por causas externas, em função das estatísticas nacionais, especialmente referentes à morbidade. Segundo Krug *et al* (2002), estudos internacionais revelam que para cada morte de jovem por homicídio, existem cerca de 20 a 40 casos de violência não-fatais que

chegam a receber tratamento hospitalar. É possível, por conseguinte, inferir o tamanho da problemática.

Segundo Brasil (2015), as violências, incluídas no grupo de causas externas, ocupam a terceira causa de morte no Brasil. Em 2013 foram registradas mais de 1.000.000 de internações no Sistema Único de Saúde (SUS), o que representa um aumento de 31,4% em relação ao ano de 2000. A maior parcela dessa população se concentra na região Sudeste. São homens com idade entre 20 e 39 anos, brancos e pardos, sendo importante considerar que parte dos registros encontravam-se sem informação da variável raça/cor.

2.3 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

No âmbito da saúde, é possível identificar interesse crescente pela avaliação da qualidade de vida (SEIDL; ZANNON, 2004). Assim, essa qualidade passou a ser um indicador da eficácia e do impacto de tratamentos, da comparação entre procedimentos para o controle de problemas de saúde, do impacto físico e psicossocial que as enfermidades, disfunções ou incapacidade podem acarretar para as pessoas acometidas, permitindo um melhor conhecimento do paciente e de sua adaptação à condição.

Nesses casos, a compreensão sobre a qualidade de vida do paciente incorpora-se ao trabalho do dia a dia dos serviços, influenciando decisões e condutas terapêuticas das equipes de saúde. Porém, quando se refere ao Brasil a assistência às pessoas com deficiência sempre se mostrou deficitária e fragilizada, apresentando um sistema pouco inclusivo (MINAYO; DESLANDES, 2009).

Sobre isso Malta e Merhy (2010) relatam que o modelo ainda vigente na saúde no Brasil, que utiliza propostas de cuidados fragmentadas, não tem obtido sucesso em sua conduta, uma vez que não consegue atingir as necessidades de cada indivíduo, que necessita cada vez mais de atenção e de cuidado. Esse modelo de atenção não tem acompanhado a mudança no perfil epidemiológico, mostrando-se inadequado para enfrentar os desafios postos pelas atuais situações de saúde, apresentando como consequência a fragmentação de serviços, de programas, de ações e de práticas clínicas, existindo incoerência entre a oferta de serviço e as necessidades de atenção no âmbito do SUS (MENDES, 2011; BRASIL, 2010).

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) surgiram como uma resposta organizada às necessidades do SUS, de forma a promover a “integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada” (BRASIL, 2010, p. 4), bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária, e eficiência econômica. A fragmentação do sistema, a falta de comunicação entre todos os atores envolvidos na atenção à saúde da população, a diversidade de necessidades relacionadas à regionalização e as particularidades dessas demandas justificaram a sistematização de abordagens e ações do SUS.

A estrutura operacional das RAS compõe-se de cinco componentes: o centro de comunicação, a APS; os pontos de atenção à saúde secundários e terciários; os sistemas de apoio (sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, sistemas de assistência farmacêutica, sistemas de teleassistência e sistemas de informação em saúde); os sistemas logísticos (registro eletrônico em saúde, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde); e o sistema de governança da RAS. (BRASIL, 2015b, p. 25).

As principais características das RAS são a formação de relações horizontais entre os pontos de atenção, tendo a atenção básica como centro de comunicação; a centralidade nas necessidades de saúde da população; a responsabilização por atenção contínua e integral; o cuidado multiprofissional; o compartilhamento de objetivos e o compromisso com resultados sanitários e econômicos (BRASIL, 2014). Dessa forma, as RAS funcionam de maneira interligada e reativa, se organizando como um modelo de atenção:

Os modelos de atenção à saúde são sistemas lógicos que organizam o funcionamento das RAS, articulando, de forma singular, as relações entre os componentes da rede e as intervenções sanitárias, definidos em razão da visão prevalecente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade. (BRASIL, 2015b, p. 25).

Com a organização das RAS, cinco redes temáticas prioritárias foram pactuadas para serem implantadas nas regiões de saúde do país, sendo elas: Rede Cegonha, Rede de Urgência e Emergência, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas e Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. Os objetivos dessas redes são ampliar o acesso e qualificar o atendimento à população no âmbito do SUS.

De acordo com Malta e Merhy (2010) a instituição e organização das RAS no SUS é apontada como a melhor forma de proporcionar o cuidado integral à população, apresentando eficácia para abranger e responder a alguns dos desafios estruturais epidemiológicos, trazendo melhores indicadores de saúde (OPAS *et al*, 2008; MENDES, 2008). Nesse modelo de atenção, assume-se o desafio de efetivar uma modelagem organizacional que revigora os compromissos de uma gestão democrática, participativa e ético-politicamente comprometida, sem deixar correr em paralelo todo o processo de produção do cuidado que define a qualidade e o modelo de atenção ao usuário (PINTO, 2009).

2.3.1 Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

No censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010, foi pesquisada a existência de quatro deficiências permanentes: visual², auditiva³, motora⁴ e mental ou intelectual⁵. Para as três primeiras, foi avaliado também o grau de severidade (nenhum, algum, grande, incapaz). Os dados apontaram que 45.606.048 milhões de brasileiros declaram ter algum tipo de deficiência (Figura 3). Isso corresponde a 23,9% da população do País. A deficiência mais prevalente foi a visual (18,6%), seguida pela motora (7,0%), auditiva (5,1%) e mental ou intelectual (1,4%).

A prevalência de deficiências severas na população foi de 8,3%. De acordo com o Instituto, o contingente de pessoas identificadas por possuir deficiência severa foi calculado pela soma das respostas positivas às perguntas “tem grande dificuldade” e “não consegue de modo algum”. Vale mencionar que, dentre as pessoas com alguma deficiência (independentemente da severidade), 7,6% são totalmente surdas, 1,6% são totalmente cegas e 1,6% não conseguem se locomover (IBGE, 2010).

As deficiências físicas estão mais associadas ao grupo das causas externas, por isso optou-se pela investigação dos serviços de reabilitação física. O aumento da sobrevida dos pacientes com lesões ocasionadas por causas externas formou um

² Deficiência visual: É definida como perda total ou parcial, congênita ou adquirida, da visão.

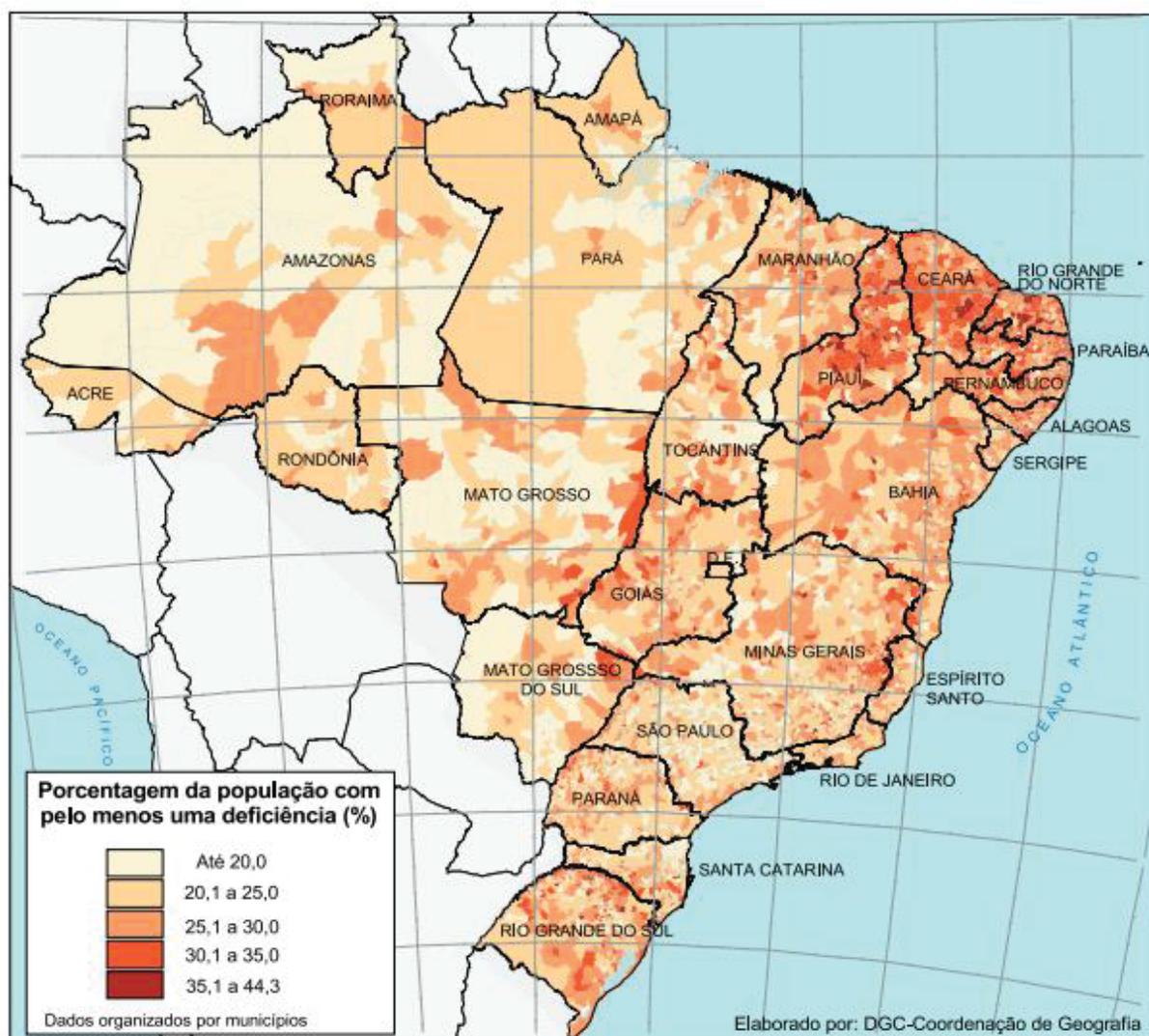
³ Deficiência auditiva: É a incapacidade parcial ou total de audição.

⁴ Deficiência motora: Disfunção, de caráter congênito ou adquirido, que afeta a motricidade dos indivíduos.

⁵ Deficiência intelectual: É caracterizado como o funcionamento intelectual significativamente inferior a média.

contingente cada vez maior de indivíduos com incapacidade. Dessa forma, identificar os fatores determinantes desses agravos e o perfil epidemiológico das vítimas são essenciais para subsidiar o planejamento e implementação de políticas públicas de saúde (GAWRYSZEWSKI; KOIZUME; MELLO JORGE, 2004).

FIGURA 3 – PERCENTUAL DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIAS NO BRASIL – BRASIL, 2010



Fonte: IBGE, Censo Demográfico, 2010.

Minayo e Deslandes (2009) relatam que a organização das Redes Estaduais de Reabilitação Física tem seguido um percurso próprio em cada estado. Segundo as autoras, os diferentes estágios de implantação da Rede revelam em que medida o atendimento à pessoa com deficiência vem sendo objeto de preocupação dos gestores locais. Diante das inúmeras sequelas decorrentes da violência e do aumento da sobrevivência dos pacientes com incapacidades, a demanda por assistência

multiprofissional em saúde, tanto na fase de internamento como ambulatorial, requer uma análise quanto à implantação dos serviços de reabilitação física. As autoras ainda evidenciam que os serviços de reabilitação são os que mais têm déficit de oferta, em organização e estrutura, sendo portanto, a área de maior fragilidade no processo de implantação da rede.

O Ministério da Saúde instituiu a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS, por meio da Portaria MS/GM nº 793, de 24 de abril de 2012. Através dela foi realizada a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde das PcD. A RAS tem como um de seus objetivos a integralidade do cuidado e acesso regulado a cada ponto de atenção, sendo eles: Atenção Básica; Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências; e, Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência.

O Paraná aderiu ao Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Viver sem Limite, através do Decreto Estadual 4483, de 07 de maio de 2012. Nesse contexto, foi aprovada na Comissão Intergestores Bipartite⁶ (CIB) – SUS/PR a instituição do Grupo Condutor Estadual, por meio da Deliberação nº 204, de 25 de junho de 2012. No dia 22 de julho de 2013, por meio da Deliberação CIB nº204, foi aprovada a implantação da Rede da Pessoa com Deficiência no Paraná. Essa deliberação encontra-se em consonância com o artigo 11 da portaria GM/MS nº 793/12, que institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS.

Os serviços de reabilitação são organizados a partir dos tipos de deficiências (BRASIL, 2010). Este estudo foi realizado em um dos componentes de Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências da RAS. Este componente conta com serviços de saúde habilitados em apenas um serviço de reabilitação, Centros Especializados em Reabilitação⁷ (CER) e Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). O CER é um ponto de atenção ambulatorial e pode ser dividido em CER II, CER III e CER IV, de acordo com os serviços de reabilitação habilitados.

⁶ A Comissão Intergestores Bipartite é uma instância colegiada de decisão do SUS estadual, integrada paritariamente pela Secretaria Estadual de Saúde e por representantes dos Secretários Municipais de Saúde.

⁷ O Centro Especializado em Reabilitação é um ponto de atenção ambulatorial especializado em reabilitação, que realiza diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva, constituindo-se em referência para a rede de atenção à saúde da pessoa com deficiência no território.

Dentre suas várias diretrizes, duas merecem destaque por fortalecer a ideia relacional e de rede: produzir em equipe, de forma matricial na rede de atenção e em conjunto com o usuário, seus familiares e acompanhantes um plano de tratamento baseado em avaliações multidisciplinares das necessidades e capacidades das pessoas com deficiência, incluindo dispositivos e tecnologias assistivas, com foco na produção da autonomia e o máximo de independência em diferentes aspectos da vida (BRASIL, 2015b).

Essa RAS também tem como foco o desenvolvimento de ações de prevenção e de identificação precoce de deficiências em todas as fases da vida, no sentido de constituir-se em serviço de referência regulado que funcione segundo base territorial e forneça atenção especializada às pessoas com deficiência. Assim, os CER são estabelecidos para serem lugar de referência de cuidado e proteção para usuários, familiares e acompanhantes nos processos de reabilitação auditiva, física, intelectual, visual, ostomias e múltiplas deficiências.

2.4 REABILITAÇÃO E FISIOTERAPIA

Há muito tempo a reabilitação carece de uma estrutura conceitual unificadora. Historicamente, o termo tem descrito uma série de respostas à deficiência, desde as intervenções para melhorar a função corporal até as medidas mais abrangentes destinadas a promover a inclusão. [...] Em todos os casos, a reabilitação deve ajudar a capacitar a pessoa com deficiência e sua família (WHO, 2011).

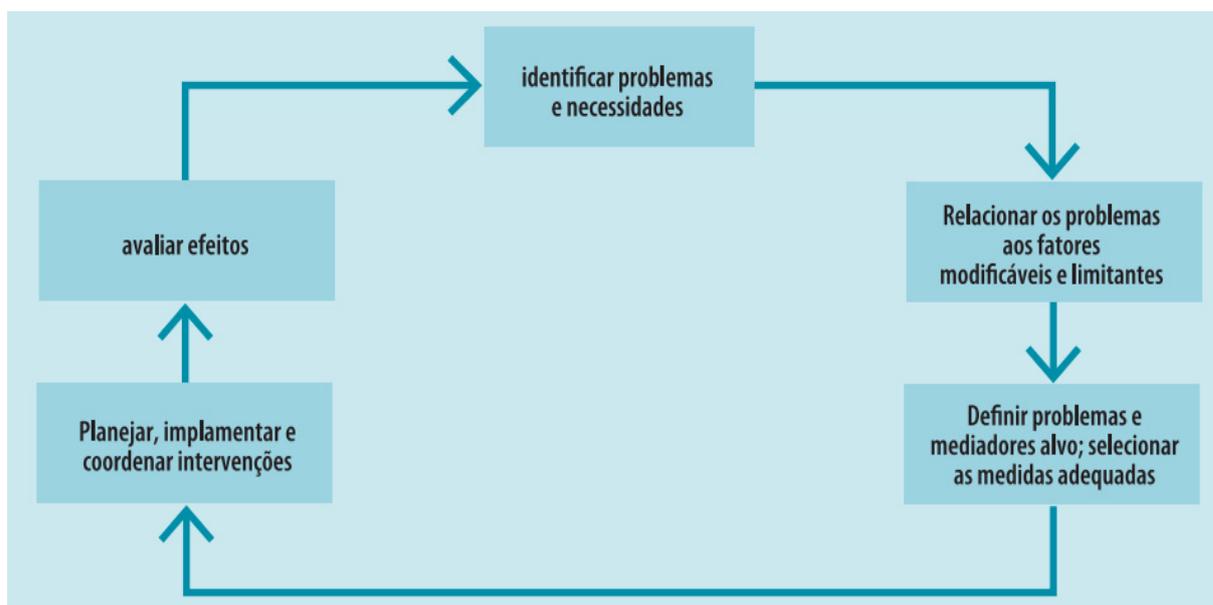
As deficiências estão associadas a uma ampla gama de condições de saúde, que podem ser classificadas, como: condições primárias – decorrentes da própria deficiência; condições secundárias – adicional, relacionada à primária; condições comórbidas – adicional, independente e não relacionada com a primária; necessidades gerais de assistência médica; e de assistência médica especializada (WHO, 2011). Como exemplos dessas condições podemos citar: depressão, úlceras de decúbito, infecções do trato urinário e pneumonia (HOFFMAN, *et al*, 2007; MARGE, 2008; DRUM *et al*, 2009).

De acordo com WHO (1946), a saúde pode ser conceituada como um estado de bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de doença. Com a democratização da saúde no país, a saúde passou a ser promovida e a prevenção de agravos passou a fazer parte do planejamento de políticas públicas.

A saúde é um pré-requisito para a participação em uma ampla gama de atividades, incluindo educação e emprego. O artigo 26, Habilitação e Reabilitação, da Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiências (CDPD), recomenda que os países reforcem e ampliem os serviços e programas de reabilitação, que devem começar o mais cedo possível, baseados em avaliações multidisciplinares das necessidades e capacidades dos indivíduos.

A reabilitação (Figura 4) surge baseada na necessidade de que as pessoas com deficiência consigam produzir algo, para que assim sejam incluídas na sociedade capitalista. Embora a iniciativa tenha esse objetivo, atualmente os processos de reabilitação avançaram consideravelmente. Segundo Cardozo (2017, p. 42) esses processos ocorrem “por meio das Redes de Atenção Integral a Saúde da Pessoa com Deficiência, nas quais há equipamentos importantes e qualificados para oferecimento dos atendimentos, como os CER”.

FIGURA 4 – CICLO DE REABILITAÇÃO



Fonte: Adaptado de Steiner *et al*, 2002.

A reabilitação, fornecida ao longo de uma assistência contínua desde o atendimento hospitalar até a reabilitação na comunidade (STUCKI; REINHARDT; GRIMBY, 2007), pode melhorar os resultados de saúde, reduzir custos pela diminuição dos períodos de hospitalização (RAUCH; CIEZA; STUCKI, 2009) e diminuir a deficiência e melhorar a qualidade de vida (FOSTER *et al*, 2009). A reabilitação que começa cedo produz resultados funcionais melhores para quase

todas as condições de saúde associadas à deficiência (FOSTER *et al*, 2009). A mesma contribui para que a pessoa atinja e mantenha a funcionalidade ideal na interação com seu ambiente.

O município de São Paulo observou um grande aumento no número de pessoas com deficiências relacionadas a traumas. O Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo recebe os casos mais graves dessas lesões traumáticas. Dos 1.400 pacientes admitidos mensalmente na emergência. Cerca de 50 têm deficiências significativas, que necessitam de serviços de reabilitação extensa e de longo prazo, incluindo lesões medulares, amputações de membros e pacientes com lesões múltiplas (WHO, 2011).

2.4.1 Produção do Cuidado em Saúde

... território das ações cuidadoras é de domínio não somente de todos os tipos de trabalhadores que atuam na área da saúde, mas inclusive dos usuários e de suas famílias. Assim, produzir atos de saúde cuidadores é tarefa a ser compartilhada por todos os trabalhadores. Todos podem acolher, escutar, interessar-se, contribuir para a construção de relações de confiança e conforto. (MERHY; FEUERWERKER; GOMES, 2016, p. 36)

A vida real dos serviços de saúde tem mostrado que, conforme os modelos de atenção adotados, nem sempre a produção do cuidado está efetivamente comprometida com a cura e a promoção (MERHY, 2004). Todavia, a produção de atos cuidadores diz respeito a todos os seres humanos e, portanto, deve valorizar o desenvolvimento e estabelecimento de vínculos com os usuários para dar continuidade ao cuidado em uma relação de confiança.

De acordo com Merhy (1998), a produção do cuidado é um processo de incertezas, porque apesar de haver regularidades na produção social e biológica dos adoecimentos, agravos e desconfortos, existem também a singularidade do paciente. Segundo Feuerweker (2011), existem diversas variáveis que interferem na disponibilidade, atenção e consideração de um para com o outro no ato intercessor de agir em saúde. Portanto, de acordo com os autores, é por meio da produção do cuidado que será atingida a cura e a saúde.

A produção do cuidado fisioterapêutico deve promover o autocuidado e autonomia dos indivíduos, com a coresponsabilização dos envolvidos, devendo ser

implementadas em equipe multidisciplinar e aproveitando espaços já disponíveis na comunidade e em grupos de usuários, e podem ser estabelecidos por ciclos vitais, condições de saúde ou conforme necessidades identificadas pelas equipes e profissionais em associação à comunidade (MENDES, 1999; BRASIL, 2006; SILVA; DAROS, 2007; BISPO JUNIOR, 2010).

Conforme apontam Vêras *et al* (2004), Brasil (2005) e Aquino *et al* (2008), o fisioterapeuta deve orientar os familiares e cuidadores do paciente acamado quanto aos cuidados preventivos para a instalação de condições secundárias à deficiência primária e, ainda, possíveis condições comórbidas. A atuação fisioterapêutica deve ser de forma integral às famílias, por meio de ações multidisciplinares e intersetoriais, visando à assistência e à inclusão social das pessoas portadoras de deficiências e incapacidades (BRASIL, 2005; AQUINO *et al*, 2008; CARVALHO, 2009; BARBOSA *et al*, 2010).

3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

3.1 TIPO DE PESQUISA

A presente pesquisa pode ser classificada como um estudo descritivo e exploratório conduzido pela abordagem qualiquantitativa. É exploratória por definir objetivos e buscar mais informações sobre determinado assunto, com vistas a familiarizar-se com o fenômeno, ou ainda, descobrir novas ideias.

A primeira etapa da coleta de dados é referente à análise documental dos prontuários de pacientes internados no serviço entre os anos de 2013 e 2017, com objetivos de: caracterizar o perfil sociodemográfico de vítimas de violência urbana; descrever os eventos violentos no contexto urbano que causaram lesões; e, analisar o perfil clínico e funcional de pacientes com lesões causadas por violência urbana.

A segunda etapa foi composta por entrevistas semiestruturadas com fisioterapeutas que atuam no internamento do referido serviço, tendo como objetivo de: identificar as significações desses profissionais acerca dos cuidados realizados com vítimas de violência urbana em processo de reabilitação.

3.1.1 Análise Documental

A ficha de coleta, elaborada pelos autores com base no Inquérito de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela de Urgência e Emergência (VIVA Inquérito) do Ministério da Saúde e adaptada para o contexto dos serviços de reabilitação, foi utilizada para a coleta dos dados secundários disponíveis no prontuários. A funcionalidade foi avaliada pela Medida de Independência Funcional (MIF) e projetada para mensurar o nível de independência em contexto hospitalar (RIBERTO *et al*, 2004).

A coleta de dados ocorreu de forma retrospectiva no Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) do CER III, entre setembro de 2017 e abril de 2018, com os prontuários de pacientes que foram admitidos entre janeiro de 2013 e dezembro de 2017. As variáveis foram classificadas em: (I) Características Gerais; (II) Características Clínicas; e (III) Características do Tratamento. O contato telefônico com o paciente ou cuidador foi realizado quando alguma informação não estava disponível nos prontuários. As variáveis são detalhadas a seguir:

I – Características Gerais - sexo: masculino e feminino; faixa etária: 10 – 19, 20 – 39, 40 a 59 e 60 >; local de ocorrência da violência: via pública, domicílio; região de origem: capital, região metropolitana e interior.

II – Características Clínicas - etiologia: ferimento por arma de fogo (FAF), ferimento por arma branca (FAB), agressão; diagnóstico clínico: traumatismo cranioencefálico (TCE) e traumatismo raquimedular (TRM); segmento atingido: crânio e face, coluna cervical, coluna torácica, coluna lombar e 2 ou > segmentos corporais; tempo de lesão: < 3 meses, 3 a 6 meses e > 6 meses.

III – Características do Tratamento Fisioterapêutico - permanência hospitalar: 1 semana, 2 semanas; número de atendimentos fisioterapêuticos: 1 a 10, 11 a 20, 21 a 30; nível de funcionalidade: independência modificada, dependência modificada, dependência completa; condutas: mobilização passiva, cinesioterapia, alongamento muscular, fortalecimento muscular, treino de decúbitos, treino de equilíbrio, treino de marcha, fisioterapia respiratória e orientações em saúde.

A população do estudo compreendeu 3.532 participantes que estiveram internados no CER III, entre 2013 e 2017. Foram incluídos pacientes que possuíam lesões causadas por violência urbana, independente de serem recentes ou não ou do município de ocorrência, e que receberam atendimentos fisioterapêuticos durante o programa de reabilitação. Foram excluídos aqueles pacientes que foram vítimas de outros tipos de violências ou acidentes. Dessa forma, a amostragem final foi composta por 73 participantes.

3.1.2 Entrevista Semiestruturada

A entrevista semiestruturada é aquela feita de acordo com um roteiro que serve de guia para o processo de interlocução (MINAYO, 2006). O roteiro de entrevista foi baseado em questões norteadoras que buscaram identificar as percepções dos profissionais sobre as ações do cuidado fisioterapêutico para vítimas de violência urbana. O roteiro foi composto pela apresentação do entrevistador e da pesquisa, caracterização do entrevistado, pergunta de transição sobre violência urbana e questões sobre o cuidado fisioterapêutico.

Utilizou-se análise de conteúdo, considerando a modalidade temática. Essa pode ser entendida como unidades de significância naturalmente liberadas do texto

segundo critérios relacionados à teoria que serve para orientar a leitura (BARDIN, 2011).

A coleta de dados ocorreu entre os meses de março a maio de 2018, por meio de entrevistas semiestruturadas, de acordo com o critério de saturação. Entende-se que a saturação ocorre quando os dados são suficientemente confirmados e o aparecimento de novos dados torna-se cada vez mais raro (MINAYO, 2006).

O roteiro de entrevista foi baseado em questões norteadoras que buscaram identificar as percepções dos profissionais sobre as ações do cuidado fisioterapêutico para vítimas de violência urbana. O mesmo foi composto pela apresentação do entrevistador e da pesquisa, caracterização do entrevistado, pergunta de transição sobre violência urbana e questões sobre o cuidado fisioterapêutico.

A população do estudo foi composta por fisioterapeutas do serviço. Os profissionais foram convidados verbalmente a participarem do estudo. A equipe era composta por 12 fisioterapeutas no período da coleta de dados e, desse número, 9 aceitaram participar do estudo. Nessa abordagem a composição do grupo buscou envolver os principais atores sociais que vivem no fenômeno de interesse do estudo (NOGUEIRA-MARTINS; BÓGUS, 2004).

Os áudios foram gravados e, posteriormente, transcritos. Cada participante entrevistado foi identificado com a letra P seguido de número ordinal de 1 a 9. Realizou-se a transcrição das entrevistas e pré-análise, chamada de leitura flutuante, para organização e leitura do material produzido. Posteriormente, a leitura exaustiva do material, a fim de extrair critérios de classificação dos resultados obtidos, definindo, assim, as categorias e temas de discussão. Por fim, foram realizados tratamento, inferência e interpretação dos dados obtidos (BARDIN, 2011).

3.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi desenvolvida em um Centro Especializado em Reabilitação, no município de Curitiba-PR, implantado em 2008, a partir da constatação da urgência na alteração de serviços públicos à população que depende da reabilitação no estado. O serviço conta com área de 9.787,88 m² de área construída e é referência no atendimento de reabilitação física no Paraná.

Desde sua fundação o serviço foi administrado pela Associação Paranaense de Reabilitação (APR), que possuía a habilitação de CER III, de acordo com a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. Porém, a APR começou a diminuir sistematicamente os atendimentos ambulatoriais por problemas financeiros e, conseqüentemente, perdeu a habilitação do serviço.

Em 2016, o centro passou por processo de transição administrativa e em setembro a Fundação Estatal de Atenção em Saúde do Estado do Paraná (FUNEAS) credenciou novamente o serviço com classificação CER III. A FUNEAS é uma fundação pública com personalidade jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, de beneficência social, de interesse e de utilidade públicos.

O CER tem como objetivo realizar o atendimento multidisciplinar às PcD, oferecendo reabilitação em regime de internação, possibilitando reabilitação precoce, antes que as sequelas se tornem definitivas e as deformidades se tornem estruturadas. O internamento visa colocar o paciente em condições de maior independência para continuar o tratamento em regime ambulatorial. Além disso, o serviço possui um programa de orientação de cuidadores para pacientes que não são elegíveis para o tratamento ambulatorial.

O ambulatório de Fisioterapia possui infraestrutura constituída de um amplo ginásio equipado, três piscinas cobertas e aquecidas para fisioterapia aquática, laboratório de marcha, três elevadores, escadas e plataformas para auxiliar as entradas e saídas dos pacientes. O laboratório de marcha é o único no sul do Brasil que atende pacientes exclusivamente pelo SUS.

Atualmente, o serviço possui 21 fisioterapeutas que realizam atendimentos ambulatoriais e hospitalares. Além de equipe multiprofissional composta por terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, enfermeiros e médicos especialistas em diversas áreas. Esses profissionais desenvolvem ações multiprofissionais com objetivo de reintegrar o paciente na família e na sociedade.

Os critérios definidores para escolha do local da pesquisa foram: (I) serviço de referência no atendimento de deficiências; e (II) prestação de atendimentos nas áreas de reabilitação física e fisioterapia. Para isso, foram consultados o Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) para obtenção dos dados referentes aos serviços prestadores de atendimentos de reabilitação no Paraná e o

Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH-SUS) para os dados sobre os procedimentos de reabilitação e fisioterapia.

3.3 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados quantitativos foram armazenados em um banco de dados utilizando o programa *Microsoft Excel® for Windows®*. Foram processados e explorados por meio de técnicas de estatística descritiva para o cálculo e a descrição das frequências absolutas e relativas das variáveis de interesse.

Os dados qualitativos foram analisados por meio da técnica de análise de conteúdo, considerando a modalidade temática. Após a transcrição das entrevistas foi realizada a pré-análise, chamada de leitura flutuante, para a organização e a leitura do material produzido. Posteriormente, foi realizada a leitura do material, a fim de extrair critérios de classificação dos resultados obtidos, definindo assim, as categorias e temas de discussão. Por fim, foram efetivados o tratamento, a inferência e a interpretação dos dados obtidos.

3.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

No que diz respeito aos aspectos éticos, o projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná (CEP/SD/UFPR) e foi aprovado sob o parecer nº. 2.167.950. Após, foi apresentado à Seção do Centro de Estudos, Pesquisa e Desenvolvimento do Centro Hospitalar de Reabilitação Ana Carolina Moura Xavier que se mostrou favorável ao seu desenvolvimento.

Os participantes foram informados sobre os objetivos e procedimentos do estudo e aqueles que concordaram voluntariamente em participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Durante todo o estudo, a confidencialidade foi assegurada, de acordo com a Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

4 RESULTADOS

4.1 O PERFIL DA VIOLÊNCIA URBANA: EVENTOS VIOLENTOS, VÍTIMAS E LESÕES

Este recorte descreve a caracterização dos pacientes internados entre 2013 e 2017 de um Centro Especializado em Reabilitação do município de Curitiba-PR. Constatou-se que neste período internaram 3.532 pacientes de causas variadas. Do total, 73 foram vítimas de violência urbana, o que corresponde a 2% do universo de pacientes atendidos pelo serviço, sendo a maioria do sexo masculino (94,5%), e na faixa etária entre 20 a 39 anos (65,7%), conforme a Tabela 1.

TABELA 1 – CARACTERÍSTICAS GERAIS DE VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA URBANA.

Características Gerais	Número de Respostas	%
Sexo	(73)	100
Masculino	69	94,5
Feminino	4	5,5
Faixa Etária	(73)	100
10 – 19	15	20,5
20 – 39	48	65,8
40 – 59	9	12,3
60 ou mais	1	1,4
Local de Ocorrência	(73)	100
Via Pública	70	95,9
Domicílio	3	4,1
Região de Origem	(73)	100
Região Metropolitana	33	45,2
Curitiba	31	42,5
Interior	9	12,3

Fonte: Os autores, 2018.

Minayo e Deslandes (2009) relataram resultados semelhantes ao exposto anteriormente, evidenciando que a população entre 20 e 29 anos são as mais afetadas pelas causas externas e que homens são os mais atingidos pelas

agressões, auto-agressões e acidentes de trânsito. Da mesma forma, Lemos, Jorge e Ribeiro (2013), ao investigar o perfil de vítimas de causas externas em reabilitação no município de Uberlândia-MG, descobriram que a maioria dos pacientes é do sexo masculino, entre a faixa etária de 20 e 29 anos, tendo as vias públicas como maior ocorrência de eventos.

As características clínicas dos pacientes podem ser observadas na tabela 2. Os ferimentos por arma de fogo causaram todos os casos de traumatismo raquimedular (n = 57, 78,1%). Em contrapartida, os casos de traumatismo cranioencefálico (n = 16, 21,9%) foram causados, sobretudo, por agressões, além dos ferimentos por arma fogo e branca. A maioria dos pacientes (n = 71, 97,2%) recebeu atendimento de emergência e pré-hospitalar, nem sempre associados. A parcela restante recebeu apenas o atendimento pré-hospitalar. Os serviços de emergência de Curitiba e RMC foram os principais encaminhadores dos pacientes com tempo de lesão de até 3 meses (n = 48, 65,8%).

Em relação ao tempo de início das atividades de reabilitação, 65,8% (n = 48) dos pacientes foram encaminhados para reabilitação com tempo de lesão de até 3 meses. Mais da metade dos pacientes receberam os atendimentos de reabilitação com mais de 6 meses após a lesão. A população deste estudo concentra-se principalmente na RMC e o CER III em questão, localiza-se na região central da capital.

TABELA 2 – CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA URBANA.

Características Clínicas	Número de Respostas	%
Etiologia	(73)	100
FAF	61	83,6
Agressão	9	12,3
FAB	3	4,11
Diagnóstico Clínico	(73)	100
TRM	57	78,1
TCE	16	21,9
Segmento Atingido	(73)	100
Coluna Torácica	29	39,7
Crânio e Face	16	21,9

Coluna Cervical	10	13,7
2 segmentos ou mais	10	13,7
Coluna Lombar	8	11,0
Tempo de Lesão	(73)	100
Menos de 3 meses	48	65,8
Mais de 6 meses	15	20,5
3 a 6 meses	10	13,7

Legenda: FAF (ferimento por arma de fogo); FAB (ferimento por arma branca); TRM (traumatismo raquimedular); TCE (traumatismo cranioencefálico). Fonte: Os autores, 2018.

Há discordância nos registros epidemiológicos sobre os segmentos corporais mais lesionados por causas externas. Ovalle, Ríos e Balbuena (2014) relatam que a incidência de lesões traumáticas na coluna torácica foi de 38,3%. Um estudo epidemiológico do trauma raquimedular de Silva *et al* (2018) observou que os segmentos corporais mais afetados foram a coluna tóraco-lombar e cervical subaxial tendo a queda de altura, acidentes automobilísticos, acidentes motociclísticos e mergulho em águas rasas como principais causadores dessas lesões. Da mesma forma, Araujo *et al* (2018) realizaram um estudo similar e indicaram que as colunas cervical e torácica foram os segmentos mais acometidos e a principal causa de lesão foram as quedas de altura. Por sua vez, Souza, Santos e Pereira (2013), revelaram que os ferimentos por arma branca e fogo foram os principais causadores de lesões abertas na coluna torácica.

Acredita-se que a prevalência mundial de traumatismo de coluna seja entre 236 e 4187 casos a cada milhão de pessoas Lee *et al* (2014). Um estudo realizado na Cidade do Cabo, na África do Sul, mostrou que a principal causa de lesão medular foi assalto à mão armada, com ferimentos causados por arma de fogo (Joseph *et al*, 2015). No estudo feito, os ferimentos por armas de fogo foram responsáveis por causar lesão medular em 83,6% da amostra (n = 61). Em contrapartida, o estudo de Araujo *et al* (2018) revelou que a principal causa de trauma medular em pacientes tratados em uma unidade de referência, em São Paulo, foi queda de altura (escadas, andaimes, lajes, pisos de edifícios). De acordo com Silva *et al* (2018), a lesão medular é uma patologia complexa e o tratamento é cheio de nuances, devendo ser tratada como uma emergência neurológica, devido ao risco eminente de déficit grave e permanente e altas taxas de morbimortalidade.

O traumatismo cranioencefálico (TCE) também é outro importante problema de saúde pública, pela alta taxa de morbimortalidade e repercussões socioeconômicas, causando déficits físicos, cognitivos, emocionais e sociais temporários e irreversíveis, além de ser a principal causa de morte em adultos jovens (BOSEL *et al*, 2013). Nessa amostra, o TCE (n = 16, 21,9%) foi o segundo agravo mais diagnosticado. Souza *et al* (2013) relatam que 85% das vítimas de TCE provocado por arma de fogo eram do sexo masculino com idade média de 31 anos. Fraga Maia *et al* (2013) estimaram que as violências foram responsáveis por 58% dos casos de TCE. Por sua vez, Vieira *et al* (2013) revelaram que os acidentes de trânsito causaram 61,7% dos casos de TCE.

Um estudo realizado nos Estados Unidos por Rappaport *et al* (1989) relacionou o tempo decorrido entre a lesão e a admissão em um programa intensivo de reabilitação hospitalar e relatou que pacientes os quais foram admitidos em centros de reabilitação antes do 60º dia de lesão apresentam melhores condições de vida diária e maior capacidade laboral.

Todavia, de acordo com Fraga Maia *et al* (2013), as evidências produzidas sobre neuroplasticidade e resiliência de pacientes que sofreram lesões cerebrais, em geral, foram produzidas em países desenvolvidos, onde os serviços de reabilitação estão melhor estabelecidos. De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (2014), o setor público na América Latina e Caribe participa de forma limitada no desenvolvimento de programas de reabilitação e reconhece que as pessoas com deficiências enfrentam obstáculos para ter acesso aos serviços de reabilitação.

As características do tratamento fisioterapêutico podem ser observadas na tabela 3. Os cuidadores, que faziam acompanhamento durante o período de internação, eram orientados e treinados acerca das condutas realizadas durante os atendimentos fisioterapêuticos, visando promover a maior independência funcional do paciente, de acordo com o grau de lesão e quadro clínico apresentado. A cinesioterapia (n = 73, 100%) foi a conduta mais utilizada pelos fisioterapeutas e envolveu mobilização passiva global, exercícios de amplitude de movimento, realizados de forma ativa e passiva pelo paciente, exercícios de fortalecimento muscular e alongamentos musculares. Os pacientes com histórico de complicações clínicas e cirurgias necessitaram de ventilação mecânica e manobras para desobstrução de vias aéreas.

TABELA 3 – CARACTERÍSTICAS DO TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO DE VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA URBANA.

Características do Tratamento Fisioterapêutico	Número de Respostas	%
Permanência Hospitalar	(73)	100
2 semanas	43	58,9
1 semana	30	41,1
Nº. At. Fisioterapêuticos	(73)	100
1 -10 atendimentos	41	56,2
11 - 20 atendimentos	25	34,2
21 - 30 atendimentos	7	9,6
Nível de Funcionalidade	(73)	100
Dependência Modificada	47	64,4
Dependência Completa	24	32,9
Independência Modificada	2	2,7
Condutas	(73)	100
Cinesioterapia	73	100,0
Treino de Mudança de Decúbitos	69	94,5
Orientações em Saúde	62	84,9
Fisioterapia Respiratória	10	13,7
Treino de Equilíbrio	5	6,9
Treino de Marcha	5	6,9

Legenda: At: Atendimentos. Fonte: Os autores, 2018.

Com relação ao nível de funcionalidade, a amostra apresentou dependência modificada em 64,4% (n = 47) dos casos e dependência completa em 32,9% (n = 24). Trierveiler *et al* (2015) relata que os homens expressam maior dependência de cuidado. Ovalle, Ríos e Balbuena (2014) relataram que 63,6% dos pacientes com TRM apresentaram ausência completa da função motora na avaliação pós-cirúrgica. Melo Neto *et al* (2014) relatam que pacientes com TRM, associado ao TCE, apresentam maiores alterações cognitivas, neurocomportamentais e motoras, as quais dificultam a reabilitação. Thornhill *et al* (2000) e Fraga Maia *et al* (2013) observaram elevada frequência de incapacidade funcional global moderada ou grave em pacientes com TCE. De acordo com Fraga Maia *et al* (2013), o controle postural

prejudicado está associado com incapacidades e as sequelas podem ser duradouras e podem comprometer o desempenho funcional dos indivíduos durante anos.

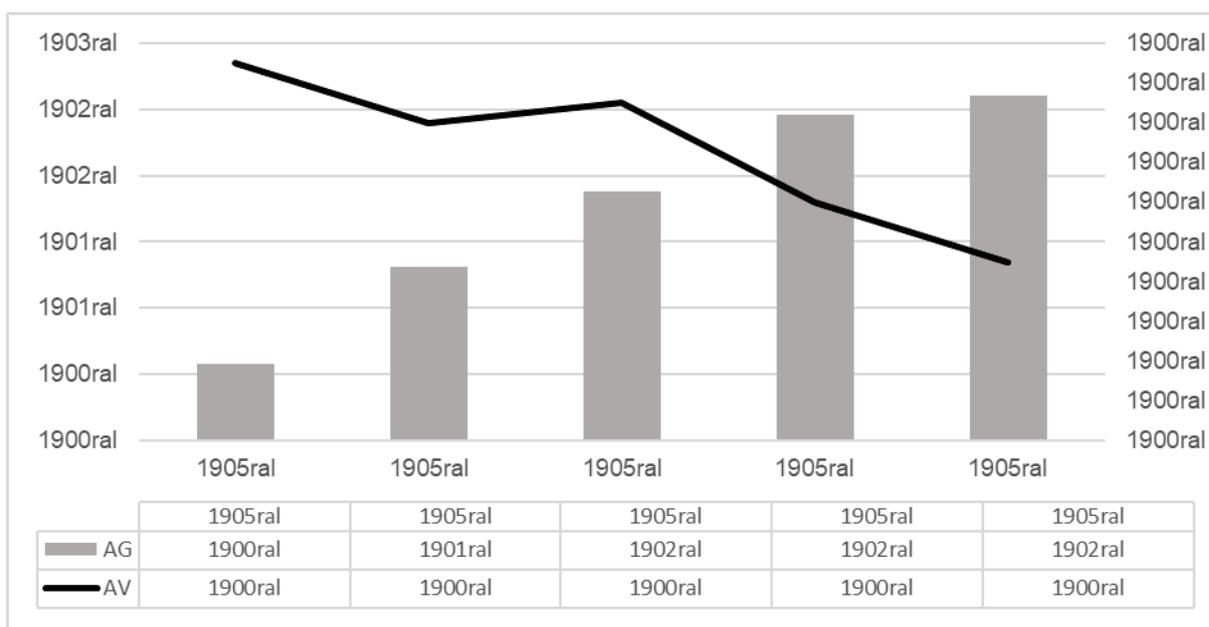
Com relação ao tratamento fisioterapêutico, a cinesioterapia foi a conduta mais utilizada (n = 73, 100%). Lemos, Jorge e Ribeiro (2013) descreveram que os recursos fisioterapêuticos mais utilizados para reabilitação ambulatorial de vítimas de causas externas foram a cinesioterapia (80%), eletroterapia (74%) e termoterapia por adição (70,1%). Eles ainda relatam que a atuação fisioterapêutica na reabilitação de causas externas é destacada pela eficiência na restauração da função e com pequena capacidade de causar efeitos colaterais. Em relação as atividades funcionais, o treino de mudança de decúbitos (n = 69, 94,5%), o treino de equilíbrio (n = 5, 6,9%) e o treino de marcha (n = 5, 6,9%) também foram atividades incluídas no tratamento das lesões. De acordo com Borella e Sacchelli (2009), um programa de reabilitação que incorpore o treino de atividades funcionais estimula a neuroplasticidade e é essencial para desenvolver maior independência dos pacientes.

A eficácia da recuperação funcional de pacientes que sofreram lesões neurológicas, como as supramencionadas, está bem descrita por Fraga Maia *et al* (2013). Por outro lado, Hoffman *et al* (2014) relatam que os atuais processos de reabilitação são, em sua maioria, ineficientes e inadequados para atender às necessidades dos pacientes. Nesse estudo, 58,9% (n = 43) dos pacientes ficaram internados para reabilitação entre 8 e 14 dias e 56% (n = 41) receberam entre 1 e 10 atendimentos fisioterapêuticos. Lemos, Jorge e Ribeiro (2013) relataram que o número de atendimentos fisioterapêuticos ambulatoriais para vítimas de causas externas em Uberlândia variou de 10 a 148, com média de 17 atendimentos por paciente. Atualmente, não há consenso sobre qual seria a intensidade do tratamento adequado para a recuperação da capacidade funcional de pacientes que sofreram lesões cerebrais (FRAGA MAIA *et al*, 2013). Porém, Shiel *et al* (2001) observaram que pacientes que recebem atividades de reabilitação mais intensas, como em nosso estudo, foram mais beneficiados com melhora funcional mais rápida e menor tempo de internação.

A evolução das admissões no CER entre os anos de 2013 e 2017 pode ser observados na figura 5. Os atendimentos de reabilitação tiveram um aumento de 77,9% no período avaliado, sendo 230 admissões em 2013 e 1.040 em 2017. A partir de 2013 até 2016, o crescimento sistemático foi de 76,6%. Entre 2016 e 2017,

o crescimento se mantém num ritmo menor de 5,3%. Em contrapartida, os atendimentos de reabilitação para vítimas de violência urbana diminuíram 47,4% em uma frequência constante, com exceção do ano de 2015. Entre 2013 e 2014, os atendimentos diminuíram 7,7%, de 2014 para 2015, que demonstraram ligeira alta de 6,2% e a partir de então até 2017 voltaram a apresentar queda acentuada de 47,1%.

FIGURA 5 – EVOLUÇÃO DAS ADMISSÕES NO CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO.



Legenda: AG: Admissão geral, AV: Admissão de vítimas de violência urbana. Fonte: Os autores, 2018.

O acesso das vítimas de violência urbana ao CER III vem diminuindo ao longo do período estudado. Foram 19 atendimentos no ano de 2013 e 9, em 2017. De acordo com Minayo e Deslandes (2009), esse tipo de serviço é absolutamente insuficiente e escasso no SUS. Essas autoras relatam que, em Curitiba, a rede de reabilitação necessita de maiores investimentos. Por sua vez, Lima, Correia e Salimene (2016) relataram que o acesso dos pacientes ao SUS perpassa por carência de equipamentos que realizam os atendimentos necessários para suprir as necessidades dos usuários. Nesse sentido, Souza, Silva e Silva (2013) relataram que o modelo de atenção à saúde vigente no Brasil requer a ampliação do olhar profissional sobre a saúde funcional da população para garantir a integralidade do cuidado.

4.2 FISIOTERAPIA E VIOLÊNCIA URBANA: DESAFIOS E ABORDAGENS DAS SIGNIFICAÇÕES SOBRE O PROCESSO DE REABILITAÇÃO

Este recorte descreve a identificação das significações dos fisioterapeutas do serviço acerca dos cuidados realizados com vítimas de violência urbana em processo de reabilitação.

Foram entrevistados 9 indivíduos representados por fisioterapeutas que atuam em um serviço referência em reabilitação física no município de Curitiba-PR. O sexo predominante foi feminino e a faixa etária foi entre 29 e 53 anos, havendo concentração entre 29 e 41 anos. Sobre o tempo de formação, 4 participantes relataram ter menos de 10 anos, 4, entre 11 e 20 anos e 1, mais de 30 anos. Sobre o tempo de atuação no referido serviço, 4 participantes relataram ter mais de 2 anos, e 5, entre 1 e 2 meses.

Isso aconteceu pela transição na administração e, conseqüentemente, mudança na equipe de profissionais no período da coleta dos dados. Apenas 1 profissional afirma estar capacitado para o atendimento às vítimas de violência urbana. E ainda, 3 profissionais explicam já ter recebido algum tipo de instrução para o tratamento das lesões decorrentes da violência urbana.

Após várias leituras aprofundadas da transcrição, emergiram 3 categorias de análise a partir das entrevistas realizadas com os fisioterapeutas de como esses perceberam o processo de reabilitação de vítimas de violência urbana. São elas: I - A influência do saber biomédico nas práticas de saúde face a invisibilidade dos determinantes sociais da saúde; II - Dificuldades na concretização da integralidade em saúde na perspectiva dos profissionais; e III - O papel do fisioterapeuta no processo de reabilitação de vítimas de violência urbana. A seguir, será apresentada a discussão sobre as categorias, a partir do ponto de vista dos fisioterapeutas acerca das temáticas supracitadas.

I – A influência do saber biomédico nas práticas de saúde face a invisibilidade dos determinantes sociais da saúde

Esse tema surgiu a partir das falas dos profissionais a respeito da sua percepção sobre o cuidado para as vítimas de violência urbana. Os profissionais

mencionaram que a atuação da fisioterapia se baseia no tratamento das lesões decorrentes da violência urbana, como descrito nas falas a seguir:

[...] Nosso papel em si é meramente físico, é de reabilitação mesmo, né. (...) Muito provavelmente que o problema físico que o paciente tem, tem agravo psicológico (...), mas efetivamente não é nossa área, né? Nossa única preocupação é a área da reabilitação para ele, né? Tanto que pra gente não importa como e porque ele conseguiu a lesão em si, mas o que a gente vai conseguir fazer com a lesão. (P2)

[...] O papel do fisioterapeuta é reabilitar o paciente, dependendo de cada caso um plano de tratamento é traçado para conseguir melhor ganho no tratamento. (P3)

[...] A fisioterapia tem o papel de reabilitar a vítima nas desordens motoras e respiratórias, estimular a funcionalidade e a maior independência. Orientar os cuidadores quanto ao auxílio a este paciente nas atividades de vida diária. Traçar um plano terapêutico que vise a melhora das condições afetadas focadas no melhor prognóstico possível. (P4)

A percepção do fisioterapeuta, acerca do seu papel na reabilitação dos pacientes, mostra que o cuidado de suas ações está centrado nas lesões físicas provocadas pela violência urbana, que por sua vez, acabam influenciando na saúde e funcionalidade. Arouca (2003, p. 38) denomina esse fenômeno de “reducionismo biológico da biomedicina”. Sobre isso, o autor destaca que essa redução exclui do escopo de considerações sobre o processo saúde-doença fatores sociais ou individuais, ditos ‘subjetivos’, com implicações para todas as intervenções em saúde.

Subtil *et al* (2011), relata que no modelo biomédico pouco se diz sobre o sofrimento e sobre como o indivíduo se percebe diante do adoecimento, já que seus procedimentos e sua forma de abordagem terapêutica acabam por resumir as pessoas, as coisas, a vida e os acontecimentos do mundo às medidas de seus padrões de referência, em que o mais importante é a parte doente e não o todo. Sendo assim, o paciente se expressa, por meio de palavras, gestos, posturas e ações, além de características pessoais, a forma como a disfunção se manifesta.

Camargo Jr. (2007), relata que a doença-coisa, que é a última realidade no plano biológico, entidade “natural” (grifo do autor) que dispensa articulação teórica, restringe ao mesmo tempo o escopo das concepções sobre o processo saúde-doença e as possíveis soluções para os problemas decorrentes do mesmo. De acordo com o autor, as doenças se expressam por um conjunto de sinais e sintomas, que são manifestações de lesões, que devem ser buscadas, no âmago do organismo, e corrigidas por algum tipo de intervenção concreta.

Partindo desse princípio, as intervenções em saúde são formuladas de acordo com os “problemas” (grifo do autor) de saúde. Ao longo da história, as sociedades ocidentais desenvolveram um conjunto de técnicas, saberes, instituições, práticas e profissões para dar conta de tais “problemas” (CAMARGO JR., 2007, grifo do autor), que em seu conjunto constituem aquilo que se tem em mente quando se fala em fisioterapia ou fisioterapeuta. As falas a seguir reproduzem esse pensamento:

[...] Sim, nós temos alguns protocolos para lesão medular e lesões encefálicas adquiridas que podem estar associadas a violência urbana. (...) Na verdade a fisioterapia entra exatamente na questão de sequelas que essa violência pode ocasionar em qualquer cidadão. Então, dessa reabilitação funcional do que foi ocasionado. Acho que esse seria o papel do fisioterapeuta em relação à violência urbana. (P5)

[...] Não, não existe um protocolo. Mas quando a gente percebe que algum paciente é vítima de alguma violência a gente encaminha ao serviço social para dar continuidade nessa questão. (P1)

Contudo, esse paradigma parte da premissa que tais ‘problemas de saúde’ são objetos dados, que se oferecem passivamente à observação, bastando serem corretamente identificados pelas técnicas adequadas. Contra essa perspectiva simplificadora, poderia-se propor uma concepção mais híbrida, descrevendo o processo de definição e identificação de problemas de saúde como uma negociação complexa entre vários atores, cujos resultados são contingentes e instáveis ao longo do tempo. Essa concepção tem norteado significativa parcela da produção científica no campo da Saúde Coletiva.

As literaturas relatam que esse campo é diverso, com conflitos internos e excessivamente heterogêneo para ser considerado um campo (AYRES, 2001). Mas, de acordo com Carmargo Jr. (2007), é possível apresentar um conjunto de características desse grupo de pesquisadores: a rejeição da ideia de que o pensamento científico é um registro passivo; em segundo, a crítica continuada a concepções essencialistas do que seria real; e, a necessidade de abordar a produção do conhecimento como empreendimento humano, devendo portanto, estar aberta às descrições baseadas nas ciências sociais e humanas, e em articulações interdisciplinares.

II – Dificuldades na concretização da integralidade em saúde na perspectiva dos profissionais

De acordo com Pinheiro e Camargo Jr. (2003), a integralidade em saúde pode ser entendida como um eixo norteador de novas formas de agir social em saúde. Nesta perspectiva, a integralidade se dá no dia a dia das práticas no cotidiano dos serviços de saúde. Os autores evidenciam a lacuna entre a operacionalização dos serviços e a produção do conhecimento, entre os objetivos predefinidos em modelos/programas e as práticas realmente exercidas pelos profissionais, enfatizando que modelos ideais requerem condições ideais. Sobre essas experiências, todos os profissionais falaram sobre essas dificuldades, como exposto nas seguintes falas:

[...] O paciente que sai do internamento e cai direto pro ambulatório tá numa fase aguda, então é mais fácil de ser trabalhado. O paciente que é encaminhado por uma UBS normalmente teve uma lesão há um certo tempo [...] e acaba influenciando na melhora e no prognóstico dele. (P2)

[...] Atendimento emergencial rápido, início das terapias o mais precoce possível, a reabilitação visando a funcionalidade do paciente, acompanhamento psicológico [...] (P4)

[...] Uma vez que ele é internado aqui eu consigo atendê-lo logo após a alta. O que é diferente de um paciente que vem da UBS, inicialmente demora um pouco mais este trâmite, e outra que neste tempo, geralmente, o paciente fica sem fazer nada em casa. [...] Se tratando de serviços públicos um dos problemas seria esse [demora no atendimento]. (P5)

As literaturas relatam que priorizar a integralidade significa compreender seu funcionamento a partir de dois movimentos recíprocos desenvolvidos por pessoas em processos organizacionais de saúde: a superação de obstáculos e a implementação de inovações nos serviços de saúde – nas relações entre os diversos níveis gerenciais do SUS e entre estes e a sociedade (FERLA; JAEGER; PELEGRINI, 2002). Esses componentes são considerados os principais elos constituintes do cuidado integral oferecido à população e resume as questões relevantes para a apropriação conceitual e prática da Saúde Coletiva (PINHEIRO; FERLA; JUNIOR, 2007).

Para Cecílio (2001, grifo do autor), para refletir sobre integralidade considera-se as necessidades de saúde como “analisadores”. De acordo com o autor, a escuta precisa aumentar a capacidade e as possibilidades de intervenção,

por parte dos trabalhadores da saúde, em relação aos problemas das pessoas que demandam os serviços. Sendo assim, a integralidade a ser cumprida não depende apenas do espaço único dos serviços e ações setoriais e intersetoriais. Isso porque a tecnologia de saúde que ele precisa pode estar em outro serviço ou nível de atenção (CECÍLIO, 2001) ou pode depender da cooperação entre outros setores do Estado (MERHY, 1997).

Nesse sentido, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) nascem como um modelo de atenção que assume o desafio de efetivar uma modelagem organizacional que reassume os compromissos de um gestão colaborativa, participativa e democrática, sem deixar de lado o processo de produção do cuidado (MENDES, 2008; MALTA; MERHY, 2010). Tal compreensão implica gestão compartilhada e arranjos institucionais com vistas a otimizar a ação estatal para atender às demandas da população. Assim a rede é vista como “[...] uma solução adequada para administrar políticas e projetos onde recursos são escassos, os problemas são complexos, e existem muitos atores interessados” (FLEURY, 2002, p. 224).

Nos últimos anos, a constituição de redes de políticas públicas tem emergido como estratégia para viabilizar a ampliação do acesso aos serviços de saúde, educação e assistência social, bem como para enfrentar os impasses decorrentes do acesso restrito e desigual às políticas estatais (PROCOPIUCK; FREY, 2009). Porém, o desenvolvimento de novas formas de governança é um desafio, conforme as falas dos profissionais. É preciso melhorar o fluxo desses pacientes entre os serviços de saúde.

III – O papel do fisioterapeuta no processo de reabilitação de vítimas de violência urbana

As lesões da violência urbana são agudas, porém as sequelas deixadas são crônicas, podendo durar anos ou mesmo acompanhar o sujeito durante toda sua vida. Deste modo, o cuidado com essas pessoas exige mais que técnicas apuradas e avanços tecnológicos. Requer o olhar sobre as experiências dos sujeitos acometidos pela sua nova condição, os quais são chamados para aprender a conviver com a sua nova realidade. A literatura relata os itinerários percorridos e recursos utilizados pelos sujeitos com condições crônicas de saúde e sua rede de

apoio na busca pelo cuidado para resolução de seu sofrimento e aflição (GERHARDT, 2006). Esse itinerário pode ser entendido como um conjunto de ações, estratégias e projetos de cuidado que tem como objetivo o tratamento de algo tomado como sofrimento.

Nesse contexto, a habilidade de escutar o paciente é importante na relação terapêutica estabelecida, além de favorecer a criação de um espaço em que o paciente tem a permissão de se expressar, e ambos têm a possibilidade de participar do processo de cura (MARINHO, 1995). A transcrição a seguir revela que o cuidado com o paciente está além dos protocolos assistenciais, abordando o estabelecimento de vínculos para a criação de laços de confiança entre o terapeuta e o paciente.

[...] O nosso papel é dar melhores condições de atendimento ao paciente e fazer com que o paciente perceba que a gente tá do lado dele, para ele se sentir confortável e confiar nos terapeutas para que a recuperação seja a melhor possível. (P1)

Os estudos que abordam a relação profissional-paciente na área da fisioterapia são escassos. Marinho (1995; 2005) sugere que um dos fatores necessários para a efetividade do processo de reabilitação é a qualidade da relação entre o paciente e o fisioterapeuta. Isto é, à medida que os pacientes se envolvem no tratamento fisioterapêutico, relações interpessoais marcadas pela afetividade se desenvolvem e podem afetar o curso e a qualidade do tratamento em questão (SUBTIL; SOUZA, 2010). Nesse panorama, Subtil *et al* (2011) relata que o desenvolvimento desse relacionamento é algo natural e apresenta vários fatores favoráveis, tais como: período de convivência, estímulos táteis prolongados e comunicação verbal em boa parte do tratamento.

De acordo com Subtil *et al* (2011), o cuidado integral perpassa questões que envolvem a tomada de decisões tanto por parte dos terapeutas quanto dos pacientes. Cuidar integralmente de um indivíduo significa percebê-lo como um ser social, físico e emocional, o qual carrega consigo todos os medos, angústias e frustrações por estar doente naquele momento. O paciente é um indivíduo que apresenta uma história e uma personalidade únicas.

Os fisioterapeutas relataram que os traumas são condições agudas e, geralmente, os pacientes que fazem a reabilitação em nível hospitalar ainda não se

adaptaram com sua nova condição física. Esse fator foi relatado como um ponto negativo para o prognóstico destas vítimas, conforme as transcrições a seguir:

[...] O pior fator que pode piorar o prognóstico é a não adesão do paciente, o paciente tem que entender que a reabilitação é no hospital, mas principalmente fora do hospital. (...) Então se não tiver uma adesão do paciente num ambiente extra-hospitalar é um fator que contribuiu bastante para esse prognóstico. (P2)

[...] O que pode piorar é em relação aos cuidadores, a família, que só trazem aqui pensando que a gente vai curar o paciente e o dever de casa em relação as orientações não é cumprido. (P1)

Desse modo, a identificação de fatores emocionais ligados ao processo de adoecimento requer que a formação do fisioterapeuta seja, necessariamente, voltada para o entendimento e avaliação dos impactos psicossociais do indivíduo e, especialmente, para os aspectos comunicacionais do relacionamento fisioterapeuta-paciente (SUBTIL *et al*, 2011). A efetividade de um tratamento, assim como a adesão, está estreitamente relacionada à comunicação e, principalmente, à qualidade da relação entre o terapeuta e paciente (MARINHO; FIORELLI, 2007; SANGUIN; VIZZOTO, 2007).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência urbana se constitui como uma problemática extremamente complexa, que abrange discussões de diferentes campos disciplinares. Por meio da idealização deste texto buscou-se estabelecer um diálogo com o campo da saúde coletiva, tentando uma aproximação e bebendo das fontes das ciências humanas. Os estudos que tratam de violência urbana e dos atendimentos de reabilitação para pessoas com deficiências realçam que são muitos os desafios inerentes a esse panorama.

Os eventos violentos ocorreram, sobretudo, em vias públicas da Região Metropolitana de Curitiba. As lesões foram causadas, principalmente, por meio de arma de fogo e agressão física, causando traumatismo raquimedular e cranioencefálico. Os segmentos corporais mais afetados foram coluna torácica, crânio e face, e, o tempo de lesão até o início da reabilitação mais relatado foi de até 3 meses.

Verificou-se que jovens, do sexo masculino, com idade entre 20 e 39 anos, que residem na RMC, foi a população mais atingida pela violência urbana. A incapacidade funcional é frequente, exigindo demanda dos serviços de reabilitação. Dentro deste contexto, a fisioterapia, inserida dentro de uma equipe multiprofissional, tem papel fundamental para a recuperação da capacidade funcional destes indivíduos.

A permanência hospitalar para reabilitação variou entre 1 e 2 semanas. Nesse período os pacientes receberam, em sua maioria, entre 1 e 20 atendimentos fisioterapêuticos. Dentre as condutas fisioterapêuticas mais utilizadas, foram relatadas cinesioterapia, treino de mudança de decúbitos e orientações em saúde aos pacientes e familiares/cuidadores.

Dessa forma, conclui-se que o estudo atingiu os objetivos específicos referentes à caracterização sociodemográfica, clínica e funcional das vítimas de violência urbana, do evento traumático e das características do tratamento fisioterapêutico. O rigor metodológico durante a análise documental favoreceu a inclusão de todos os participantes vítimas de violência urbana no período estudado, mesmo aqueles sem registro de alguma variável nos prontuários, nestes casos o contato telefônico foi realizado posteriormente.

Mesmo com o avanço do uso da tecnologia na saúde, os registros de informações, em sua maioria, se encontraram em prontuários de papel. Em análise de grande conjunto de variáveis e de extenso período avaliado, a visualização dos resultados torna-se ineficaz, tendo em vista que esse tipo de análise dificulta o acesso e tratamento dos dados. Dessa forma, destaca-se a construção de base de dados para o setor de fisioterapia do serviço em questão.

Os fisioterapeutas relataram que o processo de reabilitação envolve o tratamento das lesões causadas pela violência urbana, em sua maioria, sob o olhar reducionista do processo saúde-doença. Os traumas decorrentes da violência urbana são agudos e colocam o paciente numa nova condição física. Nesse contexto, a adesão do paciente à fisioterapia é um fator que irá interferir em seu prognóstico.

Outro fator importante é o apoio da família do paciente, que fica internado durante o programa de reabilitação, e recebe as orientações para realizar os cuidados em saúde após a alta. A qualidade na relação entre o profissional-paciente-família é um fator necessário para a efetividade do processo de reabilitação. Dessa forma, o cuidado deve estar além dos protocolos assistenciais, abordando o estabelecimento de vínculos para a criação de laços de confiança.

Os fisioterapeutas também apontaram a fragilidade da Rede de Cuidados à PcD, no que diz respeito à articulação entre os serviços de emergência e reabilitação no município de Curitiba-PR. O fluxo de atendimento poderia ser melhorado para que pacientes com condições agudas e que necessitem de cuidados mais rápidos e intensos possam ser melhor assistidos.

Dentre as limitações deste estudo podemos citar: o período de transição administrativa do serviço, que acabou limitando a participação de fisioterapeutas com mais experiência; e, a participação de profissionais recém-contratados. Isso pode ter contribuído para a precisão e generalização das significações desta categoria acerca da reabilitação de vítimas de violência urbana.

Portanto, considerou-se que a identificação das significações dos fisioterapeutas do serviço acerca dos cuidados realizados com vítimas de violência urbana em processo de reabilitação foi parcialmente atingido.

REFERÊNCIAS

_____. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Diário Oficial da União, Brasília-DF, Seção 1, p. 89, 31 dez. 2010. **Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2018.

AGUDELO, S. F. **La violencia:** un problema de salud publica que se agraba em la región. Bol. Epidemiol. OPS, Washington, v. 10, n. 11, supl.1, p. 7, 1990.

ALEXANDRE, M. J. O.; NASCIMENTO, G. G. **The urban issue in Brazil:** a look at the urban violence in national cities. Geoconexões. 1(1):3-15, 2015.

ANDRADE, L. T.; DINIZ, A. M. A. **A reorganização espacial dos homicídios no Brasil e a tese de interiorização.** R. Bras. Est. Pop., Rio de Janeiro, v. 30, p. S171-S191, 2013.

ARAUJO JUNIOR, F. A.; HEINRICH, C. B.; CUNHA, M. L. V.; VERISSIMO, D. C. A.; REHDER, R.; PINTO, C. A. S.; BARK, S. A.; BORBA, L. A. B. **Traumatismo raquimedular por ferimento de projétil de arma de fogo:** avaliação epidemiológica. Coluna/Columna. 10(4):290-292, 2011.

ARAUJO, A. O.; FERRONATO, D. S.; ROCHA, I. D.; MARCON, R. M.; CRISTANTE, A. F.; FILHO, T. E. P. B. **Profile of spinal cord trauma victims treated at a reference unit in São Paulo.** Coluna/Columna. 17(1):39-41, 2018.

ARENDRT, H. **On violence.** 1970. Tradução de Maria Claudia Drummond, 2004.

AROUCA, S. **O dilema preventivista.** São Paulo: UNESP. 2003.

AYRES, J. R. C. M. **Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde.** Ciência e Saúde Coletiva. 6(1):63-72, 2001.

BAPTISTA, T. W. F. História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: MATTA, G. C.; PONTES, A. L. M. (Org.) **Políticas de saúde:** a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro, EPSJV/Fiocruz, 2007.

BARATA, S. D. A. **Violência urbana.** Coimbra: Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. 2008.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 2011.

BISPO JÚNIOR, J. P. **Fisioterapia e Saúde Coletiva:** desafios e novas responsabilidades profissionais. Rev. Ciência saúde coletiva [online]. Vol. 15, suppl. 1, pp. 1627-1636. 2010.

BOSEL, J.; SCHILLER, P.; HOOK, Y.; ANDES, M.; NEUMANN, J. O.; POLI, S.; AMIRI, H.; SCHÖNENBERGER, S.; PENG, Z.; UNTENBERG, A.; HACK, W.; STEINER, T. **Stroke-related early tracheostomy versus prolonged orotracheal intubation in neurocritical care trial (setpoint):** a randomized pilot trial. *Stroke*. 44(1):21-8, 2013.

BORELA, M. P.; SACCHELLI, T. **Os efeitos da prática de atividades motoras sobre a neuroplasticidade.** *Rev Neurocienc*. 17(2):161-9,2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências.** 2º Ed. 64 p., Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de legislação em saúde da pessoa com deficiência.** 2º Ed. 346 p., Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência.** 24 p. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implementação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias das SAS.** 160 p. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Resumo executivo Saúde Brasil 2014:** uma análise da situação de saúde e das causas externas. 84 p. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2015a.

BRASIL. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. **A atenção primária e as redes de atenção à Saúde.** 127 p. Brasília: CONASS, 2015b.

BRASIL. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. **Violência:** uma epidemia silenciosa. Brasília: CONASS, 2008, 260p.

BRICEÑO-LEON, R. **Urban violence and public health in Latin America:** a sociological explanatory framework. *Cad. Saúde Pública*, v.21, n.6, p.1629-64, 2005.

BRICEÑO-LEON, R. Urban poverty and institutions in Venezuela. In: SALAHUB, J. E.; GOTTSBACHER, M.; BOER, J. **Social theories of urban violence in the global south:** towards safe and inclusive cities. New York: Routledge, 2018. p.139-158.

CAMARGO JR., K. R. **As armadilhas da "concepção positiva de saúde".** *Physis*. 17(1):63-76, 2007.

CARDOZO, P. S. Pessoas com deficiências e protagonismo nos movimentos sociais. In: TUON, T.; CERETTA, L. B. (Orgs) **Rede de cuidado à pessoa com deficiência.** 1ª Ed. Tubarão: Copiart, 2017. 430 p.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001. p.113-126.

CERQUEIRA, D. R. C. **Causas e consequências do crime no Brasil**. 1º Ed. Rio de Janeiro: BNDES, 2014. 196 p.

CERQUEIRA, D.; LIMA, R. S.; BUENO, S.; VALENCIA, L. I.; HANASHIRO, O.; MACHADO, P. H. G.; LIMA, A. S. Atlas da violência 2017. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/download/2/atlas-2017>>. Acesso em: 14/06/2018.

DEL OLMO, R. **Ciudades duras y violencia urbana**. Nueva Sociedad, 167:74-86, 2000.

DRUM, C. E.; KRAHN, G. L.; PETERSON, J. J.; HORNER-JOHNSON, W.; NEWTON, K. Health of people with disabilities: determinants and disparities. In: DRUM, C.; KRAHN, G; BERSANI, H. (Eds.) **Disability and Public Health**. Washington: American Public Health Association. 125-144, 2009.

ESTEVES, A. I. P. **A criminalidade na cidade de Lisboa: uma geografia da insegurança**. 1º Ed. Lisboa: Edições Colibri, 1999.

FERLA, A.; JAEGER, M. L.; PELEGRINI, M. L. A gestão da saúde no contexto do SUS: descentralização, integralidade e controle social como desafios para os novos governos. In: TAVARES, L. (Org.) **Tempos de desafios: política social democrática e popular no governo do estado do Rio Grande do Sul**. Petrópolis: Vozes, 2002.

FLEURY, S. **El desafío de la gestión de las redes de políticas**. Revista Instituciones y Desarrollo. 12(13):221-247, 2002.

FEUERWERKER, L. C. M.; BERTUSSI, D. C.; MERHY, E. E. (Orgs) **Avaliação compartilhada em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. 440 p.

FORSTER, A.; LAMBLEY, R.; HARDY, J.; YOUNG, J.; SMITH, J.; GREEN, J.; BURNS, E. **Rehabilitation for older people in long-term care**. Cochrane Database of Systematic Reviews (Online), 2009.

FRAGA MAIA, H.; DOURADO, I.; FERNANDES, R. C. P.; WERNECK, G. L. **Factores asociados a la incapacidad funcional global luego de transcurrido un año después del traumatismo craneoencefálico**. Salud Colectiva. 9(3):335-53, 2013.

GAWRYSZEWSKI, V. P.; KOIZUMI, M. S.; MELLO-JORGE, M. H. P. **As causas externas no Brasil no ano 2000: comparando a mortalidade e a morbidade**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. 20(4):995-1003, jul-ago, 2004.

GERHARDT, T. E. **Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade.** Cadernos de Saúde Pública. 22(11):2449-2463, 2006.

GUIMARAES-SILVA, J. Abordagens das violências no campo da saúde pública. In: VIEIRA, L. J. E. S.; MOREIRA, D. P.; LIRA, S. V. G. (Orgs) **Enfrentamento às violências: sujeitos, estratégias e contextos.** Fortaleza: EdUECE, 2016. 436p.

HOFFMAN, J. M.; PAGULAYAN, K. F.; ZAWAIDEH, N.; DIKMEN, S.; TEMKIN, N.; BELL, K. R. **Understanding pain after traumatic brain injury: impact on community participation.** American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation/Association of Academic Physiatrists. 86(12):962-9, 2007.

HOFFMAN, K.; COLE, E.; PLAYFORD, E. D.; GRILL, E.; SOBERG, H. L.; BROHI, K. **Health outcome after major trauma: what are we measuring?** Plos One. 9(7):1-11, 2014.

JOSEPH, C.; DELCARME, A.; VLOK, I.; WAHMAN, K.; PHILIPS, J.; NILSSON WIKMAR, L. **Incidence and etiology of traumatic spinal cord injury in Cape Town, South Africa: a prospective, population-based study.** Spinal Cord. 53(9):962-6, 2015.

KRUG, E. G.; DAHLBERG, L. L.; MERCY, J. A.; ZWI, A. B.; LOZANO, R., eds. **World report on violence and health.** Geneva: World Health Organization, 2002. 331p.

LEE, B. B.; CRIPPS, R. A.; FITZHARRIS, M.; ASA DE, P. C. **The global map for traumatic spinal injury epidemiology: update 2011, global incidence rate.** Spinal Cord. 52(2):110-6, 2014.

LEMO, C. A. G.; JORGE, M. T.; RIBEIRO, L. A. **Perfil de vítimas e tratamento de lesões por causas externas segundo atendimento pelo centro de reabilitação municipal de Uberlândia, MG – causas externas e fisioterapia.** Rev Bras Epidemiol. 16(2):482-92, 2013.

LIMA, L. B.; CORREIA, V. D.; SALIMENE, A. C. M. **Perfil social do paciente amputado em processo de reabilitação.** Acta Fisiátrica. 23(2):57-60, 2016.

LOURENÇO, N. **Globalização e insegurança urbana.** Revista Angolana de Sociologia. 11:11-34, 2013.

MACDOWELL, M.; GLASSER, M.; FITTS, M.; NIELSEN, K.; HUNSAKER, M. **A national view of rural health workforce issues in the USA.** Rural and Remote Health. 10(3):1531 (Epub), 2010.

MACHADO, C. M. **Discursos do medo, imagens do outro: estudos sobre a insegurança urbana na cidade do Porto.** Tese de Doutorado em Psicologia. Braga: Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho, 2000.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. **O percurso da linha de cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis.** Interface (Botucatu). 14(34):593-606, 2010.

MARGE, M. **Secondary conditions revisited:** examining the expansion of the original concept and definition. Disability and Health Journal. 1:67-70, 2008.

MARINHO, P. E. M. **Escutar:** aspecto relevante da relação fisioterapeuta-paciente na fisioterapia. Fisioter Mov. 7(2):59-62, 1995.

MARINHO, A. P.; FIORELLI, J. O. **Psicologia na fisioterapia.** São Paulo: Atheneu, 2007.

MELO NETO, J. S.; TOGNOLA, W. A.; SPOTTI, A. R.; MORAIS, D. F. **Análise de pacientes com trauma raquimedular associado ao traumatismo cranioencefálico.** Coluna/Columna.13(4):302-5, 2014.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde.** 2ª Ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

MENDES, E. V. **Revisão bibliográfica sobre as redes de atenção à saúde.** Belo Horizonte: SESMG, 2008.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011. 549p.

MERHY, E. E. **Em busca do tempo perdido:** a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOKO, R. T. (Orgs) Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, E. E. **A perda da dimensão cuidadora na produção de saúde:** uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: MERHY, E. E. (Org.). Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998. p.103-120.

MERHY, E. E. **O ato de cuidar:** a alma dos serviços de saúde. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Ver-SUS Brasil: cadernos de textos. 299 p. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

MINAYO, M. C. S. **A violência social sob a perspectiva da saúde pública.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 10, p. 7-18, 1994, Suplemento 1.

MINAYO, M. C. S. Violência: um problema para a saúde dos brasileiros. In: BRASIL, Ministério da Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros.** Secretaria de Vigilância em Saúde, 2005. 340p.

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

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. **Análise da implantação da rede de atenção às vítimas de acidentes e violências segundo diretrizes da política nacional de redução da morbimortalidade sobre violência e saúde.** Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, p.1641-1649, dez. 2009.

MUTTI, C. G. **Avaliação das capacidades funcionais de pacientes paraplégicos por trauma raquimedular que frequentaram e que não frequentaram um centro de reabilitação.** 61 f. Dissertação (Mestrado em Fisiopatologia Experimental) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

OLIVEIRA, W. F. **Violência e saúde coletiva:** contribuições teóricas das ciências sociais à discussão sobre o desvio. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 42-53, 2008.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. **CD53-7 Plano de ação sobre deficiências e reabilitação.** Washington: OPAS; 2014. Disponível em: <<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-7-p.pdf>>. Acesso em: 20/07/2018.

O'TOOLE, K.; SCHOO, A. M. **Retention policies for allied health professionals in rural areas: a survey of private practitioners.** *Rural and Remote Health*. 10(1331):1-12, 2010.

OVALLE, F. A. T.; RÍOS, E. C.; BALBUENA, F. R. **Incidence and functional evolution of traumatic injuries of the spine.** *Coluna/Columna*. 13(3):223-7, 2014.

PARK, R. E. **The city:** suggestions for the investigation of human behavior in the city. *American Journal of Sociology*. 20(5):577-612, 1915.

PÉREZ SÁINS, J. P. **El tercer momento rousseauiano de América Latina.** Posneoliberalismo y desigualdades sociales. Disponível em: <http://www.desigualdades.net/Resources/Working_Paper/72-Perez-Sainz-Online-final.pdf>. Acesso em: 20/06/2018.

PINHEIRO, R.; CAMARGO JR., K. R. **Construção da integralidade:** cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ. 2003. 228p.

PINHEIRO, R.; FERLA, A.; JUNIOR, A. G. S. **A integralidade na atenção à saúde da população.** *Ciência e Saúde Coletiva*. 12(2):343-9, 2007.

PROCOPIUK, M.; FREY, K. **Articulações organizacionais em redes de políticas públicas no ciberespaço:** o caso da política de difusão social de TICS em Porto Alegre e Curitiba. *Organizações & Sociedade*. 16(51):687-706, 2009.

RAPPAPORT, M.; HERRERO-BACKE, C.; RAPPAPORT, M. L.; WINTERFIELD, K. M. **Head injury outcome up to ten years later.** *Arch Phys Med Rehabil*. 70(13):885-92, 1989.

REBELATTO, J. R.; BOTOMÉ, S. P. **Fisioterapia no Brasil.** 2º Ed. São Paulo: Manole, 2004.

REICHENHEIM, M. E.; SOUZA, E. R.; MORAES, C. L.; JORGE, M. H. P. M; SILVA, C. M. F. P.; MINAYO, M. C. S. **Violence and injuries in Brazil: the effects, progress made, and challenges ahead.** *Lancet*. 377, p.1962-75, 2011.

RIBERTO, M.; MIYAZAKI, M. H.; JUCÁ, S. S. H.; SAKAMOTO, H.; PINTO, P. P. N.; BATTISTELLA, L. R.; **Validação da versão brasileira da medida de independência funcional**. Acta Fisiat. 11(2):72-6, 2004.

ROTKER, S. Ciudades escritas por la violencia (a modo de introducción). In: ROTKER, S. **Ciudadanías del miedo**. Caracas: Nueva Sociedad, 2000. p. 7-22.

SAADI TOSI, L. J. **A banalização da violência e o pensamento de Hannah Arendt: um debate ou um combate?** Revista LEVS. 19(19):131-159, 2017.

SACRAMENTO, L. T.; REZENDE, M. M. **Violências: lembrando alguns conceitos**. Aletheia. 24:95-104, 2006.

SANGUIN, F. P. S.; VIZZOTO, M. M. **As variáveis psicológicas no processo de adesão ao tratamento fisioterapêutico**. Mudanças, Psicologia da Saúde. 15(1):13-22, 2007.

SHIEL, A.; BURN, J. P.; HENRY, D.; CLARK, J.; WILSON, B. A.; BURNETT, M. E.; MCLELLAN, D. L. **The effects of increased rehabilitation therapy after brain injury: results of a prospective controlled trial**. Clin Rehabil. 15(5):501-14, 2001.

SILVA, D. J.; DAROS, M. A. **Inserção de profissionais de fisioterapia na equipe de saúde da família e Sistema Único de Saúde: desafios na formação**. Rev. Ciência Saúde Coletiva, 12(6): 1673-1681, 2007.

SILVA, O. T.; GHIZONI, E.; TEDESCHI, B.; JOAQUIM, A. F. **Epidemiologia do tratamento raquimedular de tratado cirurgicamente no Hospital de Clínicas da UNICAMP**. Coluna/Columna. 17(1):55-8, 2018.

SOUZA, V. S. SANTOS, A. C.; PEREIRA, L. V. **Perfil clínico-epidemiológico de vítimas com traumatismo torácico submetidas a tratamento cirúrgico em um hospital de referência**. Scientia Medica. 23(2):96-101, 2013.

SOUZA, D. O.; SILVA, S. E. V.; SILVA, N. O. **Determinantes sociais da saúde: reflexões a partir das raízes da "questão social"**. Saúde Soc. 22(1):44-56, 2013.

SOUZA, R. B.; TODESCHINI, A. B.; VEIGA, J. C. E.; SAADE, N.; AGUIAR, G. B. **Traumatismo cranioencefálico por projétil de arma de fogo: experiência de 16 anos do serviço de neurocirurgia da Santa Casa de São Paulo**. Rev Col Bras Cir. 40(4):300-4, 2013.

STEINER, W. A.; RYSER, L.; HUBER, E.; UEBELHART, D.; AESCHLIMANN, A.; STUCKI G. **Use of the ICF model as a clinical problem-solving tool in physical therapy and rehabilitation medicine**. Physical Therapy. 82(11):1098-1107, 2002.

STUCKI, G.; REINHARDT, J. D.; GRIMBY, G. **Organizing human functioning and rehabilitation research into distinct scientific fields. PartII: Conceptual descriptions and domains for research**. Journal of Rehabilitative Medicine: oficial

journal of the UEMS European Board of Physical and Rehabilitation Medicine. 39(4):299-307, 2007.

SUBTIL, M. M. L.; SOUZA, M. L. **Adesão ao tratamento fisioterapêutico: uma análise fenomenológico-semiótica da percepção de pacientes e terapeutas** [Dissertação]. Espírito Santo: Universidade Federal do Espírito Santo, 2010.

SUBTIL, M. M. L.; GOES, D. C.; GOMES, T. C.; SOUZA, M. L. **O relacionamento interpessoal e a adesão na fisioterapia**. Fisioter Mov. 24(4):745-753, 2011.

THORNHILL, S.; TEASDALE, G. M.; MURRAY, G. D.; MCEWEN, J.; ROY, C. W.; PENNY, K. L. **Disability in young people and adults one year after head injury: prospective cohort study**. BMJ. 320(7250):1631-5, 2000.

TOBAR, F; YALOUR, M. R. **Como fazer teses em saúde pública: conselhos e ideias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001.

TRIERVEILER, K. S.; RAMOS, F. R. S.; SCHOELLER, S. D.; NOGUEIRA, G. C.; MARTINS, M. M. F. P. S.; SCHEIDER, D. G. **Funcionalidade familiar da pessoa com lesão medular**. Texto Contexto Enferm. 24(4):993-1002, 2015.

UNITED NATIONS. **United Nations Convention on the Rights of persons with disabilities**. Geneva: United Nations, 2006.

VIEIRA, R. C. A.; HORA, E. C.; OLIVEIRA, D. V.; RIBEIRO, M. C. O.; SOUSA, R. M. C. **Quality of life of victims of traumatic brain injury six months after the trauma**. Rev Latino-Am Enfermagem. 21(4):868-75, 2013.

WAISELFISZ, J. J. **Mapa da violência 2012: os novos padrões de violência homicida no Brasil**. São Paulo: Instituto Sangari, 2011.

WAISELFISZ, J. J. **Mapa da violência 2016: homicídios por armas de fogo no Brasil**: Rio de Janeiro: FLACSO Brasil, 2015.

WIEVIORKA, M. **Violência hoje**. Ciência e Saúde Coletiva. 11:1147-1153, 2007.

WILSON, R. D.; LEWIS, S. A.; MURRAY, P. K. **Trends in the rehabilitation therapist workforce in underserved areas: 1980–2000**. Journal of Rural Health. 25(1):26-32, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Constitution of the World Health Organization**. Geneva: World Health Organization, 1948.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Injuries and the violence: the facts**. Geneva: WHO, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World report on disability**. Geneva: WHO, 2011. 325p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on violence prevention 2014**. Geneva: WHO, 2014. 274p.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Marcos Claudio Signorelli, Professor da Universidade Federal do Paraná, Ariani Cavazzani Szkudlarek, Professora da Universidade Federal do Paraná, e Alisson Eduardo Ferreira Machado, Aluno do Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando você, paciente do Centro Hospitalar de Reabilitação Ana Carolina Moura Xavier (CHR), a participar de um estudo intitulado “Lesões Traumáticas Causadas por Violência: A Contribuição da Fisioterapia em um Centro de Reabilitação de Referência Estadual no Paraná”.

- a) O objetivo desta pesquisa é analisar a contribuição da Fisioterapia na recuperação físico-funcional de pacientes em situação de violência atendidos em um Centro de Referência em Reabilitação do Estado do Paraná.
- b) Caso você participe desta pesquisa, será necessário que você responda um questionário e uma entrevista que será gravada e posteriormente transcrita.
- b) Para tanto você deverá comparecer no Internamento do Centro Hospitalar de Reabilitação Ana Carolina Moura Xavier, em data e horário agendados previamente, conforme sua disponibilidade. Essa atividade terá duração aproximada de 1 (uma) hora.
- c) É possível que você experimente algum desconforto, principalmente relacionado ao fato de estar respondendo perguntas referentes ao seu processo de reabilitação, gerando um certo constrangimento ao longo da pesquisa. Por isso você pode solicitar a interrupção da atividade a qualquer momento, bem como desistir da mesma.
- d) Os riscos relacionados ao estudo são constrangimento e desconforto, por se tratar de um tema que envolve um momento de fragilidade do participante, mesmo sendo assegurado a privacidade e a confidencialidade dos dados. Você poderá solicitar a interrupção da atividade ou desistir de participar do estudo.
- e) Os benefícios esperados com essa pesquisa são aprimorar as ações da Fisioterapia na reabilitação de vítimas de violência, promovendo subsídios para o desenvolvimento de protocolos assistenciais. Como benefício direto você receberá uma cartilha contendo informações sobre os seus direitos relacionados à saúde da pessoa com deficiência.
- f) Os pesquisadores Marcos Claudio Signorelli, Ariani Cavazzani Szkudlarek e Alisson Eduardo Ferreira Machado, responsáveis por este estudo, poderão ser localizados através dos telefones (+5541)98471-3580 / (+5541)99926-8428 / (+6139)412-380-396, pelos e-mails alisson@ufpr.br / arianiinaira@hotmail.com / marcos.signorelli@gmail.com ou ainda no Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, Rua Padre Camargo, nº 280, Alto da Glória, Curitiba – PR, no Setor de Ciências Biológicas da Universidade Federal do Paraná, Avenida Cel. Francisco H. dos Santos, s/n, Jardim das Américas, Curitiba – PR e/ou no Centro Multiprofissional de Reabilitação Interaudio, Rua Albano Muller, nº 780, Centro, Matinhos – PR, em horário comercial, de segunda a sexta-feira, para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira antes, durante ou depois de encerrado o estudo.
- g) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser fazer mais parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.
- h) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas pelos pesquisadores Marcos Claudio Signorelli, Professor, Ariani Cavazzani Szkudlarek, Professora, e Alisson Eduardo Ferreira Machado, Aluno de Pós-Graduação. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que sua identidade seja preservada e mantida sua confidencialidade.

- i) O material obtido – questionário, entrevista e dados do prontuário – serão utilizados unicamente para essa pesquisa e será destruído ao término do estudo dentro de 5 anos.
- j) As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e você não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação.
- k) Quando os resultados forem divulgados, não aparecerá seu nome, e sim um código.
- l) Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone 3360-7259.

Eu, _____ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim e sem que esta decisão afete meu tratamento.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Curitiba, _____

Participante da Pesquisa e/ou Responsável Legal: Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE: Orientador: Co-orientadora:

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da UFPR | CEP/SD
Rua Padre Camargo, 285 | térreo | Alto da Glória | Curitiba/PR | CEP 80060-240 |
cometica.saude@ufpr.br – telefone (041) 3360-7259

APÊNDICE B - FICHA DE COLETA DA ANÁLISE DOCUMENTAL

Prontuário nº: _____

Data: _____

Características Sociodemográficas e Econômicas:

Faixa Etária (anos):

- 1 - 10 a 19
- 2 - 20 a 39
- 3 - 40 a 59
- 4 - 60 e mais

Sexo:

- 5 - Masculino
- 6 - Feminino
- 7 - Sem Informação

Cor/Raça:

- 8 - Branca
- 9 - Parda
- 10 - Negra
- 11 - Indígena
- 12 - Amarela
- 13 - Sem Informação

Escolaridade (anos de estudo):

- 14 - 0 a 3 anos
- 15 - 4 a 7 anos
- 16 - 8 a 11 anos
- 17 - 12 e mais
- 18 - Sem Informação

Atividade Remunerada:

- 19 - Sim
- 20 - Não
- 21 - Sem Informação

Renda Familiar:

- 22 - Até 2 salários mínimos
- 23 - 3 a 5 salários mínimos
- 24 - Mais de 5 salários mínimos
- 25 - Sem Informação

Município de Residência:

- 26 - Capital
- 27 - Região Metropolitana
- 28 - Interior

Estado Civil:

- 29 - Solteiro
- 30 - Casado
- 31 - Viúvo
- 32 - Sem Informação

Características Clínicas e Funcionais:

Atendimentos Anteriores:

- 33 - Atendimento Pré-Hospitalar
- 34 - Atendimento de Emergência
- 35 - Outro
- 36 - Sem Informação

Local de Ocorrência:

- 37 - Domicílio
- 38 - Via Pública
- 39 - Outro
- 40 - Sem Informação

Área do Corpo Atingida:

- 41 - Crânio
- 42 - Coluna Cervical
- 43 - Coluna Torácica
- 44 - Coluna Lombar
- 45 - MSD
- 46 - MSE
- 47 - MID
- 48 - MIE
- 49 - Sem Informação

Presença de Deficiências:

- 50 - Não
- 51 - Motora
- 52 - Física
- 53 - Sem Informação

Grau de Independência Funcional

- 54 - Independente
- 55 - Dependente
- 56 - Sem Informação

Apoio Terapêutico:

Permanência Hospitalar:

- 57 - 1 semana
- 58 - 2 semanas
- 59 - Sem Informação

Tratamento Fisioterapêutico:

- 66 - Mobilização
- 67 - Exercícios de Fortalecimento
- 68 - Alongamento Muscular
- 69 - Treino de Decúbitos, Transferências e Marcha
- 70 - Recursos Eletrotermofototerapêuticos
- 71 - Orientações em Saúde

Número de Sessões Fisioterapêutica:

- 60 - 1 a 10 sessões
- 61 - 11 a 20 sessões
- 62 - 21 a 30 sessões
- 63 - 31 a 40 sessões
- 64 - 41 ou mais sessões
- 65 - Sem Informação

Encaminhamento Ambulatorial:

- 72 - Sim
- 73 - Não
- 74 - Sem Informação

APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Apresentação: Olá, meu nome é Alisson Machado, sou Fisioterapeuta e estou realizando uma pesquisa com Fisioterapeutas que atendem vítimas de violência urbana. Gostaria de contar com sua participação. Para isso, será necessário responder algumas questões sobre os atendimentos que você recebeu.

Dados Pessoais:

Nome:

Idade:

Sexo:

Tempo de Formação:

Tempo de Serviço:

1. Pergunta de Transição:

Agora que já nos conhecemos um pouco gostaria de fazer um pergunta. O que você entende por violência urbana?

2. Questões sobre a Fisioterapia:

2.1. Já realizou alguma capacitação para o atendimento de vítimas de violência?

2.2. Existe um protocolo de atendimento para vítimas de violência urbana?

2.3. Na sua percepção, qual o papel do Fisioterapeuta na reabilitação de vítimas de violência urbana?

2.4. Na sua opinião, quais fatores que podem melhorar o prognóstico das vítimas de violência urbana durante a reabilitação?

2.5. Na sua opinião, quais fatores que podem piorar o prognóstico das vítimas de violência urbana durante a reabilitação?

Muito obrigado por sua participação!

ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Lesões Traumáticas Causadas Por Violência: A Contribuição da Fisioterapia em um Centro de Reabilitação de Referência Estadual no Paraná

Pesquisador: Marcos Claudio Signorelli

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 69991017.6.0000.0102

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.167.950

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa intitulado "Lesões traumáticas causadas por violência: a contribuição da Fisioterapia em um Centro de Reabilitação de Referência Estadual no Paraná", sob a responsabilidade e coordenação da Prof. Dr. Marcos Claudio Signorelli, pesquisador e orientador do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFPR, e coorientação da Profª. Drª. Dra. Ariani Cavazzani Szkudlarek do

Ativar o
Acesse C