

## VITIMIZAÇÃO POLICIAL: MORBIDADE POR ARMA DE FOGO DE POLICIAIS MILITARES DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Adriane Batista Pires Maia

RIO DE JANEIRO  
2018

# VITIMIZAÇÃO POLICIAL: MORBIDADE POR ARMA DE FOGO DE POLICIAIS MILITARES DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Adriane Batista Pires Maia

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Violência e Saúde  
Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Simone Gonçalves Assis  
Co-orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Fernanda Mendes Lages Ribeiro

Rio de Janeiro  
Agosto 2018

Adriane Batista Pires Maia

VITIMIZAÇÃO POLICIAL: MORBIDADE POR ARMA DE FOGO DE  
POLICIAIS MILITARES DO ESTADO DO RIO DE  
JANEIRO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Violência e Saúde

Aprovada em:

Banca Examinadora

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Patrícia Constantino  
Pesquisadora CLAVES - FIOCRUZ

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Silvia Ramos de Souza  
Pesquisadora CeSec

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Simone Gonçalves Assis  
Pesquisadora CLAVES - FIOCRUZ

Rio de Janeiro  
2018

Catálogo na fonte  
Fundação Oswaldo Cruz  
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde  
Biblioteca de Saúde Pública

M217v    Maia, Adriane Batista Pires.  
          Vitimização policial: morbidade por arma de fogo de policiais  
          militares do estado do Rio de Janeiro / Adriane Batista Pires  
          Maia. -- 2018.  
          151 f. : il. color. ; graf. ; tab.

          Orientadora: Simone Gonçalves Assis.  
          Coorientadora: Fernanda Mendes Lages Ribeiro.  
          Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola  
          Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro,  
          2018.

          1. Polícia. 2. Morbidade. 3. Ferimentos por Arma de Fogo.  
          4. Traumatismos Faciais. 5. Violência. 6. Vítimas de Crime.  
          I. Título.

CDD – 23.ed. – 303.6

À minha querida família: Victor M. Maia, Ana Luiza Pires Maia e Victor Pires Maia, pelo carinho e incentivo e por acreditarem em mim sempre. E aos meus pais, Paulo Pires e Ângela Maria B. Pires, por todo o processo de educação desde a infância, que me fez amar e valorizar a educação como a maior herança que podemos receber e partilhar.

## AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Dra. Simone Gonçalves Assis, por toda sua atenção e por compartilhar comigo todo seu conhecimento e serenidade. Obrigada por me acolher sempre com carinho e confiança.

À minha coorientadora Dra. Fernanda Mendes Lages Ribeiro, pela acolhida e esforço contínuo em estimular o aprimoramento.

Ao meu querido marido Victor Monteiro Maia, pelo constante apoio e estímulo em tudo que faço, e a meus filhos Ana Luiza Pires Maia e Victor Pires Maia por alegrarem meus dias com toda sua espontaneidade de criança, que foi fundamental para tornar essa jornada mais leve.

A meus pais, Paulo Pires e Ângela Maria Batista Pires, por terem plantando em mim o desejo de contribuir com um mundo possível melhor e serem nessa caminhada incentivadores incansáveis. Aos meus irmãos, Cristiani, Paulo Jr., Aline e Lauro, pela presença amiga em todos os momentos.

Aos amigos da Casa Semente, crianças e adultos, que me inspiraram a superar desafios inimagináveis. Aos amigos do Hospital Central da Polícia Militar, Paulo Rangel, Paulo Rodrigues, Adriana Bezerra, Vanessa Paiva e Nilcéia Oliveira, que me ensinam há quase duas décadas a sempre fazer o melhor possível por nossos pacientes, e ao Cupello, por sua dedicação em documentar as ocorrências de policiais militares feridos por arma de fogo.

Aos amigos Eduardo, Adriana, Clemir, Elcivan, Paulo, Sissy, Clenir, Patrícia, Fernanda, Ana Maria, Débora, Vladimir, Aline e Patricia S. pelo carinho e compreensão nas minhas ausências. Obrigada pelas palavras de incentivo.

Aos amigos que cativei durante o curso de pós-graduação, que direta ou indiretamente contribuíram para enriquecer minha formação.

Aos professores do Departamento de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli, pela generosidade em compartilhar conhecimentos de forma tão acolhedora, e aos funcionários e técnicos por toda a ajuda!

## RESUMO

Essa dissertação buscou identificar o perfil dos policiais militares do estado do Rio de Janeiro acometidos por ferimentos por arma de fogo, com destaque para os operados em decorrência desse tipo de ferimento em face. Problematizou-se como a naturalização da violência contra o corpo do policial é invisibilizada em virtude da falta de informação em saúde dessa classe de trabalhadores e discutiu-se os impactos e desdobramentos dos ferimentos em face entre os policiais vitimados, considerando a face um elemento indicador no desenvolvimento do individualismo. A pesquisa foi realizada a partir de estudo epidemiológico com dados secundários provenientes de policiais militares da ativa que sofreram morbidades por arma de fogo e foram atendidos no Hospital Central da Polícia Militar (HCPM) nos setores de Pronto Atendimento (SPA) e Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial (CTBMF). Os resultados são apresentados em três artigos: (1) *“Profissionais de segurança pública e militares das forças armadas vitimados por ferimentos de arma de fogo: Revisão Sistemática Integrativa”* apresenta levantamento bibliográfico sobre a ocorrência de ferimentos de arma de fogo entre profissionais de segurança pública e militares das forças armadas, por meio de revisão sistemática realizada em periódicos nacionais e internacionais a partir de artigos indexados em bases da saúde, apontando que os ferimentos por arma de fogo constituem mundialmente o principal mecanismo de ferimento em serviço entre os policiais e que há uma lacuna quanto a estudos que discutam as repercussões físicas destes ferimentos para o exercício profissional. (2) *“Ferimentos não fatais por arma de fogo entre policiais militares do Rio de Janeiro: a saúde como campo de emergência contra a naturalização da violência”* realizou um estudo epidemiológico a partir de dados secundários referentes aos policiais militares da ativa atendidos no SPA do HCPM em decorrência de ferimentos por arma de fogo em qualquer parte do corpo, no período de junho de 2015 a dezembro de 2017. Os resultados apontam para 475 policiais militares ativos atendidos em decorrência de ferimentos por armas de fogo, sendo 98,3% do sexo masculino, 77,3% em serviço no momento da ocorrência e 97,9% praças (em especial soldados), principalmente lotados em batalhões de Unidade de Polícia Pacificadora e do Batalhão de Operações Especiais. Quanto à localização anatômica dos ferimentos, as regiões mais acometidas foram membros inferiores (41,1%) e superiores (33,1%), região da cabeça-pescoço-face (23,5%) e tórax-abdome (17,3%). As áreas na região metropolitana do Rio de Janeiro onde foram encontradas as maiores ocorrências de morbidade por arma de fogo foram as Áreas de Planejamento 3 e 1 e a Baixada Fluminense. (3) *“A violência marcada na face: ferimentos por arma de fogo entre policiais militares no Rio de Janeiro”* é fruto do mesmo estudo epidemiológico retrospectivo, analisando dados secundários referentes aos policiais militares que foram operados pelo serviço de CTBMF do HCPM em decorrência de ferimentos por arma de fogo em face no período de junho de 2003 a dezembro de 2017. Realizou-se um levantamento desse tipo de morbidade entre os policiais militares, evidenciando um perfil constituído por pacientes do sexo masculino, com idade média de 34,7 anos. Quanto ao perfil profissional, este foi constituído predominantemente por praças (97,3%), em especial soldados. A perda de segmentos ósseo maxilofaciais foi a seqüela mais encontrada. O comprometimento estético facial e os relatos de insônia foram as repercussões tardias de impacto na saúde e no convívio social mais encontradas. Sobre as repercussões laborais do ferimento sofrido, o tempo médio de afastamento por licença de saúde para tratamento dos ferimentos maxilofaciais foi de

11,7 meses. Considerações finais/proposições: vimos que o perfil do policial militar vitimado por arma de fogo no Rio de Janeiro, constituiu-se predominantemente de homens, em especial soldados, que sofreram esses ferimentos por arma de fogo em serviço, especialmente durante ações de incursão policial com troca de tiros. As regiões anatômicas mais acometidas foram os membros superiores e inferiores e a região da cabeça/pescoço/face. Os locais com maior taxa de morbidade por arma de fogo entre policiais militares foram São João de Meriti e a região AP 3 do município do Rio de Janeiro. Constatamos uma correlação entre as taxas de morbidade policial por arma de fogo e a densidade demográfica nos municípios da região metropolitana (exceto a capital). Sobre as medidas de redução da vitimização por arma de fogo entre os policiais militares no RJ, recomendamos a reformulação das políticas de confronto armado, a utilização de equipamentos de proteção balística e a visibilização dos dados sobre as morbidades entre essa classe de trabalhadores.

**Palavras-chave:** polícia militar, morbidade, ferimento por arma de fogo, face, violência, vitimização policial.



## ABSTRACT

This dissertation sought to identify the profile of military policemen of the state of Rio de Janeiro affected by gunshot wounds, especially those who underwent surgery as a result of this type of injury in the face. It questions how the naturalization of violence against the body of police officers was made invisible due to the lack of health information on this class of workers. The impacts and unfolding of the injuries against the police officers were discussed considering the face a central element in the development of individualism. The research was carried out based on an epidemiological study with secondary data from active duty military police officers who suffered from firearm morbidities and were treated at the Central Military Police Hospital (HCPM) in the Emergency (SPA) and Oral and Maxillofacial Surgery (CTBMF) departments. The results are presented in three articles: (1) "Public security professionals and military personnel injured by gunshot wounds: Integrative systematic review" presents a bibliographic research on the occurrence of firearm injuries among public safety professionals and military personnel, through a systematic review carried out considering papers from national and international journals indexed in health databases. This work points out that gunshot wounds constitute the main mechanism of injury in service among policemen worldwide and that there is a gap of studies discussing the physical repercussions of these injuries for the professional exercise. (2) "Non-fatal firearms injuries among military police officers in Rio de Janeiro: health as an emergency field against the naturalization of violence" carried out an epidemiological study based on secondary data referring to active duty military police officers who received treatment in the HCPM Emergency as a result of gunshot wounds in any part of the body, from June 2015 to December 2017. The results indicate that 475 active military police officers were treated as a result of gunshot wounds, 98.3% of which male, 77.3% in service at the time of the occurrence and 97.9% enlisted officers (especially privates), most working in battalions of the Peacekeeping Police Unit and in the Special Operations Unit. Regarding the anatomical location of the wounds, the most affected regions were lower (41.1%) and superior (33.1%) limbs, the head-neck-face region (23.5%) and chest-abdomen (17.3%). The areas in the metropolitan area of Rio de Janeiro where the highest occurrences of firearm morbidity were found in Planning Areas (AP) 3 and 1 and in the Baixada Fluminense. (3) "Violence marked on the face: gunshot wounds among military police officers in Rio de Janeiro" is the result of the same retrospective epidemiological study, analyzing secondary data referring to military police officers who were underwent surgery at the HCPM/CTBMF due to gunshot injuries in the period from June 2003 to December of 2017. A survey of this type of morbidity was carried out among the military police, evidencing a profile composed of male patients, with a mean age of 34.7 years. As for their professional profile, this was constituted predominantly by enlisted officers (97.3%), especially privates. The loss of maxillofacial bone segments was the most frequent sequel. The facial aesthetic impairment and reports of insomnia were the most late repercussions of impact on health and social interaction. Regarding the labor repercussions of the injury suffered, the mean time of health live of absence to treat maxillofacial injuries was 11.7 months. Final considerations/propositions: We have seen that the profile of the military police officer victimized by firearms in Rio de Janeiro consisted predominantly of men, soldiers, who suffered these injuries by firearm in service, especially during actions of police incursion with exchange of shots. The most affected anatomical regions were

the upper and lower limbs and the head/neck/face region. The sites with the highest rates of firearm morbidity among military police officers were São João de Meriti and the AP region 3 of RJ. We found a correlation between firearm morbidity rates and demographic density in the municipalities of the metropolitan region (except the capital). Regarding the measures to reduce firearm victimization among the military police in RJ, we recommend the reformulation of policies of armed confrontation politics, the use of ballistic protection equipment and the visualization of data on morbidities among this class of workers.

**Keywords:** military police, morbidity, gunshot wounds, face, violence, police victimization.

## LISTA DE TABELAS, QUADROS E GRÁFICOS

Figura 1: Fluxograma de identificação e seleção dos artigos para revisão sistemática sobre a ocorrência de ferimentos por arma de fogo entre profissionais de segurança pública e militares das forças armadas. (artigo 1)

Quadro 1: Relação dos artigos encontrados na revisão sistemática segundo autor, ano de publicação, país onde ocorreram os ferimentos por armas de fogo (FAF), categoria profissional (CP), objetivos, metodologia e resultados do artigo. (artigo 1)

Gráfico 1: Distribuição dos artigos sobre profissionais de segurança pública e FAF por década (N=31). (artigo 1)

Tabela 1: Distribuição anatômica dos FAF (artigo 1)

Tabela 1: Evolução temporal dos ferimentos por arma de fogo ocorridos entre policiais militares da região metropolitana do Estado do Rio de Janeiro – junho de 2015 a dezembro de 2017 (N=472). (artigo 2)

Gráfico 1: Distribuição dos ferimentos por arma de fogo ocorridos entre policiais militares da região metropolitana do Estado do Rio de Janeiro – junho de 2015 e dezembro de 2017 (N=472). (artigo 2)

Tabela 2: Distribuição do quantitativo de policiais militares da região metropolitana do Estado do Rio de Janeiro feridos por armas de fogo, segundo patente. (artigo 2)

Tabela 3: Distribuição anatômica dos ferimentos por armas de fogo que atingiram policiais militares da região metropolitana do Estado do Rio de Janeiro (N=475). (artigo 2)

Tabela 4: Distribuição espacial dos locais onde ocorreram os ferimentos de policiais por armas de fogo na região metropolitana do RJ. (artigo 2)

Tabela 1: Distribuição das fraturas maxilofaciais em decorrência de trauma por arma de fogo (junho de 2003 a dezembro de 2017, N=109). (artigo 3)

Tabela 2: Distribuição das sequelas e complicações advindas do trauma sofrido por policiais militares do Estado do Rio de Janeiro (junho de 2003 a dezembro de 2017, N=77). (artigo 3)

Tabela 3: Distribuição das especialidades envolvidas no tratamento dos pacientes com FAF em face (junho de 2003 a dezembro de 2017, N=136). (artigo 3)

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

- PMERJ:** Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro
- HCPM:** Hospital Central da Polícia Militar
- FUSPOM:** Fundo de Saúde da Polícia Militar
- MS:** Ministério da Saúde
- ISP:** Instituto de Segurança Pública
- DPA:** Departamento de Pessoa da Ativa
- DGS:** Diretoria Geral de Saúde
- DGO:** Diretoria Geral de Odontologia
- RIPSA:** Rede Interagencial de Informação para Saúde
- SIHSUS:** Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde
- SIM:** Sistema de Informação sobre Mortalidade
- SINAN:** Sistema de Informação de Agravos de Notificação
- SUS:** Sistema Único de Saúde
- SGTES:** Sistema de Informação para a Gestão do Trabalho em Saúde
- AF:** Arma de Fogo
- FAF:** Ferimento por Arma de Fogo
- PM:** Policial Militar
- RJ:** Rio de Janeiro
- PAF:** Projétil de Arma de Fogo
- CTBMF:** Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial
- SPA:** Setor de Pronto Atendimento
- CMP:** Centro Médico Pericial
- AP:** Área de Planejamento
- PRISMA:** *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*
- LEOKA:** *Annual Law enforcement officers Killed and assaulted*
- FBI:** *Federal Bureau of Investigation*
- EUA:** Estados Unidos da América
- SUSP:** Sistema Único de Segurança Público

## SUMÁRIO

1	<b>CAPÍTULO 1: SOCIEDADE, POLÍCIA E VIOLÊNCIA: CARACTERIZAÇÕES</b> .....	15
1	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	15
2	<b>CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO E CONTEXTUAL</b> .....	22
2.1	A CONSTRUÇÃO DA CATEGORIA POLICIAL NO RIO DE JANEIRO.....	22
2.2	A DIFICULDADE DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE SOBRE O POLICIAL MILITAR NO BRASIL E O SISTEMA DE SAÚDE DA PMERJ.....	26
2.3	O DISPOSITIVO DO HERÓI E A NATURALIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA NO CORPO DO POLICIAL MILITAR.....	32
2.4	FISIOPATOLOGIA, PERFIL DOS ACOMETIDOS E LOCALIZAÇÃO DOS FAF.....	37
2.5	A REPRESENTATIVIDADE DA FACE E A COMPLEXIDADE DOS PROCEDIMENTOS REPARADORES ENTRE OS POLICIAIS VÍTIMAS DE FERIMENTOS COM ARMA DE FOGO EM FACE.....	41
2.6	SOBRE O CONCEITO DE VITIMIZAÇÃO E SUA REPRESENTAÇÃO SOCIAL ENTRE OS PROFISSIONAIS DE SEGURANÇA PÚBLICA.....	44
3	<b>CAPÍTULO 3: METODOLOGIA</b> .....	49
3.1	REVISÃO SISTEMÁTICA INTEGRATIVA (ARTIGO 1).....	50
3.2	LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO (ARTIGOS 2 E 3).....	51
3.3	ASPECTOS ÉTICOS.....	55
4	<b>CAPÍTULO 4: RESULTADOS</b> .....	56
4.1	ARTIGO 1 – PROFISSIONAIS DE SEGURANÇA PÚBLICA E MILITARES DAS FORÇAS ARMADAS ACOMETIDOS POR FERIMENTOS COM ARMA DE FOGO: REVISÃO SISTEMÁTICA INTEGRATIVA.....	56
4.1.1	<b>Introdução</b> .....	58
4.1.2	<b>Metodologia</b> .....	61
4.1.3	<b>Resultados</b> .....	63
4.1.4	<b>Referências</b> .....	79
4.2	ARTIGO 2 – FERIMENTOS NÃO FATAIS POR ARMA DE FOGO ENTRE POLICIAIS MILITARES DO RIO DE JANEIRO: A SAÚDE COMO CAMPO DE EMERGÊNCIA CONTRA A NATURALIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA.....	84
4.2.1	<b>Introdução</b> .....	85
4.2.2	<b>Métodos</b> .....	87
4.2.3	<b>Resultados</b> .....	89
4.2.4	<b>Discussão</b> .....	95
4.2.5	<b>Referências</b> .....	100
4.3	ARTIGO 3 – A VIOLÊNCIA MARCADA NA FACE: FERIMENTOS POR ARMA DE FOGO ENTRE POLICIAIS MILITARES NO RIO DE JANEIRO.....	103
4.3.1	<b>Introdução</b> .....	105
4.3.2	<b>Metodologia</b> .....	106
4.3.3	<b>Resultados</b> .....	107
4.3.4	<b>Discussão</b> .....	111
4.3.5	<b>Conclusão</b> .....	115
4.3.6	<b>Referências</b> .....	116
5	<b>CAPÍTULO 5: “MÁQUINA DE MOER GENTE”: DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	120
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	128
	<b>ANEXO 1: FICHA DE ANAMNESE E EVOLUÇÃO DO SETOR DE CTBMF HCPM</b> .....	145
	<b>ANEXO 2: RELATÓRIO SOBRE POLICIAIS ATENDIDOS NO SPA EM VIRTUDE DE PAF</b> .....	147
	<b>ANEXO 3: INSTRUMENTO PARA DIGITALIZAÇÃO DAS INFORMAÇÕES DOS RELATÓRIOS DE POLICIAIS ATENDIDOS NO SPA POR PAF PARA O PROGRAMA EPIDATA</b> .....	148
	<b>ANEXO 4: INSTRUMENTO PARA DIGITALIZAÇÃO DAS INFORMAÇÕES DOS PRONTUÁRIOS DO SETOR DE CTBMF PARA O PROGRAMA EPIDATA</b> .....	149

## **CAPÍTULO 1: SOCIEDADE, POLÍCIA E VIOLÊNCIA: CARACTERIZAÇÕES**

### **1.1 INTRODUÇÃO**

A busca em estudar e entender as causas da violência tem sido uma preocupação na humanidade a fim de desenvolver medidas que permitam enfrentar, prevenir e atenuar seus efeitos no convívio social (MINAYO, 1994). Contudo, a violência é um tema complexo, inclusive em sua conceituação e expressões, já que pode ser uma forma própria de relação pessoal, social, cultural, política e também, por vezes, fruto de comportamentos naturalizados (MINAYO; RAMOS DE SOUZA, 1999). Para compreensão da violência social, contamos com ricas contribuições das ciências humanas e da filosofia; no entanto, em virtude do caráter polissêmico, complexo e controverso do tema, permanecem lacunas e a necessidade de aprofundar a interdisciplinaridade em seu estudo (MINAYO, 2010).

A partir dessa perspectiva, a área da saúde tem contribuído não somente com o atendimento às vítimas da violência social, mas também com a proposição de estratégias de caráter preventivo (MINAYO; SOUZA, 1998; NJAINE et al., 2007). Agudelo (1990) afirma que a violência afeta a saúde porque ela representa um risco maior para a realização do processo vital humano, já que ameaça a vida, altera a saúde, produz enfermidades e pode provocar a morte como realidade ou como possibilidade próxima. A Organização Panamericana da Saúde – OPAS (1993) afirma que a violência, em virtude do número de vítimas e da amplitude de sequelas emocionais que produz, tem hoje um caráter endêmico e é um problema de saúde pública.

O Brasil é um país marcado pela violência, todavia, no imaginário social, existe o mito de que somos um país pacífico (DA MATTA, 1982). Nos últimos 35 anos, apesar da retomada dos direitos civis e do restabelecimento do estado democrático de direito, ocorreu, a reboque do crescimento da globalização e da urbanização, uma escalada da violência social. A partir da década de 1960, tivemos uma transição epidemiológica das doenças infecto-parasitárias para as doenças crônicas e para as causas violentas. À medida que o processo de urbanização ocorreu nas cidades, vimos o aumento de cerca de 30% de mortes violentas acontecendo na década de 1980, quando esta alcançou o segundo lugar entre as causas de morte no obituário geral, perdendo apenas para as doenças cardiovasculares, o que a tornou um grave

problema de saúde. Esse crescimento no número de ocorrências de mortes violentas se mostrou ainda maior na faixa etária de 5-49 anos, em que ocupa o primeiro lugar entre a causa geral de morte (DE SOUZA; MINAYO, 1994). Em estudo recente do Atlas da Violência, foi constatado que, em 2017, a taxa de homicídios no Brasil ultrapassou a marca nunca antes vista de 30 por 100 mil habitantes (CERQUEIRA, 2018).

Segundo dados do Mapa da Violência sobre homicídios por arma de fogo, entre 1980 e 2014, morreram 967.851 pessoas por esta causa no Brasil, representando 85,8% do total de homicídios (WAISELFIZ, 2016). O crescimento da mortalidade por arma de fogo oscilou ao longo desse período: entre 1980 e 2003, cresceu de forma acelerada numa média de 8,1% ao ano. A partir de 2003, houve uma redução nas taxas, o que pode ser explicado, segundo o Mapa, pelo Estatuto e Campanha do Desarmamento iniciados em 2004. A partir de 2008, o índice novamente oscila e torna a crescer a partir de 2012. O crescimento da letalidade violenta por esta causa, entre 1980 e 2014, foi de 592,8% para a população em geral e, quando considerada a faixa etária de 15 a 29 anos, 699,5%. A taxa para o Brasil é de 20,7 por 100 mil habitantes, ocupando a 10<sup>a</sup> posição entre os 100 países analisados pelo Mapa. Nacionalmente, os homens representaram 94,4% das vítimas (WAISELFIZ, 2013; WAISELFIZ, 2016).

Quanto às morbidades por arma de fogo no país, os sistemas de vigilância de violências e acidentes, o Viva Inquérito (2014) e o Viva Contínuo (2013) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017), mostram que elas ocuparam a quarta posição entre os meios de agressão física, atingindo sobretudo os homens. Entrementes, importa ressaltar que não é possível conhecermos a real magnitude de tais morbidades por fatores tais como a subnotificação e pela não obrigatoriedade deste registro nas fichas de notificação compulsória dos acidentes e violências no que se refere à violência extrafamiliar, como é o caso da violência decorrente de criminalidade em homens adultos de 20 a 59 anos. Tais fatos representam uma grande restrição à real compreensão sobre os impactos dos ferimentos por arma de fogo na população (DE SOUZA et al., 1996).

Em função do potencial dos traumas por arma de fogo em provocar morbimortalidade, acrescido à escalada da ocorrência desse tipo de ferimento em virtude da penetração de armas com elevado potencial de destruição no país, este

problema torna-se de saúde pública, destacando-se que afeta não apenas a população civil, como também os profissionais de segurança (MINAYO et al., 2011).

Sabemos que os profissionais de segurança pública apresentam maior risco de morte por origem violenta se comparados a outras profissões (GERSHON et al., 2002; MINAYO; DE SOUZA, 2003; FERREIRA et al., 2008; VIOLANTI et al., 2013; CLARKE et al., 1999; SWEDLER et al., 2013). Esse risco advém da natureza e das atribuições da profissão, que promovem um elevado nível de estresse e desgaste emocional (ARMOUR, 1996; KYRIACOU et al., 2006; DE SOUZA et al., 2007; MINAYO; CONSTANTINO, 2008; CAN et al., 2010). Além desses fatores, no Brasil esses profissionais convivem com altos níveis de criminalidade e elevado número de armas de fogo em circulação, que têm resultado num alto número de policiais feridos por projétil de arma de fogo, agravando as condições de risco para sua saúde (MINAYO; CONSTANTINO, 2007). Segundo informações do relatório anual do Fórum de Segurança Pública (2017), em 2016, 358 policiais morreram em virtude da violência em todo país (CERQUEIRA et al., 2017). Não há, contudo, um sistema único e integrado que registre as morbidades que atingem os profissionais de segurança, dificultando a compreensão sobre as condições de saúde desses profissionais e o impacto da violência no seu cotidiano. Da mesma forma, há uma tendência ao distanciamento entre as instituições militares e a sociedade, característica que é relatada por historiadores desde a criação da polícia militar e se estende até os dias de hoje (BRETAS, 1997), havendo pouco diálogo entre ambas as esferas, o que também contribui para o reduzido número de pesquisas sobre essa classe de trabalhadores.

O sistema de segurança pública e suas sucessivas políticas, no Rio de Janeiro (RJ), têm sofrido inúmeras críticas e desconfiança por parte da sociedade (LEMGRUBER et al., 2002; RAMOS, 2016). Nesse processo, também parece ter acontecido uma naturalização da violência sofrida pelo policial militar, que, não raramente, é visto somente a partir de números e como mero instrumento de execução das mais questionáveis políticas públicas repressivas.

Conhecer, portanto, o perfil do policial militar do Rio de Janeiro vitimado por ferimento de arma de fogo e os impactos de tais lesões, com destaque especial para a face, pode revelar e contribuir para retirar de sua figura uma aura de herói ou anti-herói, apontando para o que é muitas vezes invisibilizado: que eles são pessoas



comuns. A construção de uma polícia humanizada e cidadã partirá necessariamente de uma dialética que inclui um olhar mais humanizado para esses profissionais e que possa se refletir em políticas públicas que valorizem a vida de civis e policiais.

Ao longo dos últimos 16 anos, tenho tido a oportunidade de atuar profissionalmente como oficial dentista no setor de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial (CTBMF) no Hospital Central da Polícia Militar (HCPM). Ao participar ativamente desses momentos na vida do policial, desde o atendimento na emergência e as cirurgias reparadoras até sua trajetória de recuperação, pude conhecer muitos deles para além da figura uniformizada e militarizada que exige a profissão; conheci, sobretudo, o policial transformado em paciente. Suas narrativas sobre as experiências de risco iminente à vida e sobre como tiveram seus corpos, especialmente a face, marcados violentamente, apresentam para esses pacientes uma nova perspectiva de vida e desafios que se seguem. Nessa trajetória, me senti desafiada a, partindo dessa vivência junto aos policiais, discutir alguns desdobramentos envolvidos nesse grupo de trabalhadores no Rio de Janeiro.

Quanto ao contexto político-social da elaboração da pesquisa, esta foi concebida e desenvolvida entre os anos de 2017 e 2018; período em que o estado do Rio de Janeiro vivenciou um anticlímax político e social marcado por uma profunda crise, tanto econômica quanto de confiança da população sobre a lisura e capacidade do Estado em responder às demandas da sociedade.

A reboque da onda de crescimento econômico nacional dos últimos 12 anos, manifesta na melhora de diversos índices socioeconômicos que colocaram o Brasil, em 2011, como a 6ª maior economia do mundo segundo o Relatório Perspectiva Econômica Mundial do Fundo Monetário Internacional<sup>1</sup>, o Rio de Janeiro vivenciou um momento de otimismo que fomentou a realização de diversas obras e megaeventos na cidade.

Como política de governo do então governador do RJ, Sérgio Cabral, e tendo a Secretaria de Estado da Segurança Pública sob o comando de José Mariano Benincá Beltrame, em 6 de janeiro de 2011 foi assinado o decreto número 42.787, que tratou sobre o Programa de Polícia Pacificadora (UPP). Como objetivos do

---

1 ISTOÉ. Brasil ultrapassa Reino Unido e se torna 6ª economia do mundo. **Istoé**. Economia e Negócios, 26 dez. 2011. Disponível em: <<https://istoe.com.br/184334-BRASIL+ULTRAPASSA+REINO+UNIDO+E+SE+TORNA+6+ECONOMIA+DO+MUNDO/>>. Acesso em 16 jan. 2018.

programa estavam a recuperação de territórios sob o controle de grupos ilegais armados, a restauração do monopólio legal e legítimo da força pelo Estado e a diminuição da criminalidade violenta, sobretudo a letal localizada em comunidades pobres, onde há baixa institucionalidade, alto grau de informalidade e presença de grupos de criminosos ostensivamente armados (RIO DE JANEIRO, Decreto 42.787, 2011). A partir de então, a cidade vivenciou uma rápida expansão das UPPs na cidade.

Após os eventos da Copa do Mundo em 2014 e das Olimpíadas em 2016, o Brasil viveu uma ressaca política com indícios de resultados negativos na economia e aumento das taxas de desemprego que culminaram com o processo de *impeachment*<sup>2</sup> da presidenta Dilma Rousseff e o agravamento da falta de credibilidade das instituições e do estado democrático de direito.

No Rio de Janeiro, os reflexos da crise econômica resultaram no desmantelamento de diversas políticas públicas, que também atingira a Secretaria Estadual de Segurança Pública e, em especial, as intenções de implementação e avanço das UPPs. Não foi objeto de nossa pesquisa avaliar os motivos pelos quais tal política apresentou sinais de falência imatura. Entretanto, importa ressaltar que, a partir de 2016, os índices de violência na cidade do RJ, impressos nas taxas de homicídios e de roubos a transeuntes, voltaram a crescer, e mesmo o apoio das Forças Nacionais e até mesmo do Exército, através da promulgação de Lei da Garantia da Lei e da Ordem, não foi suficiente para conter a escalada da sensação de insegurança entre os moradores da cidade. Apesar destas medidas emergenciais, viu-se um aumento da violência na cidade, com reflexos no crescimento do número de vitimização fatal de policiais. Segundo informações do jornal G1, em 2017, 134 policiais militares no Estado do RJ morreram em decorrência da violência<sup>3</sup>. O Rio de Janeiro foi palco de uma decisão inédita na nova democracia, a partir da assinatura, em 16 de fevereiro de 2018, do decreto presidencial número 9.288, que declarou Intervenção Federal na Segurança Pública do estado. Contudo, após 120 dias de intervenção, o Observatório da Intervenção do Centro de Estudos de Segurança e Cidadania apontou para o aumento de operações e tiroteios na cidade, que resultaram

---

2 Impugnação de mandato, processo de cassação feito a partir de uma denúncia-crime contra uma autoridade, geralmente um presidente, sendo a sentença proferida pelo poder legislativo (DICIO, 2018).

3 G1. PMs mortos no Rio. **G1 Rio de Janeiro**, 26 ago. 2017. Disponível em: <<http://especiais.g1.globo.com/rio-de-janeiro/2017/pms-mortos-no-rj/>>. Acesso em: 16 jun.2018.

em mais mortes de civis e policiais, além do chocante assassinato da vereadora da Câmara Municipal do Rio de Janeiro Marielle Franco (RAMOS, 2018).

No Rio de Janeiro, o Instituto de Segurança Pública (ISP) divulga mensalmente os números das incidências criminais e administrativas de segurança do Estado, mas os relatórios sobre vitimização policial incluem apenas o número de policiais mortos em serviço, sem especificar os meios que produziram o óbito, tampouco analisa informações sobre as morbidades por violência ocorridas entre os profissionais de segurança pública. Com isso, permanecem as dificuldades de acesso à informação sobre a vitimização, havendo uma invisibilidade desses dados entre essa classe trabalhadora, o que tem dificultado a elaboração de políticas públicas de saúde voltadas a ela.

Considerando a situação atual vivenciada pelos policiais militares do estado do Rio de Janeiro e a revisão da literatura que embasa a presente dissertação, toma-se como pressupostos que: é elevada a vitimização policial por arma de fogo na PMERJ; há pouca informação sobre as morbidades produzidas por arma de fogo entre os policiais militares; e que os ferimentos por arma de fogo produzem sequelas de difícil resolução, que demandam múltiplas intervenções cirúrgicas e acompanhamento de equipes multidisciplinares. Dessa forma, o estudo do perfil e dos encaminhamentos em saúde entre os policiais que sofreram ferimentos por arma de fogo, com destaque para a face, trará informações inéditas sobre esta expressão da violência e pode ser uma ferramenta adicional de análise para o melhor planejamento do atendimento em saúde oferecido aos policiais. Ademais, proporcionará acesso a informações que possibilitem a realização de análises pela corporação sobre sua forma de atuação, permitindo a realização de planejamento estratégico.

## 1.2 Objetivos

O presente estudo teve como **objetivo geral** identificar o perfil e o atendimento em saúde dos policiais militares do estado do Rio de Janeiro acometidos por ferimentos por arma de fogo atendidos no Hospital Central da Polícia Militar (HCPM).

Tem como objetivos específicos:

- Realizar uma revisão sistemática sobre profissionais de segurança pública com ferimentos por arma de fogo (FAF).

- Identificar o perfil dos policiais militares vítimas de FAF, em qualquer parte do corpo, atendidos no Setor de Pronto Atendimento do HCPM.
- Identificar o perfil e o atendimento em saúde dos policiais militares vítimas de FAF em face operados no setor de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do HCPM.

A dissertação está subdividida em 5 capítulos. No primeiro capítulo, encontram-se a introdução e os objetivos do trabalho; no Capítulo 2 está o marco teórico e contextual que fundamenta a construção das discussões desenvolvidas. No Capítulo 3 lê-se sobre o detalhamento metodológico e as considerações éticas. No quarto capítulo são apresentados os resultados, distribuídos em três artigos. O artigo intitulado “*Profissionais de segurança pública e militares das forças armadas vitimados por ferimentos com arma de fogo: Revisão Sistemática Integrativa*” foi encaminhado à Revista Brasileira de Saúde Ocupacional e aceito para publicação; os demais, “*Ferimentos não fatais por arma de fogo entre policiais militares do Rio de Janeiro: a saúde como campo de emergência contra a naturalização da violência*” e “*A violência marcada na face: ferimentos por arma de fogo entre policiais militares no Rio de Janeiro*” serão ainda encaminhados para publicação. Por fim, no Capítulo 5, apresentamos uma discussão que articula o marco teórico e contextual utilizado nos três artigos, buscando-se algumas possibilidades de prevenção à vitimização policial e tecendo-se algumas considerações finais acerca da temática estudada.

## **CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO E CONTEXTUAL**

O marco teórico e contextual organiza-se nas temáticas: a categoria policial no Rio de Janeiro; a dificuldade de informação em saúde sobre as morbidades sofridas pelo policial militar; a naturalização da violência no corpo do policial; os ferimentos por arma de fogo com ênfase na compreensão de sua fisiopatologia; reflexões sobre o impacto desses ferimentos quando ocorrem na face; e a representação social do conceito de vitimização entre os profissionais de segurança pública.

### **2.1 A CONSTRUÇÃO DA CATEGORIA POLICIAL NO RIO DE JANEIRO**

Para tentar compreender as normas, os modos de funcionamento da instituição Policial Militar no Estado do Rio de Janeiro e como se deu sua forma de atuação, esse tópico aborda como ocorreu a construção histórica dessa categoria até a sua atual configuração. A primeira polícia existente no Rio de Janeiro foi a Guarda Escocesa, trazida por Villegaignon em 1555. No entanto, somente após 12 anos foram editadas por Mem de Sá as primeiras normativas referentes à atividade policial no Rio de Janeiro. Nesse período, a polícia era responsável pela aferição de pesos e medidas, pelo cuidado com a limpeza da cidade e realizava diligências e prisões. Em 1626 aparece um novo tipo de organização policial, aos moldes dos chamados quadrilheiros de Lisboa, porém, em virtude da criminalidade na cidade do Rio de Janeiro e do descrédito da organização, em 1760 o marquês de Lavradio criou o Corpo de Guardas Vigilantes e a guarda montada. Até a chegada de dom João VI ao Brasil, os vice-reis acumulavam funções administrativas e policiais, em cooperação com os ouvidores gerais (MINAYO, 2008). Na Europa, entre o final do século XVII até o início do século XIX, houve a criação de organizações policiais sob o princípio de que a segurança pública era um serviço essencial que deveria ser prestado pelo Estado (SANTOS, 1997). Na França, a polícia nasceu com uma vocação totalitária com forte viés estatal; na Inglaterra, se organizou após uma crítica à tirania da polícia francesa com intensos debates no Parlamento, quando optou-se pela criação de uma polícia comunitária, desarmada e voltada a servir o cidadão (SKOLNICK; FYFE, 1993). A polícia militar no Brasil nasceu inspirada nos modelos das instituições policiais modernas na Europa Ocidental, como resposta à insatisfação popular frente à truculência do Exército, especialmente no controle de conflitos sociais. Dessa forma, sob a forte influência do

pensamento europeu, especialmente da polícia francesa e inglesa, foram concebidas as polícias brasileiras (MINAYO et al., 2008).

A construção histórica do que se tornou posteriormente a Polícia Militar coincide com a chegada da família real portuguesa no Brasil em 1808. O rei Dom João VI, com o objetivo de organizar uma polícia eficiente, criou a Intendência Geral da Polícia. Ela acumulava atribuições administrativas e judiciais e ficava sob os cuidados do intendente geral da Polícia da Corte. Dom João VI queria formar um corpo policial que amparasse a Corte e estivesse atento a possíveis agitações populares influenciadas pelos ideais liberais da Revolução Francesa, que se espalhavam por todo o mundo. A polícia nasceu com atribuições que iam para além dos papéis de vigilância e repressão de crimes: era também responsável pelas obras públicas, segurança pessoal e coletiva, manutenção da ordem e vigilância da população, investigação de crimes e punição de criminosos. O Intendente Geral de Polícia da Corte do Brasil tinha o status de ministro e encampava sob sua responsabilidade todos os órgãos policiais do país com funções de justiça, de governo e de administração interna, a de organizar a Guarda Real da Polícia da Corte.

A Intendência Geral da Polícia, em princípio, não possuía um corpo de profissionais para cumprir as atribuições a ela destinadas; com isso, foi criado em 13 de maio de 1809 a Divisão Militar da Guarda Real da Polícia, organizada à semelhança do exército. Dessa guarda derivou a instituição policial de formato militar (BRETAS, 1997; HOLLOWAY, 1997). Em 1831, sob a regência de Diogo Antônio Freijó, foi realizada uma grande reforma que extinguiu a Guarda Real e criou o Corpo de Guardas Municipais Permanentes, uma organização paramilitar constituída a partir do recrutamento voluntário de cidadãos de posse. O pano de fundo dessa reforma, segundo Holloway (1997), foi a forte influência das ideias liberais que permearam uma série de decisões de modernização institucional do país, como a criação da Constituição Liberal em 1824, outorgada por Dom Pedro I, e a criação do Partido Liberal e do sistema policial do Rio de Janeiro. O Corpo de Guardas Municipais Permanentes, criado sob a influência das polícias europeias, queria diferenciar-se das Forças Armadas e abarcava atribuições de patrulhar dia e noite a cidade, prender todos os que estivessem cometendo crimes, revistar suspeitos, observar ajuntamento de pessoas evitando motins e agitações e autorizar eventos públicos.

Apesar das amplas atribuições de polícia, o Código Criminal instruía para a necessidade de exercício civilizado e respeitoso dos direitos dos cidadãos, visando acabar com os excessos e brutalidades que aconteciam desde a criação da polícia. Apesar dos esforços do regente Freijó, a tradição do uso excessivo da força, brutalidade e até mesmo crueldade permaneceu vigente. Em 1866, o Corpo de Guardas Municipais Permanentes passou a se chamar Polícia da Corte e, posteriormente, em 1920, Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro, com o acrônimo PMERJ. Em 1974, o Governo Federal decide reunir os dois estados através da Lei Complementar nº 20, que determinava a fusão do Rio de Janeiro e da Guanabara em 15 de março de 1975, quando a nova unidade da federação recebeu o nome de Estado do Rio de Janeiro. Surgiu então a corporação assim como a conhecemos hoje, com seu Quartel-General no antigo Quartel dos Barbonos, no Centro da cidade do Rio de Janeiro (MINAYO et al., 2008).

Com isso, historicamente, a formação da polícia se deu com características e atribuições diversas. De forma geral, seu significado está muito associado à ideia moderna das instituições ligadas ao Estado francês do século XVII (BRETAS, 1997). Desde sua criação, a polícia sofreu duras críticas e rejeição da população em virtude dos abusos e procedimentos de tortura. Em parte, esse comportamento pode ser explicado pelo perfil e pela forma muitas vezes forçada de recrutamento de policiais militares, com um efetivo em geral composto por pessoas pouco instruídas, muito simples, escravos fugitivos e imigrantes (MINAYO et al., 2008; MENANDRO; SOUZA, 1996). Segundo Holloway (1997), a cultura de truculência e a falta de confiança na polícia estão na raiz dessa hostilidade.

Entre as reformas e mudanças de diretrizes institucionais mais recentes no âmbito da segurança pública do Rio de Janeiro, destacamos: na década de 1980, a primeira tentativa de mudança dos paradigmas operacionais da Polícia Militar, dentro de uma perspectiva mais democrática a partir do comando da corporação pelo coronel Carlos Magno Nazareth Cerqueira, oficial defensor dos Direitos Humanos; a criação da Secretaria Estadual de Segurança Pública em 1992, quando foram colocadas sob o mesmo guarda-chuva a Polícia Militar e a Polícia Civil, com a intenção de promover maior integração entre elas. Também ressaltamos a criação, em 1999, do Instituto de Segurança Pública (ISP), uma autarquia ligada diretamente à Secretaria de Segurança Pública, que tem como objetivos produzir informações e disseminar

pesquisas e análises com vistas a influenciar e subsidiar a implementação de políticas públicas de segurança, assegurando a participação social na construção dessas políticas.

O jurista Silva (1998) definiu segurança pública como a garantia que o Estado oferece aos cidadãos contra todo o perigo que possa afetar a ordem pública, em prejuízo da vida, da liberdade ou dos direitos de propriedade dos cidadãos. É a essência da missão dos policiais e deriva do campo jurídico. Também definiu os limites do exercício da segurança pública nessa nova configuração cidadã: “a segurança pública limita as liberdades individuais, estabelecendo que a liberdade de cada cidadão, mesmo em fazer aquilo que a lei não lhe veda, não pode ir além da liberdade assegurada aos demais” (SILVA, 1998, p.740).

No arcabouço da segurança pública estão contidos diversos grupos policiais construídos historicamente em períodos e por motivos diferentes no Brasil: a Polícia Federal, a Polícia Rodoviária, a Polícia Ferroviária, a Polícia Civil, a Polícia Militar e o Corpo de Bombeiros. A partir da promulgação da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), a Polícia Militar recebeu uma missão contemporânea subscrita no artigo 144. Ela encontra-se dentro da subdivisão da polícia de segurança como polícia ostensiva, responsável por prevenir e evitar o cometimento de todo e qualquer delito que cause perturbação à ordem pública. Como a Polícia Militar é subordinada ao Exército, é organizada dentro das bases de hierarquia e disciplina seguindo um sistema de patentes similar ao que opera nas Forças Armadas, o que é visto por alguns estudiosos como uma condição incompatível com a ordem democrática no Brasil (SANTOS, 1997).

Minayo et al. (2008) relacionaram 36 tarefas executadas pela Polícia Militar no RJ, conforme site institucional da época. As tarefas envolviam: combate ao crime e à violência por meio de patrulhamento e operações de rotina, atendimento à população em situações de perigo e emergência, patrulhamento próximo a escolas e universidades, patrulhamento de orlas marítimas, centros comerciais, pontos turísticos, atendimento especializado a turistas, policiamento dos terminais rodoviários, segurança de grandes eventos, fiscalização e revista de automóveis, preservação da flora, fauna e do meio ambiente, preservação da ordem em ocasião de greves e mobilizações populares, serviço externo de segurança de presídios e realização de segurança de diversos órgãos do Poder Judiciário, Legislativo, Executivo, Ministério Público e órgãos federais.



O policial militar no Rio de Janeiro é, portanto, um trabalhador da segurança pública concursado, que após treinamento específico ingressa na carreira militar. A profissão é regida pelo Estatuto dos policiais militares do Estado do Rio de Janeiro, estabelecido pela lei nº 443, de 1º de julho de 1981 (RIO DE JANEIRO, Lei 443, 1981), que regula a situação, obrigações, deveres, direitos e prerrogativas dos policiais militares do Estado do Rio de Janeiro.

## 2.2 A DIFICULDADE DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE SOBRE O POLICIAL MILITAR NO BRASIL E O SISTEMA DE SAÚDE DA PMERJ

Os ferimentos produzidos por arma de fogo (FAF) constituem o principal mecanismo de ferimento em serviço entre policiais e militares (BERMAN; SALTER, 1985; CLARKE; ZAK 1999; HINSLEY et al., 2005; BLAIR; KATHERINE, 2016), e as características dos ferimentos em serviço ou em combate nestas categorias profissionais diferem das encontradas na prática civil, tanto do ponto de vista epidemiológico quanto nos caminhos para o seu tratamento (EHIKHAMENOR; OJO, 2005). Apesar da alta representatividade da ocorrência de morbimortalidade por FAF entre os profissionais de segurança, são poucos os estudos que discutem as repercussões físicas para o trabalho (PLANI et al., 2003; MINAYO et al., 2008).

Não obstante a realidade de alto risco de FAF entre os policiais, não há um sistema nacional integrado que registre as morbimortalidades dos agentes de segurança pública. Também não é possível identificar e produzir relatórios sobre agravos em saúde dos profissionais de segurança pública no país a partir dos sistemas de informação do Ministério da Saúde (MS), tais como o Sistema de Informação de Agravos de Notificações (SINAN), o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e os Sistemas de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIHSUS), como o Viva Contínuo e Inquérito e o Sistema de Informação para a Gestão do Trabalho em Saúde (SGTES). Tal impedimento se dá pela falta de acesso a informações que viabilizem a construção de indicadores de saúde dessa classe trabalhadora.

A Rede Interagencial de Informação para Saúde (RIPSA), que tem como objetivo aperfeiçoar a produção de informação em saúde instruindo sobre os critérios técnicos recomendados para a construção de indicadores, destaca que tal limitação

se relaciona ao fato de tais profissionais possuírem um regime próprio de previdência social. As informações disponíveis sobre morbimortalidade nos seus Sistemas de Informação do Ministério da Saúde advêm de banco de trabalhadores vinculados ao Regime Geral de Previdência Social ou dos hospitais vinculados ao SUS (RIPSA, 2008); todavia, os policiais militares no Brasil não estão incluídos nestes, pois possuem um regime Próprio de Previdência Social denominado de Sistema de Proteção Social dos Militares (NÓBREGA, 2006). Em muitos estados da federação os policiais militares contam com redes hospitalares destinadas especificamente a eles a partir de planos corporativos, como o Fundo Único de Saúde do Policial Militar (FUSPOM) no Estado do Rio de Janeiro. Não há vínculo entre essas unidades militares de saúde com o SUS e tampouco ocorre transferência de informações em saúde desses hospitais para o Ministério da Saúde. Além dos limites técnicos descritos acima, a falta de atenção aos aspectos sobre a saúde dos profissionais de segurança pública tem raízes históricas e se desdobra num distanciamento entre a população e as organizações policiais, o que se agravou ainda mais no período da ditadura militar (MINAYO, 2007).

Os relatórios sobre a morbimortalidade entre os profissionais de segurança pública no Brasil, quando existem, são fragmentados e incompletos, realizados por alguns Institutos de Segurança ou Secretarias Estaduais de Segurança Pública (FERNANDES, 2015; ISP, 2015). Com tantas falhas na informação, não é possível conhecer: o quanto esse tipo de trauma acontece de fato, o número de intervenções em saúde necessárias para o tratamento e seu custo médio, o tempo de afastamento do serviço até a reabilitação, as repercussões na vida e na saúde física e mental, as circunstâncias nas quais esse tipo de traumatismo acontece, a prevalência entre sexo, idade, cor/raça e tempo de serviço. Tais informações poderiam ajudar a caracterizar as vítimas de FAF e possibilitar a elaboração de medidas preventivas e curativas importantes para a saúde do policial.

No Rio de Janeiro, a partir da criação do Instituto de Segurança Pública em 1999, das publicações acadêmicas e do monitoramento da vitimização policial pela grande mídia, vimos uma crescente amplificação dos debates sobre o elevado risco de adoecimento e de morte desses profissionais. A primeira publicação encontrada sobre morbimortalidade do policial militar no Rio de Janeiro foi em 1998, realizada por

Muniz (1998) a partir de levantamento de dados secundários de Registros de Ocorrências dos anos de 1994 a 1997. Nesse período, 296 policiais militares foram mortos, sendo 66 deles em serviço (MUNIZ; SOARES, 1998). Entre os anos de 1998 a 2003 houve um aumento do número de policiais militares mortos, se comparado à série histórica anterior, totalizando 845 policiais mortos, sendo 148 em serviço. Em 2003, 174 policiais militares foram mortos, representando o maior número já registrado. A partir de 2004, pode ser observada uma oscilação com tendência de queda da mortalidade, com o menor registro da década em 2011: 78 policiais militares mortos. Entre 2004 e 2009, 793 policiais militares foram mortos, sendo 170 em serviço. Entre 2010 e 2016, 675 policiais militares foram mortos, sendo 131 deles em serviço (ISP, 2018). Em 2016 houve um retorno do crescimento da mortalidade policial, atingindo 121 óbitos (FÓRUM..., 2017). A percepção de insegurança no trabalho e fora dele para os policiais no Rio de Janeiro atingiu seu ápice em 2017, quando 134 policiais militares foram mortos em virtude da violência<sup>4</sup>.

Como consequência do aumento da visibilidade sobre as ocorrências de mortalidade entre os policiais, em 5 de março de 2018, foi publicada a Lei Estadual Número 7.883 (RIO DE JANEIRO, Lei 7.883, 2018), de autoria do deputado estadual Marcelo Freixo, que instituiu o Programa de Segurança e Saúde no Trabalho dos Agentes de Segurança Pública do Estado do Rio de Janeiro. A lei prevê o alcance para os policiais civis, militares, bombeiros, inspetores prisionais ou agentes do Departamento Geral de Ações Socioeducativas. Entre os objetivos do Programa estão:

- I – a atuação preventiva em relação aos acidentes ou doenças relacionadas aos processos laborais por meio de mapeamento de riscos inerentes à atividade;
- II – o aprofundamento e sistematização dos conhecimentos epidemiológicos de doenças ocupacionais entre profissionais de segurança pública;
- III – a mitigação dos riscos e danos à saúde e à segurança;
- IV – a melhoria das condições de trabalho dos agentes de segurança pública, para prevenir ou evitar a morte prematura do trabalhador ou a incapacidade total/parcial para o trabalho;
- V – a criação de dispositivos de transmissão e de formação em temas de segurança, saúde e higiene, com periodicidade regular, por meio de eventos de sensibilização, palestras e inclusão de disciplinas nos cursos regulares das instituições (RIO DE JANEIRO, 2018, Art. 2).

---

4 G1. PMs mortos no Rio. **G1 Rio de Janeiro**, 26 ago. 2017. Disponível em: <<http://especiais.g1.globo.com/rio-de-janeiro/2017/pms-mortos-no-rj/>> Acesso em: 16 jun. 2018.

A lei também prevê a criação de uma Comissão Multidisciplinar Integrada de Gestão em Segurança e Saúde no Trabalho, com a atribuição tanto de propor diretrizes quanto de acompanhar as ações em segurança e saúde para essa classe trabalhadora. Dessa forma, a própria lei indica, como uma das primeiras tarefas, a necessidade de que sejam realizados levantamentos epidemiológicos e o mapeamento dos riscos inerentes da profissão, já que há um flagrante desconhecimento de informações sobre a saúde desses trabalhadores.

Ainda no âmbito de medidas que envolvem a implementação de novas leis ligadas à segurança pública, em 11 de junho de 2018, o então presidente Michel Temer, sancionou a Medida Provisória nº 821 (BRASIL, 2018), que criou o Sistema Único de Segurança Pública (SUSP). Os objetivos incluem: que o novo sistema padronize os procedimentos no setor de segurança pública; que haja um sistema único onde deverão ser compartilhadas as informações sobre segurança pública, com intercâmbio de conhecimentos técnicos e científicos. Com isso, espera-se que seja dado mais um passo em direção à unificação das informações em segurança pública no país, incluindo o monitoramento nacional das informações sobre morbimortalidade entre esses profissionais.

Quanto aos cuidados em saúde voltados aos policiais militares do Estado do Rio de Janeiro destaca-se o sistema de saúde cooperativo denominado Fundo de Saúde da Polícia Militar (FUSPOM). Trata-se de um plano de saúde corporativo por adesão, custeado por recursos financeiros captados a partir de contribuição voluntária dos policiais ativos e inativos, seus dependentes e pensionistas. Esses recursos são provenientes de 10% de desconto do soldo do PM, 1% de contribuição sobre cada dependente, doações e legados e indenizações<sup>5</sup>.

O sistema de saúde é constituído pela Diretoria Geral de Saúde (DGS) e pela Diretoria Geral de Odontologia (DGO). A DGS é responsável pela gestão das especialidades de medicina, enfermagem, fisioterapia, nutrição, psicologia e serviço social e possui 37 unidades de saúde de nível primário, chamadas Unidades Básicas de Saúde, 4 policlínicas de nível secundário e o Hospital Central da Polícia Militar (HCPM), que é a unidade de saúde de nível terciário que conta com o Setor de Pronto Atendimento, internação e centro de tratamento intensivo. A Diretoria Geral de

---

5 Boletim da PM, nº 108 de 16 de junho de 2016, que menciona a exigência de contribuição para o FUSPOM, em consonância com os Artigos abaixo da Portaria da PMERJ nº 574/14.

Odontologia (DGO) faz a gestão de todas as especialidades da odontologia e possui 35 Unidades de Saúde Bucal (USB) e a clínica de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial (CTBMF), que tem suas instalações no HCPM.

A CTBMF é uma especialidade da odontologia responsável pelo diagnóstico, tratamento clínico e cirúrgico de lesões traumáticas, congênitas, de desenvolvimento e iatrogênicas do complexo maxilofacial (ROCHA et al., 2008). O Serviço de CTBMF da PMERJ é subordinado à DGO e funciona no HCPM, localizado na cidade do Rio de Janeiro. Atualmente é composto por 4 oficiais especialistas e 3 praças auxiliares em saúde bucal. O serviço prestado pela equipe está contido dentro da cesta de produtos abarcados pelo FUSPOM. Entre as cirurgias comumente realizadas estão as cirurgias orais e maxilofaciais, sendo o traumatismo maxilofacial por projétil de arma de fogo normalmente o trauma mais crítico, seja por sua gravidade ou pelo que representa para o policial.

O afastamento do policial militar de suas atividades laborais, por motivos de saúde, obedece a critérios descritos pela Portaria número 0346, de 12 de maio de 2010, que instrui e regula as inspeções de saúde e as juntas de inspeção de saúde no âmbito da PMERJ. Dessa forma, todo policial licenciado por motivos de saúde passa pelo Centro Médico Pericial (CMP), constituído por oficiais médicos que compõem o quadro de saúde da corporação.

Em consulta ao Departamento de Pessoal da Ativa (DPA) da PMERJ em 14 de março de 2018, a instituição contava com um efetivo ativo de 44.561 policiais militares, ao passo que, destes, apenas 20.964 exerciam a *atividade fim* da corporação, que é definida na Portaria número 0346 (p. 2) como: “conjunto de esforços de execução que visam objetivos da corporação decorrentes de sua missão institucional”, e 11.330 policiais militares exerciam *atividades meio*, que compreende um “conjunto de esforços de estudo, planejamento de apoio específico que permite ou facilita a atividade fim da PMERJ”.

O PM, após inspeção médica, pode ser considerado Apto categoria A, B, C ou Inapto (Portaria número 0346, de 12 de maio de 2010, p.15). Segundo informações do Departamento de Pessoal Ativa (DPA), em 2018, os policiais estavam assim distribuídos:

- Apto A – condição conferida quando o PM apresenta plena aptidão para desempenhar todos os serviços de *atividade fim* da instituição; 37.749 policiais militares.
- Apto B – apresenta aptidão para desenvolver serviço de natureza policial ou atividades inerentes ao cargo ou função de *atividade meio*, com restrições para algumas atividades claramente definidas pela Ficha de Inspeção de Saúde, podendo portar arma de fogo; 3.255 policiais militares.
- Apto C – quando manifesta aptidão para desenvolver atividades inerentes ao cargo ou função de policial, em *atividades meio*, com restrição para o porte de arma de fogo; 1.862 policiais.
- Inapto – incapaz de desenvolver qualquer atividade policial militar, de forma temporária ou definitiva.

A despeito do controle rigoroso da condição pericial dos policiais, não há, nos registros digitais e *backup* do Centro Médico Pericial, informações que possam distinguir se o afastamento ocorreu em virtude de algum ferimento por arma de fogo. Cabe ressaltar que apenas em 2014 alguns dados referentes às perícias começaram a ser digitalizados<sup>6</sup>.

Frente à falta de informação em saúde dessa categoria de profissionais, à complexidade desse tipo de agravo à saúde e ao seu impacto para o trabalho, a única possibilidade de obter essas informações é a busca de dados secundários a partir de prontuários. A despeito das dificuldades de informações na PMERJ, o Centro Médico Pericial, por centralizar obrigatoriamente todos as perícias referentes à saúde do policial militar no estado do RJ, é o setor de maior potencial para a construção de ferramentas que viabilizem a realização de levantamentos de informações relativas à saúde do policial. Para isso, precisa ser implementado um sistema de informação detalhado e integrado em modelo de plataforma digital que permita acesso e atualização dos dados concernentes à saúde do policial.

---

6 Além da consulta ao Centro Médico Pericial, foi encaminhado por mim, em setembro de 2017, um formulário para pedido de acesso aos dados sobre morbidades por arma de fogo em policiais militares no RJ ao Instituto de Segurança Pública (ISP) (Protocolo REPP n 3728426504811985968), todavia, o ISP não dispunha de tais informações.

### 2.3 O DISPOSITIVO DO HERÓI E A NATURALIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA NO CORPO DO POLICIAL MILITAR

Muitas pesquisas têm apontado para a realidade de que no Brasil temos uma polícia que atua com violência ilegítima e excesso de poder, o que tem levado a um intenso debate sobre a práxis do policial militar (SANTOS, 1997; ALVES et al., 2013; VIANNA, 2014; BARREIRA, 2015; KUCINSKI et al., 2015). A presente dissertação procura analisar a violência que afeta o corpo do policial. Para tanto, é preciso considerar na análise a influência do saber-poder militar na formação do *ethos* do policial militar no Rio de Janeiro e a reprodução do discurso do herói como aspectos relevantes ao processo de naturalização da vitimização policial.

Segundo Foucault (2014), após a queda do período absolutista, a Europa Ocidental viveu um período de transição que se deu a partir da constituição do Estado Moderno sob a efervescência da cultura e da produção capitalista. Nesse novo período, para a viabilização e garantia da governabilidade, constituíram-se dispositivos de saber-poder, a razão de Estado e a polícia para a elaboração de uma sociedade disciplinar. Nesta sociedade moderna do final do século XVIII e início do século XIX, foram desenvolvidas técnicas de poder direcionadas para a dominação do corpo, com o intuito de produzir corpos dóceis, preparados e, portanto, úteis para o trabalho. Foucault (2014) definiu a disciplina como o “método que permite o controle minucioso das operações do corpo, que asseguram a sujeição constante de suas forças e lhe impõem uma relação de docilidade-utilidade” (FOUCAULT, 2014, p. 135).

Os militares talvez tenham sido os primeiros a serem dominados por essa mecânica do poder disciplinar. Para o cumprimento de sua função, é realizado um treinamento específico e de imersão em ambiente de acentuada hierarquia e disciplina. O regime disciplinar militar tem como objetivo moldar o comportamento do PM a partir do controle do tempo, do corpo e do espaço, de forma que o mesmo execute a vontade do Estado.

Observo, como Cirurgiã Bucomaxilofacial da PMERJ, um comportamento, via de regra, submisso e resignado frente às diretrizes nem sempre favoráveis impostas aos pacientes. Durante esse período, houve momentos de crise aguda no sistema de saúde, com restrições de itens básicos e, portanto, fundamentais para a realização das reconstruções maxilofaciais em militares vítimas de FAF em face. Não obstante

todo o drama vivenciado e apesar de saberem que foram alvejados por serem policiais, são comuns comportamentos contidos e dóceis diante da inoperância da corporação em prover os cuidados básicos para sua reabilitação. Nesse espaço militar, disciplinado e hierarquizado, de vigilância permanente, vemos os efeitos da disciplina sobre a classe policial, que, mesmo diante de circunstâncias tão críticas, permanece resignada frente às dificuldades. Por outro lado, esse comportamento não parece ser o mesmo no convívio familiar ou na rua. Nestes espaços parece ocorrer uma inversão dessa lógica submissa, em que o policial representa o poder do Estado de vigiar, punir e disciplinar, o que tem se desdobrado em altas taxas de letalidade a civis em ações policiais (BUENO et al., 2013), assim como em situações de violência em suas famílias (PAIXÃO, 2013; DERENUSSON; JABLONSKI, 2010; BEZERRA et al., 2013).

No entanto, Foucault (2014) também afirma que: “não há relação de poder sem a constituição correlata de um campo de saber e nem saber que não suponha e não constitua ao mesmo tempo relações de poder” (FOUCAULT, 2014, p. 31). Segundo o filósofo, o discurso que ordena a sociedade é sempre o discurso daquele que detém o saber, no entanto, o poder é uma construção social infiltrada e difundida nas relações e entre todas as classes, assemelhando-se a um mecanismo (FOUCAULT, 2016, p. 17). Esse poder que se expressa nos discursos é percebido através de suas leis para disciplinar e dos saberes que são difundidos por todo o tecido social. O poder por si só não existe, mas opera e se atualiza nas relações que atravessam toda a sociedade, implicando-se em relações de produção de conhecimento. O conhecimento não é fruto da *episteme*, mas de jogos de força que instituem verdades. Sendo assim, o exercício do poder relaciona-se à produção dos discursos de verdade, instituindo leis, normas, crenças e valores que são utilizados como um instrumento de disciplina e de dominação. Dessa forma, parte-se do pressuposto que não há uma “fonte” única, “central”, de poder que impõe sua vontade aos “súditos”, mas que existe uma construção que perpassa e produz efeitos nos sujeitos e a partir deles.

Os discursos são construídos numa sociedade por meio da decodificação de suas linguagens, de seus valores e comportamentos, e refletem relações de poder, podendo levar ao aprisionamento de indivíduos a um determinado estereótipo (FOUCAULT, 2016), como problematiza Foucault (2001) a respeito dos *anormais*. A partir dessa perspectiva, ao nos aproximarmos dos discursos dos e sobre os policiais



e de suas representações, notamos uma forte construção de uma autoimagem de “herói vocacionado” (MENANDRO; SOUZA, 1996; MAGALHÃES, 2015; SILVEIRA; MEDEIROS, 2016).

Ao verificarmos o site da PMERJ, encontramos em destaque o título de um artigo escrito pelo então comandante geral, Cel. PM Wolney Dias, que diz: “Não somos números, somos cidadãos e heróis”<sup>7</sup>. Essa construção do policial como herói reveste os policiais de uma identidade que remete à ideia de alguém com poderes especiais, o que, obviamente, não corresponde à natureza humana e nem à realidade de qualquer categoria de trabalhador. Podemos problematizar essa conotação como prejudicial, tendo em vista que é desumanizadora e confere ao outro uma característica falseada do que se é, a saber, seres mortais, comuns. Na prática, o que vemos diariamente são policiais militares vitimados, ao mesmo tempo em que muitos também vitimizam a população. Esse discurso que constrói o policial como herói baseia-se e institui relações de poder que têm contribuído para a naturalização da violência dirigida a esta população. São discursos que, ao serem acolhidos, tanto pelos policiais quanto pela sociedade, são forjados como *verdade*, justificando a utilização do corpo desse herói indestrutível até seu limite vital, no enfrentamento da violência. Percebe-se que os altos índices da vitimização policial têm sido encarados, na prática, através de um processo de naturalização. A banalização da violência, nesse sentido, denuncia uma intenção política nutrida tanto entre os policiais militares quanto pela sociedade.

No suplício, o povo participava e legitimava a pena dada ao supliciado (FOUCAULT, 2014). Não me parece tão diferente do que atualmente acontece quando a sociedade acompanha silenciosa e diariamente tantos corpos mutilados. O baixo valor da vida no período pré-industrial e a naturalização da morte parece não ter sido superada em nossa realidade. O discurso que reproduz a baixa percepção da finitude da vida parece ser um saber difuso tanto na sociedade civil quanto entre os militares.

Para a compreensão de como determinado saber legitima determinadas *verdades*, busca-se lançar um olhar genealógico para a história, desnaturalizando a ideia de neutralidade e descortinando os jogos de poder imiscuídos às intenções

---

7 DIAS, Wolney. Repetindo: não somos números, somos cidadãos e heróis. **Portal da Polícia Militar do Rio de Janeiro**. Disponível em: <<https://pmerj.rj.gov.br/repetindo-nao-somos-numeros-somos-cidadaos-e-herois/>>. Acesso em: 30 ago. 2017.

políticas. Fazer uma genealogia do saber, neste sentido, requer um exercício de escavar discursos, normalizações, práticas e seus impactos (e usos do) no corpo (FOUCAULT, 2016). O exercício do poder que domina e subjuga os corpos dos policiais leva sua vida à níveis extremos de insegurança, estando ancorado em todo um sistema de regras. Segundo Minayo et al. (2008, p. 89), a PMERJ se caracteriza por ser “uma corporação hierarquicamente organizada e disciplinada e por possuir uma vida institucional rica em mitos, símbolos, insígnias e intensidade de visão corporativa”.

Dentre os mitos e símbolos nutridos, podemos perceber, a partir do Estatuto da PMERJ, documento este que dispõe sobre os deveres dos policiais militares, que a relação de trabalho do policial deve ser simbolicamente encarada como uma “missão sacerdotal”. No capítulo II, exige-se a dedicação integral ao serviço policial militar, o que já coloca em questão se de fato o policial, em algum momento, está de folga do serviço, já que deve estar integralmente dedicado e disposto, inclusive, a sacrificar a própria vida. Assim, naturaliza-se o alto risco de morrer. Mirabete (1998) e Guimarães (1999) concordam que a atividade militar não se resume ao serviço diário e que sua função implica em constante estado de alerta, mesmo em momentos de descanso. Esse discurso, que se atualiza em símbolos, também pode ser percebido a partir do Hino do Policial Militar. Nele, a profissão ganha *status* novamente de vocação, à semelhança de uma conversão religiosa, ao tratar de forma mística a morte em serviço do soldado, como mostram as estrofes:

Em cada minuto passado / mais um caminho que se descobriu. / Em  
cada soldado tombado / mais um sol que nasce no céu do Brasil. //  
Aqui nós todos aprendemos a viver / demonstrando valor, pois o nosso  
ideal / é algo que nem todos podem entender / na luta contra o mal! //  
Ser policial é / sobretudo uma razão de ser. / É enfrentar a morte /  
mostrar-se um forte / no que acontecer (HORSÆ, 2018).

São esses discursos e saberes que produzem um *ethos* específico para o policial, forjando a imagem de um herói vocacionado, em detrimento de um indivíduo que exerce uma profissão técnica.

Ainda em busca da compreensão de como determinado saber se institui como verdade ao longo da história, precisamos escavar, além dos discursos, normalizações e práticas, também o corpo (FOUCAULT, 2016), este que traz as marcas do exercício do saber-poder. Discutir, portanto, a violência e alguns de seus fatores determinantes

no contexto da cidade do Rio de Janeiro sem considerar as marcas produzidas nos corpos de civis e militares faria dessa análise uma narrativa histórica ascética. Da mesma sorte, quando não publicizamos essas marcas nos corpos em decorrência da violência, ao longo do tempo, contribuimos com seu apagamento, que, em si, já guarda uma intenção política. Quero afirmar com isso que a falta de divulgação das morbidades por lesões por arma de fogo entre os policiais, um símbolo da violência armada, especialmente no Rio de Janeiro, pode apontar para as intencionalidades de discursos que naturalizam a violência sobre o corpo do policial.

Segundo Foucault (2016), a verdade não existe fora da relação de poder e opera através de uma economia política construída a partir de cinco características: nasce a partir do discurso científico, está vinculada a um interesse econômico e político e é reproduzida, difundida e consumida extensamente pelo corpo social. A divulgação dessas verdades, na forma de discursos, está sob o controle dominante de grandes aparelhos econômico-políticos; elas estão em disputa e são constantemente confrontadas e submetidas às lutas pretensamente ideológicas.

Nesse cenário de produção ou interrupção de discursos, identificamos, na ausência de informações sobre as morbidades por arma de fogo entre os policiais militares em virtude da violência, uma intenção de interrupção de um discurso que confronta o saber hegemônico que considera o policial um profissional com vocação sacerdotal ou heroica. De outra sorte, esses discursos e saberes estão sujeitos à emergência, à entrada de outras forças que tencionam a verdade, podendo reafirmá-la ou transmutá-la (FOUCAULT, 2016). As diretorias de saúde e seus profissionais na PMERJ podem ser, portanto, lugares de emergência, de afrontamento e luta, em virtude inclusive de sua natureza, a saber, a responsabilidade de zelar pela saúde do policial. Mesmo não sendo o único responsável por essa emergência, o *campus* da saúde na PMERJ pode desempenhar um papel importante no realinhamento do discurso atual, representando um potente ator nesse cenário de forças em disputa.

Os discursos dos policiais vítimas de FAF em face, registrados nos prontuários, apesar de não poderem ser considerados como a “história efetiva” (FOUCAULT, 2016, p. 72), já que deixam escapar muitos elementos e que são feitos por outrem, trazem subsídios fundamentais para a construção da história efetiva, pois lançam olhares para o corpo, não escondendo as mazelas e marcas da violência sofridas no corpo do policial. Esse elemento na história tem o potencial de aproximar as pessoas, as

realidades; ela tem o poder de trazer para perto o que parecia estar distante no outro. Foucault (2016, p. 75) afirma que o sentido histórico está muito mais próximo da medicina do que da filosofia. Mas a história só é efetiva na medida em que ela não apaga as marcas do corpo e, nesse sentido, os policiais militares vítimas de FAF podem contribuir para a viabilização de uma genealogia da violência policial no estado do Rio de Janeiro. Essa genealogia, construída a partir da história efetiva, pode trazer subsídios importantes para a reflexão de como temos pensado as funções e os limites de atuação do policial militar.

A divulgação dos dados de morbidade policial poderá auxiliar na construção de análises sobre e na corporação; sobre sua forma de atuação e com o planejamento estratégico. Essa informação e sua análise crítica, portanto, podem impulsionar as reflexões sobre qual polícia queremos ter e ser. Temos visto debates e denúncias sobre o altíssimo número de vitimização produzida pelos policiais e essa reflexão parte da análise de dados que são publicizados por diferentes organizações governamentais e não governamentais. Tais informações representam um saber-poder que aos poucos tem entrado no discurso da sociedade e provocado a demanda por mudanças.

Nessa direção, as Diretorias de Saúde da PMERJ constituem um elemento-chave para a colaboração na construção de um saber que coloque em xeque a naturalização da violência contra os corpos dos policiais. A visibilização de informações relativas à morbidade de policiais viabilizará a realização de análises e diagnósticos mais complexos sobre os fatores envolvidos na violência do policial. Tais elementos podem tornar mais robustas as políticas públicas de saúde para o policial e de segurança para o Estado, a fim de que tenhamos de fato um ambiente propício para o desenvolvimento e para a democracia.

#### 2.4 FISIOPATOLOGIA, PERFIL DOS ACOMETIDOS E LOCALIZAÇÃO DOS FAF

Diversas disciplinas têm contribuído para a compreensão da fisiopatologia dos ferimentos produzidos por arma de fogo, dentre elas a Balística. A balística representa uma especialidade da mecânica que estuda as forças envolvidas na impulsão dos projéteis assim como seus movimentos e trajetórias até o seu destino final (HÉRCULES, 2001). Ela pode ser dividida em balística interna, que estuda o

funcionamento das armas, e balística externa, que cuida do trajeto do projétil desde sua saída da arma de fogo até o momento de sua parada.

Segundo Barros (2001) arma de fogo é “todo o engenho constituído de um conjunto de peças, com a finalidade de lançar um projétil no espaço pela força de propulsão (gases de pólvora)” (BARROS, 2001, p. 81). Elas podem ser classificadas como armas de mão, que incluem os revólveres e pistolas; rifles, que são armas maiores e podem disparar projéteis de alta e baixa velocidade; e espingardas, que normalmente são carregadas com pequenas esferas de chumbo de tamanho variado. Outra classificação para as armas de fogo utiliza como referência o diâmetro do cano da arma em calibre ou polegada (MILORO, 2004).

As munições das armas de fogo são compostas pelo conjunto de projéteis, estojo, espoleta e carga, sendo que os projéteis são constituídos segundo a finalidade desejada, seja para caça ou para a realização de disparos de precisão em curta ou longa distância, entre outras particularidades. O tipo de projétil utilizado imprime sobre a superfície atingida características próprias, que se traduzem em diferentes tipos de ferimentos. Os disparos podem ser a queima-roupa, a curta distância, a média distância e a longa distância. Nos disparos a queima-roupa, ocorre a explosão dos tecidos produzindo ferimentos irregulares com perdas de estruturas teciduais (CALABREZ, 1997). Nos disparos de espingardas com projéteis múltiplos, quando o disparo é dado a curta distância, este normalmente produz um ferimento de grandes dimensões; no entanto, se esse disparo é dado a uma distância maior, os ferimentos são múltiplos e pequenos<sup>8</sup>. Quando o projétil utilizado é do tipo expansivo, ele causa maior dano aos tecidos, pois é capaz de transferir mais energia ao se deformar no momento do impacto com o alvo.

Os ferimentos produzidos por arma de fogo podem produzir um orifício de entrada, causado pela penetração do projétil, e um orifício de saída, o que acontece quando o projétil ainda tem energia cinética suficiente para atravessar uma determinada região do corpo. Nesses casos, o ferimento é denominado como perfuro-contundente e transfixante. Os orifícios de entrada são representados por um orifício

---

8 O impulso dado ao projétil por arma de fogo depende da potência de sua carga, que é primordialmente afetada pela velocidade com a qual o projétil sai em direção ao alvo. Esse cálculo é realizado a partir da fórmula da Energia Cinética (EC), que considera a massa (M) do projétil multiplicado pela velocidade (V) elevada ao quadrado:  $EC = M.V^2/2$ . Já a capacidade de transferência de energia do projétil depende da forma da ponta do projétil, do seu grau de deformação e de seu calibre (FRANÇA, 2007; YOGANANDAN, 1997).

central ovalado ou circular, com bordos levemente irregulares que têm ao seu redor uma orla de enxugo produzido pela sujidade do projétil e uma zona de escoriação, que é produzida pelo arranchamento da epiderme durante a penetração do projétil. Acreditava-se que, devido à alta temperatura dos projéteis, ao penetrarem o corpo estes se encontravam estéreis, o que foi refutado (WOLF et al., 1978; BARBIERI; BRANCATO, 1991). Os ferimentos por projétil por arma de fogo, ao contrário do que se imaginava, são altamente contaminados, representando alto risco de infecção, o que demanda cuidados através de limpeza cirúrgica exaustiva e antibioticoterapia. Nos disparos a curta distância, pode ser encontrada uma orla de tatuagem que é formada em virtude da penetração de depósitos de pólvora na pele. Nos ferimentos transfixantes temos além do orifício de entrada, também o orifício de saída. Esses ferimentos, no seu orifício de saída, são irregulares, estrelares, têm bordos evertidos e não têm orlas (CALABREZ, 1997).

Além do orifício de entrada e saída, os ferimentos por arma de fogo são caracterizados pela formação de cavitações. As cavitações são fugas laterais dos tecidos que se formam na passagem do projétil. Inicialmente, o ferimento é preenchido por vapor de água, sendo chamado de cavidade temporária. À medida que se retrai, produz o que chamamos de cavidade permanente. As dimensões da cavidade permanente são determinadas pela densidade dos tecidos que o projétil atinge, pela forma do projétil e por sua velocidade. No caso das lesões em face, podem ocorrer cavidades temporárias que produzem enfisema e edemas significativos, representando risco de infecções e morte, pelo comprometimento das vias aéreas minutos após o trauma (OEHMICHEN et al., 2000). Nos casos de risco de manutenção da via aérea, deve-se assegurar uma via aérea definitiva através da entubação orotraqueal ou, quando não for possível, através da cricotireoidostomia. Em nenhuma outra região acometida por ferimento por arma de fogo esse risco é tão importante quando na face (PRIETO, 1995; BONATH et al., 1996).

Os ferimentos produzidos por projéteis de alta velocidade têm velocidade maior que  $600 \text{ m/s}^2$  e geralmente culminam com a morte da vítima; os ferimentos de média velocidade se movem entre  $350$  e  $600 \text{ m/s}$ ; e os de baixa velocidade não chegam a atingir  $350 \text{ m/s}^2$ , tendendo a ser desviados por tecidos duros como o osso, tendo um trajeto normalmente não linear (CUNNINGHAM et al., 2003; MCLEAN et al., 2005). Sendo assim, as lesões por arma de fogo, quanto à sua forma, extensão e grau de

destruição tecidual, dependem: da quantidade de energia cinética que o projétil transfere para os tecidos; da capacidade de fragmentar-se em projéteis secundários; da velocidade do projétil; do tipo de cavitação que pode resultar em esmagamento, destruição e perfuração dos tecidos; e do tipo de superfície sobre a qual a energia é transferida. Ferimentos sobre superfícies mais densas, como os tecidos ósseos na face, normalmente produzem fraturas cominutivas, gerando múltiplos fragmentos ósseos que podem comportar-se como projéteis secundários, além de normalmente apresentarem graves comprometimentos da vitalidade do tecido, impossibilitando sua manutenção durante a fixação das fraturas (GANT; EPSTEIN, 1979; ALPER et al., 1998). As lesões provocadas por arma de fogo apresentam grande potencial de levar ao óbito, especialmente quando atingem regiões consideradas nobres, como tórax e cabeça (FAGUNDES et al., 2007).

Os FAF são normalmente classificados como perfuro-contundentes, pois podem produzir perfurações dos tecidos ao mesmo tempo em que contudem, dada a força e ação mais ou menos romba do projétil. Quando os ferimentos ocorrem em tecidos moles, eles podem ser divididos em dois grandes grupos: os ferimentos simples e os ferimentos complicados. Os ferimentos simples podem ser por contusão, quando o projétil não chega a penetrar a pele; e por erosão, quando o projétil incide em pouca velocidade, perpassando obliquamente o tecido, havendo penetração, porém com uma borda livre (BARBIERI; BRANCATO, 1991). Os FAF podem gerar hemorragia, em virtude da descontinuidade de tecidos e vasos, e também parestias e parestesias, quando ocorrem lesões aos nervos sensitivos ou motores.

Dessa forma, os FAF, por terem uma fisiopatologia específica, podem produzir diferentes impactos a depender da região anatômica atingida. A face, por ser uma região que guarda estruturas nobres que desempenham funções importantes para a vida, tais como visão, audição, fala, função mastigatória, dentre outras ligadas à socialização, ao ser atingido por projéteis de arma de fogo produz danos que tornam as cirurgias maxilofaciais procedimentos altamente complexos e desafiadores.

Quanto ao **perfil epidemiológico** dos profissionais de segurança acometidos por FAF, a literatura aponta para um perfil de pacientes com idades entre 20 e 41 anos (EBBS, 1990; ARMOUR, 1996; CLERICI et al., 2009; RUPP et al., 2001; PLANI et al., 2003; GUTIÉRREZ; RADICE, 2003; EHIKHAMENOR; OJO, 2005; CAN, et al., 2010;

NAGASAKO et al., 2013); e com forte prevalência do masculino, variando de 95% em Plani et al. (2003) a 96% no estudo de Suay et al. (2011).

Alguns autores apontaram que os ferimentos por armas de fogo entre militares em situação de guerra representaram o segundo mecanismo de ferimentos mais frequente, perdendo apenas para os dispositivos explosivos (GOFRIT et al., 1996; CHAMPION et al., 2003; HINSLEY et al., 2005; HODGETTS et al., 2007; WADE et al., 2007; KELLY et al., 2008; SHAH et al., 2011), que reuniram cerca do dobro da porcentagem dos casos de ferimentos por armas de fogo, mantendo-se entre 23% e 37% (WILSON, 1976; CHAMPION et al., 2003; HINSLEY et al., 2005; BIRD; FAIRWEATHER, 2007; HODGETTS et al., 2007; SUAY et al., 2011). Já entre os policiais, as fatalidades e ferimentos em serviço por arma de fogo representaram o principal mecanismo de injúria (BERMAN; SALTER, 1985; CLARKE; ZAK, 1999; PLANI et al., 2003; BLAIR; KATHERINE, 2016; KYRIACOU et al., 2006; SWEDLER et al., 2013), com exceção da polícia de Londres, que teve nos acidentes automobilísticos o principal evento causador de ferimentos ocupacionais (KYRIACOU et al., 2006).

Quanto à **localização anatômica dos FAF**, Berman e Salter (1985) indicaram que os membros superiores e inferiores foram as regiões mais acometidas por ferimentos não fatais, seguido pela cabeça-pescoço-face, tórax e abdome. Já entre os fatais, destacam-se tórax, cabeça-pescoço-face e membros superiores e inferiores. Plani et al. (2003) identificaram que as áreas mais atingidas foram membros superiores e inferiores, tórax, cabeça-pescoço-face e abdome; e Gofrit et al. (1996) apontaram que a região de cabeça-face-pescoço foi a mais atingida por ferimentos por armas de fogo fatais, sendo a face a área com a maior concentração de ferimentos penetrantes, representando 28,7% do total de ferimentos. Nos casos de ferimentos por armas de fogo autoinfligidos, a face foi a região mais atingida, nas áreas temporal e bucal (ARMOUR, 1996; RUPP et al., 2001; CLERICI et al., 2009).

## 2.5 A REPRESENTATIVIDADE DA FACE E A COMPLEXIDADE DOS PROCEDIMENTOS REPARADORES ENTRE OS POLICIAIS VÍTIMAS DE FERIMENTOS COM ARMA DE FOGO EM FACE



Os FAF em face produzem lesões perfuro-contundentes e avulsivas de segmentos maxilofaciais que normalmente demandam uma trajetória de muitas cirurgias, acarretando extensos períodos de recuperação e limitações físicas que, invariavelmente, repercutem também emocionalmente nos pacientes (KHALIL, 1980; COHEN et al., 1986; DOBSON et al., 1989; NEUPERT; BOYD, 1991; HOLLIER et al., 2001; SADDA, 2003; CUNNINGHAM et al., 2003; CHEEMA, 2006; SANCHES et al., 2009).

Além da gravidade dos ferimentos, a amplificação do impacto desse tipo de morbidade se dá porque a face é uma das mais importantes representações de quem somos; é a parte do corpo que não cobrimos e que nos identifica e diferencia. O rosto guarda nossa história e marcas; através dele podemos perceber a idade, alguns gostos e ascendências étnicas. Podemos fugir do espelho e dos olhares dirigidos ao nosso corpo, mas o mesmo é praticamente impossível quando se trata da face. O contexto violento vivenciado no cotidiano dos policiais militares do Rio de Janeiro tem produzido marcas e histórias nos rostos desses trabalhadores.

Além desse aspecto, esses rostos também podem atrair um apelo à responsabilidade e à justiça (LEVINAS, 2012). A partir de uma crítica à ontologia ocidental, Levinas (LEVINAS; PIVATTO, 1997) instaurou a ética como “filosofia primeira” e, posteriormente, discorreu sobre como o rosto do outro se torna um apelo à responsabilidade e à justiça (NODARI, 2010; LEVINAS, 2014). Dentro desta perspectiva de apelo à justiça a partir da imagem da face do outro, Anchieta (2016), ao pesquisar o drama de mulheres paquistanesas que tiveram seus rostos desfigurados por ácido por seus companheiros, problematiza o impacto que tais imagens geraram a partir de sua circulação nas redes sociais brasileiras e vê que esse tipo de violência contra a expressão mais visível da identidade social, a face, guarda um grande potencial de impacto, mobilização e criação de redes de solidariedade. Esse alto potencial de impacto junto à sociedade pode ser compreendido a partir da importância e representatividade do corpo e sua resignificação ao longo dos tempos a partir do século XV. Nessa direção, Le Breton (2007) utilizou o corpo como ponto de partida para explicar as bases da formação do indivíduo moderno, suas representações e as consequências para a relação entre os homens. Também apresentou a face como um elemento indicador no desenvolvimento do individualismo, transição moderna em que o significado do rosto se transforma e a

axiologia corporal se modifica. O corpo, incluindo o rosto, ganha significação psicológica. No século XV, o retrato individual se torna uma das maiores inspirações na pintura. Antes desse período, não era comum esse tipo de retratação, a não ser em representações religiosas, do alto clero e da realeza. Os retratos, especialmente do rosto, ganharam cada vez mais importância no decorrer dos séculos. A individualização por meio do corpo se torna mais sutil através da individualização por meio do rosto.

Nesse contexto, o rosto é a parte do corpo mais individualizada, mais singular, e tem uma importante representatividade na transição do grande corpo social para um corpo individual. Para Elias (1994, p. 155) e Le Breton (2007, p. 70), a face é uma das mais importantes representações de quem somos; tem o papel talvez mais central para a construção de identidade do eu e para a sociabilidade. Dentro dessa perspectiva, que considera a representatividade da face como a epifania do sujeito (Le Breton, 2002, p. 41), e sabendo que esse processo crescente de individualização talvez esteja atingindo seu clímax nesses tempos de “*selfies*” e mídias sociais, entendemos que as lesões produzidas por arma de fogo em face podem ter um impacto ainda maior na vida do policial. Esse prejuízo à sua saúde se deve não apenas pelo aumento do poder destrutivo que as armas de fogo têm adquirido, produzindo sequelas difíceis de serem tratadas, mas também pelo seu potencial de produzir estigmas e interferir na vida social do policial, prejudicando sua qualidade de vida.

Os gregos cunharam o termo *estigma* para “se referirem a sinais corporais com os quais se procurava evidenciar alguma coisa de extraordinário ou mau sobre o status moral de quem os apresentava” (GOFFMAN, 1988, p. 5). Goffman (1988) relacionou três tipos diferentes de estigmas: os oriundos das deformidades físicas, das culpas de caráter individual e tribais de raça, nação e religião. Os policiais militares acometidos por FAF em face, mesmo após inúmeros procedimentos de reconstrução facial, normalmente guardam deformidades físicas que, de alguma forma, os estigmatizam como aqueles que foram alcançados e marcados pela violência, o que pode se desdobrar em mudanças no seu comportamento social. Ainda segundo Goffman (1988), a pessoa estigmatizada pode utilizar o seu estigma como desculpa pelo fracasso a que chegou por outras razões, ou apresentar dificuldades de aceitação. O autor analisou especialmente os contatos mistos, entre pessoas

estigmatizadas e as não estigmatizadas, numa situação de presença física imediata um do outro em diferentes situações. Seus apontamentos nos auxiliam na compreensão de algumas posturas e comportamentos encontrados entre os policiais acometidos por FAF em face.

Em virtude da ausência de estudos que correlacionem tais fenômenos, ainda não é possível compreender de fato quais as repercussões desses ferimentos por arma de fogo na vida dos policiais militares. Ainda assim, ao identificarmos o perfil epidemiológico dos policiais militares do RJ acometidos por FAF em face, os caminhos dos tratamentos de reabilitação e as repercussões para o exercício profissional, daremos um passo em direção à compreensão das repercussões desse tipo de agravo nas relações de trabalho desses sujeitos.

## 2.6 SOBRE O CONCEITO DE VITIMIZAÇÃO E SUA REPRESENTAÇÃO SOCIAL ENTRE OS PROFISSIONAIS DE SEGURANÇA PÚBLICA

A palavra “vitimização” deriva do campo semântico da palavra em latim *victima*, que, conforme o dicionário Lello, significa:

A pessoa ou animal que os antigos ofereciam em sacrifícios aos deuses; a pessoa que morre ou sofre pela tirania ou injustiça de alguém; a pessoa que é sacrificada aos interesses de outrem; a pessoa que foi ferida ou assassinada casualmente, criminosamente ou em legítima defesa. Tudo o que sofre dano ou prejuízo (VÍTIMA, 1988).

O conceito de vítima pode ser dividido, segundo Feres (APUD 2012), em três diferentes fases. A primeira e mais antiga dava à vítima o direito de vingança em relação ao agressor; a segunda foi inaugurada com a construção do Estado Moderno; e a terceira remete à Segunda Guerra Mundial, com particular atenção ao uso do conceito referindo-se aos judeus martirizados nos campos de concentração. O conceito discutido a seguir baseia-se na fase de construção do Estado Moderno, com a inauguração do sistema de justiça gerido pelo estado.

Dentro da perspectiva moderna, a palavra *vítima* foi cunhada no Direito Penal através da criminologia. Vem, no entanto, sendo cada vez mais utilizada para caracterizar, de forma geral, indivíduos ou grupos que sofreram alguma agressão que acarretou em prejuízos tanto físicos quanto psicológicos, econômicos ou ainda

relativos à perda de direitos fundamentais. Contudo, o conceito guarda particularidades de acordo com a abordagem dada em diferentes ciências.

Para a criminologia, é importante que se estude as causas do delito (BALLONE, 2005). Com isso, o direito penal tem na vitimologia, ciência que analisa a vítima e sua relação com o crime e com o criminoso, um instrumento para a construção de uma hipótese e de um diagnóstico sobre o delito praticado. A vitimização é classificada segundo critérios de um processo constituído de 3 graus: vitimização primária, os efeitos decorrentes da prática de um crime, com danos que podem ser patrimoniais e/ou psicológicos, sofridos pela vítima; secundária, que decorre do tratamento sofrido pelo controle social formal, onde a vítima revive o crime ao prestar o depoimento; e terciária, que transcorre da falta de suporte da rede de apoio da família, da sociedade e dos órgãos públicos que geram uma revitimização (FREDERICO, 2016).

Historicamente, em seus primórdios, a criminologia teve como objeto estudar apenas o criminoso, não se detendo à vítima (ROBINSON, 1999). Posteriormente, o direito penal avançou em direção à cobertura dessa lacuna através da vitimologia (KLEEMANS, 2001). Com isso, surgiram teorias que buscavam compreender e explicar o comportamento do indivíduo na sociedade, ampliando a perspectiva de se estudar também a vítima a partir da análise de comportamentos que supostamente resultassem na vitimização.

Na abordagem sociológica, a vítima é pensada a partir das teorias de exposição do estilo de vida e da rotina diária. Na primeira, Hindelang, Gottfredson e Gerodalo (1978) ponderam que um determinado comportamento da vítima a tornava propensa a sofrer certos delitos. Algumas características associadas ao estilo de vida, como renda familiar, idade, sexo e cor, começaram a ser analisados como indicadores de risco à vitimização (MEIER; MIETHE, 1993; ROBINSON, 1999). Já a teoria da rotina diária, seguindo a mesma lógica, afirma que o crime decorreria da convergência de três quesitos: motivação do criminoso, exposição da vítima em sua rotina diária e falta de segurança capaz de prevenir o delito (COHEN; FELSON, 1979; MEIER; MIETHE, 1993). Mendelsohn (1956) criou a expressão “vítima precipitante” na vitimologia, o que reforça a crítica a essa linha de pensamento. Em ambas as teorias há um processo de culpabilização da vítima.

Na abordagem da economia, a questão central encontra-se nos incentivos econômicos, quando o criminoso avalia as relações de custo-benefício do delito e

decide ou não o cometer (BECKER, 1965). Um dos mais importantes estudos neste campo foi realizado por Fajnzylber et al. (1998), demonstrando a existência de uma forte correlação entre iniquidade social e aumento da criminalidade. Outros estudos adicionaram contornos entre a relação econômica, o crime e a vitimização, como na hipótese de que o desemprego seria um fator para o aumento do crime. Dessa forma, a vitimologia passou a analisar questões econômicas e de desigualdade social, relacionando-as com o aumento dos índices de crime (MACDONALD, 2001).

O conceito de vitimização, portanto, teve seu berço no Direito Penal na Modernidade e se assentou em teorias que de alguma forma, pelo menos em sua gênese, acabavam apontando para vítima como partícipe do delito, seja pelos seus hábitos ou por seu estilo de vida. A ampliação desse conceito aconteceu, inclusive, dentro do Direito, através da vitimologia, e se expandiu para designar a violação de direitos de diferentes grupos sociais, sendo utilizada também pela Organização das Nações Unidas (ONU, 1985) através do documento jurídico da Declaração sobre os Princípios Fundamentais de Justiça para as Vítimas de Delitos e de Abuso de Poder, que definiu “vítimas” como sendo:

As pessoas que, individual ou coletivamente, tenham sofrido danos, inclusive lesões físicas ou mentais, sofrimento emocional, perda financeira ou diminuição substancial de seus direitos fundamentais, como consequência de ações ou omissões que violem a legislação penal vigente nos Estados-membros, incluída a que prescreve o abuso criminal de poder (ONU, 1985, Art. 1).

Na perspectiva da vitimologia atual, a corrente de pensamento social feminista tem tido uma importante influência, reconstruindo uma nova forma de enxergar os papéis e as vulnerabilidades de diferentes grupos na sociedade e buscando retirar a culpabilização que recai sobre a vítima (GONÇALVES; MACHADO, 2002; MACHADO, C., 2010).

As abordagens mais recentes utilizam-se do conceito de vitimização de uma forma mais segmentada e centrada na vítima, como em relação à violência doméstica, aos maus-tratos a crianças e adolescentes, à violação e abuso sexual, entre outras (MACHADO, C., 2010). Não obstante, ainda povoa as representações sociais e mesmo as teorias uma perspectiva de culpabilização dos sujeitos que sofrem violências. Apesar de todo o esforço da vitimologia atual, essa segmentação poderia reforçar a perspectiva de que a existência de determinadas características tornaria a

vítima propensa à vitimização, retomando o discurso social sobre a vítima assentado na culpabilização, vide campanhas de prevenção criminal que apontam possíveis comportamentos ou características de risco das vítimas e não dos criminosos. Peixoto (2012), a partir de estudo realizado em Portugal sobre a propensão, experiências e consequências da vitimização, concluiu que os conteúdos a respeito da vitimização entre os profissionais que lidavam com as vítimas guardavam um esforço de não culpabilização das vítimas na sua lógica de atuação profissional. O autor sugere um trabalho em torno da minimização do sofrimento das vítimas a partir de ferramentas de prestação de auxílio.

Na Saúde Pública, o conceito de vitimização também tem sido utilizado em estudos para designar danos sofridos a profissionais de segurança pública (MUNIZ; SOARES, 1998; MINAYO; RAMOS DE SOUZA, 2007). Nesses estudos, a designação é utilizada para fazer referência à ocorrência de lesões físicas fatais e não fatais, assim como danos psicológicos. Conhecer a magnitude da morbimortalidade dessa classe trabalhadora é ainda um tabu, o que se dá basicamente pela falta de acesso a informações. Ainda que seja relevante o uso do termo vitimização, para apontar os casos de lesões em policiais, é de se estranhar o não uso do conceito de *acidente de trabalho* para denominar a ocorrência de lesões no período de serviço. Antunes e Praun (2015) definiu os acidentes de trabalho como sendo “aqueles que ocorrem durante a jornada de trabalho, fatais ou não, geralmente causadores de lesões e ferimentos no corpo, fraturas, mutilações, entre outros impactos físicos” (ANTUNES; PRAUN, 2015, p. 410). Não encontramos contraindicações para que seu uso seja aplicado também aos servidores de segurança pública. Debates sobre a saúde do trabalhador envolvendo questões como precarização do trabalho, intolerância, assédio moral e adoecimento/enfermidades com nexos laborais têm passado ao largo dessa classe trabalhadora no Brasil. A regulação trabalhista dos policiais militares no país tem dificultado a ampliação da visão do policial como classe trabalhadora. Segundo a Constituição Federal de 1988, os Policiais Militares não podem fazer greve e também não podem se sindicalizar. É indiscutível o fato de que a polícia está no rol dos serviços considerados essenciais para a população e, portanto, não é razoável a equiparação dessa classe nesses quesitos às outras profissões; contudo, é fundamental que seja aberta uma via de diálogo entre esses trabalhadores e o Estado, a fim de que haja um foro apropriado para o debate de questões de interesse

dessa classe trabalhadora. O Estatuto da PMERJ afirma que são manifestações essenciais do valor e dever do policial “O patriotismo, traduzido pela vontade inabalável de cumprir o dever policial-militar e pelo integral devotamento à manutenção da ordem pública, mesmo com o risco da própria vida” (RIO DE JANEIRO, Lei 443, 1981, art. 26). Como já dito, aí talvez esteja uma das raízes da naturalização da vitimização do policial, uma vez que é considerado como dever que o policial arrisque sua própria vida e que seu corpo sofra o martírio em favor de um suposto bem maior. As consequências dessa forma de ser polícia têm resultado, na prática, em altas taxas de mortalidade policial no Brasil (BUENO, 2013; MINAYO, 2007).

Neste ponto, indagamos: não seria mais apropriado tratar dessa complexa questão utilizando o conceito de *acidente de trabalho* e não o de *vitimização*? Essa dissertação utiliza o termo *vitimização*, que já é amplamente conhecido na literatura, para designar as violências sofridas pelos policiais militares em período de folga e o de *acidentes de trabalho* para se referir às lesões sofridas por arma de fogo *em serviço*. Isso porque permanece a necessidade de ampliação do entendimento do policial como trabalhador incluído na agenda da cidadania.

### CAPÍTULO 3: METODOLOGIA

Esta dissertação foi concebida no formato de três artigos científicos. O primeiro responde ao primeiro objetivo específico e já foi encaminhado para a Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, sob o título “*Profissionais de segurança pública e militares das forças armadas vitimados por ferimentos com arma de fogo: Revisão Sistemática Integrativa*”. Sistematizou a produção bibliográfica sobre a ocorrência de ferimentos por arma de fogo entre profissionais de segurança pública, incluindo militares de forças armadas e policiais, sem recorte de uma categoria institucional específica.

O segundo artigo atendeu ao objetivo específico 2, com os resultados sobre a ocorrência de vitimização policial por arma de fogo em qualquer parte do corpo entre policiais militares do Rio de Janeiro que foram atendidos no HCPM no período de junho de 2015 a dezembro de 2017. Discutiu a falta de informação em saúde sobre as morbidades que acometem o policial militar e nomeou as diretorias de saúde da PMERJ como campus de emergência contra a naturalização da violência policial.

O terceiro artigo correspondeu ao objetivo específico 3. Assim, identificou o perfil e o atendimento em saúde dos policiais militares vítimas de FAF em face operados pela equipe de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do HCPM no período de junho de 2003 a dezembro de 2017 e discutiu as repercussões desse tipo de agravo em tempos de alta individualização na corporação.

Para alcançar os resultados pretendidos, a pesquisa utilizou como métodos a revisão sistemática integrativa (artigo 1) e o levantamento de dados secundários através de um estudo epidemiológico, com informações obtidas através de duas distintas fontes de dados (artigos 2 e 3):

- 1) Relatórios de Policiais Atendidos por PAF no Setor de Pronto Atendimento (SPA) no HCPM (anexo 2). Esse levantamento inclui os policiais militares acometidos por ferimentos com arma de fogo em qualquer parte do corpo, no período de junho de 2015 a dezembro de 2017;
- 2) Registros dos pacientes do setor de CTBMF lançados em brochura e nos prontuários dos policiais militares acometidos por FAF em face operados em centro cirúrgico no período de junho de 2003 a dezembro de 2017 no HCPM (Anexo 1).



A seguir, detalham-se os procedimentos metodológicos adotados na pesquisa.

### 3.1 REVISÃO SISTEMÁTICA INTEGRATIVA (ARTIGO 1)

A revisão sistemática integrativa é um método de pesquisa que busca responder a uma determinada pergunta científica através da realização de uma busca ampla de estudos que são analisados e escolhidos segundo critérios de inclusão e de exclusão (GALVÃO, 2004). Foi utilizado como referencial os parâmetros metodológicos recomendados pelo programa PRISMA – *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (MOHER, 2009). A partir dessa **revisão sistemática integrativa**, foi produzido o **artigo 1** sobre profissionais de segurança pública e militares das forças armadas acometidos por FAF, buscando traçar um perfil epidemiológico das vítimas, identificar as circunstâncias do trauma, as áreas anatômicas do corpo mais afetadas e conhecer as repercussões na saúde e no desempenho profissional desses profissionais.

Esse foi um importante exercício de aproximação do objeto de pesquisa para a construção do projeto de dissertação. Também permitiu que se identificassem algumas lacunas do conhecimento que serão estudadas, tais como o acometimento de FAF em face entre policiais, as repercussões do ferimento no exercício profissional e os caminhos na saúde até a reabilitação. Visou propiciar, ainda, a compreensão da ocorrência de FAF entre os policiais de outros locais no mundo, com a finalidade de aumentar a compreensão dos eventos que ocorrem entre policiais militares no estado do Rio de Janeiro.

A busca bibliográfica foi efetuada no Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scopus, Web of Science e Pubmed no dia 30 de agosto de 2017, com a seguinte estratégia de busca: (“polícia” OR “polícia militar”) AND (“ferimento por arma de fogo” OR “ferimentos por arma de fogo” OR “projétil por arma de fogo” OR “lesões produzidas por projéteis de arma de fogo” OR “projéteis por arma de fogo”); e em inglês: (“police” OR “military police”) AND (“wounds, gunshot” OR “gunshot wounds” OR “firearm injuries” OR “injuries by gunshot” OR “military gunshot wounds”). Não foram estipulados recorte temporal ou territorial. A busca foi realizada através do título, resumo e palavras-chave.

Após a consulta às bases de dados e a aplicação das estratégias de busca, foram identificados 165 estudos que apresentavam duplicidade entre as bases, que foram lidos por dois revisores. Ao final desta etapa, restauram 22 artigos. A seguir, foram realizadas buscas manuais nas referências bibliográficas, em busca de outros estudos que pudessem estar dentro dos critérios de inclusão adotados (DAL SASSO et al., 2008), finalizando com a inclusão de mais 9 artigos para a revisão sistemática, alcançando-se um acervo de 31 documentos, analisados no artigo 1. Maiores detalhes dos critérios de inclusão e exclusão dos artigos e análise realizada podem ser apreendidos no artigo 1.

### 3.2 LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO (ARTIGOS 2 E 3)

Para o **artigo 2**, foi realizado levantamento de dados secundários referentes aos policiais militares que foram atendidos no **Setor de Pronto Atendimento do HCPM** em decorrência de FAF em qualquer área do corpo, definido neste trabalho como qualquer tipo de lesão física *não fatal* ocorrida por arma de fogo, independente da gravidade da lesão provocada. É um estudo descritivo que revela a frequência e a distribuição das agressões por arma de fogo no universo dos policiais militares da ativa do estado do Rio de Janeiro que não falecem imediatamente em decorrência do FAF. Importa ressaltar que esta não é uma amostra representativa de toda a corporação policial militar do RJ, já que existem policiais militares que podem ter sido atendidos, em caráter de urgência, em hospitais da rede privada ou em outros hospitais públicos. Desses policiais que tiveram o primeiro atendimento em outros hospitais, alguns foram transferidos após estabilização para o HCPM; contudo, não podemos afirmar que esse levantamento representa a totalidade dos policiais militares acometidos por FAF no Estado.

Para o **artigo 3** foi realizado levantamento de dados secundários em prontuários do **Setor de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do HCPM** referentes aos policiais militares que foram operados em centro cirúrgico em decorrência de FAF em face, definido neste trabalho como qualquer tipo de lesão *não fatal* ocorridas por arma de fogo em face. É um estudo descritivo que busca descrever a frequência e a distribuição das cirurgias entre policiais militares da ativa, acometidos por FAF em face no universo dos policiais do estado do Rio de Janeiro que não

falecem imediatamente em decorrência do ferimento. Também não se trata de uma amostra representativa da corporação policial, já que existem policiais militares que podem ter sido operados em outros hospitais diferentes do HCPM.

Em decorrência da falta de sistemas de informação oficiais sobre a ocorrência de FAF em policiais no RJ (fatais ou não fatais), foi realizada a busca de dados secundários no HCPM através de duas *fontes*: registros dos prontuários dos pacientes do setor de CTBMF (junho de 2003 a dezembro de 2017 – artigo 3) e registros da ficha nominada pela PMERJ de “Relatório de Policiais Atendidos por PAF do SPA”, no período de junho de 2015 a dezembro de 2017 (artigo 2). Os períodos de levantamento de dados obedecem à criação dos referidos instrumentos de coletas pelos distintos setores do HCPM.

A seguir apresentaremos separadamente os dois levantamentos e os dados coletados em cada um, já que possuem processos distintos de registro.

#### *Setor de Pronto Atendimento (SPA)*

A partir de 2014, ficou estabelecido pela Diretoria Geral de Saúde o monitoramento de todo policial atendido no Setor de Pronto Atendimento (SPA) recebido com ferimento por PAF no HCPM através da realização do “Relatório de Policiais Atendidos por Projétil de Arma de Fogo – PAF” (Anexo 2). As informações são geradas a partir dos registros médicos realizados no Boletim de Entrada do paciente, onde o oficial de dia médico, o médico militar responsável pela emergência, deve lançar em brochura de ocorrência as informações referentes a cada militar ferido por arma de fogo. Essa brochura é encaminhada a cada dois dias à secretaria do HCPM, onde um policial militar lotado na secretaria transcreve as informações da brochura para uma ficha denominada “Relatório de Policiais Atendidos por PAF”. Nesse relatório são preenchidas as seguintes informações: o dia do atendimento, o nome do militar, seu número de registro geral, a graduação, a unidade onde trabalha, as regiões no corpo acometidas por FAF, a circunstância (se em folga ou em serviço), o estado de saúde do paciente (bom, regular ou grave), o dia que ocorreu o ferimento, a unidade de saúde envolvida no primeiro atendimento, o território onde o ferimento ocorreu, se foi operado e a data da internação. Após o preenchimento dessa ficha de notificação, ela é arquivada na secretaria.

A partir dessa fonte de dados, foram consideradas para o estudo as *variáveis*:

Pessoais:

- Data do atendimento.
- Sexo.

Relativos ao trabalho:

- Posto/Graduação.
- Unidade onde o PM serve.
- Se o FAF ocorreu em serviço ou em folga.

Sobre o ferimento sofrido:

- Localização anatômica do FAF no corpo.
- Classificação do estado de saúde do paciente, se bom, regular ou grave.
- A unidade de saúde envolvida no primeiro atendimento.
- Identificação do território onde ocorreu o FAF no PM. A cidade do RJ foi dividida por Área de Planejamento (AP1, AP2, AP3, AP4, AP5), e as demais cidades da região metropolitana, identificadas de acordo com seu nome<sup>9</sup> (PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO, 2018).
- Se foi operado em caráter de urgência no HCPM, sim ou não.
- Tempo de internação hospitalar.

A *coleta de dados* dessa fonte foi efetuada através de ficha padronizada, elaborada a partir das variáveis existentes no “Relatório de policiais atendidos por PAF”, que continham as ocorrências de FAF em geral, permitindo responder aos objetivos da dissertação (Anexo 3). Os mecanismos de análise dos dados encontram-se detalhados no Artigo 2. Não houve, anteriormente, nenhum levantamento institucional ou publicação dos dados referentes a essa fonte, sendo, portanto, informações inéditas.

#### *Setor de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial (CTBMF)*

O setor de CTBMF do HCPM realiza o registro em brochura de ocorrências de todos os pacientes operados no serviço desde 2003. Nessa brochura são preenchidas

algumas informações sobre o paciente, a saber: seu nome, endereço, registro geral, data da cirurgia, data de nascimento, leito onde está internado, o diagnóstico pré-operatório, o tratamento cirúrgico realizado e os oficiais dentistas que realizaram a cirurgia. Além desse registro, todo paciente operado é acompanhado ambulatorialmente e tem um prontuário de acompanhamento onde são realizadas suas evoluções. Esse prontuário é dividido em três segmentos. O primeiro tem o objetivo de registrar as informações sobre a identificação tais como: nome, registro geral, patente militar, data de nascimento, data de preenchimento da ficha, endereço e telefones. O segundo contém uma anamnese para registro da saúde: problemas de saúde preexistentes (hipertensão, diabetes, cardiopatia, hepatite, alergias, coagulopatias, se faz uso de medicamentos) e a narrativa do paciente sobre o evento sofrido, dando ênfase à data do evento e às circunstâncias do acidente. Na terceira parte do prontuário descrevem-se os resultados de exames de imagem realizados, tais como tomografia ou radiografias e a evolução após cada atendimento.

Para identificar o perfil dos policiais militares vítimas de ferimentos por arma de fogo em face operados no HCPM no período de junho de 2003 a dezembro de 2017 e o nível de gravidade das lesões, os tipos de tratamento e os encaminhamentos de atenção em saúde realizados, foi realizado levantamento de dados secundários através da leitura desses prontuários e da brochura do serviço, buscando informações pré-selecionadas de interesse para a identificação do perfil do policial militar vítima de arma de fogo. Os FAF em face foram classificados em ferimentos intraorais e extraorais. Descrevemos as regiões acometidas por fraturas ósseas, dividindo-as em terço superior quando envolverem o osso frontal; terço médio para fraturas de órbitas, maxilares e zigomas; e terço inferior da face nas fraturas mandibulares. A partir dessa fonte de dados, foram consideradas as *variáveis*:

Pessoais:

- Data do atendimento.
- Idade no trauma.
- Raça/cor.
- Sexo.

Relativos ao trabalho:

- Posto/Graduação.
- Unidade onde o PM serve.

- Se o FAF ocorreu em serviço ou em folga.

Sobre o ferimento sofrido:

- Localização anatômica do FAF na face (intraoral ou extraoral).
- Se houve fraturas de ossos na face e quais os ossos envolvidos.
- As complicações mais encontradas advindas do trauma físico sofrido.
- O número de cirurgias realizadas após o trauma.
- As especialidades em saúde envolvidas na reabilitação.

Sobre as repercussões do ferimento sofrido:

- O tempo de licença para tratamento de saúde entre os PM acometidos por FAF em face.
- Após a alta pela CTBMF, em qual situação de aptidão o paciente foi classificado: Apto A, com retorno sem restrições; Apto B, com retorno ao trabalho com restrições físicas; ou Apto C, com retorno ao trabalho com restrição do uso de arma de fogo ou Inapto.

A *coleta de dados* dessa fonte também foi efetuada através de uma segunda ficha padronizada a partir das variáveis existentes no serviço, buscando-se efetuar a identificação do perfil epidemiológico do policial da ativa acometido por FAF em face, assim como os encaminhamentos em saúde demandados aos policiais militares do estado do Rio de Janeiro, conforme os critérios estabelecidos (Anexo 4). Detalhes sobre processamento e análise de dados podem ser visualizados no Artigo 3.

### 3.3 ASPECTOS ÉTICOS

A realização desta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ e aprovado sob o parecer de número CAAE 81841317.6.0000.5240, de 22 de fevereiro de 2018.

Por tratar-se de uma pesquisa em ambiente clínico, foi solicitada uma Declaração de Anuência para a realização de estudo nos setores de Pronto Atendimento e Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do HCPM, em que a direção do hospital autorizou a realização do levantamento dos dados secundários.

## CAPÍTULO 4: RESULTADOS

A seguir, apresentam-se os resultados da dissertação distribuídos em três artigos, articulados com os objetivos deste estudo.

### 4.1. ARTIGO 1 – PROFISSIONAIS DE SEGURANÇA PÚBLICA E MILITARES DAS FORÇAS ARMADAS ACOMETIDOS POR FERIMENTOS COM ARMA DE FOGO: REVISÃO SISTEMÁTICA INTEGRATIVA

#### **Resumo**

**Objetivos:** Sistematizar a produção bibliográfica sobre a ocorrência de ferimentos por arma de fogo entre profissionais de segurança pública, incluindo policiais (sem recorte de uma categoria institucional específica) e militares de forças armadas. **Métodos:** Revisão sistemática integrativa, realizada em bases bibliográficas eletrônicas brasileiras e internacionais (BVS, Scopus, Web of Science e Pubmed), sem estipulação de recorte temporal ou territorial. **Resultados:** Foram encontrados 31 artigos segundo os critérios de inclusão e de exclusão. Notou-se aumento crescente de publicações entre 1976 e 2016, a maioria publicada em periódicos em inglês, da área da saúde, e abordando policiais do sexo masculino. Os ferimentos por arma de fogo foram o principal mecanismo de injúria em serviço entre os policiais, mais frequentes entre profissionais de segurança do sexo masculino, com cerca de 31 anos de idade. As circunstâncias de maior risco foram: ações de prisão e confrontos com criminosos; respostas a chamados policiais para verificação de perturbação à ordem; e em situações de guerra. Existem poucos estudos que discutam as repercussões físicas dos ferimentos por arma de fogo para o exercício profissional dos trabalhadores de segurança pública.

**Palavra-chave:** segurança pública, policiais, militares, ferimento por arma de fogo, saúde ocupacional.

#### **Abstract**

**Objectives:** To systematize the bibliographic production on the occurrence of gunshot wounds among public safety professionals, including military personnel from the armed forces and police officers without delimiting a specific institutional category.

**Methods:** Integrative systematic review, carried out in Brazilian and international electronic bibliographic databases (BVS, Scopus, Web of Science e Pubmed) without stipulation of temporal or territorial frame. **Results:** 31 articles were found according to the inclusion and exclusion criteria. There was a growing increase in publications between 1976 and 2016, most of which are published in health journals in English and cover male police officers. Gunshot wounds were the main mechanism of injury in service among police officers, most frequent among male security professionals around 31 years of age. The most risky circumstances were: arresting operations and confrontations with criminals; responses to police calls for verification of disturbance to order; and in war situations. There are few studies discussing the physical repercussions of firearm injuries for the professional exercise of public safety workers. **Keyword:** public safety, police, military personnel, gunshot wound, occupational health.

#### 4.1.1 Introdução

Os profissionais de segurança pública possuem maior risco de morte se comparados a outras profissões<sup>1-6</sup>. Nos Estados Unidos da América, as taxas de acidentes fatais no trabalho são 3 a 4 vezes maiores entre os policiais quando comparadas a profissionais de outros setores e entre os que trabalham no âmbito privado<sup>7-8</sup>. Em virtude da natureza e atribuições da profissão, algumas ocorrências que afetam a saúde são ainda particulares a essa classe de trabalhadores. A hierarquia rígida, a exigência de disciplina, a relação desgastada do policial com a sociedade e, por vezes, também conflituosa com o sistema de justiça, o exercício de outras atividades em contraturno, o cansaço físico e o desgaste emocional ao presenciar colegas sendo mortos na linha de confronto são alguns fatores que têm contribuído para o elevado nível de estresse e de agravos à saúde do policial<sup>9-12</sup>. No Brasil, além desses fatores, os elevados níveis de criminalidade, a existência de confrontos armados contra grupos de narcotráfico e o elevado número de armas de fogo em circulação têm resultado num alto número de policiais atingidos por projétil de arma de fogo, produzindo lesões fatais e/ou incapacitantes e agravando as condições de risco para sua saúde<sup>13</sup>.



Segundo Clarke<sup>7</sup>, os profissionais de segurança pública nos EUA reúnem oficiais de polícia, detetives e agentes especiais. Suas atribuições envolvem “a responsabilidade pela garantia da lei, da ordem, da proteção da vida e das propriedades”<sup>7(p3)</sup>. Já Swedler<sup>8</sup> define os profissionais de segurança pública como aqueles que “trabalham autorizados pela segurança pública oficial, têm plenos poderes de efetuar prisão, normalmente estão previstos no orçamento e carregam arma de fogo e são pagos pelos fundos públicos destinados à segurança pública”<sup>8(p35)</sup>. As forças armadas americanas estão entre as mais potentes enquanto número de militares e força bélica do mundo e têm desempenhado, nas últimas duas décadas, uma forte atuação nas guerras do Oriente Médio.

No Brasil, temos uma configuração diferente da norte-americana quanto à organização das forças policiais e suas áreas de atuação. Os profissionais de segurança pública no Brasil são servidores públicos concursados e têm um regime de trabalho diferente dos profissionais privados, que são regidos pela Consolidação das Leis de Trabalho. O ingresso na Administração de servidores da segurança pública é feito a partir de concurso conforme exigência constitucional<sup>14(Art37)</sup>.

No âmbito da saúde, os militares das forças armadas seguem modelos da medicina militar, com serviços hospitalares e previdência própria. Já entre os policiais, não há um modelo uniforme de assistência à saúde desses trabalhadores. Existem variações de acordo com o Estado de origem e a categoria policial. Contudo, importa ressaltar que esses servidores possuem regimentos próprios sobre a saúde ocupacional, que se diferem dos modelos de saúde ocupacional e da perspectiva da saúde do trabalho no SUS<sup>1</sup>. A Constituição da República Federativa do Brasil<sup>14</sup>, nos seus artigos 142 e 144, apresenta as funções, organização e limites constitucionais das instituições públicas responsáveis por exercer a preservação da ordem pública, da incolumidade das pessoas, do patrimônio e da nação. A Carta Magna relaciona, entre as instituições que fazem parte dos órgãos de segurança pública no Brasil, as polícias; federal, rodoviária federal, ferroviária federal, civil, militar e o corpo de bombeiros. À polícia federal cabe apurar as infrações penais de interesses da União ou de suas entidades autárquicas e empresas públicas, de repercussão interestadual ou internacional; à rodoviária federal, o patrulhamento ostensivo das rodovias federais; à civil, as funções de polícia judiciária e a apuração de infrações penais; às militares, o patrulhamento ostensivo e a preservação da ordem pública; ao corpo de

bombeiros militar, além das atribuições definidas na Constituição, está a execução de atividades de defesa civil. A polícia militar e o corpo de bombeiros militar são forças auxiliares e de reserva do Exército, de configuração hierarquizada e subordinada, juntamente à polícia civil, subordinada aos Governadores dos Estados. Já as Forças Armadas são instituições nacionais constituídas pela Marinha, Exército e Aeronáutica, sob a autoridade do Presidente da República. Destinam-se à defesa da pátria e dos poderes constitucionais<sup>14</sup>.

Segundo dados do Mapa da Violência<sup>15,16</sup> sobre homicídios por arma de fogo, entre 1980 e 2014 morreram 967.851 pessoas por disparo de arma de fogo no Brasil, representando 85,8% do total de homicídios no país. O crescimento da mortalidade por arma de fogo oscilou ao longo desse período: entre 1980 e 2003, cresceu de forma acelerada, numa média de 8,1% ao ano. A partir de 2003, houve uma redução das mortes por esta causa, o que pode ser explicado, segundo o Mapa, pelo Estatuto e Campanha do Desarmamento, iniciados em 2004. A partir de 2008, o índice novamente oscila e retorna a crescer a partir de 2012. O crescimento da letalidade violenta por arma de fogo entre 1980 e 2014 foi de 592,8% para a população em geral e, quando considerada a faixa etária de 15 a 29 anos, atingiu 699,5%. O Brasil tem uma taxa de 20,7 homicídios por arma de fogo por 100 mil habitantes, ocupando a 10ª posição entre os 100 países analisados pelo Mapa. Nacionalmente, os homens representaram 94,4% das vítimas de homicídios por armas de fogo<sup>15,16</sup>.

Dados<sup>17</sup> dos sistemas de vigilância de violência e acidentes, Viva Inquérito (2014) e Viva Contínuo (2013), mostram que, entre os diferentes meios de agressão física, as armas de fogo ocuparam a quarta posição em número de morbidades, com destaque para os homens. Ressalta-se que não é possível conhecer a real magnitude das morbidades produzidas por arma de fogo na população, já que: “no caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente são objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT”; não sendo, portanto, obrigatória a notificação dos casos entre os profissionais de segurança pública ou militares das forças armadas. Tais fatos representam uma grande restrição à compreensão do impacto dos ferimentos por arma de fogo nesse grupo da população<sup>18</sup>.

Segundo informações do relatório anual do Fórum de Segurança Pública<sup>19</sup>, em 2016, 358 policiais morreram em virtude da violência em todo país. Em 2017, até o

dia 12 de outubro, morreram 107 policiais militares no Estado do Rio de Janeiro em decorrência da violência<sup>20</sup>. Não há, contudo, um sistema nacional integrado e público que registre a morbimortalidade que envolva todos os profissionais de segurança. Os relatórios sobre a mortalidade ocorrem de maneira fragmentada, por Estado, através dos Institutos de Segurança Pública (ISP) ou das Secretarias de Segurança Pública<sup>19</sup>. No Rio de Janeiro, o ISP divulga relatórios mensais sobre as incidências criminais e administrativas envolvendo a segurança do Estado, que incluem informações sobre o número de policiais mortos em serviço, mas atualmente não estão especificados os meios que produziram o óbito. O último relatório de vitimização policial com dados sobre as mortalidades de policiais em serviço por arma de fogo foi publicado em 2015, sem, contudo, trazer informações sobre as morbidades por Ferimentos de Arma de Fogo (FAF)<sup>21</sup>. Tampouco os sistemas de informação em saúde do Ministério da Saúde produzem registros sobre as condições de saúde do policial em virtude da falta de conexão entre os sistemas de informação em saúde dos hospitais militares e os sistemas de informação em saúde do Ministério da Saúde. Alguns estudos têm buscado avaliar a saúde dos profissionais de segurança pública no país sem, no entanto, produzir uma reflexão mais aprofundada a respeito da representatividade dos efeitos dos ferimentos por arma de fogo na saúde desses profissionais<sup>1,11,22-25</sup>.

Em função do potencial dos traumas por arma de fogo para provocar morbimortalidade, acrescido à escalada da ocorrência desse tipo de ferimento em virtude da penetração de armas com elevado potencial de destruição no país, este problema torna-se de saúde pública, destacando-se que afeta não apenas a população civil, como também os profissionais de segurança pública<sup>6</sup>. Os FAF são classificados como perfuro-contusos<sup>26</sup>; a forma, extensão e gravidade das lesões dependem da dissipação da energia cinética do projétil na ferida, da capacidade de produção de projéteis secundários e da cavitação que ela produz, podendo resultar no esmagamento, na destruição ou na perfuração das estruturas<sup>27,28</sup>. Tais ferimentos, quando ocorridos em serviço entre os profissionais de segurança pública, tanto para policiais, quanto para militares, constituem-se como acidentes de trabalho<sup>1,5,8,36,37</sup>.

Esse artigo tem como *objetivo* realizar uma revisão sistemática integrativa sobre a saúde de profissionais de segurança pública e militares das forças armadas acometidos de FAF, buscando traçar um perfil epidemiológico das vítimas, identificar

as circunstâncias do trauma e as áreas anatômicas do corpo mais afetadas e conhecer as repercussões na saúde e no desempenho profissional desses sujeitos.

#### 4.1.2 Metodologia

A revisão sistemática integrativa, utilizada neste artigo, visa responder a uma determinada pergunta científica através da realização de uma busca ampla de estudos que são analisados e escolhidos segundo critérios de inclusão e de exclusão. Ela permite a realização de um levantamento de múltiplos estudos, efetuando análises e sínteses de temas de interesse, possibilitando estabelecer conclusões gerais a seu respeito ou apontar lacunas do conhecimento a serem preenchidas com a realização de novos estudos<sup>29</sup>. Esse artigo utilizou o protocolo recomendado pelo programa PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*)<sup>30</sup>.

A busca bibliográfica foi efetuada no Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde – BVS (que incorpora Lilacs, scielo, Medline e outros tipos de fontes de informação tais como recursos educacionais abertos, sites de internet e eventos científicos), Scopus, Web of Science e Pubmed no dia 30 de agosto de 2017, com a seguinte estratégia de busca: (“polícia” OR “polícia militar”) AND (“ferimento por arma de fogo” OR “ferimentos por arma de fogo” OR “projétil por arma de fogo” OR “lesões produzidas por projéteis de arma de fogo” OR “projéteis por arma de fogo”); e em inglês: (“police” OR “military police”) AND (“wounds, gunshot” OR “gunshot wounds” OR “firearm injuries” OR “injuries by gunshot” OR “military gunshot wounds”). Não foram estipulados recorte temporal ou territorial. A busca foi realizada através do título, resumo e palavras-chave. Buscas manuais foram feitas nas referências bibliográficas dos artigos encontrados.

Para inclusão ou exclusão dos artigos foram empregados os seguintes critérios:

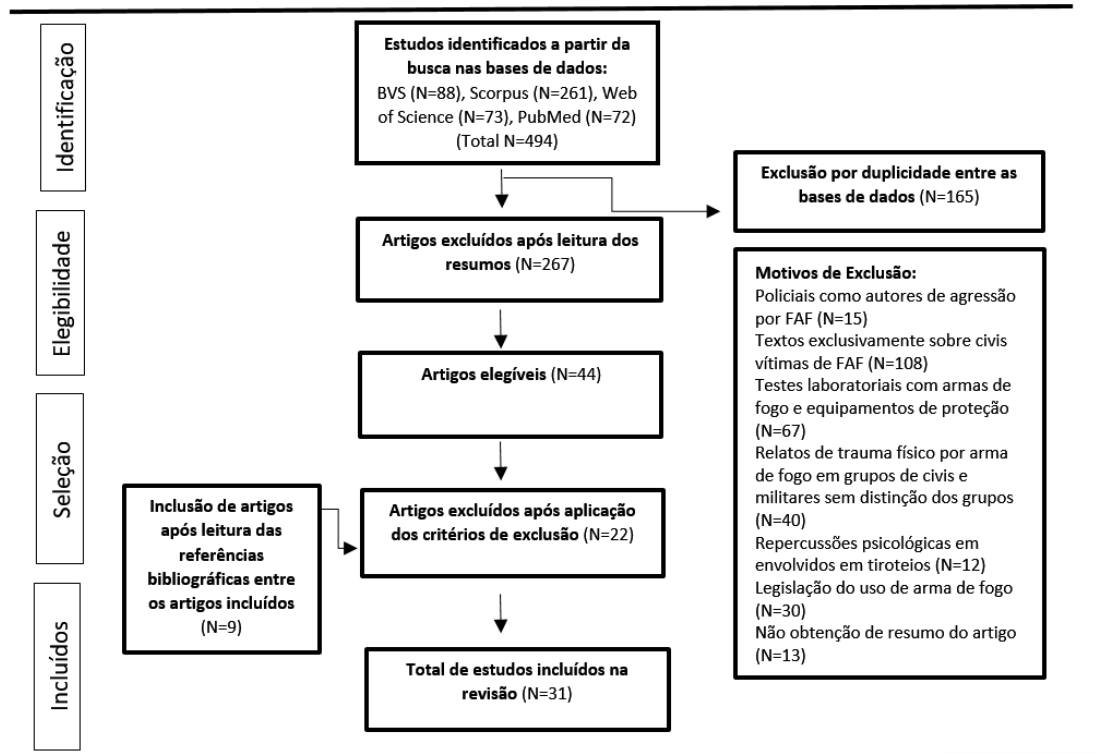
a) *inclusão* – relatos de trauma por arma de fogo em militares das forças armadas ou policiais, relatos sobre morbidade e mortalidade por arma de fogo entre militares das forças armadas e policiais e levantamentos sobre causas de mortalidade e morbidades laborais em policiais e militares das forças armadas; b) *exclusão* – artigos sobre policiais como autores de agressão por FAF contra civis; textos exclusivamente sobre civis vítimas de FAF; testes laboratoriais com armas de fogo e equipamentos de proteção utilizados pelos profissionais; relatos de trauma físico por arma de fogo

em grupos de civis e militares das forças armadas e/ou policiais sem distinção dos grupos e sem possibilidade de identificação dos resultados entre os grupos; avaliação exclusiva das repercussões psicológicas em policiais e/ou militares envolvidos em tiroteios; enfoque na avaliação sobre a legislação do uso de arma de fogo; e, ainda, por não obtenção de resumo do artigo

Após a consulta às bases de dados e a aplicação das estratégias de busca, foram identificados 165 estudos que apresentavam duplicidade entre as bases. Foram lidos, por 2 revisores, todos os 329 títulos e resumos resultantes. Nos casos em que a leitura do resumo não era suficiente para estabelecer se o artigo deveria ser incluído, considerando-se os critérios de inclusão definidos, o artigo foi lido na íntegra para determinar sua elegibilidade. Quando o resumo era suficiente, os artigos eram selecionados e então obtida a versão integral para confirmação de elegibilidade e inclusão no estudo. Foram selecionados 44 artigos para leitura na íntegra e incluídos 22 artigos nessa fase. Visando ampliar o escopo da análise para essa revisão sistemática, foram realizadas buscas manuais nas referências bibliográficas dos 22 artigos incluídos, em busca de outros estudos que pudessem estar dentro dos critérios de inclusão adotados<sup>31</sup>. Após leitura dos títulos e respectivos resumos e, quando necessário, dos textos na íntegra, incluímos mais 9 artigos para a revisão sistemática. Entre os artigos selecionados nesta segunda busca, notamos que 7 apresentavam a temática envolvendo militares das forças armadas em situação de guerra, enquanto na primeira busca os policiais foram mais citados. Considerando-se um acervo de 31 artigos (22 no primeiro levantamento e 9 através de avaliação das referências<sup>5,32-38</sup>). Dessa forma, 31 documentos compõem a base analisada neste artigo.

A seguir, apresentamos os resultados discriminados segundo idade e sexo das vítimas, período avaliado, identificação dos locais de ocorrência da violência e da publicação dos documentos, localização anatômica do FAF, circunstâncias envolvidas nas ocorrências de morbidade e mortalidade e repercussões físicas dos ferimentos por armas de fogo para o exercício profissional dos trabalhadores.

**Figura 1: Fluxograma de identificação e seleção dos artigos para revisão sistemática sobre a ocorrência de ferimentos por arma de fogo entre profissionais de segurança pública e militares das forças armadas**



Fonte: a autora.

### 4.1.3 Resultados

Entre os 31 artigos encontrados, apenas um é nacional, apresentando o relato de caso de um policial brasileiro vítima de arma de fogo. Nenhum fez um levantamento sobre as condições de saúde dos profissionais de segurança brasileiros frente aos ferimentos por arma de fogo, o que indica a precariedade da informação e de estudos sobre o tema no país.

Discriminando-se os profissionais de segurança pública e militares das forças armadas no acervo analisado, 21 documentos referem-se a ocorrências relacionadas a profissionais de segurança pública (policiais) e 10 a militares das forças armadas (Quadro 1). Dentre estes últimos, 9 descreveram situações de guerra e 6 incluíram civis e militares discriminadamente no mesmo estudo. O Quadro 1 permite verificar o local em que ocorreram os ferimentos por arma de fogo, a designação do profissional,

o objetivo e os resultados dos artigos. Tais dados nortearam a descrição e discussão dos resultados do presente artigo.

Ainda conforme o Quadro 1, percebe-se que os EUA se destacam como o local com maior número de publicações sobre o **território** de ocorrência dos ferimentos por arma de fogo, totalizando 12 artigos, todos com algum tipo de informação referente a profissionais de segurança pública, em especial os oficiais de polícia, mortos ou feridos por arma de fogo. Deve-se levar em conta que o maior número de publicações não significa, necessariamente, que esse país tenha um maior número de policiais vitimados por armas de fogo, e sim que há uma melhor qualidade da informação e, possivelmente, bancos de dados e relatórios publicados com periodicidade e transparência, permitindo a realização de estudos. Encontramos, entre estes artigos, três diferentes fontes de dados, provenientes de relatórios e banco de dados: o *Labor's Census of Fatal Occupational Injuries*, que apresenta um censo sobre a ocorrência de mortes e ferimentos ocupacionais a partir de dados das principais profissões, incluindo os profissionais de segurança do país; o *Annual Law Enforcement Officers Killed and Assaulted* (LEOKA), um relatório anual publicado pelo Federal Bureau of Investigation (FBI) desde 1996, que realiza o levantamento das ocorrências de mortes e ferimentos entre os profissionais de segurança; e o *National Violent Death Report System* (NVDRS), produzido através do sistema de notificação de mortes violentas dos EUA, que, diferentemente dos brasileiros, disponibiliza os dados de mortalidade de profissionais de segurança pública em todo país a partir da integração do banco de dados do LEOKA e das informações obtidas nos prontuários dos médicos legistas e dos registros nos boletins de ocorrência policiais.

Também se destaca no quadro 1 o número de publicações em territórios onde foram vivenciadas guerras<sup>32-37,39-41</sup>. Entre esses estudos, 2 envolvem levantamentos entre militares das forças armadas mortos e feridos em guerras ocorridas no século XX<sup>33,34</sup> e 7 em conflitos mais recentes, ocorridos entre 2003 e 2009 no Oriente Médio, especialmente no Afeganistão, Iraque e Kuwait<sup>32,35-37,39-41</sup>. Esses estudos foram realizados a partir da análise dos atendimentos a militares que formaram a coalizão internacional contra o terrorismo, especialmente os EUA, Inglaterra e Espanha.

**Quadro 1 – Relação dos artigos encontrados na revisão sistemática segundo autor, ano de publicação, país onde ocorreram os ferimentos por armas de**

**fogo (FAF), categoria profissional (CP), objetivos, metodologia e resultados do artigo**

<b>Autor, ano e país</b>	<b>CP<sup>1</sup></b>	<b>Objetivo</b>	<b>Metodologia</b>	<b>Resultados</b>
Wilson, 1976. EUA	P	Relatar caso de policial vítima de FAF envolvendo o cólon e medula com perfuração da veia cava.	Relato de caso clínico.	O paciente cursou com complicação infecciosa tardia e veio a óbito em decorrência de meningite. Sugeriu-se o uso de antibiótico e monitoramento através de punção lombar diária para esse tipo de ferimento.
Lester, 1982. EUA	P	Explorar a relação entre as características das armas de mão confiscadas nas cidades com projeto de identificação de armas e os assassinatos de policiais.	Estudo quantitativo de base ecológica que analisa taxas de mortalidade policial e apreensão de armas de fogo no período de 1970 a 1975.	Depreende-se do estudo que as mortes de policiais ocorrem com maior frequência em cidades onde os criminosos utilizam-se mais de armas menos caras como os revólveres de cano curto.
Abu, 1984. Jordânia	MFA, P, C	Avaliar a causa das mortes por arma de fogo em Amam.	Estudo quantitativo a partir de prontuários das autópsias realizadas no Departamento de Medicina Forense no período de 8 anos (N = 221).	Entre todos os casos de óbitos por FAF, 20,3% foram de militares das forças armadas e policiais, equivalendo a 14% dos homicídios, 25% dos acidentes e 30% dos suicídios.
Berman, 1985. EUA	P	Identificar as circunstâncias que culminaram nos FAF entre 145 policiais da Filadélfia (12 anos). Analisar a localização do ferimento, o tempo de hospitalização e de afastamento de serviço e as repercussões	Estudo quantitativo a partir de prontuários da polícia de Filadélfia, de policiais acometidos por FAF no período de 12 anos. (N=145)	Foram 188 FAF, com 20 fatalidades. Prisão e tentativa de prisão são circunstâncias comuns envolvidas nas causas das ocorrências. Grande parte dos ferimentos poderia ser evitado através dos equipamentos de proteção. Média de internação = 10 dias. Tempo de afastamento de serviço = 143 dias em



		psicológicas do trauma sofrido.		média. Sequelas permanentes e deficiências parciais em virtude das feridas = 22 policiais. Ansiedade no retorno ao serviço = 12 policiais. Reforma por instabilidade emocional = 2.
Lester, 1987. EUA	P	Investigar a relação entre o uso de arma de fogo em roubos e assaltos e a taxa de mortes de policiais em 37 cidades grandes nos EUA.	Estudo quantitativo de base ecológica que analisa taxas de mortalidade policial e assaltos e roubos com o uso de arma de fogo no período de 1970 a 1978.	Maiores taxas de policiais assassinados em cidades com maior proporção de suicídios, homicídios, roubos e assaltos envolvendo arma de fogo. Maior acesso a armas de fogo por criminosos é causa provável de violência contra o policial.
Ebbs, 1990. Inglaterra	P	Relatar o caso de policial de 29 anos que feriu-se acidentalmente durante treinamento de arma de fogo.	Relato de caso clínico.	O projétil de arma de fogo foi removido sob anestesia local sem intercorrências.
Armour, 1996. Reino Unido	P, C	Comparou os fatores associados ao suicídio por arma de fogo ocorridas no Reino Unido.	Estudo quantitativo com dados do inquérito nacional do Reino Unido sobre os casos de suicídio em período de 5 anos. (N=104)	Ocorrência de 104 casos de suicídio por FAF (45 entre policiais). Estresse psicológico e facilidade de acesso a armas de fogo foram fatores associados às ocorrências de suicídios entre policiais e civis.
Gofrit, 1996. Líbano	MFA	Identificar a localização anatômica dos ferimentos por arma de fogo entre soldados mortos na guerra, no período em que ocorreram 65% de todas as mortes da guerra.	Estudo quantitativo descritivo a partir de dados de prontuários de militares mortos em 3 meses de combate no Líbano. (N=229)	Ocorreram 405 ferimentos, 115 destes por FAF (28,4%). Face é a área com a maior densidade de ferimentos penetrantes, representando 7,3 vezes mais do que a proporção de toda superfície do corpo. Achados sugerem a necessidade da criação de dispositivo adicional de proteção para a face.

Clarke, 1999. EUA	P	Analisar as circunstâncias envolvidas nas fatalidades ocupacionais entre profissionais de segurança.	Estudo quantitativo descritivo com dados do <i>U. S. Bureau of Labor Statistic's – Census of Fatal Occupational Injuries</i> no período de 1992 a 1997. (N=887)	Taxa de mortalidade ocupacional é 3 vezes maior se comparada a outras profissões, apontando para o alto risco ocupacional envolvido na profissão. Maior parte das fatalidades decorre de homicídios (9 em cada 10 homicídios por FAF) e ocorre em áreas urbanas.
Rupp, 2001. Alemanha	P	Relatar caso de policial de 41 anos de idade que cometeu suicídio por disparo com arma de fogo na região temporal esquerda e também sofreu lacerações em face por mordida canina pós morte.	Relato de caso clínico.	O corpo foi encontrado 12 horas mais tarde, com danos por mordida canina ao redor do FAF no rosto. Apesar disso, os ferimentos correspondentes aos orifícios de entrada e saída do projétil por arma de fogo não foram afetados pela dilaceração proveniente das mordidas caninas.
Champion, 2003 <sup>2</sup> .	MFA	Analisar a natureza das lesões traumáticas de combate em guerras registrados no <i>Wound Data and Munition Effectiveness Team</i> .	Estudo epidemiológico a partir do banco de dados <i>Wound Data and Munition Effectiveness Team</i> no período de 1967-69. (N=7989)	Os FAF representaram 23% dos ferimentos de guerra, sendo mais encontrados entre os militares da Infantaria. A cada 3 militares vítimas de arma de fogo, 1 morre; a cada 20 militares atingidos por fragmentos explosivos, 1 é morto.
Plani, 2003. África do Sul	P	Obter informações nos prontuários de policiais atendidos, em virtude de FAF sofridos em serviço. Identificar o tipo de ferimento, os aspectos demográficos, locais anatômicos acometidos, forma de transporte ao hospital, utilização de equipamento de proteção individual	Estudo quantitativo com levantamento de dados secundários de prontuários dos policiais atendidos em virtude de ferimentos em serviço, no período de junho de 1993 a junho de 2002 no Hospital de Milpark. (N=134)	95% dos policiais eram do sexo masculino, com idade média de 31 anos. Entre os 92 policiais atendidos feridos por arma de fogo, 80 casos aconteceram durante o serviço; houve 3 suicídios e 9 disparos acidentais. 55% dos policiais feridos eram sargentos; 35% utilizavam colete à prova de bala. Sobre o retorno ao trabalho: 58% policiais foram considerados

		e se este foi efetivo, mortalidade e tempo de retorno ao trabalho.		aptos, 21% parcialmente aptos (para serviços leves) e 21% afastados. Os meios de socorro utilizados foram: ambulância (76), helicópteros médicos (39) e policiais (05), carros de polícia (13) e carro privado (1).
Gutiérrez, 2003. Chile	P	Relatar caso de policial que, tendo sido atingido por projétil de arma de fogo, 54 meses após o evento sofreu migração do projétil para a região intra-articular, com consequente limitação de amplitude de movimento articular.	Relato de caso clínico.	O projétil foi removido através de cirurgia artroscópica. Não houve lesão dentro da articulação relacionada ao corpo solto.
Ehikhamenor, 2005. Nigéria	P, C	Realizar análise comparativa da frequência de mortes causadas por assaltos com uso de armas de fogo e as mortes em acidentes rodoviários.	Estudo quantitativo a partir de levantamento de banco de dados institucionais da polícia da Nigéria no período de 5 meses. (N=511)	Entre as pessoas mortas em assalto a mão armada estavam: transeuntes (26%), assaltantes (68%) e policiais (5,7%). Policiais mortos do sexo masculino, na faixa de 21 a 32 anos.
Hinsley, 2005. Kuwait	MFA, C	Apresentar relato de experiência do hospital britânico de campanha durante a fase mais intensa do conflito do Golfo.	Estudo quantitativo com dados de prontuários de pacientes atendidos em 202 hospitais de campanha no período de 21 de março a 4 de abril de 2003 na guerra do Kuwait. (N=482)	Entre os pacientes atendidos, 79 apresentavam lesões penetrantes por arma de fogo entre esses, 33 eram militares.
NIOSH, 2006. EUA	P	Relatar caso de tenente de carreira do sexo feminino, morta por FAF ao fornecer atendimento de	Relato de caso clínico.	A vítima e um colega bombeiro paramédico estavam realizando uma avaliação inicial do paciente quando foram alvejados. Apesar das tentativas de

		emergência a civil baleado.		ressuscitação, a policial foi a óbito.
Kyriacou, 2006. EUA e Londres	P	Descrever a incidência e as causas das mortes entre os policiais das cidades de Nova Iorque e Londres durante o século XX. Analisar se existe relação entre as taxas de homicídios de civis e de policiais.	Estudo quantitativo de base ecológica para análise das tendências de mortes ocupacionais entre policiais em 100 anos de análise. (N=322)	Os FAF representaram a principal causa de morte entre os policiais de Nova Iorque, com 302 mortes listadas durante o século vinte. Já em Londres, foram encontrados 20 casos de morte de policiais em decorrência de FAF. Não foi encontrada correlação entre as taxas de homicídios de civis e policiais em ambas as cidades.
Bird, 2007. Iraque e Afeganistão	MFA	Identificar as principais causas de morte dos militares nas duas guerras.	Estudo quantitativo multicêntrico realizado a partir do banco de dados <a href="http://iCasualties.org">iCasualties.org</a> para análise das mortes ocasionadas pelo combate e as mortes ocasionadas por doenças ou acidentes. Período analisado de 260 dias. (N=537)	Entre os militares mortos, 90 ocorreram em virtude de lesões por arma de fogo. As mortes por arma de fogo corresponderam a 13% das mortes no Iraque e 12% no Afeganistão.
Wade et al., 2007. Iraque	MFA	Documentar as características e causas dos ferimentos em cabeça, pescoço e face durante Operação Militar.	Estudo epidemiológico descritivo a partir de dados institucionais das Forças Militares, Marinha e Aeronáutica sobre militares feridos no período de 1 de março a 30 de setembro de 2004 em operação no Iraque. (N=445)	1/3 dos militares vitimados apresentaram feridas múltiplas nas 3 áreas. Dispositivos explosivos improvisados foram a causa mais frequente dos ferimentos. Lesões na cabeça, em geral, foram mais severas do que as feridas na face ou no pescoço. Recomenda-se melhor proteção para a face. Idade média de 24 anos (+/- 5,9 anos).
Hodgetts et al., 2007. Afeganistão	MFA, C	Avaliar a causas das mortes no primeiro ano de operações militares. Comparar os mecanismos	Estudo quantitativo a partir de banco de dados da agência <i>Defence Analytical Services and Adviceno</i> período de 1 de abril	O mapeamento corporal de lesões balísticas mostrou maior vulnerabilidade da face e pescoço. A Cabeça e

		causadores de ferimento de ação hostil e não hostil.	de 2006 a 31 de março de 2007. (N=76)	tórax representou a maioria das lesões letais.
Kelly et al., 2008. Iraque e Afeganistão	MFA	Avaliar se houve agravamento e aumento dos ferimentos nas Guerras do Iraque e Afeganistão e identificar a causa de morte entre os militares.	Estudo epidemiológico a partir de levantamento de dados institucionais das Forças Armadas dos EUA ( <i>Defense Manpower Data Center, Statistical Information Analysis Division</i> ) no período de março de 2003 a abril de 2004 e junho de 2006 a dezembro de 2006. (N=982)	Aumento de mortes se comparadas a outras guerras. Hemorragia é a principal causa potencial de mortes. 486 militares mortos no Iraque (30% por FAF), 496 militares mortos no Afeganistão (24% por FAF).
Clerici et al., 2009. Itália	P	Avaliar as taxas de homicídio e suicídio entre os policiais, comparados a outras populações (1996-2006). Entender as circunstâncias do trauma e conhecer a idade média das vítimas.	Estudo quantitativo de base empírica a partir da consulta sistemática de fontes jornalísticas de informação, referentes a um período de 10 anos, de 1º de janeiro de 1996 a 31 de dezembro de 2006. (N=50)	50 casos de <i>suicídios</i> entre os policiais (45 com arma de fogo e 5 por outros meios), com idade média de 37,4 anos de idade, sendo 49 do sexo masculino e 1 do sexo feminino. Transtornos psiquiátricos, doenças físicas e razões econômicas foram as causas associadas. Foram 44 casos de <i>homicídios</i> com arma de fogo. Incidência elevada de suicídios e homicídios entre policiais, comparada ao restante da população.
Stansfield, 2009. Reino Unido	MFA	Informar a incidência de FAF por disparos acidentais.	Estudo quantitativo a partir de banco de dados institucionais das forças armadas do Reino Unido denominado <i>Munition Incidents and Defects</i> , no período de 3 de janeiro a 31 de dezembro de 2007. (N=1158)	Ocorreram 1.158 disparos não intencionais por armas de fogo; 4% destes resultaram em 55 ferimentos, incluindo uma fatalidade.
Can, 2010. Turquia	P	Relatar caso de FAF de alta energia em face e pescoço,	Relato de caso clínico.	Apesar de ter sido atingido por um projétil de arma de fogo de alta

		sem óbito da vítima. A bala avançou através dos espaços retrofaciais seguindo um curso não-linear e ficou retida na região para-faríngea oposta, sem ferir qualquer estrutura vital.		energia cinética, a resultante do dano foi uma “lesão de baixa velocidade”. O projétil manteve energia para penetrar e dissecar os tecidos. A abordagem escolhida para tratamento foi de preservação sem abordagem cirúrgica, com acompanhamento regular.
Shah, 2011. Afeganistão	MFA, P, C	Analisar os registros de prontuários de pacientes internados na unidade de terapia intensiva que receberam assistência clínica e cirúrgica durante a guerra do Afeganistão.	Estudo quantitativo a partir de banco de dados do <i>Joint Theatre Trauma Registry</i> sobre pacientes internados no centro de terapia intensiva no período 1º de maio a 15 de outubro de 2009. (N=188)	Entre os pacientes atendidos: 36% militares multinacionais, 16% policiais e militares afegãos e 48% civis. Entre os pacientes atendidos, 26% foram em decorrência de FAF, perdendo apenas para as ocorrências de ferimentos por artefatos explosivos.
Suay, 2011. Afeganistão	MFA,P, C	Analisar os casos de traumatismo por arma de fogo e explosivos que foram admitidos no CTI do Hospital Militar Espanhol de campanha (3 anos). Verificar a localização anatômica das lesões que produziram maior morbidade.	Estudo observacional, descritivo, longitudinal e retrospectivo entre os anos de 2005 a 2008. (N=86)	Foram 86 pacientes atendidos, entre civis, militares e policiais, 30 com FAF e 56 com ferimentos por dispositivos explosivos. Desse total, 42% eram militares e 14% policiais locais.
Mark, 2012. EUA	P	Determinar se o pneumotórax é uma causa de morte evitável significativa entre os policiais vítimas de FAF, assim como é entre os militares das forças armadas.	Estudo quantitativo com análise do banco de dados do <i>U.S. Federal Bureau of Investigation</i> entre policiais mortos em serviço no período de 1998 a 2007. (N=108)	Nenhum médico legista identificou especificamente o pneumotórax como causa direta da morte de policiais vítimas de ferimento por arma de fogo. O pneumotórax parece ser um evento raro entre policiais.

Fisher, 2013. EUA	P	Determinar o que significa obstrução de via aérea como causa de possível morte evitável entre policiais acometidos por FAF.	Estudo quantitativo retrospectivo a partir do banco de dados do <i>U.S. Federal Bureau of Investigation</i> entre policiais mortos em serviço no período de 1998 a 2007. (N=42)	42 policiais morreram em decorrência de FAF. Segundo autópsia, três policiais sucumbiram por trauma das vias aéreas. A entubação endotraqueal foi a técnica de manejo de via aérea artificial mais comum utilizada na tentativa de ressuscitação.
Nagasako, 2013. Brasil	P	Relatar caso de policial de 39 anos vítima de FAF no tórax. Projétil alojado na parte superior do mediastino, causando desvio do esôfago sem extravasamento.	Relato de caso clínico.	Endoscopia mostrou um pequeno orifício fistuloso. Após 27 dias do trauma, o projétil foi removido com sucesso.
Swedler, 2014. EUA	P	Entender as circunstâncias envolvidas nos homicídios de policiais, a partir da análise das narrativas dos relatórios do <i>Federal Bureau of Investigation, Law Enforcement Officers Killed and Assaulted</i> .	Análise das narrativas a partir dos relatórios do <i>Federal Bureau of Investigation, Law Enforcement Officers Killed and Assaulted</i> no período de 1996 a 2010. (N=796)	796 oficiais mortos em serviço, sendo 67% mortos por armas de fogo de cano curto; 10% foram mortos com sua própria arma de serviço. A circunstância de maior risco foi durante a resposta a chamadas de perturbação à ordem.
Blair, 2016. EUA	P	Descrever as características dos homicídios ocorridos entre os profissionais de segurança pública, através do levantamento de dados do <i>National Violent Death Reporting System</i> .	Estudo quantitativo e qualitativo a partir da análise do banco de dados <i>National Violent Death Reporting System</i> no período de 2003-2013. (N=128)	Ocorreram 128 homicídios ocupacionais entre os profissionais de segurança pública em 17 Estados do país, sendo 91,4% deles por FAF. Os profissionais de segurança pública têm maior risco de morrer de forma violenta.

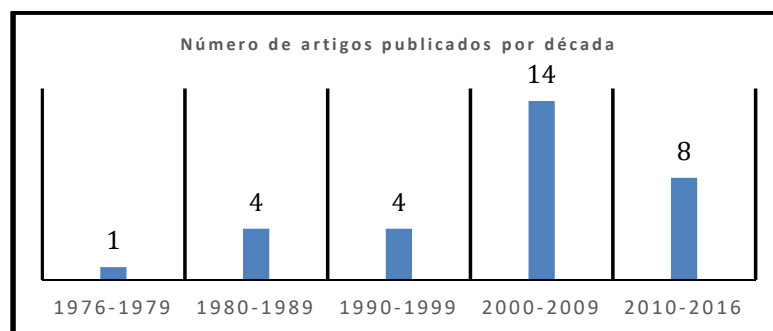
Legenda

<sup>1</sup> CP – Categoria profissional; P: policiais; MFA: militares de Forças Armadas; C: civis.

<sup>2</sup> Pesquisa realizada a partir do banco de dados *Wound Data and Munition Effectiveness Team*, que soma dados de várias guerras em diferentes períodos e países.

No Gráfico 1, vê-se que o primeiro documento localizado foi do **ano** de 1976<sup>53</sup>, havendo significativo crescimento de publicações no século XXI, sobretudo nos períodos relativos aos de guerras no Oriente Médio, entre 2000 e 2009<sup>32,33,35,36,37,39</sup>. O último período avaliado, entre 2010 e 2016<sup>3,5,8,40,41,42,47,52</sup> já apresenta o mesmo número de publicações encontradas em toda a década de 80 e 90 somadas. Considerando ser um período de apenas 6 anos, vemos a tendência de aumento significativo de estudos voltados ao tema, embora se considere que o campo de pesquisa ainda seja pouco explorado.

**Gráfico 1: Distribuição dos artigos sobre profissionais de segurança pública e FAF por década (N=31)**



Os artigos incluídos foram, em sua maioria, publicados em periódicos em inglês (28), sendo que os 3 remanescentes estão em espanhol, italiano e alemão. A maioria dos artigos é da área da saúde, exceto 2: um do direito forense e outro proveniente de revista militar. Dentre aqueles da saúde, tem-se: 17 em revistas relacionadas a especialidades médicas como a traumatologia e emergências médicas, 3 de medicina forense, 2 de psicologia, 3 de medicina militar e 4 de saúde pública.

Quanto à distribuição por **idade** dos profissionais de segurança pública e militares das forças armadas acometidos por armas de fogo, em apenas 10 artigos foi possível esta identificação; 9 artigos sobre policiais registram idades que variam entre 20 a 41 anos<sup>9,42-49</sup> e 1 único artigo sobre militares das forças armadas traz uma média de 24 anos (DP = 5,9) para vítimas de perfurações por arma de fogo em cabeça, pescoço e face<sup>39</sup>.



Quanto ao **sexo**, existe uma forte prevalência entre os profissionais de segurança e militares das forças armadas do sexo masculino<sup>45</sup>, variando de 95% em Plani et al. (2003)<sup>48</sup> a 96% no estudo de Suay et al. (2011)<sup>41</sup>. Quanto às **circunstâncias** envolvidas nas ocorrências de morbimortalidade por armas de fogo, os estudos apontam os ferimentos no exercício da profissão como “mortos ou feridos em serviço”<sup>3,5,7,8,33,48,50-52</sup>. Excetuaram-se os relatos de casos clínicos que apenas descreveram a fisiopatologia dos ferimentos e seus respectivos tratamentos, sem enfoque nas circunstâncias envolvidas<sup>42,44,46,47,49,53</sup>. As situações consideradas de maior risco para os policiais foram: confrontos com criminosos<sup>48</sup>, realização de prisão ou tentativa de prisão<sup>50</sup> e resposta a chamadas de perturbação à ordem<sup>7,8,54</sup>. Já as mortes por armas de fogo e entre militares das forças armadas foram classificadas por Kelly et al.<sup>37</sup> e Champion et al.<sup>33</sup> como “mortos em ação”, e por Bird et al.<sup>32</sup> e Hodgetts et al.<sup>36</sup> como “mortes hostis”, ambos fazendo referência a ocorrências das injúrias em combate. As circunstâncias consideradas de maior risco entre militares das forças armadas ficaram concentradas nas ações do grupamento de infantaria (cerca de 90% de todos os feridos em combate)<sup>33,34</sup>.

Outros fatores foram considerados como importantes no aumento do **risco** entre os policiais: Plani<sup>48</sup> mostrou maior concentração dos ferimentos por armas de fogo entre os sargentos; Lester<sup>56,57</sup> indicou maiores taxas de assassinados em cidades onde existe maior proporção de suicídios, homicídios, roubos e assaltos envolvendo arma de fogo, sugerindo que o aumento do uso deste tipo de armamento por criminosos pode configurar a maior causa provável de violência contra o policial; Kyriacou<sup>51</sup> associou o aumento do risco a fatores socioeconômicos, culturais e ocupacionais; Armour<sup>9</sup> e Clerici<sup>43</sup>, especificamente sobre suicídios por armas de fogo, associaram-nos ao estresse psicológico e à relativa facilidade de acesso às armas.

Alguns autores apontaram que os ferimentos por armas de fogo entre militares das forças armadas em situação de guerra representaram o segundo **mecanismo de ferimentos** mais frequente, perdendo apenas para os dispositivos explosivos<sup>33-37,39-41</sup>, que reuniram cerca do dobro da porcentagem dos casos de ferimentos por armas de fogo, mantendo-se entre 23% e 37%<sup>32,33,35,36,38,41,53</sup>. Já entre os policiais, as fatalidades e ferimentos em serviço por arma de fogo representaram o principal mecanismo de injúria<sup>5,7,8,48,50,51</sup>, com exceção da polícia de Londres, que teve nos acidentes automobilísticos o principal evento causador de ferimentos ocupacionais<sup>51</sup>.

Quanto a **localização dos ferimentos**, 8 artigos não trouxeram a informação ou inviabilizaram a análise por não apresentarem resultados separando profissionais de segurança, militares das forças armadas e civis<sup>35,40,41,45,55</sup> e/ou por não identificarem especificamente a arma de fogo como mecanismo produtor do ferimento, incluindo no mesmo grupo também os ferimentos produzidos por explosivos e instrumentos cortantes<sup>5,8,36</sup>. Entre os artigos que localizaram anatomicamente os ferimentos por armas de fogo, 6 apresentaram relatos de casos clínicos que descreveram eventos únicos em regiões específicas do corpo, a saber: dois em cabeça e pescoço<sup>42,49</sup>, um na região inguinal<sup>44</sup>, um no joelho<sup>46</sup>, um no tórax<sup>47</sup> e um no abdome<sup>53</sup>; 3 referiram-se a ferimentos por armas de fogo autoinfligidos<sup>9,43,49</sup>. Em apenas 3 estudos foram realizados levantamentos sobre a ocorrência de ferimentos entre os profissionais de segurança, informando as áreas anatômicas afetadas<sup>34,48,50</sup>.

Como pode ser visto na Tabela 1, apenas 3 artigos descreveram as áreas anatômicas acometidas por ferimentos por armas de fogo, permitindo visualizar as regiões mais acometidas<sup>34,48,50</sup>. Berman<sup>50</sup> indicou que os membros superiores e inferiores foram as regiões mais acometidas por ferimentos não fatais, seguidos pela cabeça-pescoço-face, tórax e abdome. Já entre os fatais, destacam-se tórax, cabeça-pescoço-face e membros superiores e inferiores. Plani<sup>48</sup> identificou que as áreas mais atingidas foram membros superiores e inferiores, tórax, cabeça-pescoço-face e abdome; e Gofrit et al.<sup>34</sup> apontaram que a região de cabeça-face-pescoço foi a mais atingida por ferimentos por armas de fogo fatais, sendo a face a área com a maior concentração de ferimentos penetrantes, representando 28,7% do total de ferimentos. Nos casos de ferimentos por armas de fogo autoinfligidos, a face foi a região mais atingida, especialmente nas áreas temporal e bucal<sup>9,43,49</sup>.

**Tabela 1: Distribuição anatômica dos FAF**

<b>Localização corporal dos FAF</b>	<b>Plani F et al., 2003<sup>48</sup></b> FAF entre Policiais	<b>Berman AT, Salter F, 1985<sup>50</sup></b> FAF fatais entre Policiais	<b>Berman AT, Salter F, 1985<sup>50</sup></b> FAF não fatais entre Policiais	<b>Gofrit ON et al., 1996<sup>34</sup></b> FAF fatais entre Militares das Forças Armadas
<b>Membros sup./inf.</b>	28,5%	6,9%	51,6%	16,5%

<b>Cabeça-pescoço-face</b>	20,0%	44,8%	20,2%	44,4%
<b>Face</b>	10,0%	-	-	28,7%
<b>Tórax</b>	26,2%	48,3%	17,0%	39,1%
<b>Abdome</b>	18,5%	-	11,2%	-

Quanto aos **desdobramentos no desempenho profissional**, apenas Plani et al.<sup>48</sup> trouxeram considerações, ainda que de forma superficial: 58% dos policiais retornaram ao trabalho como aptos, 21% foram considerados aptos para serviços leves e com restrições e 21% foram afastados. Segundo o autor, policiais que sofreram ferimentos com arma de fogo em serviço podem expressar ansiedade em retornar ao trabalho ou até mesmo não se tornarem aptos para o retorno em virtude de distúrbios psicológicos, o que corrobora achados de outros autores que ressaltam a realidade estressante com a qual o policial convive diariamente em sua rotina profissional<sup>1,4,11-13,16,37,59</sup>.

#### 4.1.4 Discussão

Podemos verificar, entre os artigos selecionados, que as armas de fogo constituem um dos **principais mecanismos de ferimento em serviço** entre os policiais, especialmente os do **sexo** masculino e adultos na faixa dos 30 anos. Tais morbi-mortalidades encontradas entre os profissionais de segurança pública, sejam eles policiais ou militares de forças armadas, constituem-se acidentes de trabalho quando os mesmos acontecem durante o serviço ou em combate. Os **ferimentos não fatais** por arma de fogo ocorreram, com maior frequência, nas regiões de membros superiores/inferiores, seguidas pelas da cabeça/pescoço/face e tórax/abdome. Já os **ferimentos fatais** foram registrados no tórax e cabeça-pescoço-face. Contudo, em virtude dos poucos estudos que forneçam esse tipo de informação, não pudemos avaliar a regularidade em que o fenômeno acontece, já que apenas 3 artigos avaliaram a localização anatômica desse tipo de ferimento. Cabe ressaltar que muitas dessas lesões podem ser prevenidas a partir do uso de equipamentos de proteção individual apropriado, como o colete à prova de balas e o capacete balístico, o que deve ser uma medida de proteção adicional importante a ser considerada não apenas entre os

militares das forças armadas em situação de guerra, como também entre profissionais de segurança pública em áreas urbanas.

As **circunstâncias de maior risco** para a ocorrência de ferimentos por armas de fogo são as ações de prisão, tentativa de prisão em confrontos contra criminosos e em ação de resposta a chamado policial para verificação de perturbação à ordem. Tais circunstâncias demandam maior investimento em treinamento tático a fim de que haja uma superioridade de métodos e meios no emprego da ação policial, aumentando a segurança operacional desses profissionais. A arma de fogo é o principal mecanismo para produção de ferimentos autoprovocados entre os profissionais de segurança pública, entre os artigos selecionados, o que relaciona-se ao fato de possuírem livre acesso a esse tipo de dispositivo. A violência autoprovocada é um grave indício de intenso sofrimento psíquico vivenciado por essa classe trabalhadora, o que demanda cuidados adicionais direcionados à saúde mental/emocional.

A despeito da **alta representatividade** da ocorrência de mortalidade e morbidade por FAF entre os profissionais de segurança e militares das forças armadas, existem **poucos estudos** que discutam as repercussões físicas para o trabalho entre esses profissionais<sup>5,7,8,48,50,51,55</sup>. As características dos ferimentos em serviço ou em combate, que se configuram como acidentes de trabalho, diferem daquelas encontradas na prática civil, tanto do ponto de vista epidemiológico quanto nos caminhos para o seu tratamento<sup>33</sup>. Sendo o ferimento por armas de fogo o principal mecanismo de injúria durante o trabalho entre os policiais, este tipo de agravo, que gera mortes e incapacidades significativas em um segmento profissional, justifica-se como um problema de saúde pública que precisa ser pesquisado. Apesar disso, nessa revisão sistemática integrativa, nenhum artigo com informações sobre vitimização produzida por ferimentos por armas de fogo entre profissionais de segurança brasileiros foi encontrado. Tampouco foram encontradas publicações que discutissem as implicações desse tipo de ferimento na região bucomaxilofacial, tanto na literatura nacional, quanto internacional.

No Brasil, não há um sistema nacional integrado que registre a morbimortalidade dos agentes de segurança pública. Também não é possível identificar e produzir relatórios sobre estes agravos a partir dos Sistemas de Informação do Ministério da Saúde, tais como o Sistema de Informação de Agravos

de Notificações (SINAN), o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), os Sistemas de Informação Hospitalares do SUS, o Viva Inquérito e o Sistema de Informação para a Gestão do Trabalho em Saúde (SGTES). Tal impedimento se dá pela falta de sistematização de dados que viabilizem a construção de indicadores de saúde para essa classe trabalhadora. Segundo a Rede Interagencial de Informação para Saúde (RIPSA), que tem como objetivo aperfeiçoar a produção de informação em saúde, instruindo sobre os critérios técnicos recomendados para a construção de indicadores, tal limitação está relacionada ao regime próprio de previdência social desta categoria. As informações colhidas nos seus sistemas advêm de bancos de dados de trabalhadores vinculados ao Regime Geral de Previdência Social ou dos hospitais vinculados ao SUS<sup>58</sup>. Além dos limites técnicos, há, historicamente, falta de atenção à saúde dos profissionais de segurança pública<sup>24</sup>.

Com isso, não é possível termos a real dimensão sobre o quanto esse tipo de trauma acontece entre os profissionais de segurança pública e militares das forças armadas no país; as intervenções em saúde necessárias para seu tratamento, assim como seu custo; o tempo de afastamento do serviço até a reabilitação; as repercussões na vida e na saúde tanto física quanto mental; as circunstâncias em que esse tipo de traumatismo acontece; a prevalência por sexo, idade, cor/raça e etnia e tempo de serviço; dentre outras informações que poderiam ajudar a caracterizar as vítimas de ferimentos por armas de fogo e, então, possibilitar a elaboração de medidas para enfrentamento desta problemática, tanto preventivas quanto curativas.

A falta de atenção em saúde voltada para o policial enquanto trabalhador no Brasil tem distanciado esses profissionais da pauta da cidadania<sup>13</sup>. As consequências dessa forma de ser polícia têm resultado, na prática, em altas taxas de mortalidade policial no país, com risco 3 vezes superior ao do cidadão comum<sup>60</sup>. Entre policiais do Rio de Janeiro, esse risco chega a ser 6,5 vezes maior, se comparado ao vivido pela população geral da cidade<sup>13</sup>.

A limitação de informações originadas dos artigos avaliados poderia ter sido minimizada caso teses, dissertações, livros e legislação específica fossem também investigadas. A fragilidade metodológica de alguns artigos também dificulta outras análises comparativas e mais detalhadas.

Como **considerações finais**, ressaltamos os poucos estudos que discutam as repercussões físicas para o trabalho entre esses profissionais e a ausência desta

preocupação no cenário nacional. Essa revisão integrativa aponta para a existência de uma lacuna nas pesquisas em saúde, que necessita ser coberta a fim de que possamos identificar aspectos importantes como: o perfil epidemiológico das vítimas, quais são os fatores de risco e de proteção envolvidos nesse tipo de agravo, quais os impactos dos traumatismos por arma de fogo e suas repercussões tanto para o exercício de sua função profissional como para sua vida sociofamiliar. A partir de tais informações é possível a elaboração de medidas de prevenção e de promoção da saúde para essa classe trabalhadora.

Ressalta-se, ainda, a necessidade de estudos que indiquem a localização das lesões decorrentes de ferimentos por armas de fogo, para que se possa avaliar a regularidade com que o fenômeno acontece. Cabe ressaltar que muitas dessas lesões podem ser prevenidas a partir do uso de equipamentos de proteção individual.

#### **4.1.4 Referências**

- 1- Minayo MSC, De Souza ER. Missão investigar: entre o ideal e a realidade de ser policial. 2ª edição. Rio de Janeiro: Garamond; 2003.
- 2- Ferreira DKDS, Augusto LGDS, Silva JM. Condições de trabalho e percepção da saúde de policiais militares. *Cad. Saúde Colet.* 2008;16(3):403-20.
- 3- Fisher LA, Callaway DW, Sztajnkrzyer MD. Incidence of fatal airway obstruction in police officers feloniously killed in the line of duty: a 10-year retrospective analysis. *Prehospital and Disaster Medicine.* 2013;28(5):466-70.
- 4- Gershon RR, Lin S, Li X. Work stress in aging police officers. *Journal of Occupational and Environmental Medicine.* 2002;44(2):160-7.
- 5- Blair JM, Katherine AF, Carter JB, Jason L. Baumgardner. Occupational homicides of law enforcement officers, 2003-2013. *Am J Prev Med.* 2016;51(5S3):188-96.
- 6- Violanti JM, Hartley TA, Gu JK, Fekedulegn D, Andrew ME, Burchfiel CM. Life expectancy in police officers: a comparison with the US general population. *International Journal of Emergency Mental Health.* 2013;15(4):217-28.
- 7- Clarke C, Zak MJ. Fatalities to law enforcement officers and firefighters, 1992-1997, Compensation and Working Conditions. US Bureau of Labor Statistics. 1999.
- 8- Swedler DI, Kercher C, Simmons MM, Pollack KM. Occupational homicide of law enforcement officers in the US, 1996–2010. *Injury Prevention.* 2013;20(10):35-40.

- 9- Armour A. A study of gunshot suicides in Northern Ireland from 1989 to 1993. *Science & Justice*. 1996;36(1):21-5.
- 10- Kelley TM. Mental health and prospective police professionals. *Policing: An International Journal of Police Strategies & Management*. 2005;28(1):6-29.
- 11- Minayo MCS, Souza, ERD, Constantino P. Missão prevenir e proteger: condições de vida, trabalho e saúde dos policiais militares do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.
- 12- De Souza ER, Franco LG, Meireles CDC, Ferreira VT, Santos NCD. Sofrimento psíquico entre policiais civis: uma análise sob a ótica de gênero. *Cad. Saúde Pública*. 2007;23(1):105-14.
- 13- Minayo, MSC, De Souza ER, Constantino, P. Riscos percebidos e vitimização de policiais civis e militares na (in) segurança pública Perceived risks and victimization of military and civil police in the public (in) security domain. *Cad. Saúde Pública*. 2007;23(11): 2767-79.
- 14- Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 2017.
- 15- Waiselfisz JJ. Mapa da violência 2013: mortes matadas por armas de fogo. Rio de Janeiro: FLACSO; 2013.
- 16- Waiselfisz JJ. Mapa da violência 2016: homicídios de armas de fogo no Brasil. Rio de Janeiro: FLACSO; 2016.
- 17- Viva: Vigilância de Violências e Acidentes: 2013 e 2014 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
- 18- De Souza ER, Njaine K, Minayo MCS. Qualidade da informação sobre violência: um caminho para a construção da cidadania. *Cadernos do Programa de Pós-graduação em Ciência da Informação*. 1996;2:104-12.
- 19- Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2016. [Acesso em 04 ago 2017]. Disponível em: [http://www.forumseguranca.org.br/storage/10\\_anuario\\_site\\_18-11-2016-retificado.pdf/](http://www.forumseguranca.org.br/storage/10_anuario_site_18-11-2016-retificado.pdf/).
- 20- O Globo. PMs mortos no RJ. 26 ago 2017 [acesso em 04 set 2017]. Disponível em: <http://especiais.g1.globo.com/rio-de-janeiro/2017/pms-mortos-no-rj/>.

- 21- Instituto de Segurança Pública do Rio de Janeiro. Relatório Vitimização Policial. [Acesso em 04 ago 2017] Disponível em: <http://www.isp.rj.org.gov.br/>.
- 22- Anchieta VC, Galinkin AL, Mendes AMB, Neiva ER. Trabalho e riscos de adoecimento: um estudo entre policiais civis. *Psicologia, Teoria e Pesquisa*. 2011;27(2):199-208.
- 23- Muniz J, Soares BM. Mapeamento da vitimização de policiais no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Centro de Estudos de Segurança e Cidadania; 1998.
- 24- De Souza ER, Minayo MCS. Policial, risco como profissão: morbimortalidade vinculada ao trabalho. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005;10(4):917-28.
- 25- Minayo MCS, De Assis SG, Vasconcellos, COR. Impacto das atividades profissionais na saúde física e mental dos policiais civis e militares do Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011;16(4):2199-209.
- 26- Calabrez MCT. Traumatologia forense. In: *Compêndio de odontologia legal*. São Paulo: Medsi; 1997: 245-88.
- 27- Barros PL. Balística forense. [Monografia de Conclusão de Curso (Graduação em Direito)]. Universidade Católica de Goiás; 2001.
- 28- Segundo AVL, Zimmermman RD, Nogueira EFDC, Lopes PHDS. Inclusão do estudo da balística no tratamento dos ferimentos faciais por projétil de arma de fogo. *Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial*. 2013;13(4):65-70.
- 29- Galvão CM, Sawada NO, Trevizan MA. Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2004;12(3):549-56.
- 30- Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Prisma Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Medicine*. 2009;6(7):197.
- 31- Dal Sasso MK, Campos PRCD, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & contexto enfermagem*. 2008;17(4):758-64.
- 32- Bird SM, Fairweather CB. Military fatality rates (by cause) in Afghanistan and Iraq: a measure of hostilities. *International Journal of Epidemiology*. 2007;36(4):841-6.
- 33- Champion, HR., Bellamy, RF, Roberts, CP, Leppaniemi, A. A profile of combat injury. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*. 2003;54(5):13-9.



- 34- Gofrit ON, Kovalski N, Leibovici D, Shemer J, O'hana A. Shapira SC. Accurate anatomical location of war injuries: analysis of the Lebanon war fatal casualties and the proposition of new principles for the design of military personal armour system. *Injury*, 1996;27(8):577-81.
- 35- Hinsley DE, Rosell PAE, Rowlands TK, Clasper JC. Penetrating missile injuries during asymmetric warfare in the 2003 Gulf conflict. *British Journal of Surgery*. 2005;92(5):637-42.
- 36- Hodgetts TJ, Davies S, Midwinter M, Russell R, Smith J, Clasper J, Moorhouse I. Operational mortality of UK service personnel in Iraq and Afghanistan: a one year analysis 2006-7. *Journal of the Royal Army Medical Corps*. 2007;153(4):252-4.
- 37- Kelly JF, Ritenour AE, McLaughlin DF, Bagg KA, Apodaca AN, Mallak CT, Holcomb J B. Injury severity and causes of death from Operation Iraqi Freedom and Operation Enduring Freedom: 2003–2004 versus 2006. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*. 2008;64(2): S21-7.
- 38- Stansfield T, Rushforth G. UK Armed Forces unintentional firearm injuries. *Journal of the Royal Army Medical Corps*. 2009;155(1):20-3.
- 39- Wade AL, Dye JL, Mohrle CR, Galarnau MR. Head, face, and neck injuries during Operation Iraqi Freedom II: results from the US Navy-Marine Corps Combat Trauma Registry. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*. 2007;63(4):836-40.
- 40- Shah K, Pirie MS, Compton ML, McAlister MV, Church MB, Kao CNR. Utilization profile of the trauma intensive care unit at the Role 3 Multinational Medical Unit at Kandahar Airfield between May 1 and Oct. 15, 2009. *Canadian Journal of Surgery*. 2011;54(6):130.
- 41- Suay RN, Cela EB, Zozaya IJ, De Barbará AHA, Ortega CG, Labajo JG, Rodríguez F. G. Even more critical medicine: a retrospective analysis of casualties admitted to the intensive care unit in the Spanish Military Hospital in Herat (Afghanistan). *Medicina Intensiva (English Edition)*. 2011;35(3):157-65.
- 42- Can M, Yildirim N, Ata GK. Dissecting firearm injury to the head and neck with non-linear bullet trajectory: a case report. *Forensic science international*. 2010;197(1):13-7.
- 43- Clerici CA, Invernizzi R, Veneroni L, De'Micheli A. Suicidi e omicidi con l'arma di ordinanza: Analisi della casistica nelle guardie particolari giurate in Italia. *G Ital Med Lav Erg*. 2009;31(1):10-5.

- 44- Ebbs SR. Policeman's groin: an unusual occupational injury. *Injury*, 1990;21(3):182.
- 45- Ehikhamenor EE, Ojo MA. Comparative analysis of traumatic deaths in Nigeria. *Prehospital and disaster medicine*. 2005;20(3):197-201.
- 46- Gutiérrez V, Radice F. Late bullet migration into the knee joint. *Arthroscopy: The Journal of Arthroscopic & Related Surgery*. 2003;19(3):1-3.
- 47- Nagasako CK, Montes CG, Lopes LR, Da Silveira BM, Mesquita MA. Endoscopic removal of a bullet after mediastinum gunshot injury. *Gastrointestinal Endoscopy*. 2013;77(6):955-6.
- 48- Plani F, Bowley DM, Goosen J. Death and injury on duty: a study of South African police officers. *South African Medical Journal*. 2003;93(11):851-3.
- 49- Rupp WR, Eusemann J, Faller-Marquardt M. Early postmortem scavenging by a dog after the suicide of a police officer by a gunshot to the head. *Archiv Fur Kriminologie*. 2001;207(3): 73–80.
- 50- Berman AT, Salter F. Low-velocity gunshot wounds in police officers. *Clinical Orthopaedics and Related Research*. 1985;192:113-9.
- 51- Kyriacou DN, Monkkonen EH, Peek-Asa C, Lucke RE, Labbett S, Pearlman KS, Hutson HR. Police deaths in New York and London during the twentieth century. *Injury Prevention*. 2006;12(4):219-24.
- 52- Mark AC, Wimberger N, Sztajnkrzyer MD. Incidence of tension pneumothorax in police officers feloniously killed in the line of duty: a ten-year retrospective analysis. *Prehospital and Disaster Medicine*. 2012;27(1):94-7.
- 53- Wilson JTH. Penetrating trauma of colon, cava, and cord. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*. 1976;16(5):411-3.
- 54- NIOSH. Line-of-duty death report: Career lieutenant killed and firefighter injured by gunfire while responding to call in Kentucky. *Fire Rescue Magazine*. 2006;24(6):36.
- 55- Abu ASY. Firearm fatalities in Jordan. *Medicine, Science and the Law*. 1984;24(3):213-21.
- 56- Lester D. Police officers killed and the guns used by criminals. *Psychological Reports*. 1982;50(3 suppl):1206.
- 57- Lester D. The police as victims: The role of guns in the murder of police. *Psychological Reports*. 1987;60(2):366.

- 58- Rede Interagencial de Informação para a Saúde (Ripsa). Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. 2a. edição. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2008.
- 59- Cooper CL, Cartwright S. Organizational management of stress and destructive emotions at work. *Emotions at Work: Theory, research and applications for management*. 2001:269-280.
- 60- Bueno S, Cerqueira DL, Lima RS. Sob fogo cruzado II: letalidade da ação policial. *Anuário Brasileiro de Segurança Pública*. 2013;7:124.

#### 4.2 ARTIGO 2 – FERIMENTOS NÃO FATAIS POR ARMA DE FOGO ENTRE POLICIAIS MILITARES DO RIO DE JANEIRO: A SAÚDE COMO CAMPO DE EMERGÊNCIA CONTRA A NATURALIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA

**Resumo:** Esse artigo aborda a ocorrência de agravos à saúde decorrentes de ferimentos por arma de fogo (FAF) que atingiram policiais militares da ativa na região metropolitana do Rio de Janeiro (RJ). **Metodologia:** Foi realizado um levantamento de dados secundários referentes aos policiais militares que foram atendidos no Hospital Central da Polícia Militar (HCPM) em decorrência de FAF, independente da gravidade da lesão provocada, no período de junho de 2015 a dezembro de 2017. É um estudo descritivo que apresenta a frequência e a distribuição das agressões por arma de fogo no universo dos policiais militares do estado do RJ que não faleceram imediatamente após a ocorrência do ferimento, sendo levados ainda vivos ao hospital. Realizou-se um levantamento desse tipo de morbidade entre os policiais militares segundo variáveis relativas ao perfil profissional, às características do evento e da lesão, à distribuição espacial dos FAF e às unidades de saúde envolvidas no atendimento. **Resultados:** No período investigado, 475 policiais militares feridos por armas de fogo foram atendidos no HCPM: 98,3% do sexo masculino, 77,3% dos baleados encontravam-se em serviço, 97,9% eram praças (em especial soldados), lotados em batalhões de unidade de polícia pacificadora e do Batalhão de Operações Especiais (BOPE). Quanto à localização anatômica dos ferimentos, as regiões mais acometidas foram: membros inferiores (41,1%) e superiores (33,1%), região da cabeça-pescoço-face (23,5%) e tórax-abdome (17,3%). As áreas na região metropolitana do RJ onde foram encontradas as maiores ocorrências de morbidade por arma de fogo foram as áreas de planejamento 3 e 1 e a Baixada Fluminense. Constatou-se correlação entre as taxas de morbidade policial por armas de fogo dos municípios da região metropolitana (exceto o município do RJ) e densidade demográfica ( $p = 0,024$ ). A divulgação dos dados de morbidade (e de mortalidade) dos policiais militares pelas diretorias de saúde da PMERJ poderia contribuir para a redução da naturalização da violência que atinge o policial.

**Palavra-chave:** Morbidade, policiais, segurança pública, ferimentos por arma de fogo, saúde ocupacional.

**Abstract:** This article discusses the occurrence of health problems due to firearm injuries suffered by active duty military police officers in the metropolitan region of Rio

de Janeiro. **Methodology:** Analysis was conducted after an assessment on secondary data referring to military police officers who were treated at the Central Military Police Hospital (HCPM) due to gunshot wounds, regardless of the severity of the injury, from June 2015 to December 2017. This is a descriptive study that presents the frequency and distribution of firearm injuries in the universe of the military policemen of the State of Rio de Janeiro who did not die immediately after the event and who were still alive when taken to the hospital. An assessment of this type of morbidity among military police officers was carried out according to variables related to: their professional profile, the characteristics of the event and the lesion, the spatial distribution of the incidents involving gunshot wounds, and the healthcare units involved in their care. **Results:** In the period investigated, 475 military police officers injured by firearms were treated at the HCPM: 98.3% were male, 77.3% were shot, 97.9% were enlisted officers (especially privates) in peacekeeping police unit battalions and in the Special Operations Battalion (BOPE). As to the anatomical location of the wounds, the most affected regions were: lower (41.1%) and superior (33.1%) limbs, the head-neck-face region (23.5%) and thorax-abdomen (3%). The areas in the metropolitan area of RJ where the highest occurrence of firearm morbidity were found were program areas 3 and 1 and the Baixada Fluminense. A correlation was found between police morbidity rates due to firearm injuries in the municipalities of the metropolitan region (except the capital) and demographic density ( $p = 0.024$ ). The dissemination of morbidity (and mortality) data of military policemen by the PMERJ's health departments could contribute to reducing the naturalization of violence that affects police officers. **Keywords:** morbidity, police, public safety, gunshot wound, occupational health.

#### 4.2.1 Introdução

O artigo aborda a ocorrência de agravos à saúde produzidos por ferimentos por arma de fogo (FAF) não fatais que atingiram policiais militares do estado do Rio de Janeiro (RJ) que atuavam na região metropolitana da cidade durante suas atividades de trabalho e fora dele. Problematisa a falta de informação em saúde dessa classe trabalhadora e o papel das diretorias de saúde da corporação como *campus* de emergência frente ao discurso de naturalização da vitimização do policial militar.

O Brasil é um país marcado pela violência, no entanto, no imaginário social, existe o mito de que somos um país pacífico<sup>1</sup>. Nos últimos 35 anos, apesar da retomada dos direitos civis e do restabelecimento do estado democrático de direitos, permanecem elevados e até mesmo crescentes alguns indicadores de violência social, a reboque do crescimento da globalização e da urbanização. A despeito de não vivermos conflitos armados de cunho religioso, étnico, territorial ou político, entre 1980 e 2014 morreram 967.851 pessoas em virtude de ferimentos por arma de fogo (FAF), o que nos coloca entre os 10 países com maior taxa de homicídio por arma de fogo no mundo. É notado entre as vítimas fatais por arma de fogo um perfil que aponta para

um grupo de risco formado por homens entre 15 e 29 anos de idade e negros. A vitimização por arma de fogo entre a população negra é 2,6 vezes maior que entre os brancos<sup>2,3,4</sup>. Phebo<sup>5</sup> concluiu que entre as mortes por causas externas, aquelas causadas por arma de fogo ultrapassaram as ocorridas por acidentes de trânsito, tornando-se a primeira causa entre os homicídios, gerando adicional impacto no custo das hospitalizações na rede credenciada do Sistema Único de Saúde (SUS).

Esse tipo de violência social também tem atingido os policiais militares no país. O RJ foi o estado que apresentou o maior número absoluto de policiais militares mortos em 2016<sup>6</sup>, contudo não são conhecidos os números das morbidades por armas de fogo entre essa classe de trabalhadores, dificultando a compreensão da real magnitude desse problema. Ehikhamenor e Ojo (2005)<sup>7</sup> concluíram que as características dos ferimentos entre profissionais de segurança diferem das características encontradas na prática civil, tanto do ponto de vista epidemiológico quanto nos caminhos para o seu tratamento.

Um artigo de revisão sistemática de abrangência internacional sobre profissionais de segurança pública acometidos por ferimentos com arma de fogo<sup>8</sup> constata que a arma de fogo foi o principal mecanismo de ferimento em serviço entre os policiais, mais frequente entre profissionais de segurança do sexo masculino, com cerca de 31 anos de idade. As circunstâncias de maior risco foram: ações de prisão, em respostas a demandas para verificação de perturbação à ordem e em situações de guerra.

No Brasil, a escalada da ocorrência desse tipo de ferimento se dá em virtude da penetração ilegal de armas com elevado potencial de destruição, afetando não só a população civil como também os profissionais de segurança pública, tornando-se um problema de saúde pública<sup>2</sup>. Apesar disso, poucos estudos têm buscado investigar e descrever a localização desses ferimentos, os impactos na saúde do policial tanto para o desempenho profissional quanto em sua vida social<sup>1,9</sup>. Isso se deve ao fato de que, no Brasil, não há um sistema nacional integrado que registre a morbimortalidade dos agentes de segurança pública<sup>9,10,11</sup>.

Atualmente, os relatórios sobre a mortalidade entre os profissionais de segurança pública no Brasil, quando existem, são fragmentados e incompletos, reunindo dados fornecidos por alguns Institutos de Segurança ou Secretarias Estaduais de Segurança Pública. No Estado do RJ, o último Relatório de Vitimização

Policial foi publicado em 2015, não abordando, contudo, as morbidades produzidas por arma de fogo entre esses profissionais<sup>12</sup>.

O atendimento em saúde dos policiais militares no RJ possui particularidades que os diferem dos demais usuários do SUS, já que contam com a possibilidade de adesão a um plano de saúde corporativo custeado por recursos financeiros captados a partir de contribuição voluntária dos policiais ativos e inativos, seus dependentes e pensionistas, que viabilizam o funcionamento do Sistema de Saúde da Corporação. O HCPM é, atualmente, o hospital de referência para atendimento de urgências e emergências dos policiais militares e seus dependentes no Estado do RJ.

#### **4.2.2 Métodos**

Efetou-se um levantamento referente aos policiais militares que foram atendidos no HCPM em decorrência de FAF, definidos como qualquer tipo de lesão física não fatal por arma de fogo, independente da gravidade da lesão provocada. Descreve-se a frequência e a distribuição das agressões por arma de fogo no universo dos policiais da região metropolitana do RJ que não faleceram imediatamente em decorrência do ferimento e que foram levados para o referido hospital.

A busca foi realizada nos *Relatórios de Policiais Atendidos por Ferimento com Arma de Fogo* do HCPM, referentes ao período de junho de 2015 a dezembro de 2017. A coleta foi feita no Setor de Pronto Atendimento (SPA) do HCPM, que registra, desde 2014, informações sobre todo policial atendido com FAF. Foi excluído o período de julho de 2014 a maio de 2015 em virtude da falta de arquivamento adequado dos registros, que gerou a perda dos dados. As informações dos prontuários e Relatórios foram acessadas em 2018. Os registros dos prontuários médicos são gerados a partir do Boletim de Entrada do paciente no SPA, já os *Relatórios* são alimentados inicialmente pelo oficial de dia, médico militar responsável pela emergência, que deve lançar em brochura as informações referentes a cada militar ferido por projéteis de armas de fogo. Essa brochura é encaminhada a cada dois dias à secretaria do HCPM, onde um policial militar lotado na secretaria transcreve as informações da brochura para uma ficha denominada "*Relatório de Policiais Atendidos por Projétil com Arma de Fogo*". Após o preenchimento dessa ficha de notificação, ela é arquivada na secretaria em papel, não tendo nunca sido digitalizada.

Foram analisadas variáveis referentes a: a) *perfil dos profissionais*: sexo, posto/graduação do policial e batalhão de lotação; b) *características dos eventos e das lesões*: data e local da ocorrência, FAF ocorrido em serviço ou em folga, localização anatômica, classificação do estado de saúde do paciente em bom, regular ou grave, tempo de internação hospitalar, se foi a óbito ou não durante a internação, reabilitação (sim ou não) e número de cirurgias realizadas em caráter de urgência no HCPM em decorrência do ferimento; c) *distribuição geográfica dos FAF*: onde o evento ocorreu na cidade do RJ, considerando sua distribuição por Áreas Planejamento (APs); para a região da Baixada Fluminense, Niterói e São Gonçalo, considerou-se o distrito envolvido; e d) *distribuição espacial das unidades de saúde envolvidas no atendimento*: informações sobre os hospitais envolvidos no atendimento primário dos policiais militares baleados e identificação da região metropolitana do RJ onde estes se localizavam. Para a análise da distribuição espacial dos FAF, foi realizado um recorte dos 475 casos levantados, excluindo-se da amostra 4 casos que ocorreram fora da região metropolitana da cidade (Macaé e Cabo Frio), 26 casos em que não foi possível identificar a localização de ocorrência do FAF e 14 casos por tratarem de acidentes ocorridos dentro dos batalhões durante treinamento ou manipulação da arma de fogo com disparo acidental.

Os dados coletados foram inseridos em uma máscara construída no Programa Epidata 3.1 e a seguir exportados para o programa SPSS 20.0. Neste último, foram elaboradas as distribuições de frequências simples, relativas e bivariadas para variáveis selecionadas.

Com a finalidade de analisar a distribuição temporal dos eventos, organizou-se os dados segundo mês/ano de ocorrência. A seguir, construiu-se um gráfico para apresentar a série temporal e calculou-se a variação percentual entre os meses dos anos. Com a finalidade de identificar alguns fatores associados à vitimização policial por arma de fogo, foi inicialmente calculada a taxa de morbidade policial por arma de fogo usando-se como numerador o número de policiais feridos (por município e, no caso do município do Rio de Janeiro, também por área de planejamento) e como denominador a população de policiais da referida área. Como variáveis explicativas empregaram-se o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM; PNUD 2014), o percentual da população vivendo em aglomerados subnormais (IBGE, 2010) e a

densidade demográfica das áreas (IBGE, 2010). Para esta análise empregou-se o coeficiente de correlação de Pearson.

A presente pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ e aprovada sob o parecer de número CAAE 81841317.6.0000.5240, de 22 de fevereiro de 2018.

#### 4.2.3 Resultados

Foram encontrados 475 registros de policiais militares da ativa atendidos no SPA do HCPM em decorrência de FAF, que serão analisados a seguir.

Quanto ao *perfil dos policiais militares* da ativa atendidos, 98,3% são do sexo masculino, com 8 casos de mulheres policiais com ferimentos por armas de fogo. Realizando-se a *distribuição temporal* dos indivíduos que sofreram FAF observamos que no período de junho a dezembro de 2015 foram encontradas 78 ocorrências; em todo o ano de 2016 ocorreram 172 ocorrências; e em 2017 houve um aumento desse tipo de violência, atingindo 222 atendimentos. Não se observou diferença substancial entre os meses do ano. Houve um crescimento desse tipo de morbidade entre julho de 2015 e dezembro de 2017 (Tabela 1, Gráfico 1).

**Tabela 1: Evolução temporal dos ferimentos por arma de fogo ocorridos entre policiais militares da região metropolitana do Estado do Rio de Janeiro – junho de 2015 a dezembro de 2017 (N=472)**

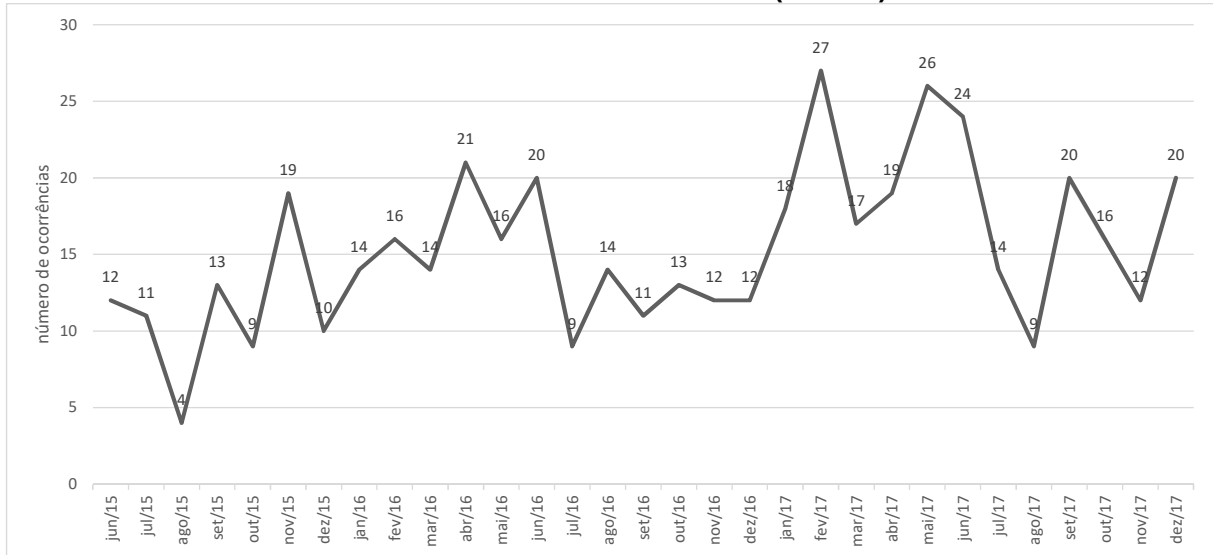
Mês	Ano			$\Delta\%$ 15-16	$\Delta\%$ 16-17
	2015	2016	2017		
Janeiro	*	14	18	*	28,57
Fevereiro	*	16	27	*	68,75
Março	*	14	17	*	21,43
Abril	*	21	19	*	-9,52
Maio	*	16	26	*	62,50
Junho	12	20	24	66,67	20,00
Julho	11	9	14	-18,18	55,56
Agosto	4	14	9	250,00	-35,71
Setembro	13	11	20	-15,38	81,82
Outubro	9	13	16	44,44	23,08
Novembro	19	12	12	-36,84	0,00
Dezembro	10	12	20	20,00	66,67
Total	78	172	222	120,51	29,07
$\Delta\%$ média				44,39	31,93

\* dados não disponíveis

Fonte: pesquisa da autora



**Gráfico 1: Distribuição dos ferimentos por arma de fogo ocorridos entre policiais militares da região metropolitana do Estado do Rio de Janeiro – junho de 2015 a dezembro de 2017 (N=472)**



Fonte: pesquisa da autora.

Entre os 475 casos analisados, em apenas 5 não foi possível identificar se o policial encontrava-se *em serviço* ou *em folga* no momento do ferimento, sendo esses excluídos da análise. Entre os 470 casos analisados, vimos que parte significativa dos atendimentos efetuados neste artigo ocorreu *em serviço* (77,2% - 363 casos), decorrentes da atividade laboral através do exercício do policiamento ostensivo e de operações policiais com confronto armado na cidade (349) e de disparos acidentais (14). Em 107 casos, os policiais militares foram baleados durante o período de folga.

Quanto à *distribuição dos baleados por patentes*, entre os 472 feridos, 251 são soldados (53,3%). Notou-se que, à medida que a patente avança na hierarquia institucional, há menor frequência de FAF. Foi encontrado entre *as praças* (categoria que inclui de soldados a segundo-tenentes) a quase totalidade dos atendimentos, com 97,9% das ocorrências (Tabela 2). Verifica-se a relação de uma praça para cada 46 oficiais acometidos por ferimento por arma de fogo na região metropolitana do Estado do RJ.

**Tabela 2: Distribuição do quantitativo de policiais militares da região metropolitana do Estado do Rio de Janeiro feridos por armas de fogo, segundo patente.**

Patentes	Número de PMs da ativa*	% de PMs/RJ segundo patentes	Frequência de baleados	% de baleados segundo patentes
<b>OFICIAIS</b>				
Coronel	105	0,2	-	-
Tenente Coronel	344	0,8	-	-
Major	836	1,9	2	0,4
Capitão	1.050	2,3	3	0,6
1 Tenente	790	1,8	4	0,9
2 Tenente	222	0,5	1	0,2
<b>Subtotal</b>	<b>3.347</b>	<b>7,5</b>	<b>10</b>	<b>2,1</b>
<b>PRAÇAS</b>				
Aspirante/ Cadete	70	0,16	-	-
Sub Tenente	4.484	10,1	19	4,0
1 Sargento	2.420	5,4	13	2,8
2 Sargento	8.011	18,0	53	11,2
3 Sargento	5.040	11,3	49	10,3
Cabo	10.429	23,4	77	16,3
Soldado	10.737	24,1	251	53,3
<b>Subtotal</b>	<b>41.191</b>	<b>92,5</b>	<b>462</b>	<b>97,9</b>
<b>Total de PM/RJ</b>	<b>44.538</b>	<b>100,0</b>	<b>472</b>	<b>100,0</b>

\*Proporção de feridos avaliados no artigo segundo quantidade de PMs na PMERJ  
 Fonte: Departamento de Pessoal da Ativa/PMERJ – 2018.

Em relação à *origem/localização dos batalhões de polícia militar (BPM)* nos quais trabalhavam os policiais feridos por arma de fogo, encontramos maior ocorrência de lotações nas unidades que desenvolvem a atividade fim da PMERJ (438 policiais feridos), em comparação às unidades administrativas (37 feridos). Entre aqueles lotados nas Unidades de Polícia Pacificadoras (UPPs), foram encontrados mais feridos, em números absolutos: 16º BPM UPP (49 feridos), 3º BPM UPP (33 feridos), ambos na Área de Planejamento (AP) 3; o 4º BPM UPP na AP 1 (34 feridos); seguem em frequência policiais que trabalham no Batalhão de Operações Especiais – BOPE (32), ressaltando-se que o BOPE atua em todas as áreas do RJ. Contudo, se compararmos o número de feridos por armas de fogo segundo o total de policiais militares em cada batalhão, vemos que, proporcionalmente, o BOPE foi o batalhão com a maior proporção de policiais baleados (6,6%), seguido pelo 18º BPM UPP, localizado na Cidade de Deus – AP 4 (4,6%). Os demais batalhões oscilam entre 1% e 3,5% de profissionais feridos por armas de fogo.

Entre os 467 pacientes atendidos no Setor do Pronto Atendimento do HCPM, foram listados 571 FAF, distribuídos quanto a *localização anatômica* entre membros superiores e inferiores, cabeça-pescoço-face e tórax-abdome (tabela 3), distribuídos em ordem decrescente das regiões acometidas: membros inferiores (41,1%) e superiores (33,1%), região da cabeça-pescoço-face (23,5%) e tórax-abdome (17,3%).

**Tabela 3: Distribuição anatômica dos ferimentos por armas de fogo que atingiram policiais militares da região metropolitana do Estado do Rio de Janeiro (N=475)**

Distribuição anatômica dos ferimentos por armas de fogo*	Sim	
	Frequência	%
Região de face	51	10,7
Região de cabeça	49	10,3
Região de pescoço	12	2,5
Região tórax e abdome	82	17,3
Região membros inferiores	195	41,1
Região membros superiores	157	33,1
Outras regiões	25	5,3

\* Alguns pacientes acometidos por FAF foram atingidos em mais de uma parte do corpo.  
Fonte; pesquisa da autora.

Quanto ao *estado clínico* dos policiais atendidos após acolhimento na emergência do HCPM, entre os 474 pacientes, 5,6% foram classificados como grave, 90,9% em estado clínico regular e 3,5% bom. Dos 466 atendimentos, 78 pacientes (16,7%) precisaram ser *operados em caráter de urgência* no HCPM. Dentre os 475 atendidos, 8 policiais *evoluíram a óbito* durante a internação hospitalar (1,7%). Foram encontrados três casos (0,6%) de *revitimização* por arma de fogo no período avaliado. Quanto ao tempo de internação hospitalar dos policiais militares com ferimentos por armas de fogo no HCPM, constatou-se a mediana de 0,0 dias de internação hospitalar.

Para análise da distribuição espacial dos locais de ocorrência dos FAF foram considerados nessa análise 431 policiais militares; dos quais 349 ocorreram na cidade do RJ, 70 nos distritos da Baixada Fluminense, 9 em Niterói e 3 em São Gonçalo. Em 51,2% dos casos relatados nos prontuários, os tiros aconteceram em regiões de comunidade e durante incursões policiais.

**Tabela 4: Distribuição espacial dos locais onde ocorreram os ferimentos de policiais por armas de fogo na região metropolitana do RJ**

Região Metropolitana RJ, % da população da cidade e número de bairros	Policiais militares com ferimentos por armas de fogo		População de policiais militares	Taxas de morbidade policial por armas de fogo*	Densidade demográfica (hab/km <sup>2</sup> )	% População vivendo em aglomerados subnormais **	IDH***
	N	%					
<b>Rio de Janeiro (126 bairros)</b>	349	81,0	24616	14,18	5.265,82	22,2	0,80
AP1/RJ (4,6% da população; 15 bairros)	73	20,9	2902	25,16	8.664,61	28,6	0,83
AP2/RJ: 2.1 e 2.2 (17,0% da população; 25 bairros)	44	12,6	4123	10,67	10.048,49	14,7	0,93
AP3/RJ: 3.1, 3.2 e 3.3 (40,2% da população; 80 bairros)	190	54,4	6298	30,17	11.791,22	23,1	0,83
AP4/RJ (11,6% da população; 19 bairros)	25	7,2	1343	18,62	3.095,30	21,2	0,84
AP5/RJ: 5.1, 5.2 e 5.3 (26,6% da população; 20 bairros)	17	4,9	1581	10,75	2.877,50	11,6	0,79
<b>Niterói (52 bairros)</b>	9	2,1	978	9,20	3.640,80	16,4	0,84
<b>São Gonçalo (63 bairros)</b>	3	0,7	896	3,35	4.035,90	1,3	0,74
<b>São João de Meriti (13 bairros)</b>	18	4,2	439	41,00	13.024,56	10,3	0,72
<b>Duque de Caxias (30 bairros)</b>	17	3,9	1006	16,90	1.828,51	7,2	0,71
<b>Nova Iguaçu (73 bairros)</b>	10	2,3	-	-	1.527,60	1,2	0,71
<b>Mesquita (17 bairros)</b>	6	1,4	903	24,36	4.310,48	0,6	0,74
<b>Nilópolis (15 bairros)</b>	6	1,4	-	-	8.117,62	2,3	0,75
<b>Belford Roxo (23 bairros)</b>	5	1,2	359	13,93	6.031,38	7,6	0,68
<b>Magé (31 bairros)</b>	4	0,9	361	11,08	585,13	8,2	0,71
<b>Itaguaí (49 bairros)</b>	2	0,5	-	-	395,45	7,5	0,72
<b>Japeri (51 bairros)</b>	1	0,2	477	8,39	1.166,37	2,5	0,66
<b>Queimados (60 bairros)</b>	1	0,2	-	-	1.822,60	3,9	0,68
<b>Total</b>	431	100,0	-	-	-	-	-

\* município do RJ - Taxas de morbidade policial por armas de fogo/densidade demográfica (hab/km<sup>2</sup>):  $r=0.521$ ;  $p=0.368$ .

\*\* município do RJ - Taxas de morbidade policial por armas de fogo/% População vivendo em aglomerados subnormais:  $r=0.855$ ;  $p=0.065$

\*\*\* município do RJ - Taxas de morbidade policial por armas de fogo/IDH:  $r=-0.309$ ;  $p=0.612$

\* Outros municípios da Região Metropolitana - Taxas de morbidade policial por armas de fogo/densidade demográfica (hab/km<sup>2</sup>):  $r=0.826$ ;  $p=0.024$

\*\* Outros municípios da Região Metropolitana - Taxas de morbidade policial por armas de fogo/% População vivendo em aglomerados subnormais -  $r=0.130$ ;  $p=0.780$

\*\*\* Outros municípios da Região Metropolitana - Taxas de morbidade policial por armas de fogo/IDH -  $r=-0.260$ ;  $p=0.573$

Fonte: pesquisa da autora.

Discriminando os dados para o município do Rio de Janeiro e suas áreas de planejamento (AP), tem-se que a AP 3, que corresponde à área mais povoada e com o maior percentual de aglomerados subnormais, foi a região com a maior frequência de morbidades por arma de fogo entre os policiais em números absolutos (190) e também com a maior taxa de morbidade policial por arma de fogo na cidade. Destacam-se especialmente os bairros da Penha (26 policiais feridos), Complexo do Alemão (23), Mangueiras (16), Maré (11), Lins de Vasconcelos (10), Jacarezinho (10),

Barros Filho (6) e Méier (6). A AP 1, localizada na região central da cidade, ostenta a segunda maior frequência de policiais militares baleados não fatalmente na cidade do RJ (73), principalmente no Centro (16), Gamboa (15), Estácio (14) e Caju (7). Na AP 2 foram encontrados 44 casos de policiais militares baleados não fatalmente, 25 desses ocorridos em favelas, destacando-se os bairros da Tijuca (14, 9 em favelas), Copacabana (8, todos na comunidade Pavão-Pavãozinho), Laranjeiras (6) e Vila Isabel (5). Na AP 4 foram encontrados 25 casos, com destaque para a alta frequência de baleados na Cidade de Deus (19). A AP 5, que é a maior em extensão territorial e a menor em concentração de aglomerados subnormais, foi a região com a menor frequência de policiais baleados não fatalmente, com 17 casos, sendo Bangu (5) o bairro com maior percentual de ocorrências (29,4%). Embora tenha se constatado a alta correlação entre morbidade policial por FAF e população vivendo em aglomerados subnormais no município do RJ, não se alcançou a significância estatística ( $p=0,065$ ). Em 243 registros foi possível identificar que os ferimentos aconteceram em decorrência de confrontos armados em aglomerados subnormais.

Considerando-se os outros municípios da região metropolitana estudados, tem-se que na região da Baixada Fluminense foram encontrados 70 policiais militares baleados, distribuídos em 10 municípios. São João de Meriti somou o maior número de casos (18), seguido por Duque de Caxias (17), Nova Iguaçu (10), Mesquita (6), Nilópolis (6), Belford Roxo (5), Magé (4), Itaguaí (2), Japeri (1) e Queimados (1). No município de Niterói foram registrados 9 casos de policiais militares baleados, seguido pelo município de São Gonçalo, com 3 casos. São João de Meriti foi o local com a maior taxa de morbidade policial por arma de fogo, enquanto São Gonçalo apresentou a menor taxa (Tabela 4). Constatou-se correlação entre as taxas de morbidade policial por armas de fogo dos municípios da região metropolitana (exceto RJ) e densidade demográfica ( $p=0,024$ ).

Entre os *hospitais que realizaram o primeiro atendimento* dos policiais com FAF na região metropolitana da cidade, os pertencentes à rede do SUS representaram 58% dos atendimentos, seguidos pelo HCPM, com 165 atendimentos; as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) seguem em frequência, com 4%, e os hospitais particulares, com 3% dos atendimentos primários. Entre os hospitais da rede do SUS, as principais unidades de saúde utilizadas foram: Hospital Getúlio Vargas (68 feridos), Hospital Salgado Filho (25) e Hospital Carlos Chagas (21), todos localizados na área

programática 3 de saúde da cidade. O HCPM, a despeito de estar situado na AP 1 da cidade, continuou sendo o principal hospital no atendimento primário dos policiais militares, totalizando 35% dos atendimentos. Importa ressaltar que os 475 pacientes incluídos nessa pesquisa foram atendidos no HCPM, seja de forma primária ou após transferência de outras unidades.

#### 4.2.4 Discussão

O perfil dos militares acometidos por FAF encontrados neste artigo foi: majoritariamente do sexo masculino, praças (em especial soldados), baleados em serviço sendo, portanto, ferimentos decorrentes de acidentes de trabalho. Esse perfil assemelha-se ao encontrado por Plani et al. (2003)<sup>14</sup>, em levantamento realizado entre os policiais na África do Sul.

Ressalta-se que segundo o Departamento de Pessoal da Ativa da PMERJ, a instituição tem no seu quadro 44.561 policiais ativos no ano de 2018, sendo 9,5% desses do sexo feminino. Considerando-se o percentual de 1,7% das policiais femininas feridas por armas de fogo, pode-se indagar se estão menos expostas ao perigo, seja trabalhando em áreas administrativas ou em posições menos vulneráveis a agressões por armas de fogo.

Os números absolutos de policiais alvejados no período estudado demonstram o elevado risco de morbidade por arma de fogo entre os policiais militares do RJ, especialmente quando comparamos com outras cidades no mundo. *The Law Enforcement Officers Killed and Assaulted* (FBI) nos Estados Unidos da América (EUA) registra rotineiramente todas as ocorrências de morbimortalidade entre os agentes de segurança do país. Em relatório publicado em 2017, num universo de 586.446 profissionais de segurança em todo país, foram notificados 282 casos de ferimentos por arma de fogo em todo o território estadunidense no ano de 2016<sup>15</sup>. Berman e Salter (1985)<sup>16</sup>, em artigo de levantamento sobre morbimortalidade por arma de fogo entre os policiais da Filadélfia (EUA), encontraram 125 policiais que foram baleados não fatalmente em 12 anos de análise. Plani et al. (2003)<sup>14</sup>, na África do Sul, encontraram em 9 anos de levantamento 92 policiais feridos por armas de fogo. No Brasil, apenas Muniz e Soares (1998)<sup>17</sup>, Souza e Minayo (2005)<sup>18</sup> e Minayo et al. (2007, 2008, 2011)<sup>19,20,21</sup> publicaram estudos apresentando dados de morbidade

entre policiais militares no RJ, sem, contudo, ênfase nas morbidades produzidas por armas de fogo.

A principal circunstância envolvida na ocorrência de morbidade por armas de fogo entre os policiais militares no RJ decorreu de dinâmicas conflituosas em comunidades na cidade do RJ, assim como foi encontrado por Muniz Soares (1998)<sup>17</sup>, diferenciando-se de outras cidades no mundo em que as chamadas de resposta ao distúrbio da ordem e tentativa de prisão representam as circunstâncias de maior risco para os policiais<sup>15,16,22</sup>.

Nas áreas urbanas do município do RJ com o maior percentual de conglomerados subnormais, AP1 e AP3, foi encontrada alta concentração de morbidade policial por arma de fogo, entretanto, ao considerarmos as taxas de morbidade policial por armas de fogo e o percentual da população vivendo em aglomerados subnormais ( $r=0,855$ ;  $p=0,065$ ), esse resultado não é significativo. Da mesma forma, se considerarmos as taxas de morbidade policial por arma de fogo e o Índice de Desenvolvimento Humano no município do RJ, não encontramos uma associação significativa entre esses fatores ( $r=-0,309$ ;  $p=0,612$ ), diferente do observado por Kyriacou et al. (2006)<sup>23</sup> ao analisar as causas das mortes dos policiais nas cidades de Nova Iorque e Londres durante o século XX.

Já sobre a maior ocorrência desse tipo de morbidade nas regiões de maior densidade demográfica das cidades da região metropolitana ( $r=826$ ;  $p=0,024$ ), encontramos resultados significativos, indicando uma relação entre o aumento da morbidade policial com maior densidade demográfica. Podemos afirmar, assim como Clarke e Zak (1999)<sup>24</sup>, que as áreas urbanas representam uma maior vulnerabilidade para a ocorrência de morbidades por armas de fogo entre policiais e supor que o risco de o policial ser alvejado na cidade do RJ esteja relacionado às áreas de maior concentração de favelas no território.

No que concerne aos batalhões onde estavam lotados os profissionais, destaca-se o maior número de policiais baleados provenientes das UPPs e do BOPE. Apesar da reconhecida capacitação tática dos policiais pertencentes ao BOPE, esse batalhão apresentou o maior percentual de policiais militares feridos por arma de fogo, considerando-se o número do efetivo dos batalhões. Esse achado questiona a eficácia das recentes políticas públicas adotadas no Estado do RJ para redução da vitimização entre os policiais militares<sup>25</sup>. Em linhas gerais, estas foram marcadas por

um caráter individualista, voltadas à mudança no estilo de vida do policial, remetendo à perspectiva da culpabilização da vítima. O exemplo mais recente ocorreu após um elevado número de ocorrências de óbitos de policiais militares noticiado pelas mídias, que levou à criação do “*Programa Permanente de Capacitação Continuada do Policial Militar*” em janeiro de 2017, cujo objetivo foi reduzir a letalidade por meio de treinamentos específicos que ajudariam o militar a tomar decisões assertivas diante de ameaças<sup>26</sup>. Contudo, a elevada ocorrência de vitimização por armas de fogo encontradas entre os policiais do BOPE expõe a necessidade de mudanças das políticas públicas de segurança baseadas em operações de confronto. Faz-se necessário, com isso, avançar para reformas estruturantes, uma vez que apenas a capacitação tática não é suficiente para produzir a redução da vitimização do policial militar.

Os policiais militares feridos receberam o primeiro atendimento em diversos hospitais na região metropolitana do RJ, em especial nos hospitais da rede do SUS localizados na AP 3 da cidade. Contudo, o HCPM continua sendo o hospital que mais recebeu esse tipo de ferimento. A mediana do tempo de internação hospitalar no HCPM foi de 0,0 dias, pois grande parte dos pacientes (50,9%) foram atendidos no Setor de Pronto Atendimento, onde receberam os cuidados emergenciais para a estabilização do quadro clínico e receberam alta sem serem internados no hospital. Os pacientes que após o atendimento emergencial obtiveram alta do Setor de Pronto Atendimento, mas que precisaram de cirurgias eletivas, retornaram ao hospital e foram internados para a realização do procedimento. A taxa de mortalidade após entrada no hospital pode ser considerada baixa diante do número de pacientes classificados com estado clínico grave e regular (94,4%). Quanto à localização anatômica dos FAF, ressalta-se que os ferimentos em região de tórax-abdome poderiam ser, em boa parte dos casos, evitados ou minimizados através do uso de coletes à prova de balas. Não faz parte do arsenal de equipamentos de proteção individual do policial o uso de capacete balístico, contudo, diante do elevado número de ocorrências de ferimentos na região de cabeça-pescoço-face, esse tipo de proteção adicional deveria ser considerado para auxiliar na redução dessas morbidades.

As elevadas taxas de vitimização encontradas entre policiais militares do RJ indicam problemas na estratégia de trabalho e gestão pública que demandam a



análise de uma série de fatores envolvidos. A sociologia clássica, ao analisar a violência nas sociedades ocidentais, entende o Estado como um componente central para a sua compreensão. Como falou Weber (1919)<sup>27</sup>, a conformação do Estado Moderno o colocou como detentor do *monopólio da violência física, ou o direito à violência*, com vistas ao controle social. Wieviorka (1997)<sup>28</sup> pondera que, diante das mudanças no cenário mundial e da dificuldade dos Estados contemporâneos em assumir suas funções clássicas, observam-se sinalizações do declínio desse modelo. A despeito das mudanças ocorridas nas últimas décadas, a Segurança Pública continua a desempenhar um importante papel na ambiência do Estado Democrático de Direito, já que “muito mais que a repressão frente a condutas ilegais, é esperado das polícias a distribuição igualitária e isonômica do usufruto dos direitos à liberdade e à propriedade em um grau máximo a todos os indivíduos da coletividade”<sup>29</sup>. Ao analisar o cenário de violência contra o policial no RJ, muitos aspectos precisariam ser abordados diante da complexidade do tema, contudo consideraremos duas questões que podemos circunscrever a partir da perspectiva da Saúde Pública. A primeira revela que os elevados números de vitimização de policiais militares apontam para sintomas de desestruturação do sistema de segurança em que a própria vitimização do policial militar, em certa medida, expõe a fragilidade do Estado. A segunda revela que é crucial que haja uma mudança na compreensão do policial militar como um trabalhador e sujeito de direitos, e de que a falta de informação em saúde destes produz um obscurecimento sobre essa classe profissional enquanto trabalhadores.

Minayo et al. (2008, p.89)<sup>20</sup> definiram a PMERJ como uma corporação hierarquicamente organizada e disciplinada que possui uma vida institucional rica em mitos, símbolos, insígnias e intensidade de visão corporativa. A profissão é regida pelo Estatuto dos Policiais-Militares do Estado do Rio de Janeiro, lei nº 443 de 1º de julho de 1981<sup>30</sup>, que regula a situação, obrigações, deveres, direitos e prerrogativas dos policiais militares do Estado do Rio de Janeiro. Dentre os mitos e símbolos nutridos, podemos perceber, a partir do Estatuto da PMERJ, que a relação de trabalho do policial é simbolicamente encarada como uma *missão sacerdotal*. No seu artigo 26, entre os itens de manifestações essenciais do valor e dever do policial, está o “integral devotamento à manutenção da ordem pública, mesmo com o risco da própria vida”. Ainda no Estatuto da PMERJ, no capítulo II, exige-se a dedicação integral ao serviço

policial-militar, o que já coloca em questão se de fato o policial, em algum momento, está de folga do serviço, já que deve estar integralmente dedicado e disposto, inclusive, a sacrificar a própria vida. Percebe-se aí, talvez, uma das raízes da naturalização da vitimização do policial, uma vez que é considerado como dever que o policial arrisque sua própria vida e que seu corpo sofra o martírio em favor de um suposto bem maior. As consequências dessa forma de ser polícia têm resultado, na prática, em altas taxas de morbimortalidade policial. Da mesma sorte, quando não publicizamos essas marcas nos corpos em decorrência da violência, ao longo do tempo, contribuímos com seu apagamento, que, em si, já guarda uma intenção política. A falta de divulgação das morbidades por lesões por arma de fogo entre os policiais militares, um símbolo da violência armada, especialmente no RJ, pode apontar para as intencionalidades de discursos que naturalizam a violência sobre o corpo do policial. Segundo Foucault (2016)<sup>31</sup>, a verdade não existe fora da relação de poder e opera através de uma economia política construída a partir de cinco características: nasce a partir do discurso científico, está vinculada a um interesse econômico e político e é reproduzida, difundida e consumida extensamente pelo corpo social. A divulgação dessas verdades, na forma de discursos, está sob o controle dominante de grandes aparelhos econômico-políticos: elas estão em disputa e são constantemente confrontadas e submetidas a lutas pretensamente ideológicas. Nesse cenário de produção ou interrupção de discursos, identificamos, na ausência de informações sobre as morbidades por arma de fogo entre os policiais militares em virtude da violência, uma intenção de interrupção de um discurso que confronta o saber hegemônico que considera o policial um profissional com vocação sacerdotal ou heroica e que naturaliza a violência. Contudo, esses discursos e saberes estão sujeitos à emergência, à entrada de outras forças que tencionam a verdade, podendo reafirmá-la ou transmutá-la. As diretorias de saúde e seus profissionais na PMERJ podem ser, portanto, lugares de emergência, de afrontamento e luta, em virtude inclusive de sua natureza, a saber, a responsabilidade de zelar pela saúde do policial. Mesmo não sendo o único responsável por essa emergência, o *campus* da saúde na PMERJ pode desempenhar um papel importante no realinhamento do discurso atual, representando um potente ator nesse cenário de forças em disputa.

Nessa direção, as Diretorias de Saúde da PMERJ constituem um elemento-chave para a colaboração na construção de um saber que coloque em suspensão a

naturalização da violência contra os corpos dos policiais. Além disso, a visibilização de informações relativas às morbidades de policiais auxiliará na construção de análises e diagnósticos mais complexos sobre os fatores envolvidos na violência do policial, na sua forma de atuação e planejamento estratégico. Tais elementos podem tornar mais robustas as políticas públicas de saúde para o policial e de segurança para o Estado, afim de que tenhamos de fato um ambiente propício para o desenvolvimento e para a democracia.

O artigo possui algumas limitações, como não contar com uma amostra representativa do total de policiais militares acometidos por FAF na cidade do RJ, já que existem policiais militares que podem ter sido atendidos, em caráter de urgência, em hospitais da rede privada ou em outros hospitais públicos e podem não ter sido transferidos para o HCPM, o que indica que o quadro apresentado possa ter sido ainda mais grave. Além dos motivos descritos, em virtude da gravidade dos acidentes e a distância do local da ocorrência desses ferimentos até o HCPM, alguns policiais são encaminhados de forma primária às unidades de pronto-atendimento da rede do SUS mais próximas e, após estabilização do quadro clínico, por vezes são transferidos para o HCPM. Não podemos, contudo, dizer que todos os policiais militares do RJ são atendidos apenas por essa unidade de saúde, já que a adesão ao plano de saúde da PM é opcional, havendo a possibilidade de outros militares serem atendidos pela rede privada ou apenas pela rede do SUS. Apesar dessas limitações, os dados apresentados apontam para um problema de saúde relevante para esta categoria profissional, para a qual não há qualquer informação de magnitude e extensão; tampouco existe o monitoramento desse tipo de ocorrência entre os policiais que são atendidos fora do HCPM, indicando a necessidade de que seja criado um sistema que monitore as morbidades ocorridas entre esses trabalhadores no país e apontando para os profissionais de saúde como elementos-chave para a formação desses sistemas de informação em saúde.

#### **4.2.5 Referências**

1. Da Matta, R. *As Raízes da Violência no Brasil: Reflexões de um antropólogo social*. São Paulo: P.S. Pinheiro, p. 12-43. 1982

2. WASELFIZ JJ. Mapa da violência 2016: homicídios de armas de fogo no Brasil. Rio de Janeiro: FLACSO, 2016.
3. WASELFIZ JJ. Mapa da violência 2013: mortes matadas por armas de fogo. 2013;1-55.
4. Cerqueira, D, Lima, RSD, Bueno, S, Valencia, LI, Hanashiro O, Machado, PHG, Lima, ADS. (2017). Atlas da violência 2017.
5. Phebo L. Impacto da arma de fogo na saúde da população no Brasil. Brasil: as armas e as vítimas. Rio de Janeiro: 7Letras, 2005.
6. FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. [homepage na internet]. Anuário Brasileiro de Segurança Pública.[acesso em 04 ago 2017]. Disponível em: [http://www.forumseguranca.org.br/storage/10\\_anuario\\_site\\_18-11-2016-retificado.pdf](http://www.forumseguranca.org.br/storage/10_anuario_site_18-11-2016-retificado.pdf)
7. Ehikhamenor EE, OJO MA. Comparative analysis of traumatic deaths in Nigeria. *Prehospital and disaster medicine*, v. 20(3), p. 197-201, 2005.
8. Maia, ABP.; Assis, SG; Mendes, F. Profissionais de segurança pública acometidos por ferimentos com arma de fogo: Revisão Sistemática Integrativa. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, v( ), p. ,2018.
9. Viva: Vigilância de Violências e Acidentes: 2013 e 2014 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
10. Rede Interagencial de Informação para a Saúde (RIPSA). *Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações*. 2 edição, Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.
11. De Souza ER, Njaine K, Minayo MCS. Qualidade da informação sobre violência: um caminho para a construção da cidadania. *Cadernos do Programa de Pós-graduação em Ciência da Informação*. 1996;2:104-112.
12. Instituto de Segurança Pública do Rio de Janeiro. [homepage na internet].Relatório Vitimização Policial.[acesso em 04 ago 2017] Disponível em:<http://www.isp.rj.org.gov.br>.
13. Boletim da PM nº 108 de 16 Jun 2016, onde é referida a exigência de contribuição para o FUSPOM, em consonância com os Artigos abaixo da Portaria PMERJ 574/14.

14. Plani F, Bowley DM, Goosen J. Death and injury on duty-a study of South African police officers. *South African Medical Journal*. 2003;93(11):851-853.
15. Federal Bureau of Investigation.[homepage na internet]. Law Enforcement Officers Killed and Assaulted. [acesso em 20 ago 2017]. Disponível em:<https://ucr.fbi.gov/leoka/2016/officers-assaulted/tables/table-75.xls>.
16. Berman AT, Salter F. Low-velocity gunshot wounds in police officers. *Clinical orthopaedics and related research*. 1985;192:113-119.
17. Muniz J, Soares BM. Mapeamento da vitimização de policiais no Rio de Janeiro. *Rio de Janeiro: Centro de Estudos de Segurança e Cidadania*, 1998.
18. Souza ER, Minayo MCS. Policial, risco como profissão: morbimortalidade vinculada ao trabalho. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005;10(4):917-928.
19. Minayo MSC, De Souza ER, Constantino P. Riscos percebidos e vitimização de policiais civis e militares na (in) segurança pública Perceived risks and victimization of military and civil police in the public (in) security domain. *Cad. Saúde Pública*. 2007;23(11): 2767-2779.
20. Minayo MCS, Souza, ERD, Constantino P. *Missão prevenir e proteger: condições de vida, trabalho e saúde dos policiais militares do Rio de Janeiro*. Editora Fiocruz. 2008.
21. Minayo MCS, De Assis SG, Vasconcellos, COR. Impacto das atividades profissionais na saúde física e mental dos policiais civis e militares do Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011;16(4).
22. Swedler DI, Kercher C, Simmons MM, Pollack KM. Occupational homicide of law enforcement officers in the US, 1996–2010. *Injury prevention*. 2013;20(10):35-40.
23. Kyriacou DN, Monkkonen EH, Peek-Asa C, Lucke RE, Labbett S, Pearlman KS, Hutson HR. Police deaths in New York and London during the twentieth century. *Injury prevention*. 2006;12(4):219-224.
24. Clarke C, Zak MJ. Fatalities to law enforcement officers and firefighters, 1992-1997, Compensation and Working Conditions. *US Bureau of Labor Statistics*. 1999.
25. RAMOS, S. Violência e polícia: Três décadas de políticas de segurança no Rio de Janeiro. *Boletim Segurança e Cidadania*, n. 21, 2016.

26. Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro. [homepage na internet]. Programa Permanente de Capacitação Continuada.[acesso em 04 ago 2017] Disponível em: <https://pmerj.rj.gov.br/nota-sobre-vitimizacao-de-policiaismilitares/.5dejande2017>.
27. Weber M. *Economia e sociedade: fundamentos da sociologia compreensiva*. 4. ed Brasília, DF: São Paulo: UnB. Universidade de Brasília, Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, 2004.
28. Wieviorka M. The new paradigm of violence. *Tempo social*, v. 9, n. 1, p. 5-41, 1997.
29. O poder de polícia no estado democrático de direito. [homepage na internet]. [acesso em 18 mar 2018]. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/12771/o-poder-de-policia-no-estado-democratico-de-direito>.
30. Brasil. Lei nº 443, de 1 de julho de 1981. Estatuto dos Policiais Militares do Estado do Rio de Janeiro.
31. FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro, 4 edição, Ed. Paz & Terra; 2016.

#### 4.3 ARTIGO 3 – A VIOLÊNCIA MARCADA NA FACE: FERIMENTOS POR ARMA DE FOGO ENTRE POLICIAIS MILITARES NO RIO DE JANEIRO

**Resumo:** Este artigo aborda a ocorrência de agravos à saúde em virtude de ferimentos por arma de fogo em face, entre os policiais militares da ativa, na região metropolitana do Rio de Janeiro (RJ), que foram operados pela clínica de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial (CTBMF) do Hospital Central da Polícia Militar (HCPM). **Metodologia:** Foi realizado um estudo epidemiológico retrospectivo a partir de dados secundários referentes aos policiais militares que foram operados no HCPM em decorrência de ferimentos por arma de fogo (FAF) em face, no período de junho de 2003 a dezembro de 2017. É um estudo descritivo que descreve a frequência e a distribuição das agressões por arma de fogo em face no universo dos policiais do Estado do RJ que não faleceram imediatamente em decorrência do ferimento. Realizou-se um levantamento desse tipo de morbidade entre os policiais militares segundo variáveis relativas ao trabalho, aos ferimentos maxilofaciais e as repercussões do ferimento sofrido. **Resultados:** Durante o período estudado foram

realizadas 778 cirurgias em centro cirúrgico pelo serviço de CTBMF no HCPM, sendo 186 cirurgias em decorrência de ferimentos por arma de fogo (23,9%) realizadas em 77 policiais militares da ativa. Todos os pacientes eram do sexo masculino, com idades de 24 a 48 anos e idade média de 34,7 anos. Quanto ao perfil profissional, este foi constituído predominantemente por praças (97,3%), em especial soldados. A perda de segmento ósseo foi a sequela mais encontrada. O comprometimento estético facial e os relatos de insônia foram as repercussões tardias de impacto na saúde e no convívio social mais encontradas. Sobre as repercussões laborais do ferimento sofrido, o tempo médio de afastamento por licença de saúde para tratamento dos ferimentos maxilofaciais foi de 11,7 meses.

**Palavra chave:** ferimento por arma de fogo, trauma facial, cirurgia bucomaxilofacial, fratura maxilofacial.

**Abstract:** This article discusses the occurrence of health problems due to gunshot wounds in the face area in active duty military police officers in the metropolitan region of Rio de Janeiro (RJ), who were operated by the Clinic of Oral and Maxillofacial Surgery of the Central Military Police Hospital (HCPM). **Methodology:** A retrospective epidemiological study was carried out, based on secondary data referring to military police officers who underwent surgery at the HCPM as a result of firearm injuries in the period from June 2003 to December 2017. This is a descriptive study that describes the frequency and distribution of gunshot facial injuries in the universe of police officers in the State of RJ who did not die immediately due to the injury. A survey on this type of morbidity among the military police personnel was carried out according to variables related to work, maxillofacial injuries and repercussions of the injury suffered. **Results:** During the study period, 778 surgeries were performed by the service of Oral and Maxillofacial Surgery in a surgical center of the HCPM, of which 186 surgeries treated gunshot wounds (23.9%) in 77 military police officers on active duty. All patients were male, with ages ranging from 24 to 48 years and mean age of 34.7 years. As for the professional profile, it was constituted predominantly by enlisted officers (97.3%), especially privates. The loss of bone segment was the most frequent sequel. Facial aesthetic impairment and reports of insomnia were the late repercussions of impact on health and social interaction. Regarding labor repercussions of the injuries suffered,

the mean time of health leave of absence for treating maxillofacial injuries was 11.7 months.

**Keywords:** gunshot wound, facial trauma, oral and maxillofacial surgery, maxillofacial fracture.

### 4.3.1 Introdução

O artigo aborda a ocorrência de agravos à saúde produzidos por ferimentos por arma de fogo (FAF) não fatais em face que atingiram policiais militares do Estado do Rio de Janeiro durante suas atividades de trabalho e fora dele. Problematiza a escassez de pesquisas e de reflexões que analisem as repercussões sociais, emocionais e relativas ao desempenho do trabalho, tendo em vista que, além das sequelas físicas, a estética do corpo na formação do indivíduo moderno ocupa lugar de relevância, sendo a face um elemento indicador no desenvolvimento do individualismo e também de sua significação psicológica<sup>1,2</sup>.

O Brasil é um país marcado historicamente pela violência<sup>3</sup>. Entre 1980 e 2014 morreram 967.851 pessoas em virtude de ferimentos por arma de fogo, o que nos coloca entre os 10 países com maiores taxas de homicídio por armas de fogo no mundo<sup>4</sup>. Esse tipo de violência social também atinge os policiais militares no país<sup>5</sup>. O Rio de Janeiro foi o estado que apresentou o maior número absoluto de policiais militares mortos<sup>6</sup>; contudo, não são conhecidos os números da morbidade por arma de fogo entre essa classe de trabalhadores, o que impede a compreensão da real magnitude desse problema. Segundo Maia<sup>7</sup> em artigo de revisão sistemática, a arma de fogo é o principal mecanismo de lesão em serviço entre policiais, mais frequente entre profissionais de segurança do sexo masculino com cerca de 31 anos de idade. Em função do potencial deste trauma em provocar morbimortalidade, acrescido à escalada da ocorrência desse tipo de ferimento em virtude da utilização de armas com elevado potencial de destruição no país, que afeta a população civil e profissionais de segurança pública, este problema torna-se relevante para áreas como medicina, odontologia e saúde pública.

Os FAF em face produzem lesões perfuro-contundentes e avulsivas de segmentos maxilofaciais que normalmente resultam no mais devastador tipo de trauma facial, constituindo-se um desafio para o cirurgião<sup>8</sup>. Os FAF, além do orifício



de entrada e do orifício de saída, são caracterizados pela formação de cavitações. As cavitações são fugas laterais dos tecidos que se formam na passagem do projétil, inicialmente preenchidas por vapor de água, chamadas de cavidade temporária<sup>9</sup>. À medida que a lesão se retrai, produz o que chamamos de cavidade permanente. As dimensões da cavidade permanente são determinadas pela densidade dos tecidos que o projétil atingiu, por sua forma e velocidade. As lesões em face produzem cavidades temporárias que resultam em enfisema e edemas significativos, representando risco pelo comprometimento das vias aéreas minutos após o trauma, além de aumentarem o risco de infecções<sup>10</sup>.

Em virtude da complexidade desse tipo de trauma, a trajetória do tratamento envolve equipes multidisciplinares, múltiplas cirurgias reconstrutivas, extensos períodos de recuperação e limitações físicas que, invariavelmente, repercutem também social e emocionalmente na vida do paciente<sup>11-16</sup>. Tem-se como hipótese que as repercussões estéticas resultantes do trauma em face sejam elementos importantes que impactam na saúde mental, podendo provocar o agravamento de alterações psíquicas. A despeito disso, poucos estudos têm buscado investigar e descrever a localização desses ferimentos e os impactos na saúde do policial, tanto para o desempenho profissional quanto em sua vida social. Este artigo, dessa forma, é original ao investigar um tópico que ainda é uma lacuna nas pesquisas científicas, ao abordar, para além das repercussões físicas, os desdobramentos para o trabalho e suas relações sociais.

#### **4.3.2 Metodologia**

Esse estudo descritivo foi conduzido a partir do levantamento de dados secundários referentes aos policiais militares que foram operados no Hospital Central da Polícia Militar (HCPM) no período de junho de 2003 a dezembro de 2017. Foram incluídos na análise todos os policiais militares da ativa operados sob anestesia geral pelo serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial (CTBMF) no HCPM em decorrência de FAF, independente da gravidade da lesão. Foram excluídos do estudo os pacientes civis, os policiais militares reformados e aqueles da ativa alvejados em face que não demandaram cirurgias sob anestesia geral ou que foram operados em outros hospitais do Estado. O estudo evidencia a frequência e a distribuição das

agressões por arma de fogo em face no universo dos policiais do Estado do Rio de Janeiro que não falecem imediatamente em decorrência do ferimento. Com isso, foram incluídas 186 cirurgias realizadas em 77 pacientes que se enquadravam nos critérios de inclusão. O estudo obedeceu aos regulamentos éticos previstos pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz.

As *informações epidemiológicas* do paciente incluem idade, gênero, raça/cor e data do trauma. Sobre as *variáveis relativas ao trabalho* foram analisados: posto/graduação, unidade onde o PM estava lotado, se o ferimento ocorreu em serviço ou em folga. Os *ferimentos maxilofaciais* foram classificados segundo sua localização, se intraoral ou extraoral (osso frontal à mandíbula), sinalizando se os ferimentos produziram fraturas de ossos da face e sua localização, distribuídos por região: mandibular, maxilar, zigomático-orbital, nasal e frontal. São ainda apontados o número de cirurgias realizadas após o trauma, as complicações mais encontradas e as especialidades em saúde envolvidas na reabilitação. Sobre as *repercussões do ferimento* analisamos: as complicações e sequelas decorrentes do trauma, o tempo de licença para tratamento do FAF em face, se o paciente pôde retornar ao trabalho como apto A (com retorno sem restrições), apto B (com retorno ao trabalho com restrições físicas) ou apto C (com retorno ao trabalho com restrição do uso de arma de fogo), ou se foi considerado inapto temporário ou permanentemente, podendo ser reformado ou encaminhado para a reserva.

A *coleta de dados* foi efetuada através de ficha padronizada a partir das variáveis existentes nos prontuários do serviço, digitada em banco de dados (Programa Epidata 3.0), conforme os critérios estabelecidos. Para o *processamento e análise* dos dados foi usado o pacote estatístico SPSS versão 19.0, realizada a descrição da frequência e o percentual.

### **4.3.3 Resultados**

Durante o período estudado foram realizadas 778 cirurgias em centro cirúrgico pelo serviço de CTBMF no HCPM. Deste total, 186 cirurgias decorreram de ferimentos por arma de fogo, o que representa 23,9% de todos os procedimentos sob anestesia geral no serviço. As 186 cirurgias foram realizadas em 77 policiais militares da ativa;

uma média de 2,4 cirurgias por paciente para o tratamento dos ferimentos e fraturas ocasionadas por FAF em face.

Todos os pacientes com FAF em face nessa análise eram do sexo masculino, com idades de 24 a 48 anos, com média de 34,7 anos. Não foi possível identificar a raça/cor da pele em 54,5% dos prontuários. Entre os 35 pacientes analisados, 51,4% foram identificados como brancos, seguidos por negros (28,5%) e pardos (20%). O segundo quadrimestre foi o período do ano com maior ocorrência desse tipo de cirurgia. O ano de 2017 foi o que apresentou maior frequência (N=10) de cirurgias em pacientes acometidos por projétil de arma de fogo em face. O perfil profissional do policial foi constituído predominantemente por praças (97,3%), em especial soldados (41,6%); 69,9% dos casos ocorreram durante o período laboral; 88,2% dos policiais militares desempenhavam, no momento, a atividade-fim de polícia. Entre as circunstâncias envolvidas nos acidentes durante a folga, o assalto ou a tentativa de assalto foi a ocorrência mais relatada (72,7%), seguida por tentativa de suicídio (9,1%).

Quanto aos ferimentos bucomaxilofaciais analisados, 97,4% dos pacientes apresentavam ferimentos extraorais e 85,7% apresentavam ferimentos intraorais; 64,9% dos pacientes sofreram perdas dentárias e 80,5% sofreram fraturas faciais. Constatando a amplitude das lesões, 62 pacientes apresentaram 109 regiões da face fraturadas, com maior acometimento da região da mandíbula, assim como relatado na literatura<sup>17-20</sup>, seguida pela região de maxila e complexo zigomático-orbital (Tabela 1).

**Tabela 1:** Distribuição das fraturas maxilofaciais em decorrência de trauma por arma de fogo (junho de 2003 a dezembro de 2017, N=109)

<b>Região Bucomaxilofacial</b>	<b>% de fraturas por região (N=109)</b>	<b>% de pacientes com a região comprometida (N=62)</b>
Mandíbula	33,0	58,1
Maxila	26,6	46,8
Zigomático-orbital	24,8	43,5
Nasal	9,2	16,1
Frontal	6,4	11,3

Fonte: pesquisa da autora. Entre os 77 pacientes operados em virtude de FAF, 62 apresentaram fraturas faciais em 109 regiões da face.

Em virtude do trauma por arma de fogo, 18,2% dos baleados precisaram ser submetidos a traqueostomia. Foi descrito algum tipo de complicação durante a internação hospitalar em 13,8% dos pacientes, sendo a infecção a mais frequente entre elas.

Constam nos prontuários 275 ocorrências de sequelas e complicações advindas do trauma entre os 77 pacientes da amostra (média de 3,6 ocorrências por paciente), conforme a *Tabela 2*. A perda de segmento ósseo foi a sequela mais frequente, presente em 53 casos, seguida por: parestesia, infecção, paralisia do nervo facial, limitações na função mastigatória, má oclusão, sinusites recorrentes, alterações visuais (14), amaurose (em 8 casos), disfunção temporomandibular, comunicações bucossinusais ou buconasais, limitação na fala, alterações glandulares, anosmia, alterações do aparato lacrimal, falha na fixação interna rígida e perda de enxerto. Já as repercussões tardias de impacto na saúde e no convívio social encontradas foram: comprometimento estético facial em 57 pacientes, relatos de insônia (30), cicatrizes aparentes (63), queixas de dor crônica (32), transtornos psicológicos e/ou psiquiátricos (5), perda de equilíbrio e zumbidos constantes no ouvido (2). Tais complicações se expressam em limitações funcionais e estéticas na vida do paciente, causando redução da capacidade mastigatória, com emagrecimento agudo, redução da capacidade no paladar, perda parcial ou total da acuidade visual, dificuldade na fala, dentre outras restrições do cotidiano. Também sabemos que essas complicações podem produzir alterações estéticas na face com desdobramentos sociais e emocionais para o paciente.

**Tabela 2:** Distribuição das sequelas e complicações advindas do trauma sofrido por policiais militares do Estado do Rio de Janeiro (junho de 2003 a dezembro de 2017, N=77)

<b>Complicações e sequelas</b>	<b>N</b>	<b>% segundo ocorrência (N=275)</b>	<b>% por paciente (N=77)</b>
Perda de segmentos ósseos	53	19,4	68,8
Parestesia	50	18,2	64,9
Infecção	29	10,5	37,7
Paralisia	26	9,5	33,8
Limitações na função mastigatória	24	8,7	31,2
Má oclusão	19	6,9	24,7

Sinusite recorrente	15	5,5	19,5
Alterações visuais	14	5,1	18,2
Comunicação buconasossinusal	10	3,6	13,0
Disfunção temporomandibular	10	3,6	13,0
Limitação na fala	8	2,9	10,4
Alterações glandulares	6	2,2	7,8
Anosmia	4	1,5	5,2
Alterações no aparato lacrimal	3	1,1	3,9
Falha na fixação	2	0,7	2,6
Perda do enxerto	2	0,7	2,6
Total	275	100,0	–

Fonte: pesquisa da autora.

Entre os 77 pacientes operados, apenas 14 não foram encaminhados para outra especialidade de saúde. Em média 1,8 especialidades de saúde estiveram envolvidas no tratamento de cada paciente com esse tipo de ferimento em face; 63 pacientes receberam 136 encaminhamentos a 14 diferentes especialidades, conforme a Tabela 3. Quanto à Odontologia, 41,6% dos pacientes precisaram desta especialidade, distribuídos em: endodontia (7), dentística (7), prótese (6), implantodontia (5) e clínica de disfunção temporomandibular (1). Entre os pacientes que receberam maior número de encaminhamentos, entre 4 e 6 especialidades, foi notado que todos precisaram da psicologia e/ou psiquiatria durante o pós-operatório.

**Tabela 3:** Distribuição das especialidades envolvidas no tratamento dos pacientes com FAF em face (junho de 2003 a dezembro de 2017, N=136)

<b>Especialidade</b>	<b>N</b>
Fisioterapia	30
Psicologia	26
Oftalmologia	18
Psiquiatria	10
Cirurgia geral	6
Neurocirurgia	5
Otorrinolaringologia	5
Cardiologia	4
Cirurgia plástica	2

Neurologia	2
Cirurgia torácica	1
Medicina	1
Hiperbárica	
Clínica médica	1
Odontologia	25

Fonte: pesquisa da autora.

Sobre as *repercussões laborais do ferimento sofrido*, o tempo de afastamento por licença de saúde para tratamento foi calculado a partir da análise de 47 pacientes cujos respectivos prontuários continham as informações necessárias, devidamente datadas, descritas pelo cirurgião. O tempo de afastamento variou entre 1 e 60 meses, com uma média de 11,7 meses. A moda foi de 6 meses de afastamento. Foi possível detectar nos prontuários de 58 pacientes a categoria de retorno laboral após o trauma: 28 receberam a classificação apto A e 9 apto B; outros 20 foram reformados e 1 encaminhado para a reserva. Não é possível afirmar, contudo, que o ferimento por arma de fogo na região maxilofacial foi o único fator determinante para sua condição, já que o paciente pode ter sofrido no mesmo evento outros ferimentos no corpo, ou ter sido licenciado por incapacidade psíquica. Através da análise dos prontuários foi possível detectar que 13 pacientes operados em cirurgia bucomaxilofacial por ferimento com arma de fogo tiveram sua licença renovada também por outra especialidade de saúde, entre elas oftalmologia (9), psiquiatria (2), neurologia (1) e ortopedia (1).

O tratamento cirúrgico variou de simples irrigação e desbridamento imediato e por vezes também tardio dos ferimentos, cirurgias para redução e estabilização precoces dos cotos ósseos através do uso de dispositivos de fixação interna rígida, com ênfase na recuperação da simetria e função, até cirurgias de reconstrução com enxertias ósseas.

#### 4.3.4 Discussão

O perfil profissional do paciente baleado em face encontrado foi de policiais militares praças, em especial soldados, com idade média de 34,7 anos, atingidos em

serviço. Foram constatadas diferenças quanto à idade média, que é mais elevada entre os militares quando comparados aos pacientes civis (cerca de 25 anos)<sup>16,18,21-24</sup>. O gênero masculino constituiu a totalidade dos pacientes operados entre os militares do Rio de Janeiro, fato que poderia ser esperado dado ao pequeno contingente de policiais militares do sexo feminino na corporação. Por outro lado, este é o gênero recorrentemente mais vitimizado por FAF na população em geral, como vêm salientando vários estudos<sup>4,7</sup>.

Os traumas em face por arma de fogo produzem ferimentos avulsivos graves<sup>14,15,20,26,27</sup>, especialmente na região de mandíbula<sup>17,19,25</sup>, o que demanda diversas cirurgias e o envolvimento de uma equipe multidisciplinar e tem graves repercussões na vida e na atividade laboral dos atingidos. As fraturas de mandíbula foram o tipo mais frequente, seguidas por aquelas na região de maxila e na região zigomático-orbital. Em média, cada paciente apresentou 1,75 regiões com fraturas maxilofaciais. Estas foram seguidas por perda de segmentos ósseos em 80,6% dos casos e disestesias em 99%, o que pode ser explicado pelo alto potencial avulsivo e destrutivo do projétil de arma de fogo. Os policiais militares do Rio de Janeiro não usam equipamentos de proteção individual para a região maxilofacial, tais como óculos ou capacete balístico. De fato, não é habitual esse tipo de equipamento entre policiais no mundo, que é mais encontrado entre militares em situação de guerra<sup>28,29</sup>. É conhecido que tais equipamentos podem reduzir os danos e até mesmo prevenir muitos dos ferimentos maxilofaciais<sup>30,31</sup>.

Quanto às repercussões tardias na saúde e no convívio social entre os pacientes analisados, os relatos de comprometimento estético facial foram a principal ocorrência descrita nos prontuários analisados, a despeito de todo o esforço cirúrgico de reconstrução dos danos causados pelos FAF. Além disso, as queixas de dor crônica e distúrbios psicológicos foram elementos marcadamente presentes entre esses pacientes, o que já foi também encontrado em outros estudos que analisaram a saúde dos policiais militares no Rio de Janeiro<sup>32-36</sup>. O impacto social desse tipo de agravo à saúde em face do policial inicia-se já no momento em que seus familiares encontram-se com seu ente no leito hospitalar. Os FAF produzem edemas faciais e deformações que descaracterizam o paciente. Não é incomum crianças, filhos de policiais militares, não reconhecerem seus pais e se negarem a abraçá-los, o que gera uma situação extremamente triste e difícil de ser contornada. O caminho da

recuperação é marcado pela dor crônica que drena o ânimo e dificulta a estabilidade emocional; e as marcas do ferimento apontam diariamente para a finitude e para a realidade de alto risco de vitimização dos policiais militares no estado do Rio de Janeiro.

Indubitavelmente tais morbidades em face causam desdobramentos para o retorno ao trabalho; contudo, há uma lacuna nesse campo de estudos no que diz respeito a tais questões. Os policiais militares acometidos por FAF em face, mesmo após inúmeros procedimentos de reconstrução facial, normalmente guardam deformidades físicas que, de alguma forma, os estigmatizam como aqueles que foram alcançados e marcados pela violência, o que pode se desdobrar em mudanças no seu comportamento social. O medo de ser vitimado não é mais uma hipótese, mas uma realidade que assombra o cotidiano do trabalho tanto do policial atingido quanto dos demais colegas de trabalho, que ao ver as marcas no rosto de seus colegas identificarão o risco real decorrente da profissão. Esse prejuízo à saúde se deve não apenas pelo aumento do poder destrutivo que as armas de fogo têm adquirido, produzindo sequelas difíceis de serem tratadas, mas também pelo seu potencial de interferir na vida social do policial, prejudicando sua qualidade de vida<sup>37-39</sup>. O PM afastado de suas atividades laborais por motivos de saúde obedece a critérios descritos pela Portaria número 0346, de 12 de maio de 2010<sup>40</sup>, que instrui e regula as inspeções de saúde e as juntas de inspeção de saúde no âmbito da PMERJ.

Após inspeção médica, um policial nesta situação pode ser considerado Apto categoria A, quando apresenta plena aptidão para desempenhar todos os serviços de natureza policial militar; Apto categoria B, quando o inspecionado apresenta aptidão para desenvolver serviço de natureza policial ou atividades inerentes ao cargo ou função de atividade meio, com restrições para algumas atividades claramente definidas pela Ficha de Inspeção de Saúde, podendo portar arma de fogo; Apto categoria C, quando manifesta aptidão para desenvolver atividades inerentes ao cargo ou função de policial, em atividade meio, com restrição para o porte de arma de fogo. Este PM também pode considerado incapaz de desenvolver qualquer atividade policial militar, sendo considerado inapto, condição essa que pode ser temporária ou definitiva. Entre os pacientes operados em decorrência dos FAF em face onde foi possível identificar qual a categoria de saúde lhes foi atribuída, foi possível identificar que um número substancial pode retornar ao trabalho exercendo plenamente a



atividade-fim (Apto A – 48,3%); porém foi elevado o percentual de policiais reformados em virtude de incapacidade permanente para o exercício de qualquer função na instituição PMERJ (34,5%). Quanto aos desdobramentos emocionais para o PM vítima de FAF em face, identificamos, de forma empírica, certo padrão de comportamento entre os pacientes: após o trauma sofrido, assim que é possível um diálogo, o policial se mostra eufórico, falante, fazendo questão de expor em detalhes como tudo aconteceu, como ele se posicionou, qual era o cenário no momento da ocorrência. Existe uma “alegria” por ter sobrevivido. Com o passar das semanas, à medida que esse policial se depara com as limitações adquiridas, com a longa trajetória para a recuperação a ser enfrentada e com toda a mudança de vida profissional, socioeconômica e também familiar que o acidente promove, ele inicia um processo de introspecção, solidão, medo e depressão.

Vê-se que, apesar de grande parte das reconstruções faciais ser satisfatória do ponto de vista estético-funcional, nem sempre o paciente evolui com uma superação do trauma sofrido, podendo expressar sofrimento e/ou insegurança ao retornar ao trabalho. Parece que, ao sofrerem tal agressão, algo para além dos agravos físicos se instala e a repercussão e o impacto social e profissional dessas lesões podem ser tão profundos que, a despeito do sucesso do tratamento cirúrgico, tais policiais parecem estar marcados irremediavelmente<sup>34-36</sup>. Vários são os elementos que podem estar envolvidos na produção desse comportamento. Aqui, privilegiamos especificamente o significado dos impactos de ferimentos na face, tendo em vista a importância desta parte do corpo para os indivíduos.

A partir do século XV, o retrato individual se tornou uma das maiores inspirações na pintura e os retratos, especialmente do rosto, ganharam cada vez mais importância no decorrer dos séculos. Le Breton (2002)<sup>2</sup>, para explicar as bases da formação do indivíduo moderno, utilizou o corpo como ponto de partida e a face como um elemento indicador no desenvolvimento do individualismo, em que o significado do rosto se transforma e a axiologia corporal se modifica nessa transição moderna. O corpo, incluindo o rosto, ganha significação psicológica, assim como pode-se ler as expressões, dotadas de significado que alude diretamente à personalidade do sujeito. A aparência do indivíduo expressa seu caráter, logo, deve ser controlada como forma de proteção<sup>41</sup>. O rosto é a parte do corpo mais individualizada, mais singular, e tem uma importante representatividade na transição do grande corpo social para um corpo

individual. Para Elias (1994, p. 155)<sup>1</sup>, a face é uma das mais importantes representações de quem somos; tem papel talvez mais central para a construção de identidade do eu e para a sociabilidade. É esta parte do corpo que não cobrimos e que nos identifica e diferencia. O rosto guarda nossa história e marcas; através dele podemos perceber a idade, alguns gostos e ascendências étnicas. Podemos fugir do espelho e dos olhares dirigidos ao nosso corpo, mas o mesmo é praticamente impossível quando se trata da face. A partir dela somos identificados por vários registros oficiais tais como: o Registro Geral, as identidades de classes, as carteiras de clubes, dentre outros.

Dentro dessa perspectiva que considera a representatividade da face como a “epifania do sujeito” (Le Breton, 2002, p. 41)<sup>2</sup> e frente a um processo crescente de individualização que atinge um ápice em tempos de “*selfies*” e de exposição em mídias sociais, podemos problematizar que indivíduos acometidos por FAF em face sofrem, potencialmente, um impacto ainda maior na sua vida. As marcas no rosto guardam histórias e as marcas que vemos nas faces de muitos policiais militares do RJ trazem à tona um contexto violento que também denunciam um ambiente de vingança que tem sentenciado muitos a uma nova vida atravessada, por vezes, por restrições no corpo e no trabalho e, quase sempre, carregada indubitavelmente por signos explícitos da violência. Desses sujeitos é exigida a ressignificação de sua própria relação identitária, a partir da face, o que lhes demanda um trabalho subjetivo sobre si. A grande relevância de encaminhamento para fisioterapia e para a psicologia indica como a reabilitação deve ser vislumbrada não apenas pela saúde do corpo, mas, sobretudo, também pela saúde mental.

Em virtude da ausência de estudos que correlacionem tais fenômenos, ainda não é possível compreender de forma mais ampliada as repercussões dos ferimentos por arma de fogo na vida dos policiais e militares. Contudo, ao identificarmos o perfil epidemiológico dos policiais militares do RJ acometidos por FAF em face, os caminhos dos tratamentos de reabilitação e as repercussões para o exercício profissional, daremos um passo em direção à compreensão das repercussões desse tipo de agravo nas relações de trabalho desses sujeitos.

#### **4.3.5 Conclusão**

O perfil dos policiais militares operados em virtude de FAF em face encontrado foi de pacientes do sexo masculino, com idade média de 34,7 anos e praças, em especial soldados. Os ferimentos e fraturas na região mandibular foram as mais encontradas e a perda de segmento ósseo foi a principal sequela. Os pacientes acometidos por FAF em face foram submetidos a mais 2 cirurgias em média e seu tratamento demandou a participação de múltiplas especialidades médicas. O comprometimento estético facial e os relatos de insônia foram as repercussões tardias de impacto na saúde e no convívio social mais encontradas.

Como caráter preventivo desse tipo de ferimento, deve ser considerado o uso de equipamentos de proteção individual para a face. Entretanto, mudanças estruturais relacionadas ao planejamento de segurança pública precisam ser consideradas se, de fato, pretende-se reduzir as morbidades por arma de fogo entre os PM no RJ, visto que não foram encontrados, na literatura internacional, registros semelhantes ao quantitativo de policiais feridos por arma de fogo em face como no RJ.

Entendemos ser também necessários a realização de mais estudos que analisem qualitativamente o impacto desse tipo de ferimento em face para a vida do policial e seus desdobramentos sociais.

#### **4.3.6 Referências**

- 1- Elias N. A sociedade dos indivíduos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1994.
- 2- Le Breton D. Antropologia del cuerpo y modernidade. Buenos Aires: Nueva Visión; 2002.
- 3- Da Matta R. As raízes da violência no Brasil: reflexões de um antropólogo social. In: Pinheiro PS. Violência Brasileira. São Paulo: Brasiliense; 1982. p. 12-43.
- 4- Waiselfiz JJ. Mapa da violência 2016: homicídios de armas de fogo no Brasil. Rio de Janeiro: FLACSO; 2016.
- 5- Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2016. [publicação online] São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública; 2016. [acesso em 04 ago 2017]. Disponível em: [http://www.forumseguranca.org.br/storage/10\\_anuario\\_site\\_18-11-2016-retificado.pdf](http://www.forumseguranca.org.br/storage/10_anuario_site_18-11-2016-retificado.pdf).

- 6- Instituto de Segurança Pública do Rio de Janeiro. [publicação online] Relatório Vitimização Policial. Rio de Janeiro: Instituto de Segurança Pública do Rio de Janeiro. [acesso em 04 ago 2017]. Disponível em: <http://www.isp.rj.org.gov.br>.
- 7- Cerqueira D, Lima RS, Bueno S, Neme C, Ferreira H, Coelho D, et al. [publicação online] Atlas da Violência. Rio de Janeiro: Ipea; FBSP. Rio de Janeiro; 2017. [acesso em 08 jun 2018]. Disponível em: [http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatorio\\_institucional/1806\\_04\\_atlas\\_da\\_violencia\\_2018.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatorio_institucional/1806_04_atlas_da_violencia_2018.pdf).
- 8- Norris O, Mehra P, Salama A. Maxillofacial gunshot injuries at an urban level I trauma center—10-year analysis. *J Oral Maxillofac Surg.* 2015;73(8):1532-9.
- 9- Segundo AVL, Zimmermman RD, Nogueira EFC, Lopes PHS. Inclusão do estudo da balística no tratamento dos ferimentos faciais por projétil de arma de fogo. *Rev. cir. traum. buco-maxilo-facial.* 2013;13(4):65-70.
- 10- Oehmichen M, Meissner C, König HG. Brain injury after gunshot wounding: morphometric analysis of cell destruction caused by temporary cavitation. *J Neurotrauma.* 2000;17(2):155-62.
- 11- Anshel MH. A conceptual model and implications for coping with stressful events in police work. *Crim Justice Behav.* 2000;27(3):375-400.
- 12- Cohen GH, Fink DS, Sampson L, Galea S. Mental health among reserve component military service members and veterans. *Epidemiol Rev.* 2015;37(1):7-22.
- 13- Cunningham LL, Haug RH, Ford J. Firearm injuries to the maxillofacial region: an overview of current thoughts regarding demographics, pathophysiology, and management. *J Oral Maxillofac Surg.* 2003;61(8):932-42.
- 14- Hollier L, Grantcharova EP, Kattash M. Facial gunshot wounds: a 4-year experience. *J Oral Maxillofac Surg.* 2001;59(3):277-82.
- 15- Sada R. Maxillofacial war injuries during the Iraq–Iran War. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2003;32(2):209-14.
- 16- Sanches S, Duarte SJH, Pontes ERJC. Caracterização das vítimas de ferimentos por arma de fogo, atendidas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em Campo Grande-MS. *Saúde Soc.* 2009;18:95-102.
- 17- Amundson M, Cheng A. Updates in management of craniomaxillofacial gunshot wounds and reconstruction of the mandible. *Trauma in Facial Plastic*

- Surgery, *An Issue of Facial Plastic Surgery Clinics of North America*, E-Book. 2017;25(4):563.
- 18- De Lima CHR, Ranúzia I, Pereira IF, Vasconcelos BCE. Firearm Injury on Face: Literature Review and Case Report. *Acta Scientific Dental Sciences*, 2018;2(4):37-40.
  - 19- Murphy J, McWilliams S, Lee M, Warburton G. Management of self-inflicted gunshot wounds to the face: retrospective review from a single tertiary care trauma centre. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2018;56(3):173-6.
  - 20- Puzovic D, Konstantinovic VS, Dimitrijevic M. Evaluation of maxillofacial weapon injuries: 15-year experience in Belgrade. *J Craniofac Surg*. 2004;15(4):543-6.
  - 21- Abghari M, Monroy A, Schubl S, Davidovitch R, Egol K. Outcomes following low-energy civilian gunshot wound trauma to the lower extremities: results of a standard protocol at an urban trauma center. *Iowa Orthop J*. 2015;35:65.
  - 22- Atiyeh BS, Gunn S, Hayek S. Military and civilian burn injuries during armed conflicts. *Ann Burns Fire Disasters*. 2007;20(4):203.
  - 23- Liu FC, Halsey JN, Hoppe IC, Ciminello FS, Lee ES, Granick MS. A single-center review of facial fractures as the result of high-speed projectile injuries. *Eplasty*. 2018;18.
  - 24- Sanches S, Duarte SJH, Pontes ERJC. Caracterização das vítimas de ferimentos por arma de fogo, atendidas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em Campo Grande-MS. *Saúde Soc*. 2009;18:95-102.
  - 25- Neupert EA, Boyd SB. Retrospective analysis of low-velocity gunshot wounds to the mandible. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. 1991;72(4):383-7.
  - 26- Cohen MA, Shakenovsky BN, Smith I. Low velocity hand-gun injuries of the maxillofacial region. *J Maxillofac Surg*. 1986;14:26-33.
  - 27- Srouji S. Severe gunshot maxillofacial trauma, when and where to start? *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2017;46:52-3.
  - 28- Breeze J, Lewis EA, Carr DJ. *Ballistic Threats and Body Armour Design. Military Injury Biomechanics: The Cause and Prevention of Impact Injuries*. 2017.
  - 29- Liu W, Taylor B. The effect of body armor on saving officers' lives: An analysis using LEOKA data. *J Occup Environ Hyg*. 2017;14(2):73-80.

- 30- Dobson J, Newell M, Shepherd JP. Trends in maxillofacial injuries in war-time (1914–1986). *Br J Oral Maxillofac Surg*. 1989;27(6):441-50.
- 31- Gofrit O, Kovalski N, Leibovici D, Shemer J, O'hana A, Shapira S. Accurate anatomical location of war injuries: analysis of the Lebanon war fatal casualties and the proposition of new principles for the design of military personal armour system. *Injury*. 1996;27(8):577-81.
- 32- Souza ER, Minayo MCS. Policial, risco como profissão: morbimortalidade vinculada ao trabalho. *Cien Saude Colet*. 2005;10(4):917-28.
- 33-35. Souza ER, Minayo MCS, Silva JG, Pires TO. Factors associated with psychological distress among military police in Rio de Janeiro, Brazil. *Cad Saude Publica*. 2012;28(7):1297-311.
- 34- Minayo MCS, Assis SG, Oliveira RVC. Impacto das atividades profissionais na saúde física e mental dos policiais civis e militares do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). *Cien Saude Colet*. 2011;16(4):2199-209.
- 35- MINAYO MCS, SOUZA ER. *Missão Investigar*. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora Garamond; 2003.
- 36- Minayo MCS, Souza ER, Constantino P. Riscos percebidos e vitimização de policiais civis e militares na (in) segurança pública. *Cad Saude Publica*. 2007;23(11):2767-79.
- 37- Abdollahi MK. Understanding police stress research. *J Forensic Psychol Pract*. 2002;2(2):1-24.
- 38- Cohen LE, Felson M. Social change and crime rate trends: A routine activity approach. *Am. Sociol. Rev*. 1979;44:588-608.
- 39- Cooper CL, Cartwright S. Organizational management of stress and destructive emotions at work. *Emotions at work: theory, research and applications for management*. Chichester: Wiley, 2001:269-80.
- 40- Rio de Janeiro (Estado). Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro. Portaria no 0346, de 12 de maio de 2010. Aprova as novas Instruções Reguladoras das Inspeções de Saúde e das Juntas de Inspeção de Saúde no âmbito da Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro e dá outras providências.
- 41- Sennett R, Zola E. *O declínio do homem público: as tiranias da intimidade*. São Paulo: Companhia das Letras; 1988.



## **CAPÍTULO 5: “MÁQUINA DE MOER GENTE”: DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Para compreender o perfil e os impactos dos ferimentos por arma de fogo que acometem os policiais no Rio de Janeiro, se faz necessário caracterizar as manifestações da violência na sociedade em geral e da violência contra o policial militar no Rio de Janeiro em particular. Para isso, partiremos da compreensão de que a violência é considerada uma epidemia no país e tem sua expressão mais drástica manifesta no elevado número de homicídios, tornando-se atualmente um grave problema não somente de segurança como também de saúde pública (MINAYO; RAMOS DE SOUZA, 1999; DA SILVA, 2017). Nos últimos 10 anos, o Brasil atingiu a marca de 533 mil mortos por homicídios, sendo a arma de fogo o principal vetor da violência letal, responsável por 71,1% do universo dos casos em ano (CERQUEIRA, 2018).

Dentro desse cenário violento, temos acompanhado no Rio de Janeiro a implantação de recorrentes políticas públicas a partir de modelos belicistas que têm se mostrado ineficientes e que perpetuam o grave quadro de violência (RAMOS, 2016). De forma geral, o que vemos é um sistema que funciona tal e qual uma “máquina de moer gente”, que tem como bandeira a Guerra às Drogas (PASSOS, 2011) e vem produzindo alta letalidade, especialmente entre os jovens do sexo masculino e negros (CERQUEIRA, 2018; MACIEL, 2013). Essa política de segurança pública voltada para o confronto se desdobra em operações policiais que produzem enfrentamentos armados nas favelas e periferias sob o domínio de facções criminosas com alto poderio armado e tem produzido na prática elevada morbimortalidade entre civis e policiais (WILLADINO, 2017). As taxas de homicídios no Rio de Janeiro vinham em constante crescimento desde 2003, mas, a partir de 2012, observou-se sua diminuição progressiva, interrompida pelo retorno do forte crescimento da letalidade violenta em 2016 (CERQUEIRA, 2018).

Em 2007, o Rio de Janeiro atingiu o maior registro da série histórica de homicídios decorrentes de intervenção legal, isto é, aqueles provocados pela polícia. Em relação a esta causa de morte, entre 2008 e 2013 os números reduziram sucessivamente, mas, em 2014, voltaram a subir (ISER, 2018; ISP, 2018). Em 2017, o ISP contabilizou 1.127 homicídios perpetrados por policiais, resultantes de oposição



à intervenção policial no Estado do RJ, representando 21% do número total de homicídios dolosos (ISP, 2018).

O Instituto de Segurança Pública do Rio de Janeiro revelou que, entre 1994 e 2017, 2.743 policiais militares sofreram morte violenta, sendo 564 em serviço. Os números de morbidade por violência, contudo, são desconhecidos, sendo essa uma lacuna a ser pesquisada. Não obstante o fato de que a base de dados utilizada nessa dissertação não representa a totalidade das morbidades por arma de fogo entre os policiais militares no Estado do RJ, sua fonte é relevante por trazer dados inéditos sobre essa categoria, provenientes do registro médico da própria corporação. Dessa forma, ao conhecer o impacto da morbimortalidade por arma de fogo em policiais militares, contribuímos com importantes elementos que são úteis para a mensuração da eficácia da atuação das políticas de segurança pública dentro do estado democrático de direito, onde espera-se baixa zero de civis e policiais na busca da paz social (PROENÇA JÚNIOR; MUNIZ, 2017); a desconstrução do discurso que naturaliza a violência sofrida pelo policial; a sensibilização tanto da sociedade quanto dos próprios policiais de que é urgente uma profunda reforma nas políticas de segurança pública.

Nessa direção, é importante ressaltar que os discursos que naturalizam a violência sobre o corpo do policial têm raízes históricas construídas através de dinâmicas de *saber-poder* (FOUCAULT, 2014). Estas, baseiam-se em uma representação social do policial como um “herói” ou “anti-herói”, justificando o uso de seu corpo até o limite vital (MENANDRO, 1996; MAGALHÃES, 2015; SILVEIRA; MEDEIROS, 2016). Esse discurso é reificado pela não veiculação de informações sobre as morbidades sofridas pelos policiais militares e seus impactos para sua vida, isto é, essa invisibilização ao mesmo tempo acoberta e alimenta as representações sociais anteriormente aludidas. Entretanto, esse discurso que naturaliza a violência contra o policial está em disputa e sujeito à produção, interrupção e emergência (FOUCAULT, 2016), na medida em que outras linhas de força tensionam e problematizam a “verdade”. Dessa forma, consideramos que as diretorias de saúde e seus profissionais, na PMERJ, ao visibilizarem as morbidades decorrentes do trabalho policial, podem representar um *campus* de emergência para tensionamentos e desestabilização de uma imagem naturalizada, podendo assim contribuir para a

sensibilização deste profissional como classe trabalhadora e com a necessidade de reformas na estrutura, governança e cultura da policial militar no Brasil.

Na formação da identidade do policial militar, é forjado um profundo compromisso com sua missão, porém questiona-se sua disposição em perpetuar um modelo ineficaz que tem produzido morbimortalidade entre civis, a quem prometeram servir e proteger, e também entre policiais. Por mais que tenha aumentado a percepção do risco no desempenho da atividade policial (MINAYO; RAMOS DE SOUZA; 2007), inclusive entre eles, ainda não foram apresentadas a essa classe de trabalhadores as evidências do alto custo humano cobrado para o cumprimento dessa missão.

Através da revisão sistemática apresentada no **artigo 1** (Profissionais de segurança pública e militares das forças armadas vitimados por ferimentos com arma de fogo: Revisão Sistemática Integrativa), vimos que o principal mecanismo de produção de morbidade entre policiais no mundo é a arma de fogo (BERMAN; SALTER, 1985; CLARKE; ZAK, 1999; PLANI et al., 2003; KYRIACOU et al., 2006; SWEDLER et al., 2013; BLAIR et al., 2016), com a exceção da polícia inglesa (KYRIACOU et al., 2006). Com isso, esse tipo de ferimento é um importante indicador da prevalência de violência sofrida pelo policial no exercício de sua função e um adicional instrumento para avaliação da “eficácia da polícia” no desempenho de suas ações de policiamento ostensivo.

O levantamento epidemiológico realizado no **artigo 2** (Ferimentos não fatais por arma de fogo entre policiais militares do Rio de Janeiro: a saúde como campo de emergência contra a naturalização da violência), que considerou o atendimento de policiais militares da ativa em virtude de ferimentos por arma de fogo em qualquer parte do corpo, possibilitou delinear o perfil do policial militar acometido por esse tipo de morbidade no Rio de Janeiro: majoritariamente pacientes do sexo masculino, praças (em especial soldados) e baleados em serviço – portanto, ferimentos decorrentes de acidentes de trabalho. Esse perfil é semelhante ao encontrado na literatura internacional (EBBS, 1990; ARMOUR 1996; RUPP et al., 2001; GUTIÉRREZ; RADICE, 2003; PLANI et al., 2003; EHIKHAMENOR; OJO, 2005; CLERICI et al., 2009; CAN et al., 2010; SUAY et al., 2011; NAGASAKO et al., 2013). Quanto à frequência dessa morbidade, há evidências de sua alta ocorrência, a despeito das limitações metodológicas descritas nos artigos 2 e 3, no que se refere à

inexistência de um banco de dados que permita o acesso a informações sobre *todos* os policiais acometidos por FAF na PMERJ.

No período de 31 meses levantado nesse estudo – de junho de 2015 a dezembro de 2017 (artigo 2) –, 475 policiais militares da ativa foram atendidos no HCPM em virtude de ferimentos por arma de fogo, dos quais 77,3% estavam em serviço no momento do evento, permitindo, portanto, a classificação destes como acidentes de trabalho. Tais números demonstram o elevado risco de morbidade por arma de fogo entre os policiais militares do Rio de Janeiro, especialmente quando comparamos com outras cidades no mundo. Na Filadélfia (EUA), 125 policiais foram baleados não fatalmente em 12 anos de análise (BERMAN, 1985). Na África do Sul, 92 policiais foram feridos por armas de fogo em 9 anos de levantamento. Em 2016, 282 profissionais de segurança pública sofreram ferimentos por arma de fogo em todo o território dos Estados Unidos da América (EUA) (FBI, 2017).

Além da elevada incidência desse tipo de ferimento, outros aspectos apresentados e debatidos nos resultados do artigo 2 nos chamaram a atenção:(1) a ocorrência desse tipo de ferimento em confrontos nas comunidades da cidade e (2) a grande ocorrência de policiais baleados lotados no Batalhão de Operações Especiais (BOPE) e nas Unidades de Polícia Pacificadora (UPPs).

Quanto ao primeiro aspecto, vimos que as principais circunstâncias envolvidas nas ocorrências de morbidade por armas de fogo entre os policiais militares no RJ decorreram de dinâmicas conflituosas em comunidades (68,64%), assim como foi encontrado por Muniz e Souza (1998), diferenciando-se de outras cidades no mundo em que as chamadas de resposta ao distúrbio da ordem e tentativa de prisão representam as circunstâncias de maior risco para os policiais<sup>9</sup> (BERMAN; SALTER, 1985; SWEDLER et al., 2013). Tais resultados evidenciam o fato de que as atuais políticas de segurança pública baseadas em confrontos nas favelas, especialmente na Área de planejamento 3 do Rio de Janeiro (Complexo do Alemão, Mangueiras, Maré, Jacarezinho), contribuem para a elevada ocorrência de FAF entre os policiais. Essa afirmação, apesar de sua aparente obviedade, somente pode ser feita quando são conhecidos os números de morbidade por arma de fogo e os locais e circunstâncias onde elas aconteceram, o que permanece, até então, invisibilizado.

---

9 Federal Bureau of Investigation. [homepage na internet]. Law Enforcement Officers Killed and Assaulted. [acesso em 20 ago 2017]. Disponível em: <https://ucr.fbi.gov/leoka/2016/officers-assaulted/tables/table-75.xls>

Após a intervenção federal na segurança pública do Estado do Rio de Janeiro em fevereiro de 2018, houve um recrudescimento dos confrontos armados ligados à dinâmica de combate ao tráfico de drogas. Pode-se esperar um aumento dos ferimentos e mortes entre civis e policiais, o que já pôde ser notado nos primeiros 120 dias de intervenção (de 16 de fevereiro a 16 de maio), a partir do levantamento realizado pelo Observatório da Intervenção (RAMOS, 2018).

O segundo aspecto a ressaltar apresenta um dado desconcertante: há maior ocorrência de FAF entre policiais militares lotados no BOPE e na UPP (relação de número de FAF segundo o total de policiais militares em cada batalhão). Não obstante a elevada qualificação tática dos policiais militares do BOPE, considerada a “tropa de elite” da PMERJ, esta não foi suficiente para neutralizar a ocorrência de vitimização policial frente ao recorrente acionamento do grupamento para a realização de operações de confronto decorrentes da política de segurança historicamente implementada. Em relação às UPPs, a alta ocorrência de feridos entre estas unidades aponta para a falência dessa política de segurança, supostamente baseada nos princípios da polícia de proximidade, e deixa explícita a permanência da diretriz política de confronto.

Destaca-se que, dessa forma, a elaboração de políticas públicas que visem à redução de vitimização policial deve, para além de oferecer cursos de capacitação, considerar a urgente necessidade de substituir a política de confronto por outra, que desarticule o crime a partir do uso de inteligência e investigação policial, o que já foi apontado em relatório do Observatório da Intervenção sobre os caminhos para a redução da violência e melhor segurança do Rio de Janeiro (RAMOS, 2018).

Ainda acerca das medidas de enfrentamento às morbidades por arma de fogo entre policiais militares, o artigo 2 destaca a localização anatômica destes ferimentos: 23,5% na região da cabeça-pescoço-face e 17,3% na tórax-abdome, o que nos permite considerar que o uso de equipamentos de proteção individual como colete à prova de balas e capacete balístico podem gerar um impacto significativo na redução de ferimentos, o que já é indicado por outros estudos (GOFRIT et al., 1996; WADE et al., 2007; HODGETTS et al., 2007).

O artigo 2 apresenta um panorama geral sobre o perfil do policial militar acometido por FAF no RJ, trazendo aspectos sobre os territórios e circunstâncias de ocorrência, mas é o artigo 3 (A violência marcada na face: ferimentos por arma de

fogo entre policiais militares no Rio de Janeiro) que possibilita colocar o objeto de pesquisa sob a lente de aumento ao analisar os desdobramentos sociais e emocionais advindos desse tipo de ferimento. Partimos do entendimento – reforçado pela prática profissional de atendimento a estes sujeitos – de que os ferimentos por arma de fogo em face, além das sequelas físicas, provocam vários outros tipos de danos. Eles causam, potencialmente, grande impacto na vida e na socialização do policial, uma vez que a face ocupa lugar de relevância para o indivíduo moderno, sendo um elemento indicador no desenvolvimento do individualismo através da significação psicológica (SENNETT; ZOLA, 1988; ELIAS, 1994; LE BRETON, 2002). Ademais, conhecer as repercussões desse tipo de ferimento na face, esta que é a expressão mais visível da identidade social, implica num adicional apelo à responsabilidade e à justiça (NODARI, 2010; LEVINAS, 1997; 2012; 2014) e guarda um grande potencial de impacto, mobilização e criação de redes de solidariedade (ANCHIETA, 2016).

Desta forma, ao analisar o perfil dos policiais militares operados em decorrência de ferimentos por arma de fogo em face, encontramos na série histórica 77 sujeitos (2003–2017). Mesmo tratando-se de um levantamento que representa um recorte do conjunto de policiais acometidos desse tipo de ferimento no Estado, pois contabiliza apenas policiais militares da ativa e que foram operados em centro cirúrgico pelo serviço de cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial do HCPM, não foram encontrados, na revisão bibliográfica, estudos que apresentassem números tão elevados, o que permite afirmar que há uma alta ocorrência desse tipo de ferimento entre policiais militares do RJ, quando comparados a outras polícias no mundo (BERMAN; SALTER, 1985; WADE et al., 2007; HODGETTS et al., 2007; SHAH et al., 2011; SUAY et al., 2011).

Todos os pacientes operados eram homens, mostrando uma forte prevalência deste sexo, o que se repete na população civil (THOLPADY et al., 2014; MURPHY et al., 2018). Em relação à idade, a média entre os policiais militares (34,7 anos) é mais elevada em comparação aos estudos em civis – que fica em torno de 25 anos (WULKAN et al., 2005; ATIYEH et al., 2007; SANCHES et al., 2009; OLIVEIRA, 2014; ABGHARI et al., 2015; DE LIMA et al., 2018; LIU et al., 2018). No que se refere ao posto/graduação do policial militar atingido, predominaram praças (97,3%), em especial soldados, o que é semelhante aos resultados encontrados por Wade et al. (2007) e Berman e Salter (1985). Quando se avaliou se os ferimentos ocorreram em

serviço ou em folga, em 77,2% dos casos os policiais foram feridos durante o período laboral, diferente dos resultados de mortalidade policial, maiores nos períodos de folga (FÓRUM..., 2017).

Em relação ao local e à gravidade dos ferimentos, pode-se afirmar que foram lesões avulsivas graves, assim como relatado pela literatura internacional (COHEN et al., 1986; HOLLIER et al., 2001; PUZOVIC et al., 2004; SADDA, 2003; SROUJI, 2017). Tais ferimentos afetaram especialmente a região de mandíbula (33%), seguida pela região maxilar (26,6%), o que é equivalente ao encontrado na literatura internacional entre civis (AMUNDSON; CHENG, 2018; MURPHY et al., 2018; NEUPERT; BOYD, 1991). O tratamento dos policiais acometidos demandou diversas intervenções, como cirurgias, e o envolvimento e acompanhamento de equipe multidisciplinar, em especial fisioterapia e psicologia, com graves repercussões para a vida e a atividade laboral dos atingidos. Ao analisar as sequelas advindas do trauma, foram listadas 18 complicações e sequelas. A perda de segmento ósseo representou a sequela mais frequente, seguida por parestesia, infecção, paralisia do nervo facial e limitações na função mastigatória pela perda dentária. Já em relação às repercussões tardias de impacto na saúde e no convívio social encontradas, temos: comprometimento estético facial, relatos de insônia, cicatrizes aparentes, queixas de dor crônica, transtornos psicológicos e/ou psiquiátricos, perda de equilíbrio e zumbidos constantes no ouvido. Tais complicações se expressam em limitações funcionais e estéticas, causando redução da capacidade mastigatória com emagrecimento agudo, redução da capacidade no paladar, perda parcial ou total da acuidade visual, dificuldades na fala, dentre outras restrições do cotidiano. Também sabemos que essas complicações podem produzir alterações estéticas na face, com desdobramentos sociais e emocionais. Os baixos números das citações de presença de transtornos psicológicos e/ou psiquiátricos como uma sequela decorrem da falta de hábito por parte do cirurgião de descrever nos prontuários aspectos ligados às condições psicológicas do paciente. Isso acontece em virtude do perfil mais racional e técnico que prestigia a avaliação física em detrimento da avaliação biopsicossocial, o que é habitual entre especialidades cirúrgicas (SEBASTIANI; MAIA, 2005).

Dessa forma, foi possível identificar o perfil e o atendimento em saúde dos policiais militares do Estado do Rio de Janeiro acometidos por ferimentos por arma de fogo em todo o corpo, e especialmente em face, atendidos no HCPM. Entretanto,

permanece a necessidade de que seja ampliada a compreensão sobre os desdobramentos e impactos desses ferimentos no retorno ao exercício da função policial após o trauma e para a ressocialização dos policiais. Neste sentido, destaca-se a riqueza das pesquisas com desenho metodológico de triangulação de métodos quantiqualitativos, como entrevistas em profundidade que avaliem não só estes pacientes como também seus familiares, afim de que sejam elucidados os desdobramentos da ocorrência desse tipo de ferimento para o desempenho do trabalho e para o desenvolvimento das relações pessoais desse sujeito.

## Referências

ABDOLLAHI, M. K. Understanding police stress research. **Journal of Forensic Psychology Practice**, v. 2, n. 2, p. 1-24, 2002a. ISSN 1522-8932.

ABGHARI, M. et al. Outcomes following low-energy civilian gunshot wound trauma to the lower extremities: results of a standard protocol at an urban trauma center. **The Iowa orthopaedic journal**, v. 35, p. 65, 2015.

ABU AL RAGHEB, S. Y. Firearm fatalities in Jordan. **Medicine, Science and the Law**, v. 24, n. 3, p. 213-221, 1984. ISSN 0025-8024.

AGUDELO, S. F. La violencia: un problema de salud publica que se agrava en la región. **Boletim Epidemiologico de la OPS**, v.11, p. 01-07, 1990.

ALPER, M.; TOTEM, S.; ÇANKAYALI, R.; SONGÜR, E. Gunshot wounds of the face in attempted suicide patients. **Journal of oral and maxillofacial surgery**, v. 56, n. 8, p. 930-933, 1998.

ALVES, M. H. M.; MOURA, F.; EVANSON, P. **Vivendo no fogo cruzado: moradores de favela, traficantes de droga e violência policial no Rio de Janeiro**. Editora Unesp, 2013.

AMUNDSON, M.; D DDSC, A. C. Updates in Management of Craniomaxillofacial Gunshot Wounds and Reconstruction of the Mandible. **Trauma in Facial Plastic Surgery, An Issue of Facial Plastic Surgery Clinics of North America, E-Book**, v. 25, n. 4, p. 563, 2017. ISSN 0323548784.

ANCHIETA, I. A sociedade de rostos. Mulheres sem rosto como indício de novo humanismo nas redes sociais. **Tempo Social**, v. 28, n. 3, p. 243-261, 2016. ISSN 1809-4554.

\_\_\_\_\_, GALINKIN, A. L.; MENDES, A. M. B.; NEIVA, E. R. TTrabalho e riscos de adoecimento: um estudo entre policiais civis. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 27, n. 2, p. 199-208, 2011.

ANTUNES, R.; PRAUN, L. A sociedade dos adoecimentos no trabalho. **Serviço Social & Sociedade**, v. 123, p. 407-427, 2015.

ARMOUR, A. A study of gunshot suicides in Northern Ireland from 1989 to 1993. **Science & justice: journal of the Forensic Science Society**, v. 36, n. 1, p. 21-25, 1996.

ATIYEH, B. S.; GUNN, S.; HAYEK, S. Military and civilian burn injuries during armed conflicts. **Annals of burns and fire disasters**, v. 20, n. 4, p. 203, 2007.

BALLONE, G. J. **Criminologia**: PsiqWeb, 2005.

BARBIERI, C. H.; BRANCATO, J. L. T. Lesões dos tecidos faciais provocados por armas de fogo. **J. Health Sci. Inst**, v. 9, n. 2, p. 69-75, 1991.



BARREIRA, C. Crueldade: A face inesperada da violência difusa. **Sociedade e Estado**, v. 30, n. 1, p. 55-74, 2015.

BARREIRA, C. Violência difusa, medo e insegurança: as marcas recentes da crueldade. **Revista Brasileira de Sociologia**, v. 1, n. 1, p. 219-242, 2013.

BARROS, P. L. **Balística forense**. Monografia de Conclusão de Curso (Graduação em Direito). Universidade Católica de Goiás. 81p. 2001.

BECKER, G. S. A Theory of the Allocation of Time. **The economic journal**, v. 77, n. 299, p. 493-517, 1965.

BERMAN, A. T.; SALTER, F. Low-velocity gunshot wounds in police officers. **Clinical orthopaedics and related research**, v. 192, p. 113-119, 1985.

BEZERRA, C. D. M.; MINAYO, M. C. D. S.; CONSTANTINO, P. Estresse ocupacional em mulheres policiais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 657-666, 2013.

BIRD, S. M.; FAIRWEATHER, C. B. Military fatality rates (by cause) in Afghanistan and Iraq: a measure of hostilities. **International Journal of Epidemiology**, v. 36, n. 4, p. 841-846, 2007.

BLAIR, J. M.; KATHERINE, A. Fowler; Carter J. Betz; Jason L. Baumgardner. Occupational homicides of law enforcement officers, 2003-2013. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 51, p.188–196, 2016.

BONATH, KH et al. Gunshot wounds: balistics, physiopathology, surgical treatment. **Tierarztliche Praxis**, v. 24, n. 3, p. 304-15, 1996.

BRASIL. **Decreto nº 122**, de 30 de novembro de 1966. Aprova a Convenção nº 122, denominada Convenção sobre Política de Emprego, adotada pela Organização Internacional do Trabalho em 9 de julho de 1964. [acesso em 10 ago 2017].Disponível em: <<http://www.trtsp.jus.br/geral/tribunal2/LEGIS/CLT/OIT/OIT122.html>>. Acesso em: 10 ago. 2017.

\_\_\_\_\_. **Constituição da república Federativa do Brasil**. 1988. Brasília, DF: Centro Gráfico. Artigo 144.

\_\_\_\_\_. **Medida Provisória nº 821**, de 11 de junho de 2018. Altera a Lei nº 13.502, de 1º de novembro de 2017, que dispõe sobre organização básica da Presidência da República e dos Ministérios, para criar o Ministério Extraordinário da Segurança Pública.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA DE DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS E PROMOÇÃO DA SAÚDE. **VIVA: VIGILÂNCIA DE VIOLÊNCIAS E ACIDENTES: 2013 E 2014** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRAVERMAN, H. **Trabalho e capital monopolista: a degradação do trabalho no século XX**. Rio de Janeiro: Zahar, 1975.

BRETAS, M. L. Observações sobre a falência dos modelos policiais. **Tempo Social**, v. 9, n. 1, p. 79-94, 1997.

BUENO, S.; CERQUEIRA, D.; LIMA, R. S. Sob fogo cruzado II: letalidade da ação policial. In: LIMA, R. S.; BUENO, S. (Coord.). **Anuário Brasileiro de Segurança Pública**, v. 7. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2013. p. 120-129.

CALABREZ, M. C. T. Traumatologia forense. In: SILVA, M. **Compêndio de odontologia legal**. Rio de Janeiro: Medsi, 1997. p. 245-88.

CAN, M.; YILDIRIM, N.; ATAÇ, G. K. Dissecting firearm injury to the head and neck with non-linear bullet trajectory: a case report. **Forensic science international**, v. 197, n. 1-3, p. 13-17, 2010.

CANO, I; MASSINI, N. **Letalidade da ação policial no Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Iser, 1997.

CARDOSO, F. L. M. G.; CECCHETTO, F. R.; CORRÊA J. S.; SOUZA, T. O. D. Homicídios no Rio de Janeiro, Brasil: uma análise da violência letal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 4, p. 1277-1288, 2016.

CERQUEIRA, D.; LIMA, R. S. D.; BUENO, S.; et al. **Atlas da violência 2017**. Rio de Janeiro: Ipea; Iser, 2017.

\_\_\_\_\_. **Atlas da violência 2018**. Rio de Janeiro: Ipea; Iser, 2018.

CHAMPION, H. R.; BELLAMY, R. F.; ROBERTS, C. P.; LEPPANIEMI, A. A profile of combat injury. **Journal of Trauma and Acute Care Surgery**, v. 54, n. 5, p. 13-19, 2003.

CHEEMA, S.A; AMIN, F. Incidence and causes of maxillofacial skeletal injuries at the Mayo Hospital in Lahore, Pakistan. **British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 44, n. 3, p. 232-234, 2006.

CLARKE, C.; ZAK, M. J. **Fatalities to law enforcement officers and firefighters, 1992-1997, Compensation and Working Conditions**. US Bureau of Labor Statistics, 1999.

CLERICI, C.A.; INVERNIZZI, R.; VENERONI, L.; DE'MICHELI, A. Suicidi e omicidi con l'arma di ordinanza. Analisi della casistica nelle guardie particolari giurate in Italia. **Giornale italiano di medicina del lavoro ed ergonomia**, v. 31, p. A10-A15, 2009.

COHEN G. H. et al. Mental Health Among Reserve Component Military Service Members and Veterans. **Epidemiologic reviews**, v. 37, n. 1, p. 7-22, 2015.

COHEN, L. E.; FELSON, M. Social change and crime rate trends: A routine activity approach. **American sociological review**, v. 44, p. 588-608, 1979.

COHEN, M. A.; SHAKENOVSKY, B. N.; SMITH, I. Low velocity hand-gun injuries of the maxillofacial region. **Journal of maxillofacial surgery**, v. 14, p. 26-33, 1986.

COOPER, C. L.; CARTWRIGHT, S. Organizational management of stress and destructive emotions at work. In: COOPER, C. L.; CARTWRIGHT, S. **Emotions at work: theory, research and applications for management**. Chichester: John Wiley & Sons, 2001. p. 269-280.

CUNNINGHAM, L. L.; HAUG, R. H.; FORD, J. Firearm injuries to the maxillofacial region: an overview of current thoughts regarding demographics, pathophysiology, and management. **Journal of oral and maxillofacial surgery**, v. 61, n. 8, p. 932-942, 2003.

DA SILVA, E. P. Corpo e violência em Michel Foucault: VIGIAR E PUNIR. **Sistema Penal & Violência**, v. 3, n. 2, p. 112-118, 2011.

DA SILVA, T. S. et al . A extensão universitária e a prevenção da violência obstétrica. **Revista Ciência em Extensão**, v. 13, n. 1, p. 176-189, 2017.

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

DAL SASSO, M. K.; CAMPOS, P. S. R. C.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & contexto enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.

DA MATTA, R. As raízes da violência no Brasil: reflexões de um antropólogo social. In: Pinheiro PS. **Violência Brasileira**. São Paulo: Brasiliense, 1982. p. 12-43.

OLIVEIRA, O. L.; SANTOS, L. M. Percepção da saúde mental em policiais militares da força tática e de rua. **Sociologias**, v. 12, n. 25, p.224-250 2010.

DERENUSSON, F. C.; JABLONSKI, B . Sob fogo cruzado: o impacto do trabalho policial militar sobre a família do policial. **Aletheia**, n. 32, p. 22-37, 2010.

DIAS, Wolney. Repetindo: não somos números, somos cidadãos e heróis. **Portal da Polícia Militar do Rio de Janeiro**. Disponível em: <<https://pmerj.rj.gov.br/repetindo-nao-somos-numeros-somos-cidadaos-e-herois/>>. Acesso em: 30 ago. 2017.

DICIO. Impeachment. **Dicio**: Dicionário Online da Língua Portuguesa. Disponível em: <[www.dicio.com.br/impeachment/](http://www.dicio.com.br/impeachment/)>. Acesso em:20 jan. 2018.

DOBSON, J. E.; NEWELL, M. J.; SHEPHERD, J. P. Trends in maxillofacial injuries in war-time (1914–1986). **British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 27, n. 6, p. 441-450, 1989.

DOMENACH, J. M.; LABORIT, H.; JOXE, A.; GALTUNG, J.; SENGHAAS, D.; KLINEBERG, O.; et al. **La violencia y sus causas**. Paris: Editorial de la Unesco, 1981.

EBBS, S. R. Policeman's groin: an unusual occupational injury. **Injury**, v. 21, n. 3, p. 182-184, 1990.

EHIKHAMENOR, E. E.; OJO, M. A. Comparative analysis of traumatic deaths in Nigeria. **Prehospital and disaster medicine**, v. 20, n. 3, p. 197-201, 2005.

ELIAS, N. **A sociedade dos indivíduos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994.

ENGELS, F. **A situação da classe trabalhadora inglesa**. São Paulo: Boitempo, 2010.

ESTEVES DE CALAZANS, M.; MUNIZ, J.; SOARES, B. **Estudo Exploratório sobre Vitimização, Letalidade e Saúde Ocupacional de Policiais Cíveis e Militares do/no estado da Bahia**. 2011. (Relatório de pesquisa).

Fagundes, M. A. V.; Seidel, A. C.; Schiavon, A. C.; Barbosa, F. S.; Kanamaru, F. Estudo retrospectivo de janeiro de 1998 a maio de 2005, no Hospital Universitário de Maringá, sobre ferimentos por arma branca e arma de fogo. **Acta Scientiarum. Health Sciences**. v. 29, n. 2, p. 133-7, 2007.

FAJNZYLBER, P.; LEDERMAN, D.; LOAYZA, N. **Determinants of crime rates in Latin America and the world: an empirical assessment**. World Bank Publications, 1998.

Federal Bureau of Investigation. FBI. **Law Enforcement Officers Killed and Assaulted**. Disponível em: <<https://ucr.fbi.gov/leoka/2016/officers-assaulted/tables/table-75.xls>>. Acesso em 20 ago. 2017.

FERNANDES, A. **Vitimização policial: análise das mortes violentas sofridas por integrantes da Polícia Militar do Estado de São Paulo (2013-2014)**. Relatório técnico. EAESP-Escola de Administração de Empresas de São Paulo, 2015.

FERREIRA, D. K. D. S.; AUGUSTO, L. G. D. S.; SILVA, J. M. Condições de trabalho e percepção da saúde de policiais militares. **Cadernos saúde coletiva**.v. 16, n. 3, 2008.

FERREIRA, P. A. Portugal, a OIT e as Políticas de Emprego entre 1960 e 1974. In: PORTUGAL. MINISTÉRIO DO TRABALHO, SOLIDARIEDADE E SEGURANÇA SOCIAL. 100 anos Organização Internacional do Trabalho – O Centenário do Ministério do Trabalho: A Institucionalização da Regulação Laboral. Cadernos Sociedade e Trabalho, v. XVIII, p. 97-110, 2016.

FISHER, L. A.; CALLAWAY, D. W.; SZTAJNKRYCER, M. D. Incidence of fatal airway obstruction in police officers feloniously killed in the line of duty: a 10-year retrospective analysis. **Prehospital and disaster medicine**, v. 28, n. 5, p. 466-470, p. 466-470, 2013.

FOUCAULT, M. **A ordem do discurso**. São Paulo: Ed. Loyola, 1996.

\_\_\_\_\_. **Os anormais**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

\_\_\_\_\_. **Vigiar e punir**. Petrópolis, Ed. Vozes; 2014.

\_\_\_\_\_. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Paz & Terra, 2016. 4.ed.

FOY, D. W. et al. Etiology of posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans: analysis of premilitary, military, and combat exposure influences. **Journal of consulting and clinical psychology**, v. 52, n. 1, p. 79-87, 1984.

FRANÇA G. V. **Medicina legal**. Rio de Janeiro: Guanabara, 2007.

FREDERICO, L. A. Vitimologia. **BIC-Boletim Informativo Criminológico**, v. 1, n. 1, p. 1-9, 2016.

G1. PMs mortos no Rio. **G1 Rio de Janeiro**, 26 ago. 2017. Disponível em: <<http://especiais.g1.globo.com/rio-de-janeiro/2017/pms-mortos-no-rj/>>. Acesso em: 16 jun. 2018.

GALVÃO, C. M.; SAWADA, N. O.; TREVIZAN, M. A. Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. **Revista Latino-americana de enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 549-556, 2004.

GANT, T. D.; EPSTEIN, L. I. Low-velocity gunshot wounds to the maxillofacial complex. **The Journal of Trauma and Acute Care Surgery**, v. 19, n. 9, p. 674-677, 1979.

GERSHON, R. R.; LIN, S.; LI, X. Work stress in aging police officers. **Journal of occupational and environmental medicine**, v. 44, n. 2, p. 160-167, 2002.

GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade. Rio de Janeiro: Guanabara, 1988.

GOFRIT, O. N.; KOVALSKI, N.; LEIBOVICI, D.; SHEMER, J.; O'HANA, A.; SHAPIRA, S. C. Accurate anatomical location of war injuries: analysis of the Lebanon war fatal casualties and the proposition of new principles for the design of military personal armour system. **Injury**, v. 27, n. 8, p. 577-581, 1996.

GÓMEZ, C. M. Violência no Trabalho. In: BRASIL. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005, 340p

GONÇALVES, R.; MACHADO, C. (Coords.) **Violência e Vítimas de Crimes**, Vol. 1-Adultos. Coimbra: Quarteto Editora, 2002.

GONZÁLEZ-PENAGOS, C. et al. Factores laborales asociados al riesgo de estrés postraumático en uniformados de un sector de Medellín. **Revista salud pública**, v. 15, n. 3, p. 335-341, 2013.

GUIMARÃES, A. F. O contrato de trabalho do policial militar. **Revista Direito Milita da Associação dos Magistrados das Justiças Militares Estaduais**. Florianópolis, v. 3, n. 17, p. 6-8, mai./jun.; 1999.

GUIMARÃES, L. A. B. Valores institucionais, a prática policial militar e a cidadania. **Revista Unidade**, v. 41, p. 45-85, 2000.

GUTIÉRREZ, V.; RADICE, F. Late bullet migration into the knee joint. **Arthroscopy: The Journal of Arthroscopic & Related Surgery**, v. 19, n. 3, p. 1-3, 2003.

HÉRCULES HC. Mecanismos do trauma. In: FREIRE, E. **Trauma: a doença dos séculos**. São Paulo: Atheneu, v.1, 2001. p.77-159.

HINDELANG, M. J.; GOTTFREDSON, M. R.; GAROFALO, J. **Victims of personal crime: an empirical foundation for a theory of personal victimization**, Cambridge, MA: Ballinger, 1978.

HINSLEY, D. E.; ROSELL, P. A. E.; ROWLANDS, T. K.; CLASPER, J. C. Penetrating missile injuries during asymmetric warfare in the 2003 Gulf conflict. **British Journal of Surgery: Incorporating European Journal of Surgery and Swiss Surgery**, v. 92, n. 5, p. 637-642, 2005.

HODGETTS, T. J.; DAVIES, S.; MIDWINTER, M.; RUSSELL, R. et al. Operational mortality of UK service personnel in Iraq and Afghanistan: a one year analysis 2006-7. **Journal of the Royal Army Medical Corps**, v. 153, n. 4, p. 252-254, 2007.

HOLLIER, L.; GRANTCHAROVA, E. P.; KATTASH, M. Facial gunshot wounds: a 4-year experience. **Journal of oral and maxillofacial surgery**, v. 59, n. 3, p. 277-282, 2001.

HOLLOWAY, T. H. **Polícia no Rio de Janeiro: repressão e resistência numa cidade do século XIX**. Tradução de Francisco de Castro Azevedo. Rio de Janeiro: FGV, 1997.

HORSAE, Jorge Ismael Ferreira. Hino da Polícia Militar do Rio de Janeiro. Disponível em: <<https://www.vagalume.com.br/hinos/hino-da-policia-militar-do-rio-de-janeiro.html>>. Acesso em: 16 jan. 2018.

HUMAN RIGHTS WATCH. **O bom policial tem medo: Os custos da violência no Rio de Janeiro**. Disponível em: <<https://www.hrw.org/pt/report/2016/07/07/291589>>. Acesso em: 03 ago. 2017.

INSTITUTO DE ESTUDOS DA RELIGIÃO. ISER. **Homicídios no Rio de Janeiro: é possível reduzir, é possível prevenir!** Disponível em: <<http://www.iser.org.br/site/wp-content/uploads/2018/06/publicacaoviol%C3%Aanciaweb.pdf>>. Acesso em: 03 ago. 2017.

INSTITUTO DE SEGURANÇA PÚBLICA DO RIO DE JANEIRO. ISP. **Relatório Vitimização Policial**. Disponível em: <<http://www.isp.rj.org.gov.br>>. Acesso em: 04 ago. 2017.

\_\_\_\_\_. Série histórica: letalidades violentas. **ISP Dados**. Disponível em: <<http://www.ispdados.rj.gov.br/Arquivos/SeriesHistoricasLetalidadeViolenta.pdf>>. Acesso em: 2 jun. 2018.

ISTOÉ. Brasil ultrapassa Reino Unido e se torna 6ª economia do mundo. **Istoé. Economia e Negócios**, 26 dez. 2011. Disponível em: <<https://istoe.com.br/184334BRASIL+ULTRAPASSA+REINO+UNIDO+E+SE+TORN+A+6+ECONOMIA+DO+MUNDO/>>. Acesso em 16 jan. 2018.

JOHN, M. V.; et al. Life Expectancy in Police Officers: A Comparison with the U.S. General Population. **International Journal of Emergency Mental Health and Human Resilience**. v.15, n. 4, p. 217–228, 2013.

KELLEY, T. M. Mental health and prospective police professionals. **Policing: An International Journal of Police Strategies & Management**, v. 28, n. 1, p. 6-29, 2005.

KELLY, J. F.; RITENOUR, A. E.; MCLAUGHLIN, D. F.; et al. Injury severity and causes of death from Operation Iraqi Freedom and Operation Enduring Freedom: 2003–2004 versus 2006. **Journal of Trauma and Acute Care Surgery**, v. 64, n. 2, p. 21-27, 2008.

KHALIL, A. F. Civilian gunshot injuries to the face and jaws. **British Journal of Oral Surgery**, v. 18, n. 3, p. 205-211, 1980.

KLEEMANS, E. R.; et al. Repeat Burglary Victimization. Results of Empirical Research in the Netherlands. In: Farrell, G; Pease, K. (Eds.), **Repeat Victimization**. Crime Prevention Studies 12. Monsey: Criminal Justice Press, 2001. p. 53-68.

LIMA, R. S.; BUENO, S. (Coords.). **Anuário Brasileiro de Segurança Pública**, v. 10. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2016. Disponível em: <<http://www.forumseguranca.org.br/storage/10anuariosite18-11-2016-retificado.pdf>>. Acesso em: 04 ago. 2017.

KUCINSKI, B.; DUNKER, C. I. L.; PEREIRA, C. Í.; MENA, F.; MINGARDI, G.; WYLLYS, J.; KEHL, M. R. **Bala perdida**: a violência policial no Brasil e os desafios para sua superação. Boitempo Editorial, 2015.

KYRIACOU, D. N.; MONKKONEN, E. H.; PEEK, A.; et al. Police deaths in New York and London during the twentieth century. **Injury prevention**, v. 12, n. 4, p. 219-224, 2006.

LE BRETON, David. **Antropologia del cuerpo y modernidade**. 1 edição. Buenos Aires: Nueva Visión, 2002.

\_\_\_\_\_. **A sociologia do corpo**. Tradução de Sônia MS Fuhrmann. Petrópolis/RJ: Vozes, 2007.

LEMGRUBER, J.; MUSUMECI, L.; RAMOS, S. Por que é tão difícil implementar uma política de segurança. In: ROQUE, A.; CARVALHO, F.; CORREA, S. **Observatório da Cidadania** - Relatório 2002. Rio de Janeiro: Ibase, 2002, p. 46-54.

LESTER, D. Police officers killed and the guns used by criminals. **Psychological reports**, v. 50, n. 3 (suppl.), p. 1206-1206, 1982.

\_\_\_\_\_. The police as victims: The role of guns in the murder of police. **Psychological reports**, v. 60, n. 2, p. 336, 1987.

LEVINAS, Emmanuel. **Humanismo do outro homem**. Petrópolis: Vozes, 2012.

\_\_\_\_\_. **Totalidade e infinito**. 3ª ed. Lisboa: Edições 70, 2014.

\_\_\_\_\_; PIVATTO, Pergentino Stefano. Entre nós: ensaios sobre a alteridade. Vozes, 1997

LIMA, C. H. R. et al. Firearm Injury on Face: Literature Review and Case Report. **Acta Scientific Dental Sciences**, v. 2, p. 37-40, 2018.

LIMA, R. S.; RATTON, J. L.; DE AZEVEDO, R. G (Orgs.). **Crime, polícia e justiça no Brasil**. São Paulo: Editora Contexto.;2012.

LIU, F. C.; Halsey, J. N.; Hoppe, I. C.; Ciminello, F. S.; Lee, E. S.; & Granick, M. S. A single-center review of facial fractures as the result of high-speed projectile injuries. **Eplasty**, v. 18, 2018.

MACDONALD, Z. Revisiting the dark figure: A microeconomic analysis of the under-reporting of property crime and its implications. **British Journal of Criminology**, v. 41, n. 1, p. 127-149, 2001.

MACHADO, C. **Novas Formas de Vitimação Criminal**. Braga: Psiquilibrios Edições, 2010. p. 121-166.

MACHADO, R. Por uma genealogia do poder. In. FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

MACIEL, Paulo Roberto et al. **Avaliação do perfil dos pacientes atendidos com ferimentos por arma de fogo em um hospital da Rede Viva Sentinela**. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (PRPG). Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2013.

MAGALHÃES, J. C. D. **Entre amarras e possíveis**: atividade de trabalho e modos de viver dos policiais militares capixabas em análise. Dissertação (Mestrado em Psicologia Institucional) – Programa de Pós-graduação em Psicologia Institucional, Universidade Federal do Espírito Santo, 2015.



MARK, A. C.; WIMBERGER, N.; SZTAJNKRYCER, M. D. Incidence of tension pneumothorax in police officers feloniously killed in the line of duty: a ten-year retrospective analysis. **Prehospital and disaster medicine**, v. 27, n. 1, p. 94-97, 2012.

MARQUES, I. Vitimização e letalidade policial na cidade de São Paulo. São Paulo: ONG PELA PAZ, 2016.

MATOS, A. C. Ser único e ter rosto: o binómio resiliente. **Revista Portuguesa de Psicossomática**, v. 1, n. 1, p. 11-21, 1999.

MCLEAN, J. N.; MOORE, C. E.; YELLIN, S. A. Gunshot wounds to the face-acute management. **Facial plastic surgery**, v. 21, n. 3, p. 191-198, 2005.

MEIER, R. F.; MIETHE, T. D. Understanding theories of criminal victimization. **Crime and justice**, v. 17, p. 459-499, 1993.

MENANDRO, P. R. M.; SOUZA, L. O Cidadão Policial Militar e sua visão da relação polícia sociedade. **Psicologia USP**, v. 7, n. 1, p. 133-141, 1996.

MENDELSON, B. The Victimology. In: **Études Internationales de Psycho-Sociologie Criminelle**. p. 23-26, 1956.

MILORO M. **Peterson's principles of oral and maxillofacial surgery**. 2ª edition, BC DECKER. London, 2004.

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

\_\_\_\_\_. **Violência e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2010.

\_\_\_\_\_; ASSIS, S. G.; VASCONCELLOS, C. O. R. Impacto das atividades profissionais na saúde física e mental dos policiais civis e militares do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 4, p.2199-2209, 2011.

\_\_\_\_\_; DESLANTES, S. F. **Análise Diagnóstica da Política Nacional para Redução de Acidentes e Violência**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

\_\_\_\_\_; SOUZA, E. R. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **História Ciências Saúde**, v. 4, n. 3, p. 513-531, 1998.

\_\_\_\_\_. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 1, p. 7-23, 1999.

\_\_\_\_\_. **Missão investigar: entre o ideal e a realidade de ser policial**. Editora Garamond, 2003.

\_\_\_\_\_; CONSTANTINO, P. Riscos percebidos e vitimização de policiais civis e militares na (in)segurança pública. **Cadernos Saúde Pública**, v. 23, p. 2767-79, 2007.

\_\_\_\_\_. **Missão prevenir e proteger**: condições de vida, trabalho e saúde dos policiais militares do Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

MIRABETE, J. F. **Processo Penal**. São Paulo: Atlas, 1998.

MOHER, D.; LIBERATI, A.; TETZLAFF, J.; ALTMAN, D. G. PRISMA GROUP. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. **PLoS medicine**, v. 6, n. 7, e1000097, 2009.

MUNIZ, Jacqueline. **Ser policial é, sobretudo, uma razão de ser**: cultura e cotidiano da Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro. 1999. Tese (Doutorado em Ciência Política) – Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro (IUPERJ), Rio de Janeiro.

MUNIZ, J.; SOARES, B. M. Mapeamento da vitimização de policiais no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Centro de Estudos de Segurança e Cidadania, 1998.

MURPHY, J. A. et al. Management of self-inflicted gunshot wounds to the face: retrospective review from a single tertiary care trauma centre. **British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 56, n. 3, p. 173-176, 2018.

NAGASAKO, C. K.; MONTES, C. G.; LOPES, L. R.; DA SILVEIRA B. M.; MESQUITA, M. A. Endoscopic removal of a bullet after mediastinum gunshot injury. **Gastrointestinal endoscopy**, v. 77, n. 6, p. 955-956, 2013.

NEUPERT, E. A.; BOYD, S. B. Retrospective analysis of low-velocity gunshot wounds to the mandible. **Oral surgery, oral medicine, oral pathology**, v. 72, n. 4, p. 383-387, 1991.

NIOSH. Line-of-duty death report: Career lieutenant killed & firefighter injured by gunfire while responding to call in Kentucky. **Fire Rescue Magazine**, v. 24, n. 6, p. 36-37, 2006.

NJAINE, K.; ASSIS, S. G.; MINAYO, M. C. S. Redes de proteção à violência: da utopia à ação. **Ciências e Saúde Coletiva**, v. 11 (sup), p. 1313-1322, 2007.

NÓBREGA, M. Regimes próprios de previdência social e as emendas constitucionais nº 41 e 47: abrangência, equilíbrio financeiro e atuarial e alíquotas de contribuição. **Interesse público**, 2006.

NODARI, Paulo César. O rosto como apelo à responsabilidade e à justiça em Levinas. **Síntese**: Revista de Filosofia, v. 29, n. 94, p. 191-220, 2010.

OEHMICHEN M, MEISSNER C, KONIG HG. Brain injury after gunshot wounding: morphometric analysis of cell destruction caused by temporary cavitation. **Journal of Neurotrauma**, v. 17, n. 2, p.155-162, 2000.

OLIVEIRA, Paulo César de et al. **Estudo epidemiológico dos atendimentos por agressão física, por armas branca e de fogo realizados pelo SAMU de Juiz de**

**Fora, Minas Gerais, no período de janeiro de 2006 a dezembro de 2011.** Dissertação (Mestrado em Saúde) – Programa de Pós-graduação em Saúde Brasileira, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2014.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. OIT. **Organização Internacional do Trabalho**[homepage na internet]. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/agencia/oit/>>. Acesso em: 04 ago 2017.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. ONU. Declaração dos Princípios Fundamentais de Justiça Relativos às Vítimas da Criminalidade e de Abuso de Poder. In: \_\_\_\_\_, **Resolução 40/34 da Assembléia Geral das Nações Unidas**, de 29 de novembro, 1985.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. OPAS. **Resolución XIX: Violencia y salud**. Washington, DC: Opas, 1993. (Mimeo).

PAIXÃO, C. C. **Transtornos psiquiátricos em crianças e adolescentes filhos de policiais militares do estado do Rio de Janeiro**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013.

PASSOS, E. H.; SOUZA, T. P. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. **Psicologia & Sociedade**. v. 23, n. 1, p.154-162. 2011.

PEIXOTO, A. C. R. **Propensão, experiências e consequências da vitimização: representações sociais**. Dissertação (Doutorado em Ciências Sociais e Humanas) – Universidade Nova Lisboa, 2012.

PINHEIRO, P. S. Violência, crime e sistemas policiais em países de novas democracias. **Tempo social**, v. 9, n. 1, p. 43-52, 1997.

PLANI, F.; BOWLEY, D. M.; GOOSEN, J. Death and injury on duty-a study of South African police officers. **South African Medical Journal**, v. 93, n. 11, p. 851-853, 2003.

PORTUGAL. **Lei n.º 130/2015**, de 04 set. 2015. Procede à vigésima terceira alteração ao Código de Processo Penal e aprova o Estatuto da Vítima, transpondo a Diretiva 2012/29/UE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 25 de outubro de 2012, que estabelece normas relativas aos direitos, ao apoio e à proteção das vítimas da criminalidade e que substitui a Decisão-Quadro 2001/220/JAI do Conselho, de 15 de março de 2001

PRIETO, M. S.; et al. Lesiones mandibulares y armas de fuego. **Rev ADM**, v. 52, n. 2, p. 99-102, 1995.

PROENÇA JÚNIOR, D.; MUNIZ, J.. Operações Especiais Policiais e Segurança Pública. **Revista brasileira De segurança Pública**. v. 11, n. 2, p. 182-198, 2017.

PUZOVIC, D.; KONSTANTINOVIC, V. S.; DIMITRIJEVIC, M. Evaluation of maxillofacial weapon injuries: 15-year experience in Belgrade. **Journal of Craniofacial Surgery**, v. 15, n. 4, p. 543-546, 2004.

RAMOS, S. Violência e polícia: Três décadas de políticas de segurança no Rio de Janeiro. **Boletim Segurança e Cidadania**, n. 21, 2016.

RAMOS, S. (coord.). **Quatro meses de intervenção federal**: Operação, operação, operação. Infográfico. Rio de Janeiro: Observatório da Intervenção/CESeC, junho de 2018. Disponível em: <<https://www.ucamcesec.com.br/textodownload/quatro-meses-de-intervencao-federal-operacao-operacao-operacao/>>. Acesso em: 18 jun. 2018.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE. RIPSAs. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil**: conceitos e aplicações. 2 edição. Brasília: OPAS; RIPSAs, 2008.

RIO DE JANEIRO (ESTADO). **Lei Estadual nº 443**, de 1 de julho de 1981. Dispõe sobre o estatuto dos policiais-militares do Estado do Rio de Janeiro e dá outras providências.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 42.787**, de 06 de janeiro de 2011. Programa de Polícia Pacificadora. Dispõe sobre a implantação, estrutura, atuação e funcionamento das Unidades de Polícia Pacificadora (UPP) no Estado do Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://www.silep.planejamento.rj.gov.br/decreto42787-060111.htm>>. Acesso em: 10 set. 2017.

\_\_\_\_\_. **Lei Estadual nº 7.883**, de 05 de março de 2018. Institui o programa de segurança e saúde no trabalho dos agentes de segurança pública do Estado do Rio de Janeiro, na forma que menciona. Disponível em: <<https://www.gov-rj.jusbrasil.com.br/legislacao/552641062/lei-7883-02-marco-2018-rio-de-janeiro-rj>>. Acesso em: 10 mar. 2018.

\_\_\_\_\_. POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. **Portaria nº 0346**, de 12 de maio de 2010. Aprova as novas Instruções Reguladoras das Inspeções de Saúde e das Juntas de Inspeção de Saúde no âmbito da Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro e dá outras providências.

\_\_\_\_\_. **Boletim da PM**, nº 108, de 16 jun. 2016. Detalha os procedimentos de contribuição ao FUSPOM para acesso à Assistência Médico-Hospitalar.

\_\_\_\_\_. **Programa Permanente de Capacitação Continuada**. Disponível em: <<https://pmerj.rj.gov.br/nota-sobre-vitimizacao-de-policiaismilitares/.5dejanede2017>>. Acesso em: 04 ago 2017.

RIO DE JANEIRO (MUNICÍPIO). **Anexo técnico I**: informações sobre todas as áreas de planejamento. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/1529762/dlfe-220205.pdf/1.0>, acesso em janeiro 2018.

ROBINSON, M. B. Lifestyles, routine activities, and residential burglary victimization. **Journal of Crime and Justice**, v. 22, n. 1, p. 27-56, 1999.

ROCHA, N. S. et al. Perception of oral maxillofacial surgery by health-care professionals. **International journal of oral and maxillofacial surgery**, v. 37, n. 1, p. 41-46, 2008.

RUPP, W. R.; EUSEMANN, J.; FALLER-MARQUARDT, M. Early postmortem scavenging by a dog after the suicide of a police officer by a gunshot to the head. **Archiv Fur Kriminologie**, v. 207, n. 3, p. 73-80, 2001.

SADDA, R. S. Maxillofacial war injuries during the Iraq-Iran War. **International journal of oral and maxillofacial surgery**, v. 32, n. 2, p. 209-214, 2003.

SANCHES, S.; DUARTE, S. J. H.; PONTES, E. R. J. C. Caracterização das vítimas de ferimentos por arma de fogo, atendidas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em Campo Grande-MS. **Saúde e Sociedade**, v. 18, n. 1, p. 95-102, 2009.  
SANTOS, T.; VICENTE, J. A arma e a flor: Formação da organização policial, consenso e violência. **Tempo Social**, v. 9, n. 1, p. 155-167, 1997.

SEBASTIANI, Ricardo Werner; MAIA, Eulália Maria Chaves. Contribuições da psicologia da saúde-hospitalar na atenção ao paciente cirúrgico. **Acta Cirúrgica Brasileira**, v. 20, p. 50-55, 2005.

SEGUNDO, A. V. L.; ZIMMERMAN, R. D.; NOGUEIRA, E. F. D. C.; LOPES, P. H. D. S. Inclusão do estudo da balística no tratamento dos ferimentos faciais por projétil de arma de fogo. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial**, v. 13, n. 4, p. 65-70, 2013.

SENNETT, R.; ZOLA, E. **O declínio do homem público**: as tiranias da intimidade. São Paulo: Companhia das Letras, 1988.

SHAH, K.; PIRIE, M. S.; COMPTON, M. L.; MCALISTER, M. V. Utilization profile of the trauma intensive care unit at the Role 3 Multinational Medical Unit at Kandahar Airfield between May 1 and Oct. 15, 2009. **Canadian Journal of Surgery**, v. 54, n. 6 Suppl, p. S130, 2011.

SILVA, P. **Vocabulo jurídico**. Rio de Janeiro: Forense, 1998.

SILVEIRA, R. A; MEDEIROS, C. R de O. O herói envergonhado: tensões e contradições no cotidiano do trabalho policial. **Revista Brasileira de segurança pública**, v. 10, n. 2, p. 134-153, 2016.

SKOLNICK, J. H.; FYFE, J. J. **Above the law**: Police and the excessive use of force. New York: Free Press, 1993.

STANSFIELD, T.; RUSHFORTH, G. U. K. Armed Forces unintentional firearm injuries. **Journal of the Royal Army Medical Corps**, v. 155, n. 1, p. 20-23, 2009.

SOUZA, E. R.; FRANCO, L. G.; MEIRELES, C. D. C.; FERREIRA, V. T. Sofrimento psíquico entre policiais civis: uma análise sob a ótica de gênero. **Cadernos de Saúde Pública**, vol.23, n.1, p.105-114, 2007.

SOUZA, E. R.; MINAYO, M. C. S. **O impacto da Violência na Saúde Pública do Brasil**: Década de 80. Rio de Janeiro: Centro Latino Americano de Estudos Sobre a Violência e Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. (Mimeo), 1994.

SOUZA, E. R.; MINAYO, M. C. S. Policial, risco como profissão: morbimortalidade vinculada ao trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n.4, p. 917-928, 2005.

SOUZA, E. R.; MINAYO, M. C. S.; SILVA, J. G.; PIRES, T. D. O.; et al. Factors associated with psychological distress among military police in Rio de Janeiro, Brazil. **Cadernos de saúde pública**, v. 28, n. 7, p. 1297-1311, 2012.

SOUZA, E. R.; NJAINE, K.; MINAYO, M. C. S. Qualidade da informação sobre violência: um caminho para a construção da cidadania. **Cadernos do Programa de Pós-graduação em Ciência da Informação**, v. 2, p. 104-112, 1996.

SROUJI, S. Severe gunshot maxillofacial trauma, when and where to start?. **International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 46, p. 52-53, 2017.

SUAY, R. N.; CELA, E. B.; ZOZAYA, I. J. Even more critical medicine: a retrospective analysis of casualties admitted to the intensive care unit in the Spanish Military Hospital in Herat (Afghanistan). **Medicina Intensiva**, v. 35, n.3, p. 157-165, 2011.

SWEDLER, D. I.; KERCHER, C.; SIMMONS, M. M.; POLLACK, K. M. Occupational homicide of law enforcement officers in the US, 1996–2010. **Injury prevention**, v. 20, n. 1, p. 35-40, 2013.

THOLPADY, Sunil S. et al. Epidemiology, demographics, and outcomes of craniomaxillofacial gunshot wounds in a level I trauma center. **Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery**, v. 42, n. 5, p. 403-411, 2014.

VIANNA, A. Tempos, dores e corpos: considerações sobre a espera entre familiares de vítimas de violência policial no Rio de Janeiro. In: Birman, P.; Leite, M. P.; Machado, C.; Carneiro, S. S. **Dispositivos urbanos e tramas dos vivos**: ordens e resistências, 2014.

\_\_\_\_\_.; FARIAS, J. A guerra das mães: dor e política em situações de violência institucional. **Cadernos Pagu**, v. 37, p.79-116, 2016.

VIOLANTI, J. M.; HARTLEY, T. A.; GU, J. K.; et al. Life expectancy in police officers: a comparison with the US general population. **International journal of emergency mental health**, v. 15, n. 4, p. 217, 2013.

VÍTIMA. In: LELLO, Edgar; LELLO; José. **Lello Universal**: dicionário enciclopédico luso-brasileiro em 2 volumes, v. II, L–Z. Porto: Lello, 1988, p. 1182.

WADE, A. L.; DYE, J. L.; MOHRLE, C. R.; GALARNEAU, M. R. Head, face, and neck injuries during Operation Iraqi Freedom II: results from the US navy-marine corps combat trauma registry. **Journal of Trauma and Acute Care Surgery**, v. 63, n. 4, 836-840, 2007.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da violência 2013**: mortes matadas por armas de fogo. Rio de Janeiro: FLACSO, 2013.

\_\_\_\_\_. Mapa da violência 2016: homicídios de armas de fogo no Brasil. Rio de Janeiro: FLACSO, 2016.

WILLADINO, Raquel. Desafios para uma agenda de enfrentamento da violência letal contra adolescentes e jovens no Brasil. In: HILGERS, T.; BARBOSA, J. L. (Orgs.) .; Rio de Janeiro: Observatório de Favelas, 2017. p. 166-185.

WILSON J. R. T. H. Penetrating trauma of colon, cava, and cord. **Journal of Trauma and Acute Care Surgery**, v. 16, n. 5, p. 411-413, 1976.

WOLF, A. W. et al. Autosterilization in low-velocity bullets. **The Journal of trauma**, v. 18, n. 1, p. 63-63, 1978.

WULKAN, M.; PARREIRA JR, J. G.; BOTTER, D. A. Epidemiology of facial trauma. **Revista da associação médica brasileira**, v. 51, n. 5, p. 290-295, 2005.

YOGANANDAN, N.; PINTAR, F. A. Biomechanics of penetrating trauma. **Critical Reviews in Biomedical Engineering**, v. 25, n. 6, 1997.

YUKSEL, F. et al. Management of maxillofacial problems in self-inflicted rifle wounds. **Annals of plastic surgery**, v. 53, n. 2, p. 111-117, 2004.





## ANEXOS

## ANEXO 1: FICHA DE ANAMNESE E EVOLUÇÃO DO SETOR DE CTBMF – HCPM

Frente:

<u>HOSPITAL CENTRAL DA POLICIA MILITAR</u> <u>CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL</u>	
Nome Paciente:	_____
Nome Titular:	_____
Posto / Graduação:	RG: _____ Unidade: _____
FUSPOM _____	Prontuário _____ Sexo: ( )Fem ( )Masc Cor ( )B ( )P ( )N
Endereço:	_____
Bairro:	Município _____ Estado: _____
Data de Nascimento: ____ / ____ / ____	Idade: ____ anos
Data do Exame: ____ / ____ / ____	
Telefone (res): _____	Telefone (cel): _____
<u>HISTÓRIA MÉDICA RESUMIDA</u>	
( ) Hipertensão arterial	( ) Diabetes
( ) Hepatite	( ) Hemotransfusões
( ) Cirurgias prévias _____	( ) Cardiopatias
( ) Internações prévias _____	( ) Está grávida (mulheres)
( ) Alergias _____	
( ) Uso de medicamentos _____	
( ) Outras _____	
Pressão arterial no dia do exame: _____ X _____ mmHg	
<u>HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL</u>	
_____	
_____	
_____	

**Verso:**

**EXAME FÍSICO**



=

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**HIPÓTESE DIAGNÓSTICA**

---

---

**CONDUTA**

---

---

### ANEXO 2: RELATÓRIO SOBRE POLICIAIS ATENDIDOS NO SPA EM VIRTUDE DE PAF

 **POLÍCIA MIITAR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**  
**HOSPITAL CENTRAL DA POLÍCIA MILITAR**  
**RELATÓRIO DE POLICIAIS ATENDIDOS**

HCPM, serviço do dia 29/08 para 30/08 /2016

Nome \_\_\_\_\_

Graduação \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_ OPM \_\_\_\_\_

Lesão por PAF na região Crânio (OCCIPITAL)

Estado ( ) Grave (X) Regular ( ) Bom. Em serviço? (X) Sim ( ) Não

Ocorrência Data 29/08 Local em casa (penha)

Local do primeiro atendimento HOSPITAL GETULIO VARGAS

Operado no HCPM ( ) Sim (X) Não Leito! \_\_\_\_\_ Data da Internação! \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Graduação \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_ OPM \_\_\_\_\_

Lesão por PAF na região \_\_\_\_\_

Estado ( ) Grave ( ) Regular ( ) Bom. Em serviço? ( ) Sim ( ) Não

Ocorrência Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Local \_\_\_\_\_

Local do primeiro atendimento \_\_\_\_\_

Operado no HCPM ( ) Sim ( ) Não Leito \_\_\_\_\_ Data da Internação \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### ANEXO 3: INSTRUMENTO PARA DIGITALIZAÇÃO DAS INFORMAÇÕES DOS RELATÓRIOS DE POLICIAIS ATENDIDOS NO SPA POR PAF PARA O PROGRAMA EPIDATA

**Sexo:** 1: masculino      2: feminino

**Data:** (dia/mês/ano) \_\_\_\_\_

**Posto/Graduação:**

1: SD	6: SubTEN	11: TEN CEL
2: CB	7: 2 TEN	12: CEL
3: 3 SGT	8: 1 TEN	13: ALUNO OFICIAL
4: 2 SGT	9: CAP	14: OUTROS
5: 1 SGT	10: MAJ	15: SI

Unidade de Origem – Batalhão: \_\_\_\_\_

Região anatômica do corpo acometida por FAF:

<b>Face:</b>	<b>Pescoço:</b>	<b>Membros inferiores:</b>
1: SIM    2: NÃO	1: SIM    2: NÃO	1: SIM    2: NÃO
<b>Cabeça:</b>	<b>Tórax abdômen:</b>	<b>Membros superiores:</b>
1: SIM    2: NÃO	1: SIM    2: NÃO	1: SIM    2: NÃO

Outras áreas: Qual? \_\_\_\_\_

Estado de saúde:

1: grave  
2: regular  
3: bom  
4: sem informação

Em serviço: 1: SIM    2: NÃO    3: Sem informação

Data da ocorrência:(dia/mês/ano) \_\_\_\_\_

Local da ocorrência: \_\_\_\_\_

Unidade de saúde envolvida no primeiro atendimento: \_\_\_\_\_

Operado no HCPM:

1: SIM      2: NÃO      3: SI

Data da internação: Data (dia/mês/ano) \_\_\_\_\_

**ANEXO 4: INSTRUMENTO PARA DIGITALIZAÇÃO DAS INFORMAÇÕES DOS PRONTUÁRIOS DO SETOR DE CTBMF PARA O PROGRAMA EPIDATA**

**Sexo:** 1: masculino 2: feminino

Data do acidente: (dia/mês/ano) \_\_\_\_\_

Raça/Cor

1: Branco

4: Amarelo

2: Negro

5: Indígena

3: Pardo

6: Sem informação

Posto/Graduação:

1: SD

6: SubTEN

11: TEN CEL

2: CB

7: 2 TEN

12: CEL

3: 3 SGT

8: 1 TEN

13: ALUNO OFICIAL

4: 2 SGT

9: CAP

14: OUTROS

5: 1 SGT

10: MAJ

15: SI

Unidade de Origem/Batalhão: \_\_\_\_\_

Função: 1: Operacional 2: Administrativo 3: Técnico

Circunstância do trauma:

1- Em folga

2- Em serviço

3- Sem informação

Histórico médico e condições de saúde anteriores ao trauma: \_\_\_\_\_

Idade no ato do trauma: \_\_\_\_\_

Localização do ferimento:

1- Extra oral 2- Intra oral

Perda dentária:

1- Sim 2- Não 3- Sem informação

Fratura facial: 1- Sim 2- Não

Localização \_\_\_\_\_

Sequela parestesia: 1- Sim 2- Não

Sequela paresia: 1- Sim 3- Não

Sequela infecção: 1- Sim 3- Não

Sequelas visuais: 1- Sim 3- Não

1-

Sequela má oclusão: 1- Sim 2- Não

Sequela perda de dentes: 1- Sim 2- Não

Sequela perda óssea: 1- Sim 2- Não

Sequela limitação na fala: 1- Sim 2- Não

Sequela limitação na mastigação: 1- Sim 3- Não

Sequela anosmia: 1- Sim 3- Não

Sequela insônia: 1- Sim 3- Não

Sequela dor crônica: 1- Sim 3- Não

Sequelas no aparato lacrimal: 1- Sim 3- Não

Sequela sinusite: 1- Sim 3- Não

Sequela comunicação bucosinusal: 1- Sim 3- Não

Sequela cicatriz aparentes: 1- Sim 3- Não

Sequela alterações estéticas: 1- Sim 3- Não

Sequela complicações durante a internação: 1- Sim 2- Não 3- Qual? \_\_\_\_\_

Licença por outra especialidade: Qual? \_\_\_\_\_

Tempo de afastamento até alta pela CTBMF: \_\_\_\_\_