

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Adriane Batista Pires Maia

Faces marcadas pela violência: repercussões sobre a vida e o trabalho de policiais
militares do estado do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2022

Adriane Batista Pires Maia

Faces marcadas pela violência: repercussões sobre a vida e o trabalho de policiais militares do estado do Rio de Janeiro

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, como requisito parcial para obtenção de título de Doutora em Saúde Pública. Área de concentração: Violência e Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dra. Simone Gonçalves de Assis.

Coorientadora: Prof.^a Dra. Maria Cecília de Souza Minayo.

Rio de Janeiro

2022

Título do trabalho em inglês: Faces marked by violence: Repercussions on the life and work of military police officers in the state of Rio de Janeiro.

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

M217f Maia, Adriane Batista Pires.
Fases marcadas pela violência: repercussões sobre a vida e o trabalho de policiais militares do estado do Rio de Janeiro / Adriane Batista Pires Maia. — 2022.
167 f. : il. ; tab.

Orientadora: Simone Gonçalves de Assis.
Coorientadora: Maria Cecília de Souza Minayo.
Tese (doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2022.

1. Polícia. 2. Morbidade. 3. Ferimentos por Arma de Fogo. 4. Face. 5. Violência. 6. Vítimas de Crime. 7. Vitimização Policial. 8. Saúde do Trabalhador. 9. Segurança. I. Título.

CDD – 23.ed. – 303.6

Adriane Batista Pires Maia

Faces marcadas pela violência: repercussões sobre a vida e o trabalho de policiais militares do estado do Rio de Janeiro

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, como requisito parcial para obtenção de título de Doutora em Saúde Pública. Área de concentração: Violência e Saúde.

Aprovada em: 28 de abril de 2022.

Banca Examinadora

Prof. Dr, Renato Sérgio de Lima
Fundação Getúlio Vargas

Profª Drª, Silva Ramos de Sousa
Universidade Cândido Mendes

Profª Drª, Fernanda Mendes Lages Ribeiro
Centro Universitário IBMR

Profª Drª, Patrícia Constantino
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Profª Drª, Maria Cecília de Souza Minayo (Coorientadora)
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Profª Drª Simone Gonçalves de Assis (Orientadora)
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2022

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. Aos profissionais da área da saúde que faleceram no enfrentamento da pandemia de covid-19.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Dra. Simone Gonçalves Assis, por toda sua atenção e por compartilhar comigo todo seu conhecimento e serenidade. Indubitavelmente esta travessia ao seu lado foi muito mais leve e encorajadora. Obrigada por me acolher sempre com carinho e confiança, nunca me esquecerei de sua generosidade.

À minha co-orientadora, Dra. Maria Cecília de Souza Minayo, pelo privilégio e oportunidade de ter ao meu lado uma pesquisadora pioneira no Brasil sobre as condições de saúde do policial militar. Obrigada por colocar à minha disposição toda a sua vasta experiência durante a elaboração desta pesquisa.

Ao meu amado 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 e compreenderem a importância desta conquista para a minha vida.

A meus pais, Paulo Pires e Ângela Maria Batista Pires, por terem plantado 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 do Hospital Central da Polícia Militar, Paulo Rangel, Paulo Rodrigues, Danielle Castex, Vanessa Paiva, Adriana Bezerra, Nilcéia Oliveira, Andreia Reis e Milton, que me ensinam há quase duas décadas a sempre fazer o melhor possível por nossos pacientes, e aos policiais militares feridos por arma de fogo em face que generosamente se dispuseram a compartilhar sua vida e sentimentos comigo.

Aos amigos Eduardo, Adriana, Clemir, Elcivan, Paulo, Sissy, Elbio, Paulo Roberto, Clenir Xavier, 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! Às professoras Patrícia Constantino, Silvia Ramos e Fernanda Mendes por suas contribuições e por trilharem essa caminhada de estudo desde o mestrado até a conclusão do doutorado, muito obrigada!

RESUMO

Esta tese analisou os impactos sobre a saúde, as relações sociais e o trabalho de policiais militares (PMs) operados no Hospital Central da Polícia Militar (HCPM) no estado do Rio de Janeiro (RJ) por ferimentos por arma de fogo. A pesquisa foi realizada a partir de uma revisão *scoping* e triangulação de métodos qualiquantitativos empregando dados secundários com informações provenientes de PMs da ativa que sofreram morbidades por arma de fogo em face e foram atendidos no HCPM no setor de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial (CTBMF). Os resultados são apresentados em três artigos: (1) O primeiro, “*Revisão scoping sobre ferimentos por arma de fogo em face: estado da arte e lacunas*”, sistematiza a produção bibliográfica publicada em bases de saúde nacionais e internacionais sobre a ocorrência de ferimentos por arma de fogo (FAF) em face, mapeia na literatura as evidências existentes, identifica as principais fontes, as temáticas estudadas e as lacunas existentes. (2) “*As repercussões para o trabalho, saúde e relações familiares de policiais militares feridos por arma de fogo em face*” realizou um estudo epidemiológico retrospectivo a partir de dados secundários referentes aos PMs que foram operados no HCPM do Estado do RJ em decorrência de FAF em face, no período de junho de 2003 a dezembro de 2020 (N = 87). Agregaram-se dados de abordagem qualitativa oriundos de respostas abertas e fechadas fruto de aplicação de um questionário (N = 37) posteriormente aos ferimentos, indagando sobre as repercussões do acidente violento para o exercício do trabalho, as relações familiares e a saúde do policial. (3) “*Rostos marcados pela violência armada: o cotidiano de policiais militares do estado do Rio de Janeiro, Brasil*” é fruto de um estudo qualitativo e quantitativo descritivo a partir das entrevistas realizadas com 37 PMs operados no HCPM em decorrência de FAF em face, no período de junho de 2003 a dezembro de 2020. Compreendeu-se a representação simbólica dos FAF em face, os sentimentos e sentidos atribuídos a estes ferimentos sofridos pelos PMs, e os impactos psicossociais no jeito de ser e de viver após o acidente violento. Verificaram-se mudanças no comportamento características do processo de estigmatização social.

Palavras-chave: Polícia Militar, Morbidade, Ferimento Por Arma de Fogo, Face, Violência, Vitimização Policial.

ABSTRACT

This thesis analyzed the impacts on the health, social relationships and work of military police officers (PMs) operated on at the Hospital Central da Polícia Militar (HCPM) in the state of Rio de Janeiro (RJ) for gunshot wounds. The research was carried out from a review of scoping and triangulation of qualitative and quantitative methods using secondary data with information from active PMs who suffered from firearm morbidities in the face and were treated at the HCPM in the Oral and Maxillofacial Surgery and Traumatology sector (CTBMF). The results are presented in three articles: (1) The first, “Review scoping on firearm injuries in the face: state of the art and gaps”, systematizes the bibliographic production published in national and international health databases on the occurrence of injuries by firearm (FAF) in the face, maps the existing evidence in the literature, identifies the main sources, the themes studied and the existing gaps. (2) “The repercussions for work, health and family relationships of military police officers injured by firearms in the face” carried out a retrospective epidemiological study based on secondary data referring to PMs who were operated on at the HCPM of the State of RJ as a result of FAF in face, from June 2003 to December 2020 (N = 87). Data from a qualitative approach were aggregated from open and closed responses resulting from the application of a questionnaire (N = 37) after the injuries, asking about the repercussions of the violent accident for the exercise of work, family relationships and the health of the police officer. (3) “Faces marked by armed violence: the daily life of military police officers in the state of Rio de Janeiro, Brazil” is the result of a descriptive qualitative and quantitative study based on interviews carried out with 37 PMs operated on at the HCPM as a result of FAF in the face of , from June 2003 to December 2020. It was understood the symbolic representation of the FAF in the face, the feelings and meanings attributed to these injuries suffered by the MPs, and the psychosocial impacts on the way of being and living after the violent accident . There were changes in behavior characteristic of the process of social stigmatization.

Keywords: Military Police, Morbidity, Gunshot Wounds, Face, Violence, Police Victimization^[cm1]_[cm2].

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 -	Descrição dos objetivos dos artigos desenvolvidos na tese, abordagem metodológica e instrumentos utilizados.....	66
Figura 1 -	Fluxograma e identificação e seleção dos artigos para revisão <i>scoping</i> sobre FAF em face.....	75
Quadro 2 -	Respostas às perguntas abertas sobre as repercussões no trabalho, nas relações familiares e no seu jeito de ser após o trauma sofrido entre policiais militares do estado do Rio de Janeiro (dezembro de 2019 a setembro de 2021, N=37).....	88
Quadro 3 -	Respostas às perguntas abertas sobre o que consideravam <i>o melhor e o pior de ser policial militar</i> no estado do Rio de Janeiro (junho de 2003 a dezembro de 2020, N=35).....	91
Quadro 4 -	Mudanças na forma de viver e no jeito de ser de policiais militares feridos por arma de fogo em face no estado do Rio de Janeiro, 2003-2020. Identificação da idade no dia da entrevista, posto hierárquico no dia do acidente e tempo entre o acidente e a entrevista. N=37.....	107
Quadro 5 -	Representação simbólica da face atribuída aos policiais militares do Rio de Janeiro feridos por arma de fogo em face, 2003-2020 (N=37), com identificação da idade, posto hierárquico, tempo entre o acidente e a entrevista.....	110

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição das fraturas maxilofaciais em decorrência de trauma por arma de fogo entre 87 policiais militares da ativa, operados em virtude de FAF (junho de 2003 a dezembro de 2020).....	86
Tabela 2 -	Distribuição das sequelas e complicações faciais advindas do trauma sofrido por policiais militares do Estado do Rio de Janeiro (junho de 2003 a dezembro de 2020, N=87).....	86
Tabela 3 -	Respostas às perguntas fechadas sobre as condições de saúde dos policiais militares feridos por arma de fogo em face no estado do Rio de Janeiro de junho de 2003 a dezembro de 2020, N=87 e dezembro de 2019 a setembro de 2021, N=37.....	88
Tabela 4 -	Perfil e condições de trabalho e saúde de policiais militares feridos por arma de fogo em face no estado do Rio de Janeiro, feridos por arma de fogo em face, 2003-2020, segundo tipo de representação de si. N=37.....	110

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AF: Arma de Fogo
CFO: Centro de Formação de Oficiais
CMP: Centro Médico Pericial
CTBMF: Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial
DGO: Diretoria Geral de Odontologia
DGS: Diretoria Geral de Saúde
DPA: Departamento de Pessoal da Ativa
FAF: Ferimento por Arma de Fogo
FUSPOM: Fundo de Saúde da Polícia Militar
HCPM: Hospital Central da Polícia Militar
ISP: Instituto de Segurança Pública
OPAS: Organização Panamericana de Saúde
PAF: Projétil de Arma de Fogo
PM: Policial Militar
PMERJ: Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro
RJ: Rio de Janeiro
SEPM: Secretaria de Estado de Polícia Militar
SRQ-20: Escala *Self-Reporting Questionnaire*
STF: Supremo Tribunal Federal
TEPT: Teste de Estresse Pós-Traumático

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO E OBJETIVOS	12
2	MARCO TEÓRICO E CONTEXTUAL	18
2.1	O TRAUMA BALÍSTICO FACIAL.....	18
2.2	A CORPOREIDADE COMO OLHAR PARA A ANÁLISE DAS REPERCUSSÕES DOS FERIMENTOS POR ARMA DE FOGO EM FACE.....	22
2.3	A REPRESENTATIVIDADE SIMBÓLICA DA FACE NO POLICIAL MARCADO PELA VIOLÊNCIA.....	27
2.4	QUANDO A FACE ABRIGA O ESTIGMA.....	31
2.4.1	Os efeitos da estigmatização sobre o sujeito e sua saúde	34
2.4.2	A influência da identidade social do policial na construção do estigma entre policiais militares acometidos de deformidade em face	37
2.5	O <i>ETHOS</i> POLICIAL: TRABALHO, FORMAÇÃO, CULTURA.....	39
2.5.1	O trabalho da polícia	39
2.5.2	A organização institucional da polícia	42
2.5.3	A construção do ethos policial militar: formação, divisão de trabalho, cultura e valores do policial e da polícia	44
2.5.4	As rotinas e divisões de trabalho	46
2.5.5	O ingresso e a formação do policial militar na SEPM	48
2.5.6	A doxa e o capital cultural e social do policial militar	49
2.6	TAMBÉM MORRE QUEM ATIRA: AS REPERCUSSÕES NA SAÚDE DO POLICIAL MILITAR.....	53
2.6.1	A rede de saúde na SEPM	62
2.6.2	Critérios para licenças do trabalho por motivos de saúde na SEPM	63
3	METODOLOGIA	65
3.1	REVISÃO <i>SCOPING</i> (ARTIGO 1).....	66
3.2	TRIANGULAÇÃO DE MÉTODOS QUALITATIVO E QUANTITATIVO (ARTIGOS 2 E 3).....	67

3.2.1	ARTIGO 2: Frequência e distribuição das cirurgias entre policiais militares da ativa do estado do Rio de Janeiro acometidos por ferimentos por arma de fogo em face e seus impactos no trabalho, saúde e família.....	69
3.2.2	ARTIGO 3: Representação simbólica de policiais militares sobre ferimentos por arma de fogo em face e seus impactos psicossociais.....	71
3.3	ASPECTOS ÉTICOS.....	72
4	REVISÃO SISTEMÁTICA SOBRE FERIMENTOS DE ARMA DE FOGO EM FACE: ESTADO DA ARTE E LACUNAS (ARTIGO 1)	73
5	AS REPERCUSSÕES PARA O TRABALHO, A SAÚDE E AS RELAÇÕES FAMILIARES DOS POLICIAIS FERIDOS POR ARMA DE FOGO EM FACE (ARTIGO 2)	81
6	FACES MARKED BY ARMED VIOLENCE: THE DAILY LIFE OF MILITARY POLICE OFFICERS IN THE STATE OF RIO DE JANEIRO, BRAZIL (ARTIGO 3).....	102
7	“FACES MARCADAS PELA VIOLÊNCIA ARMADA”: DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	121
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	130
	REFERÊNCIAS.....	131
	ANEXO A – Ficha de anamnese e evolução do setor de CTBMF HCPM.....	156
	ANEXO B – Instrumento para digitalização das informações dos prontuários do setor de CTBMF para o programa Epidata (CTBMF).....	158
	ANEXO C – Questionário sobre as repercussões do FAF em face na vida do policial/PMERJ, Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial – HCPM.....	160

1 INTRODUÇÃO

O objetivo desta tese é compreender os impactos sobre a saúde, as relações sociais e o trabalho, entre policiais militares (PMs) do Rio de Janeiro (RJ) atingidos por projétil de arma de fogo em face.

A partir de uma longa revisão da literatura internacional e do contexto nacional, encontramos que os traumas balísticos são raros na população civil da maioria dos países do mundo (VAYVADA *et al.*, 2005; COLLIN *et al.*, 2013; RANA *et al.*, 2014; BALAJI, 2016; GOAD; SINGH, 2018). Entretanto, são considerados problema de saúde pública nos Estados Unidos e Brasil (PEREIRA, C., *et al.*, 2012; ORTHOPOULOS *et al.*, 2013; WAISELFISZ, 2013; NORRIS *et al.*, 2015; WAISELFISZ, 2016; ABRAMOWICZ *et al.*, 2017; CERQUEIRA, 2019; WEN; SADEGHI, 2020; NUNES *et al.*, 2021). Os profissionais de segurança pública no Brasil possuem maior risco de morte se comparados a outras categorias (MINAYO; ASSIS; OLIVEIRA, 2011; FISHER *et al.*, 2013; BLAIR *et al.*, 2016; VIOLANTI *et al.*, 2013). Esse risco à vida é manifesto, sobretudo, pelas fatalidades e ferimentos por arma de fogo (FAF), que representam o principal mecanismo de lesão de policiais em serviço no mundo (BLAIR *et al.*, 2016; MAIA *et al.*, 2019), com exceção de Londres, onde os acidentes automobilísticos são o mais importante evento causador de ferimentos ocupacionais (KYRIACOU *et al.*, 2006).

No Brasil, 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 ou incapacitantes e agravando as condições de risco para sua saúde (MINAYO; SOUZA; CONSTANTINO; 2007; SALES; 2021). Importa também ressaltar que, ao mesmo tempo que são vitimados, os policiais são autores de tantos outros eventos que produzem morbimortalidade entre civis (MARIZ, 2019; BUENO, MARQUES, PACHECO, 2021). Segundo informações do relatório anual do Fórum de Segurança Pública (2021), em 2020, ano do início da pandemia por covid-19, 244 policiais morreram em virtude da violência em todo país. No Estado do Rio de Janeiro, foram 163 em 2017 e; 92 em 2018, segundo a Comissão de Análise da Vitimização Policial¹ da Corporação; e 65 em 2020, segundo reportagem da Agência Brasil². Além da

¹ Consulta ao Escritório de Programas de Prevenção da Coordenadoria de Assuntos Estratégicos da Secretaria de Polícia Militar em dezembro de 2021.

² BRASIL, C. I. Maioria dos policiais mortos no Rio de forma violenta estava de folga. Agência Brasil, 22 set. 2021. Disponível em: <https://agenciabrasil.abc.com.br/direitos-humanos/noticia/2021-09/maioria-dos-policiais-mortos-no-rio-de-forma-violenta-estava-de-folga>. Acesso em: 31 jan. 2022.

elevada mortalidade, é também alta a morbidade por arma de fogo entre os policiais militares do Estado do RJ (MAIA, A., *et al.*, 2019). No período de junho de 2015 a dezembro de 2017, 475 policiais militares da ativa foram atendidos no Hospital Central da Polícia Militar (HCPM) em decorrência de ferimentos por armas de fogo não fatais (MAIA, A.; ASSIS; RIBEIRO; PINTO, 2021).

Os traumas balísticos faciais são incomuns fora de áreas de guerra, representando cerca de 6% a 10% das lesões por arma de fogo entre civis (CUNNINGHAM *et al.*, 2003; PELEG, SAWATARI, 2010; PEREIRA, C., *et al.*, 2012; DORAFSHAR; RODRIGUEZ, 2012). Não obstante, quando acontecem, normalmente estão associados a graves riscos à saúde dos pacientes em virtude do frequente comprometimento estético e funcional (ORTHOPOULOS *et al.*, 2013; SHACKFORD *et al.* 2014; BALLA *et al.*, 2016; GUEVARA *et al.*, 2016; KHATIB *et al.* 2018).

O projétil de arma de fogo, quando atinge a região facial, produz lesões perfurocontundentes e por vezes também avulsivas de segmentos maxilofaciais, que, normalmente, resultam no tipo mais devastador de trauma facial, constituindo-se, por isso, em desafio também para o cirurgião bucomaxilofacial (FIRAT; GEYIK, 2013; CHRISTENSEN *et al.*, 2015; NORRIS *et al.*, 2015; GUEVARA *et al.*, 2016).

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 podem repercutir também social e emocionalmente na vida do paciente (SINNOTT *et al.*, 2016; KELLY; DRAGO, 2016; SOUZA JÚNIOR, *et al.* 2018; MAIA, A., *et al.*, 2019).

Em levantamento realizado sobre as morbidades por arma de fogo entre PMs no RJ, a região da cabeça-pescoço-face foi a segunda região anatômica mais atingida (23,5%) (MAIA, A., 2018). Alguns estudos informam que pacientes que sobrevivem aos FAF em face normalmente carregam alguma deformidade estética que dificulta sua socialização traz comprometimentos à saúde psíquica (VITKUS; VITKUS, 1990; ORTHOPOULOS *et al.*, 2013; KELLY; DRAGO, 2016; MURPHY *et al.*, 2018; KHATIB *et al.*, 2018). Todavia, são raros os estudos que analisam a cientificidade desse tipo de afirmação e avaliam se, de fato, esse tipo de morbidade produz repercussões psicossociais nos policiais atingidos (OZTÜRK *et al.*, 2006).

A face possui um alto valor simbólico para a identidade pessoal e para a autoestima nas sociedades modernas, que têm forte apreço pela aparência física e pela estética corporal (LE BRETON, 2012). A partir das reflexões e contribuições produzidas pela sociologia e antropologia, que reconhecem a face como *locus* privilegiado de identidade e comunicação da

pessoa, é possível inferir que os danos associados a essa região e o sofrimento deles resultantes, quer sejam de natureza física temporária ou permanente, carregam forte carga simbólica tanto para quem os sofre quanto para quem os provoca. Portanto, entendemos que o caráter invasivo das agressões ao rosto, além de produzir marcas físicas, pode repercutir nas relações sociais e de trabalho do policial ferido.

Justificativa, importância e contexto da proposta

Ao longo dos 20 anos de trabalho no quadro da saúde da Secretaria de Estado de Polícia Militar (SEPM) tenho me dedicado ao atendimento de policiais e a seus dependentes no que tange ao diagnóstico e ao tratamento de lesões faciais. Tenho observado, de forma empírica, a dramaticidade dos ferimentos produzidos por arma de fogo na face. Trazia-me inquietação a percepção da alta ocorrência de FAF de forma geral e das consequências desses ferimentos para os profissionais. Observando os acometidos por FAF em face que acompanho de perto, constatava os impactos na vida destas pessoas por vários motivos, particularmente, pelas alterações funcionais e estéticas produzidas pela necessidade de múltiplas cirurgias para a reabilitação e pela mudança de toda a dinâmica de trabalho e da família, em decorrência do trauma sofrido.

Em virtude dessas preocupações, dediquei-me durante o período do mestrado (Saúde Pública/ENSP) a identificar o perfil e o atendimento à saúde dos policiais militares do estado do Rio de Janeiro acometidos por ferimentos por arma de fogo não fatais, em qualquer parte do corpo, atendidos no HCPM. A partir dessa pesquisa, foi possível confirmar que, de fato, há um elevado risco de morbidade por arma de fogo para essa categoria (MAIA, A., 2018). O perfil encontrado foi de pacientes majoritariamente do sexo masculino, praças (em especial, soldados) e baleados em serviço, sendo, portanto, pessoas que sofreram ferimentos decorrentes de acidentes de trabalho. Esses resultados, ao passo que desbravaram um campo de pesquisa pouco estudado, também suscitaram uma série de perguntas não respondidas que precisava ser investigada. Permaneciam desconhecidos: (1) os sentidos e sentimentos atribuídos pelos próprios policiais a essa experiência; (2) os impactos no exercício de sua profissão, nas relações familiares, e outros desdobramentos; (3) as repercussões para a saúde do policial ferido; e (4) o significado simbólico das marcas na face adquiridas após o FAF. Desta forma, essas indagações embasaram minha proposta de pesquisa para o doutorado. Em virtude da minha atuação na Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial (CTBMF), escolhi o grupo de policiais militares feridos por arma de fogo em face para aprofundar a investigação sobre estes trabalhadores.

A despeito de a face ser um território do meu domínio técnico, enquanto esquadrinhamento anatômico, técnicas cirúrgicas reconstrutivas e capacidade de realizar diagnósticos de patologias faciais, foi estranhíssimo observar que ao longo da minha trajetória profissional fui tão pouco provocada e que raro me provoquei a pensar na simbologia da face para o sujeito. Também pouco me detive no quanto possivelmente os ferimentos por arma de fogo e as intervenções cirúrgicas podem interferir, positiva ou negativamente, na vida dessas pessoas. A face, que antes representava para mim um território tão conhecido, se tornou absolutamente instigante e desafiadora. Passei a sentir-me tal como uma criança que descobria o sentido das letras, e me reaproximei com devoção, curiosidade e profundo senso de responsabilidade do meu objeto de trabalho e pesquisa.

Quanto ao contexto político-social da elaboração da pesquisa, esta foi concebida e desenvolvida entre os anos de 2019 e 2022; período em que o mundo vivenciou a pandemia de covid-19. A pandemia potencializou antigos problemas socioeconômicos, ampliou a injustiça social e o desemprego e foi responsável pela morte de mais de 650 mil brasileiros no país. Além desses graves problemas, o projeto político de extrema-direita, vencedor em 2018, reificou e aprofundou como bandeira política de segurança a lógica de guerra às drogas, incluindo a implementação de leis e decretos que ampliaram o acesso a munições e armas de fogo pela população civil³.

Embora inúmeras pesquisas tenham alertado para a falência deste modelo alicerçado no confronto armado (CERQUEIRA, 2018; RAMOS, 2016; MACIEL *et al.*, 2016), houve um fortalecimento do aparato repressor como principal política pública para o combate à violência urbana.

Mesmo em meio à pandemia, quando a população sofria os horrores da alta mortalidade pela doença no país, prosseguia uma série de operações policiais que resultavam em alta morbimortalidade da população civil e de profissionais de segurança pública. Diante do crescente aumento da letalidade de civis perpetrados por agentes do estado no RJ, o Partido Socialista Brasileiro, junto a entidades de direitos humanos, protocolou, em novembro de 2019, uma Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental número 635⁴, conhecida como

³ Instituto Igarapé. Disponível em: <https://igarape.org.br/as-armas-que-a-gente-precisa-sao-as-que-nao-matam-campanha-nao-somos-alvo-pretende-barrar-em-50-dias-retrocessos-no-controle-de-armas-e-municoes-do-pais/>. Acesso em: 30 abril 2022.

⁴ BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 635. Número único: 0033465-47.2019.1.00.0000. Relator: Min. Edson Fachin. **Portal do Supremo Tribunal Federal**. Disponível em: <http://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=5816502>. Acesso em: 1 mar. 2022.

“ADPF das Favelas”, junto ao Supremo Tribunal Federal (STF), solicitando a restrição das operações policiais durante a pandemia. A ação foi julgada procedente, passou a valer a partir de junho de 2020 e criou uma série de exigências para que as operações ocorressem, de maneira a reduzir o risco dos confrontos para a população circunvizinha às áreas de conflito. Em 03 fevereiro de 2022, o colegiado do STF concluiu o julgamento e determinou ao Estado do RJ o prazo de 90 dias para a elaboração de medidas para a redução da letalidade das ações policiais nas comunidades. Essa decisão representou importante passo na direção de superar a atual lógica baseada em confrontos armados e trazer à reflexão a necessidade de tratar a violência a partir de uma abordagem preventiva e de inteligência condizente com a dignidade humana dentro de um Estado Democrático de Direito.

Sabendo da alta morbidade por arma de fogo entre policiais militares no RJ em serviço, e que a circunstância de maior risco para estes profissionais são as operações em aglomerados subnormais na região metropolitana da cidade (MAIA, A., *et al.*, 2021), a elaboração de regras e limites mais claros para a atuação das forças de segurança nessas operações pode representar um importante marco para a mudança de tal cenário, não apenas para a população civil, como também para os profissionais de segurança pública.

Pressuposto

Considerando a situação atual vivenciada pelos policiais militares do estado do Rio de Janeiro e a revisão da literatura que embasa a presente tese, tem-se como pressuposto que os ferimentos por arma de fogo em face produzem repercussões que impactam a saúde, as relações sociais e o desempenho profissional dos policiais militares no Rio de Janeiro. Portanto, este estudo traz informações inéditas desse tipo de morbidade entre profissionais de segurança pública, evidenciando o alto preço pago por eles ao operacionalizarem políticas de segurança baseadas na força e em confrontos armados. Pretendemos contribuir com o diálogo sobre a necessidade de serem pensadas outras formas de prevenção e de enfrentamento da violência social e da morbidade por ferimentos por armas de fogo, tanto de civis como de policiais militares no estado do Rio de Janeiro.

Objetivos

O presente estudo tem como objetivo geral analisar os impactos sobre a saúde, as relações sociais e o trabalho de policiais militares (PMs) feridos por armas de fogo em face, operados no Hospital Central da Polícia Militar (HCPM) no estado do Rio de Janeiro (RJ).

Tem como objetivos específicos:

- Sistematizar a produção bibliográfica sobre a ocorrência de ferimentos por arma de fogo em face, mapear na literatura as evidências existentes, identificar as principais fontes, as temáticas estudadas e as lacunas existentes.
- Identificar o perfil dos policiais e das lesões sofridas e os tratamentos empregados no manejo dos ferimentos por arma de fogo em face.
- Conhecer as repercussões da vitimização sobre o exercício da profissão de policial militar.
- Descrever as repercussões da vitimização sobre a saúde e a vida dos policiais.
- Conhecer e compreender qual a representação simbólica atribuída por esses policiais aos ferimentos sofridos na face e as repercussões psicossociais encontradas nesse tipo de agravo.

Organização da tese

Esta tese está subdividida em seis capítulos. Inicialmente apresentam-se a introdução, a justificativa, os pressupostos e os objetivos do trabalho que já foram apresentados. No primeiro capítulo, encontra-se o marco teórico e contextual que fundamenta a construção das discussões desenvolvidas. No capítulo 2 lê-se sobre o detalhamento metodológico e as considerações éticas. No terceiro capítulo é apresentado o artigo “Revisão sistemática sobre ferimentos de arma de fogo em face: estado da arte e lacunas”, publicado na *Journal of the Brazilian College of Oral and Maxillofacial Surgery* em 2021. O capítulo 4 introduz o artigo “Repercussões para o trabalho, a saúde e as relações familiares dos policiais feridos por arma de fogo em face”, aceito para publicação na Revista *Ciência & Saúde Coletiva*. O capítulo 5 traz o artigo “O rosto marcado pela violência armada entre policiais militares do Estado do Rio de Janeiro”, encaminhado para publicação na Revista *Body Image*. Por fim, no sexto capítulo, apresentamos uma discussão que articula o marco teórico e contextual utilizado nos três artigos, propondo algumas estratégias para o acompanhamento dos policiais em foco e suas famílias, durante e após o processo de recuperação.

2 MARCO TEÓRICO E CONTEXTUAL

O marco teórico e contextual organiza-se nas temáticas: (1) o trauma balístico facial; (2) a corporeidade como olhar para a análise das repercussões dos ferimentos por arma de fogo em face entre policiais militares; (3) a representatividade simbólica da face no policial marcado pela violência; (4) quando a face abriga o estigma; (5) o *ethos* policial: trabalho, formação, cultura; (6) também morre quem atira: as repercussões na saúde do policial militar.

2.1 O TRAUMA BALÍSTICO FACIAL

Anatomicamente, a face é compreendida superiormente pelos limites do osso frontal, inferiormente pelo bordo inferior da mandíbula e latero-lateralmente pelo conduto auditivo externo de um lado ao outro (SHACKFORD *et al.*, 2014). Além de desempenhar um importante papel para a comunicação e desenvolvimento das relações, é na face que também são praticadas importantes funções, tais como: fala, mastigação, respiração, sentidos gustativos, visão, dentre outras (VALENTE, 2009). Em virtude disso, os traumatismos maxilofaciais podem levar a graves sequelas e limitações estético-funcionais, com repercussões na saúde de uma pessoa.

A face é uma área de interseção de diferentes especialidades da saúde, como a odontologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, cirurgia plástica e fonoaudiologia. A Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial (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). Entre as cirurgias comumente realizadas pela especialidade, o trauma balístico é o mais desafiador para o cirurgião e também mais crítico para o paciente, seja por sua gravidade ou pelo que representa (GUEVARA *et al.*, 2016; MOMENI, *et al.*, 2020). 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, p. 81), 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)”. 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 à queima-roupa, a curta distância, a média distância e a longa distância. Nos disparos à 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 pequenos⁵. 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 central ovalado ou circular, com bordos levemente irregulares que têm ao seu redor uma orla de enxugo, produzida 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

⁵ 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; PINTAR, 1997).

pólvora na pele. Nos ferimentos transfixantes temos, além do orifício de entrada, também o orifício de saída. Estes 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 intubação 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 são aqueles causados por velocidade maior que 600 m/s^2 e geralmente culminam com a morte da vítima; os ferimentos de média velocidade são causados por projéteis que se movem entre 350 e 600 m/s; e nos de baixa velocidade os projéteis não chegam a atingir 350 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; ORTHOPOULOS *et al.*, 2013).

Os FAF são normalmente classificados como perfuro-contundentes, pois podem produzir perfurações dos tecidos ao mesmo tempo 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. As complicações desse tipo de morbidade relatados são: vasculares (MURPHY *et al.*, 2018); relacionadas à via aérea (CHEN *et al.*, 1996); lesões do nervo facial (HARALAMPIEV, *et al.*, 1998), complicações neurológicas, oftalmológicas e limitação na abertura da boca (KASSAN; LALLOO; KARIEM, 2000); infecção (SOKOYA, *et al.*, 2019; MADAY *et al.*, 2021); e complicações relacionadas à fixação de fraturas e deiscência da ferida (PELEG; SAWATARI, 2010).

Os FAF em face são incomuns fora de áreas de guerra, representando cerca de 6% das lesões por arma de fogo (KAUFMAN *et al.* 2008; GARCÍA-NÚÑEZ *et al.*, 2009; PELEG; SAWATARI, 2010; DORAFSHAR; EDUARDO, 2012; PEREIRA *et al.* 2012).

Sobre a etiologia dos traumas bucomaxilofaciais, Scannavino *et al.* (2013) encontraram entre os pacientes atendidos que 1% por cento estava relacionado a arma de fogo; Lima Santos *et al.* (2013) e Portolan e Torriani (2005) identificaram 2%; já Leite Segundo *et al.* encontraram 5,3%.

Sobre o perfil dos pacientes atingidos por FAF em geral, a idade média mais encontrada foi de 20 a 29 anos (DOLIN *et al.*, 1992; CHEN *et al.*, 1996; YUKSEL *et al.*, 2004; PEREIRA, C., *et al.*, 2012). Há uma forte prevalência do sexo masculino entre as vítimas (CHRISTENSEN *et al.*, 2015; KHATIB *et al.*, 2018; MURPHY *et al.*, 2018). Quanto à raça/cor, poucos estudos avaliam essa variável, e os que a apresentaram não mostraram uma diferença significativa na distribuição de raça (CHEN *et al.*, 1996; TSAKIRIS *et al.*, 2002).

Os ferimentos por arma de fogo em face podem decorrer de acidentes, da violência interpessoal ou autoinfligida. No Brasil há mais ocorrência de FAF em face proveniente de violência interpessoal (GAETTI-JARDIM, 2013); em outros países, os ferimentos provenientes de tentativa de suicídio são os mais relatados (BALAJI, 2016; MAURIN *et al.*, 2015; BENATEAU *et al.*, 2016; COLLIN *et al.*, 2018). Entre os policiais militares no RJ, 69,9% dos casos ocorreram durante o período laboral; 88,2% dos policiais militares desempenhavam, no momento, a atividade fim de polícia (MAIA, A., 2019).

Sobre o manejo do paciente ferido por arma de fogo em face, não é possível estabelecer um guia rigoroso para o seu tratamento, pois cada paciente demandará estratégias cirúrgicas individualizadas (ESTRADA *et al.*, 2016; PEREIRA, 2021). Entretanto, o tratamento normalmente é dividido em três etapas e tem alguns princípios fundamentais que são

norteadores do tratamento. O atendimento primário é feito obedecendo aos princípios recomendados pelos Protocolos Avançados de Suporte à Vida, que visam à estabilização e manutenção da vida do paciente (KELLY; DRAGO, 2016). Os principais cuidados nesse momento giram em torno da estabilização de via aérea e controle da hemodinâmica do paciente. A seguir devem ser realizadas as reconstruções para tratamento das feridas (exploração meticulosa das feridas, desbridamento de tecidos inviáveis e suturas) e fixação precoce das fraturas (YUKSEL *et al.*, 2004; KHATIB *et al.*, 2021). As fraturas são abordadas para redução e estabilização óssea utilizando-se preferencialmente do aparato de fixação interna rígida – placas e parafusos de titânio (PELEG; SAWATARI, 2010; PEREIRA, C., *et al.*, 2012; TEKIN, 2021). Por fim, devem ser realizadas as reconstruções secundárias. Seu objetivo último é promover a completa reabilitação estético-funcional do paciente (COLLIN *et al.*, 2013). Para isso, são utilizados enxertos ósseos e de tecidos moles, implantes e próteses (FIRAT; GEYIK, 2013; GURUNLUOGLU, GATHERWRIGHT, 2019).

Isto posto, constata-se que a face é uma região nobre do corpo que desempenha funções importantes para a vida e saúde do indivíduo, tanto em nível funcional, por abrigar órgãos sensitivos e parte dos sistemas respiratório e digestório, quanto no desenvolvimento de funções ligadas à socialização, quando carrega deformidades e/ou evidencia disfuncionalidades, possuindo um potencial de interferir na vida dessas pessoas atingidas (SOUZA JÚNIOR *et al.*, 2018).

2.2 A CORPOREIDADE COMO CATEGORIA DE ANÁLISE DAS REPERCUSSÕES DOS FERIMENTOS POR ARMA DE FOGO EM FACE

O corpo humano guarda em si, funções, significações e expressões que ao longo dos tempos e das culturas têm sofrido transmutações físicas e de significados. A sociologia do corpo aplica-se ao entendimento da corporeidade como evento cultural e social; o corpo como objeto de análise e fio condutor para a compreensão da sociedade (LE BRETON, 2012). Para J. Rodrigues (2006), o corpo é o lugar onde está simbolicamente impressa a estrutura social, de forma que as funções biológicas humanas que nos permitem ver, sentir, ouvir, cheirar, pensar são transmutadas de acordo com a cultura.

As reflexões sobre a corporeidade humana na sociologia estão presentes desde o século XIX (LÉVI-STRAUSS, 1967; MAUSS, 1974), em contínua construção e diálogo com tantos outros campos epistemológicos como a biologia, a história, a psicologia, dentre outros (LE

BRETON, 2012). Apesar disso, poucas pesquisas incidem explicitamente sobre o tema da corporeidade (RODRIGUES, J., 2006).

Le Breton (2012) identificou três diferentes momentos onde o tema foi discutido com enfoques distintos na sociologia. Na sua fundação, a sociologia não se debruça especificamente no corpo, apenas faz a abordagem das condições do ator em diferentes aspectos onde considera, de forma implícita, também o corpo. Nessa fase o corpo é analisado através e em virtude das condições sociais dos sujeitos. As investigações analisaram a degradação das condições de vida e suas repercussões no corpo das classes trabalhadoras em decorrência das exaustivas horas de trabalho e condições insalubres a que eram submetidos os trabalhadores no período da Revolução Industrial. Marx (1981), em “O Capital”, fez uma análise reveladora das condições do corpo dos trabalhadores sem, contudo, conceituar as experiências corporais. Ainda nessa fase, emergiu uma corrente da sociologia que buscou, a partir da primazia biológica, relacionar causas e efeitos decorrentes da morfologia do corpo e as ações e relações sociais. Essa corrente, todavia, foi refutada por Durkheim (2013). Na final da primeira fase dos estudos sobre corporeidade, Freud (2002), em suas pesquisas sobre a histeria, deu um salto epistemológico e apresentou a corporeidade como elemento modulável nas relações.

A segunda fase das reflexões sobre a corporeidade, chamada de “sociologia em pontilhado” (LE BRETON, p.18, 2012), foi constituída pela produção de notáveis reflexões e análises de importantes sociólogos que levam em conta os elementos do corpo e os comportamentos sociais (SIMMEL, 2016; HERTZ, 1980; ELIAS, 1994, 2000). Nessa fase se construiu o entendimento de que o ser humano não é produto direto da morfologia do corpo, mas que ele que constrói, para o bem ou para o mal, as qualidades de seu corpo enquanto se relaciona com os outros (LE BRETON, 2012).

Por fim, a terceira fase dos estudos da corporeidade foi o período onde houve uma aproximação intencional da visão sobre o corpo com as lógicas sociais e culturais que nele se propagam. Nascia uma “sociologia do enraizamento físico do ator no universo social e cultural” (LE BRETON, 2012, p. 94). Autores como Baudrillard, Foucault e Goffman, dentre outros, se dedicaram ao tema tanto para identificar traços da modernidade quanto para conhecer as lógicas sociais por ela engendradas.

Entre os sociólogos contemporâneos que estudam a corporeidade, destaca-se Le Breton, para quem o corpo é:

O lugar e o tempo no qual o mundo se torna homem, imerso na singularidade de sua história pessoal, numa espécie de húmus social e cultural de onde retira a simbólica relação com os outros e com o mundo. O discurso sociológico não isola o corpo

humano como fazem, de modo meio surrealista, as terapias corporais que parecem colocar o ator entre parênteses e fazer de seu corpo uma quase pessoa. (LE BRETON, 2012, p. 34)

Dessa maneira, o corpo é, além de um traço físico importante para qualquer pessoa, uma construção simbólica capaz de transmitir sentidos às relações, a partir das ações mais singelas até as mais complexas. Esse processo de socialização e descoberta do corpo como elemento central acontece intensamente na infância, passa pela adolescência e se estende por toda a vida, ganhando contornos próprios de acordo com os comportamentos da comunidade social em que a pessoa está inserida e a educação por ela recebida (RODRIGUES, J., 2006; LE BRETON, 2012). À vista disso, o corpo carrega em si a vida social, de forma que suas expressões não apenas correspondem ao estilo pessoal, mas recebem influência dos outros ao redor e decodificam um sentido para gestuais que são transmitidos e compreendidos automaticamente pelo grupo social. Entre os estudos etnográficos nesse campo, o mais conhecido talvez seja o de Robert Hertz (1980), que buscou conhecer a influência social do elevado número de dedos na espécie humana e concluiu que a mão direita é imposta, e não necessariamente uma ação/escolha fisiologicamente determinada.

Entre os campos da corporeidade já desbravados, estão: as técnicas do corpo, a gestualidade, a expressão dos sentimentos, as técnicas de tratamento, as percepções sensoriais, as marcas na pele e a má conduta corporal (LE BRETON, 2012). Nesta tese de doutorado abordei em especial as técnicas do corpo (face), as técnicas de tratamento e as expressões dos sentimentos.

A apreciação das *técnicas do corpo* busca a identificação das diferentes maneiras, dos diferentes gestos codificados que os homens e a sociedade utilizam a partir de seus corpos e que representam uma eficácia prática ou simbólica (MAUSS, 1974; LE BRETON, 2012). As *gestualidades* se referem às ações do corpo quando os atores se encontram, como os rituais de encontros e despedidas, como os códigos corporais em que se espera reciprocidade (EFRON, 1972; LE BRETON, 2012). Sobre as *técnicas de tratamento*, analisam-se os cuidados dispensados ao corpo, como, por exemplo, as condutas de higiene e autocuidado (RODRIGUES, J; 2006). A *expressão dos sentimentos*, tais como; a alegria, raivas, tristeza, medo, dor, entre outras, são ritualmente organizadas e simbolizadas de formas diferentes entre grupos sociais distintos; mais do que expressar sentimentos, expressamos nossos sentimentos aos outros, sendo, portanto, esses sentimentos essencialmente uma simbologia (MAUSS, 1974; LE BRETON, 2012).

Ainda sobre a expressão dos sentimentos, cabe ressaltar que essa é uma categoria em disputa entre as ciências biológicas e a sociologia (ORTEGA, 2007). As ciências biológicas buscam ordenar as expressões das emoções como algo inerente às espécies, em virtude de sua epistemologia *kantiana*, progenitora da teoria de Darwin (1873). Isso porque a perspectiva biológica tradicional nega o componente social como mediador das ações/reações humanas e imputa a programação genética como o eixo central do que somos, de forma tal que a cultura e a sociedade se tornam um artefato simplório da fisiologia. Essa sociobiologia parte do paradigma evolucionista e busca encurtar os caminhos para a compreensão do comportamento humano, fechando os olhos para a complexidade desse tema. Numa interpretação pós-moderna dos discursos das biotecnologias e das biotecnociências contemporâneas, encontramos uma mudança nas narrativas que enfatizam a maleabilidade do corpo a partir do surgimento de inúmeras intervenções cirúrgicas, tais como: transplantes de órgãos, próteses e órteses corporais, cirurgias plásticas, entre outras. A despeito de parecer um reconhecimento da perspectiva construtivista, na verdade essas narrativas não representam a superação do dualismo, mas sua continuação (MURI, 2003; THACKER, 2003; FURTADO, 2004; SANTOS, T., 2014).

Já a sociologia considera que as expressões e os sentimentos são modulados, sobretudo, pela cultura. Todavia, não desconsidera a adaptabilidade, de sorte que para a sociologia da corporeidade não há nada natural no gesto, na sensação ou nas condutas aparentemente tidas como fisiológicas e instintivas, sendo essas intensamente influenciadas por elementos culturais, sociais e ou psicológicos (LE BRETON 2012).

A epigenética é um campo de pesquisa das ciências naturais que tem sinalizado uma saída para a tensão entre as ciências biológicas e as ciências sociais, propondo um novo modelo de explicação que considera a interação entre a herança genética do indivíduo, os fatores socioambientais e as relações sociais para explicar o processo de formação e comportamento do indivíduo. A epigenética afirma existir possibilidade de acontecerem mudanças fenotípicas sem mudanças no genótipo, a partir da ocorrência de mecanismos como a metilação (processo químico físico regulador do gene), que pode promover o silenciamento ou ativação de certos genes do DNA a partir de estímulos ambientais (FREITAS-SILVA; ORTEGA; 2014; FARIA JUNIOR *et al.*, 2018).

Entretanto, muito antes disso, Mauss (1974, p. 181), ao discutir as contribuições da psicologia para a sociologia, desfez as tensões desses campos de análises ao considerar tanto a sociologia quanto a psicologia como parte da biologia constituída pela antropologia, que é a ciência que considera o homem como ser vivo, consciente e sociável. Mauss fala de um fato

social total em que biologia, psicologia e as ciências sociais se representam. Dessa forma, para Mauss tanto a biologia como a sociologia são filiadas à antropologia e ambas apresentam aspectos importantes para a compressão do homem. De qualquer maneira, de acordo com a abordagem sociológica da corporeidade, é necessário empregar ao corpo distinção dos aspectos expressivos, ou seja, sua atividade simbólica de seus aspectos instrumentais, pois esses estão fora da aproximação sociológica (RODRIGUES, 2006; LE BRETON, 2012).

Além das análises das ações do corpo já descritas, a corporeidade considera as *percepções sensoriais*, pois elas podem captar os pensamentos mais incrustados nos sujeitos (LE BRETON, 2012). As percepções sensoriais podem variar de um grupo social para outro de acordo como cada um concebe sensorialmente o mundo, de forma que, sentir emoção é algo que também se aprende. O ato de sorrir, por exemplo, para os ocidentais é a mais elementar forma de transparecer alegria, já no Japão o sorriso também pode traduzir uma expressão embaraçosa (RODRIGUES, J., 2006). A dor não é o resultado apenas do estímulo às terminações nervosas, mas é também resultado de um conflito entre o excitante e o sujeito, com indicadores sociais, culturais e psicológicos (LE BRETON, 2013). Chorar no sepultamento de uma pessoa pode representar, sobretudo, o cumprimento de uma obrigação em muitas culturas (DA SILVA SARMENTO, 2013). Durkheim (1968, p. 410) exemplificou como esse aprendizado social adquirido interfere na expressão das emoções:

Se o cristão, durante as festas comemorativas da Paixão, se o judeu, no aniversário da queda de Jerusalém, jejua e se mortifica, não é para dar curso a uma tristeza espontaneamente experimentada [...] se está triste, é, antes de tudo, porque se obriga a estar triste e se obriga a isto para afirmar a sua fê.

Ademais, as atribuições das atividades instrumentais ligadas às sensações, por exemplo, a do olfato ou do paladar, também sofrem grande influência social e são profundamente distintas em diferentes grupos sociais. Por consequência, a análise do fenômeno cultural das emoções e sensações está para além do corpo (RODRIGUES, J. 2006).

Ao me aproximar do objeto dessa pesquisa buscando compreender os elementos da corporeidade a partir dos pressupostos da sociologia, precisei fazer um esforço de distanciamento do discurso médico de “verdade”, hegemônico na sociedade e marcadamente constituinte da formação do meu olhar enquanto profissional de saúde e cirurgia bucomaxilofacial, que tende a fragmentar o corpo, seja pelo discurso das biotecnologias, seja pelo da tecnobiomedicina contemporânea. O perigo desse olhar dualista que fragmenta a identidade humana e separa o ser humano de seu corpo precisa ser, portanto, constantemente

vigiado e afastado, para não desqualificar a análise sobre a corporeidade. Ademais, é de igual importância atentar para o fato de que a sociologia do corpo não é uma sociologia da alma (LE BRETON, 2012). Em face disso, é, portanto, necessário trocar o óculos com o qual vejo o corpo desses policiais e não os segmentar como é habitual entre as especialidades médicas. Pelo contrário, preciso considerar atentamente as dimensões socioculturais e pessoais das percepções dos corpos dos policiais vítimas de ferimentos por arma de fogo em face, a fim de compreender seus sentimentos e significados diante do traumatismo sofrido. Dessa maneira, segui a recomendação de Ferraris (2012, p.10), que propõe um “tratado de paz perpétua” entre o construtivismo e o realismo, já anunciada anteriormente por Mauss e seguida por outros sociólogos (LE BRETON 2012; SARTI 2001; REZENDE, 2002; KOURY 1999, 2003; ORTEGA 2007; SILVA SARMENTO, 2013).

Isto posto, considere que para conhecermos os policiais militares feridos em face por AF, para além de uma análise instrumental de seus corpos, fazia-se necessário entender qual a representatividade simbólica de tais ferimentos para essas pessoas. Por consequência, ao lançarmos olhares para esses corpos numa dimensão integral, não escondendo as mazelas e marcas da violência física sofrida, assim como suas próprias representações, trazemos subsídios fundamentais para a construção da “história efetiva” desse grupo social (FOUCAULT, 2016). Esse elemento na história tem o potencial de aproximar as pessoas, as realidades; tem o poder de trazer para perto o que parecia estar distante no outro. 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 ferimentos por arma de fogo podem contribuir para a viabilização de uma genealogia da violência policial no estado do Rio de Janeiro.

2.3 A REPRESENTATIVIDADE SIMBÓLICA DA FACE DO POLICIAL MARCADO PELA VIOLÊNCIA

O rosto é, de todas as partes do corpo humano, aquela onde se condensam os valores mais elevados. Nele cristalizam-se os sentimentos de identidade, estabelece-se o reconhecimento do outro, fixam-se as qualidades da sedução, identifica-se o sexo etc. (...) O valor ao mesmo tempo social e individual que distingue o rosto do resto do corpo, sua eminência na apreensão da identidade, é sustentada pelo sentimento que o ser inteiro aí encontra. A infinitésima diferença do rosto é, para o indivíduo, o objeto de uma incansável interrogação: espelho, retratos, fotografias etc. (LE BRETON, 2012, p. 71).

Como já vimos no capítulo anterior, os FAF em face produzem lesões perfuro-contundentes e avulsivas de segmentos maxilofaciais que normalmente demandam uma

trajetória de muitas cirurgias e extensos períodos de recuperação, com repercussões físicas, psicológicas e sociais (MAIA, A., *et al.*, 2019). Essas marcas e deformidades faciais produzem, para além de impactos de dimensão biológica, também significados simbólicos ainda desconhecidos, que podem ser compreendidos a luz do impacto do processo de individualização dos sujeitos e ressignificação do seu corpo, e, em especial, de sua face, ao longo dos tempos a partir do século XIV. Aqui discutiremos os significados desse rosto hodierno para além da estética de rostos afetados pelos FAF, como veículo de informação sobre a identidade individual, elemento de socialização e comunicação, guardião de nossa história e ancestralidade.

Sobre as bases da formação do indivíduo moderno, suas representações e as consequências para a relação entre os homens, Le Breton (2012) ofereceu como vetor semântico dessa análise a corporeidade humana. O processo de individualização dos sujeitos foi constituído de diversos fatores, mas podemos resumidamente considerar que essa transição foi marcada, sobretudo, pelo declínio da força, influência e relevância de antigas instâncias como a família, a religião, as doutrinas políticas e ideológicas que eram doadoras de sentido e atuavam como suporte da identidade do corpo medieval, que formava uma unidade com sua comunidade (TEIXEIRA, 2011). Como consequência, esse novo sujeito individualista que nascia a partir do século XV acreditava ser senhor de sua trajetória, artesão de sua própria existência e capaz de buscar sozinho suas realizações e desejos pessoais (ELIAS, 1994). Nessa nova sociedade, o corpo ocupou o cerne da ação individual e coletiva e o cerne do simbolismo social. Esse corpo, agora em evidência, tem no rosto sua parte mais individualizada e singularizada; o rosto tornou-se “a cifra da pessoa” e herda uma importante representatividade na transição do grande corpo social para um corpo individual (LE BRETON, 2016).

Para Le Breton (2016, p. 52) “a individualização pelo corpo foi se afinando pela individualização do rosto”, levando à transição axiológica e simbólica do rosto. Axiologicamente, a boca, por exemplo, além de suas funções para a fala e alimentação, ganhou ressignificação psicológica; os olhos passam a se favorecer da influência erudita e na modernidade tornaram-se centrais para a observação e comunicação. Ademais, simbolicamente, esse rosto ganhou crescente importância social, ocupando lugar de destaque nas expressões de uma nova arte centrada na pessoa que surgiu a partir do século XIV. A pintura dos rostos individuais, antes um privilégio circunscrito ao clero e aos monarcas, aos poucos foi se tornando uma tendência apartada da referência religiosa e utilizada como “suporte de uma memória, de uma celebração pessoal sem outra justificação” (LE BRETON, 2016, p. 52).

Assim, a existência do homem tornou-se mais corporal; e o indivíduo, não mais um membro indissociável de sua comunidade.

Outro aspecto sobre o rosto trazido pelo filósofo Lévinas (2008), em sua obra “Totalidade e Infinito”, é a sua relação com a ética. A partir da relação, do contato face a face, das expressões variadas o rosto manifesta, sobretudo, a condição humana. Assim, Lévinas (2008) apresenta o rosto como predominantemente ético, rosto como identidade e significado que vai além do sujeito e possibilita o aparecimento do “outrem”, o que chamou de a epifania do outro. Para o autor, a relação face a face clama pela justiça e representa um caminho da alteridade.

Dessa maneira, sobre os significados simbólicos do *rosto* desse novo ser humano hodierno ocidental, podemos dizer que:

- Tornou-se uma das mais importantes representações de quem somos, exercendo o papel talvez mais central para a construção de identidade do eu e para a sociabilidade (ELIAS, 1994; LE BRETON, 2007).
- Passou a representar, mais que qualquer parte do corpo, a vitrine da pessoa (ELIAS, 1994).
- Tornou-se um dos principais veículos de informações sobre nossa identidade individual (GOFFMAN, 2017).
- Passou a ser o primeiro vetor de comunicação com o outro (LE BRETON, 2016).
- Passou a representar a epifania do sujeito (LE BRETON, 2016).
- Tornou-se a parte do corpo de maior peso para a estética, de forma que se considera que uma distorção dela poderia levar a ruína estética de sua totalidade (SIMMEL, 2016).
- O rosto e suas expressões são primordiais na comunicação verbal e não verbal e nas relações sociais, de forma que quaisquer limitações ou prejuízos dos movimentos faciais podem comprometer drasticamente o processo de comunicação e socialização (SILVA, M., 2011).
- O rosto como a epifania do outrem que possibilita um caminho de alteridade (LÉVINAS, 2008).

Ademais, a face é a parte do corpo que normalmente não cobrimos, por isso mesmo, também, nos identifica e diferencia. Ela é guardiã de nossa história e marcas do tempo; a partir dela reconhecemos a descendência étnica, a idade, as expressões dos sentimentos e emoções como raiva, alegria, tristeza, pavor. Podemos fugir do espelho e dos olhares dirigidos ao nosso corpo, mas praticamente impossível fazer algo similar quando se trata da face. A face representa

nossa principal marca de unicidade, de forma que a partir dela somos identificados por vários registros oficiais tais como: o Registro Geral, as identidades de classes, as carteiras de clubes, dentre outros.

Diante da importância de sentidos e significados atribuídos ao rosto dentro do espaço social, como e em que medida as marcas e deformidades na face podem interferir nos processos de socialização? Como essas faces são ressignificadas?

Para essa análise, utilizaremos as atribuições que extrapolam a ordem biológica e atuam na dimensão social e cultural, o que Mauss (1974, p. 211) chamou de técnicas do corpo. Sabemos que no rosto estão alguns dos principais instrumentos para a socialização, tais como fala, visão, audição e olfato, e a partir deles são desenvolvidas as mais variadas práticas corporais, como linguagem, mastigação, beijo, choro, expressões faciais, entre outras.

Outro aspecto importante para análise sobre os significados e impactos dos FAF em face nessa sociedade cada vez mais individualizada é a valoração da beleza (como aponta Freud em *O mal-estar na civilização*, de 1930) e a produção de julgamentos morais e sentidos sociais que ela atribui (DURIF, 1990, p.15).

Para Novaes (2006), a produção e a apreciação estética, em particular a noção de “feiura”, se articulam com as formas de sociabilidade. Para a autora, o imaginário corporal ideal é construído a partir de qualitativos estéticos associados a estereótipos morais, que impõem sobre o imaginário social um saber que (des)qualifica os sujeitos segundo a sua aparência estética.

Na verdade, essa associação da moralidade à estética é antiga e pode ser percebida na Antiguidade em Platão, quando associou o ser belo ao ser bom a partir da poetisa Safo, ou mesmo no período renascentista, onde a beleza foi relacionada ao sagrado (BALDASSARE CASTIGLIONE, 1561, apud NOVAES, p. 95) ou a feiura à incapacidade de afeto natural (FRANCIS BACON, apud NOVAES, p. 65). Dessa maneira, foi sendo construída no imaginário social a associação da feiura como uma atribuição moral que desqualifica os sujeitos. Além disso, Novaes (2006) cita a tendência que temos em retratar a maldade ou o maldoso com rostos feios e o quanto essa expressão está carregada ideologicamente desse saber social construído ao longo dos tempos, capaz de qualificar pessoas a partir de estereótipos estéticos. Assim, a beleza ou a feiura assumem um valor social, um capital, e impõem padrões e estereótipos cheios de significados.

Mas o que seria um rosto belo ou feio? Para Leonardo da Vinci, a beleza imana da perfeita proporção e distribuição anatômica, que denominou de “*razão áurea de divina proporção*”. Sem embargo, não é possível compreender o que é entendido por belo,

esteticamente perfeito, apenas pelos critérios biológicos por ele apontados. Faz-se necessário considerar outras variáveis do campo socioantropológico. Camargos, Mendonça e Duarte (2009, p. 400) consideram a beleza como “um acúmulo atávico de significados antropológicos e biológicos interdependentes, que vão (re)criando possibilidades de construções culturais da corporeidade a partir das relações humanas”. Para Mauss (1974) o homem não é o produto do seu corpo, mas esse corpo é produzido em interação com os outros, através da imersão no universo simbólico e visual da sua cultura. Com isso, esses significados podem ser distintos em determinados campos sociais. O que se gosta em um campo, pode não ser valorizado em outro. Teixeira (2011), ao estudar o uso do corpo entre lutadores de jiu-jítsu, mostrou que a deformação da orelha inchada era exatamente aquilo que os lutadores desejavam, pois isso representava o símbolo máximo de pertencimento a essa “tribo”.

À vista disso, a face marcada pelo FAF pode ser um estigma para os civis, mas talvez possa representar uma marca de heroísmo no campo policial militar. Porém, se considerarmos a representatividade da face como a “epifania do sujeito” (LE BRETON, 2002, p. 41) e frente ao processo crescente de individualização e valorização estética que atinge seu ápice em tempos de “*selfies*” e “*facebooks*”, podemos problematizar que os indivíduos acometidos por FAF em face sofrem, potencialmente, um impacto ainda maior na sua vida. O fato é que, em virtude da ausência de estudos que correlacionem tais fenômenos, ainda não é possível compreender, com efeito, quais as repercussões e representações desses ferimentos por arma de fogo na vida dos policiais militares. É conhecido que o contexto violento vivenciado no cotidiano dos policiais militares do Rio de Janeiro tem produzido marcas e histórias nos rostos desses trabalhadores; contudo, não é conhecido qual o significado simbólico dessas faces marcadas pela violência armada entre os policiais no RJ (MAIA, A., *et al.*, 2019).

A hipótese é que as marcas no rosto desses policiais trazem à tona um contexto violento e também denunciam um ambiente de vingança carregado de signos explícitos da violência. Ademais, conhecer esses rostos e suas repercussões pode abrir novos caminhos para a construção de uma ética de alteridade e justiça como propõe o pensamento filosófico levinasiano.

2.4 QUANDO A FACE ABRIGA O ESTIGMA

O conceito de estigma passou por diferentes processos de construção histórico-social desde a Antiguidade até os dias atuais (AINLAY *et al.*, 1986). Na Grécia Antiga, o estigma se referia a sinais corporais que expressavam algo de extraordinário ou mau em relação à condição

moral de quem o possuía. Na era cristã, o estigma recebeu duas metáforas: uma relativa aos sinais corporais recebidos por graça divina como marcas na pele; outra, em alusão médica aos sinais corporais identificados como distúrbio físico. Atualmente, o estigma tem uma conotação negativa, como algo mau que precisa ser evitado, que pode representar uma ameaça à sociedade, ou uma identidade tida como deteriorada por ação considerada negativa ou por desgraça de uma evidência corporal indesejada (GOFFMAN, 2017). Weiss e Ramakrishna (2006, p. 536-8, tradução da autora) definiram o estigma como:

Um processo social ou experiência pessoal relacionada, caracterizado por exclusão, rejeição, culpa ou desvalorização que resulta da experiência ou antecipação razoável de um julgamento social adverso sobre uma pessoa ou grupo identificado com um problema de saúde específico.

A noção de estigma como se conhece na atualidade é originária da Psicologia Social. Inicialmente as pesquisas buscaram identificar os mecanismos pelos quais o estigma afetava a vida de indivíduos rotulados como “doentes mentais” (LINK; PHELAN, 2001). Apenas na década de 1960, o tema se tornou alvo da curiosidade da sociologia a partir de Goffman (2017) ao escrever *Estigma: notas de uma identidade deteriorada*. Como sociólogo, dialogou com vários autores da psicologia social. Nada obstante, antes de Goffman, é necessário destacar o papel do sociólogo Norbert Elias (1994) na construção da compreensão do estigma como entendemos. Apesar de Elias não ter investigado o conceito de estigmatização *per se*, ao pesquisar grupos sociais em um bairro na Inglaterra nos anos 1950, o autor reconheceu o que à época o sociólogo chamava de “preconceito social” (1994, p. 23), como uma expressão que não deveria ser atribuída apenas ao indivíduo. A sociodinâmica da estigmatização poderia e deveria incluir grupos sociais. Além disso, identificou que a estigmatização se estabelecia a partir de uma fantasia coletiva criada pelo grupo, abrindo caminho para a compreensão desse fenômeno social.

Goffman (2017) mencionou três grupos de estigmas nitidamente diferentes: (1) os decorrentes de deformidades físicas individuais; (2) os que são devidos a culpas de caráter individual; (3) e os que se devem a atributos tribais, de raça, nação ou religião. A partir dele, o conceito ganhou a perspectiva de que o estigma é constituído socialmente. Goffman identificou que a discrepância entre a identidade social virtual e a identidade real do indivíduo impactam na vida do estigmatizado, tornando-o inabilitado para a aceitação social plena no grupo social com o qual convive. À vista disso, as pessoas estigmatizadas perdem *status* social, são desconsideradas e desacreditadas, o que culmina no que ao autor chamou de uma identidade

deteriorada (GOFFMAN, 2017; JONES, R., *et al.*, 1984; BECKER; ARNOLD, 1986; DOVIDIO *et al.*, 2003; SIQUEIRA; CARDOSO, 2011).

O estigma é um fenômeno complexo que pode ser expresso sutil ou abertamente, é subjetivamente experimentado de várias maneiras e depende da natureza da condição estigmatizante ou das circunstâncias pessoais e sociais do indivíduo (CUMMING; CUMMING, 1965). A concepção do que seja um estigma e o seu grau de intensidade também pode variar entre diferentes sociedades, sendo um fenômeno que depende das tendências morais, intelectuais e culturais da época (BECKER; ARNOLD, 1986; AINLAY *et al.*, 1986; LINK; PHELAN, 2001; SIQUEIRA; CARDOSO, 2011). O que é um símbolo de estigma, algo indesejado ou que causa estranhamento pode ser em outro grupo social um símbolo de *status*, já que o estigma acontece dentro de padrões culturais e nas relações (STAFFORD; SCOTT, 1986).

Esse processo de estigmatização acontece especialmente nos contatos mistos⁶, que representam uma interação permeada por maior tensão e angústia, e não no contato com os informados⁷. Para minimizar os efeitos dessa interação, o estigmatizado pode criar estratégias para encobrir suas limitações numa tentativa de reduzir a notoriedade da discrepância (GOFFMAN, 2017, p.12). Outro elemento importante na construção do estigma são os sinais corporificados⁸, que possuem graus diferentes de visibilidade e de intrusibilidade, de forma que, quanto mais visível for o estigma, maior a possibilidade de ser conhecido e, portanto, maior sua intrusibilidade. Estigmas como ter diabetes parecem não ter nenhum efeito para a interação face a face, o que não acontece com os pacientes que têm marcas de ferimentos e deformidades no rosto. Esses sujeitos tornam-se alvos extremamente suscetíveis a respostas preconcebidas sobre quem são e quais são suas potencialidades, dadas a visibilidade e a intrusibilidade de sua deformidade. Por isso, encontram maior dificuldade para encobrir seu estigma (LEE *et al.*, 2007; COSTA *et al.*, 2014).

Ainda sobre as deformidades faciais, Goffman (2017, pag. 103) afirmou:

[...] pode-se esperar que pouco a pouco [elas deixem] de ser surpresas chocantes para seus vizinhos e que [a pessoa] possa obter entre eles alguma aceitação, contudo como não é possível encobrir sua deformidade. E, por isso, onde [ela] é desconhecida tem a possibilidade de ser menos bem tratada (GOFFMAN, 2017).

⁶ Contato misto foi definido como contato entre o estigmatizado e o “indivíduo normal”.

⁷ Informados, “pessoas diante das quais o indivíduo que tem defeito não precisa se envergonhar, nem se autocontrolar, porque sabe que será considerado como uma pessoa comum” (GOFFMAN, 2017, p. 37).

⁸ Que podem ser símbolos de *status* ou símbolos de estigma (GOFFMAN, 2017).

Link e Phelan (2001) ampliaram o conceito de estigma de Goffman com a ideia de poder na dinâmica das relações na concepção do estigma. Para esses sociólogos (2001, p. 377), o estigma existe quando: “elementos de rotulação, estereotipização, separação, perda de status e discriminação ocorrem simultaneamente em uma situação de poder que permite tais componentes acontecerem”. Para eles, a rotulação acontece quando se aplica a outrem característica indesejada socialmente, independentemente de se ele a possui, de forma a gerar um estereótipo que produz perda de *status* e conseqüentemente uma separação entre o que chamou “nós” e “eles”, instalando-se a discriminação. Becker e Arnold (1986) também apresentaram o poder como força motriz que permite a um grupo estigmatizar outros. Mais uma vez, faz-se necessário reconhecer que Elias (1994) anteriormente ao desenvolvimento da teoria de Poder de Foucault (2016) e aos autores citados que a utilizaram para explicar e ampliar a noção da dinâmica da estigmatização, já havia identificado a dinâmica do poder no processo de estigmatização. O autor percebeu que um grupo (que chamou de estabelecido), só poderia estigmatizar o outro (os outsiders), quando houvesse desequilíbrio de poder entre eles.

2.4.1 Os efeitos da estigmatização sobre o sujeito e sua saúde

Evidências da literatura científica sugerem que as pessoas em diversos contextos experimentam formas de estigma que influenciam sua saúde mental e física e os comportamentos de saúde correspondentes (HEREK, 2007). No entanto, poucos trabalhos empíricos foram feitos para explicar os mecanismos pelos quais o estigma afeta pessoas com doenças físicas, como esse processo pode ser semelhante ou diferente de uma doença para outra, ou quais fatores podem explicar as diferenças existentes (FIFE; WRIGHT, 2000). Escassos são também os estudos brasileiros que priorizem a análise do conceito de estigma propriamente dito em relação às doenças e de forma comparativa (SIQUEIRA; CARDOSO, 2011).

No campo da saúde, o estigma vem sendo descrito e pesquisado em diferentes situações (LINK; PHELAN, 2001); como nos pacientes acometidos de hanseníase (BAIALARDI, 2007), câncer (FIFE; WRIGHT, 2000), HIV (SONTAG, 1989), doenças mentais (LINK, 1982; LINK *et al.* 1989, 1997; CORRIGAN, 2000; CRISP *et al.*, 2000; MOREIRA, 2008; OLIVEIRA; CAROLINO; PAIVA, 2012), alcoolismo (RONZANI; FURTADO, 2010), velhice (MORANDO *et al.*, 2018), epilepsia (FERNANDES *et al.*, 2006), transexualidade (SILVA JÚNIOR, 2018), tumores em face (COSTA *et al.*, 2014.), dentre outros exemplos.

Fife e Wright (2000) analisaram comparativamente os efeitos do estigma associado aos pacientes portadores de HIV/AIDS e câncer quanto a: autoestima, imagem corporal, controle

pessoal, rejeição social, vergonha internalizada, isolamento social e insegurança financeira. Os autores encontraram resultados que apontaram para a dimensão do estigma e seu impacto negativo para o sujeito independentemente do tipo de doença. Outros autores (JONES *et al.*, 1984; CONRAD, 1986; WEITZ, 1989) identificaram junto à natureza específica de algumas doenças a presença maior ou menor de estigmatização, como é o caso de: se o indivíduo pode ser responsabilizado pela sua ocorrência, se ela tem consequências potencialmente graves para os outros, se existem manifestações externas e se resulta em menor nível de competência. Já Sontag (1989), ao pesquisar as metáforas associadas aos pacientes portadores de AIDS/HIV, afirma que as doenças são estigmatizantes quando representam limitações físicas potenciais ou existentes e quando estão associadas a imagens e mitos negativos específicos, assumindo um significado simbólico. Todavia, para Morando *et al.* (2018), essa conotação negativa refere-se mais à condição de exclusão social do que a evidências corporais.

Sobre os efeitos na saúde entre os estigmatizados, o sofrimento psíquico decorrente do isolamento social é a consequência mais relatada. De forma geral, há um aumento do estresse que contribui para a morbidade psicológica e social secundária e afeta a qualidade de vida e o bem-estar físico (DEMI *et al.*, 1997; FIFE; WRIGHT, 2000).

Goffman (2017) identificou que o autoisolamento pode levar a pessoa estigmatizada a ser desconfiada, deprimida, hostil, ansiosa, confusa, em virtude da insegurança que o estigmatizado sente por não saber o que o outro pensa dele e pelo medo de ser desrespeitado. Essa dificuldade nos contatos mistos resulta na tendência ao distanciamento e autoisolamento, sendo essa uma das mais relatadas consequências do estigma na vida dos sujeitos (MOREIRA, 2008).

Fife e Wright (2000), ao pesquisar o impacto do autoestigma e seus efeitos associados a pacientes portadores HIV/AIDS e câncer, também concluíram que o isolamento social foi a única dimensão do estigma que se mostrou significativa em todos os modelos que analisaram, acrescentando que esse autoisolamento se desdobra em outras consequências nocivas à vida saudável.

Outros estudos apontaram que o estigma, além da exclusão social, produz uma percepção depreciativa de si (KATZ, 1981; ABLON, 1981; LINK, 1982; LINK *et al.*, 1987, 1997; CROCKER; MAJOR, 1989; CRANDALL; COLEMAN, 1992), causando um ensimesmamento que pode impactar na dinâmica familiar, na inserção no mercado de trabalho (JONES *et al.*, 1984; LINK; PHELAN, 2001; MOREIRA, 2008) e no acesso a cuidados em saúde e educação, podendo produzir consequências diretas ou indiretas sobre a saúde e o bem-estar nas vítimas de preconceitos.

Jones *et al.* (1984), Conrad (1986) e Weitz (1989) identificaram que, a depender da natureza específica do estigma associado a uma doença, o indivíduo pode se sentir responsabilizado por sua ocorrência, gerando-lhe culpa.

Ainlay, Coleman e Becker (1986) destacaram a propensão do estigmatizado em tornar-se dependente. Goffman (2017) também indicou que indivíduos estigmatizados apresentam uma predisposição à vitimização (tendência a esconder-se atrás do atributo depreciado, utilizando-o como desculpa para fracassos) e à utilização do estigma para ganhos secundários ou como desculpa pelo fracasso a que chegaram por outras razões. Ainda assim, Goffman (2017) também indica que pode-se encontrar entre alguns estigmatizados uma tendência à superação, ao se esforçarem para realizar tarefas e dominar áreas consideradas inacessíveis a pessoas com seu atributo.

Ainda no campo da saúde, emergiu o termo “estigma interseccional”, que adota o conceito de “interseccionalidade” cunhado por Crenshaw (1989) para caracterizar a convergência de múltiplas identidades estigmatizadas dentro de uma pessoa ou grupo e para abordar os seus efeitos conjuntos na saúde e bem-estar (BOWLEG, 2012). Como estigmas diferentes são frequentemente correlacionados e inter-relacionados, o impacto do estigma interseccional sobre a saúde é complexo, gerando uma ampla gama de vulnerabilidades e riscos. Essas formas de interseção de estigma são uma realidade comum, mas ainda pouco compreendidas, sendo o estudo da perspectiva interseccional vital para compreender as experiências e consequências de viver com múltiplas identidades estigmatizadas. Normalmente os estudos do estigma interseccional são voltados a compreender suas manifestações e efeitos sobre a saúde e o comportamento. Grande parte da pesquisa existente se concentra em pessoas vivendo com HIV, devido à priorização feita pela Organização Mundial da Saúde e pelos Institutos Nacionais de Saúde. No entanto, outras condições estigmatizadas, como doenças mentais, epilepsia e deficiências físicas, foram alcançadas pela pesquisa interseccional. O estigma interseccional tem sido repetidamente associado a piores comportamentos e resultados de saúde (FLETCHER *et al.*, 2016; DAFTARY, 2012; MBURU *et al.*, 2014).

Outros termos foram propostos que não “estigma interseccional”, como estigmas “em camadas”, “duplos”, “sobrepostos” e “multiníveis”. Todos esses termos implicam mecanismos adicionais para descrever uma abordagem teórica. “Estigma duplo”, por exemplo, implica que as experiências e os efeitos de viver com múltiplas identidades estigmatizadas são simplesmente aditivos (duplicados), quando, na verdade, podem ser multiplicativos ou interagirem de outras maneiras para produzirem determinada experiência (BAUER, G., 2014; PANCHANKIS *et al.*, 2017; BOWLEG, 2008).

Quanto às consequências no sujeito alvo do estigma relatadas na literatura, vimos que: (a) a estigmatização é sempre ruim (SIQUEIRA; CARDOSO, 2011); (2) ela produz fortes impactos sobre a subjetividade e sobre aqueles com os quais a pessoa se relaciona (BECKER; ARNOLD, 1986; RONZANI *et al.*, 2010); (3) o efeito mais devastador e propagador é o processo de deterioração da identidade (GOFFMAN, 2017) que acontece no contato com outros e à medida que o indivíduo internaliza esse rótulo (LINK *et al.*, 2001; WRIGHT *et al.*, 1998); (4) ao sentir-se estragado, diminuído, excluído socialmente, o estigma se torna o ponto focal da vida do indivíduo lesionado, ditando como toda ela se organizará (JONES *et al.*, 1984).

2.4.2 A influência da identidade social do policial na construção do estigma entre policiais militares acometidos de deformidade em face

Pacientes acometidos por ferimentos por arma de fogo em face podem apresentar sinais corporificados altamente visíveis, passíveis de intrusibilidade e, portanto, susceptíveis à estigmatização. Além dos fatores físicos, como já vimos, o estigma é construído e confirmado nas relações sociais, de modo que características socioculturais contribuem no processo de estigmatização. Das (2001) e Link e Phelan (2001) argumentam que uma pesquisa sobre estigma necessita: identificar os processos sociais e culturais que ligam categorias de pessoas aos estados morais desvalorizados; investigar como estes estão presentes na vida cotidiana dos indivíduos e suas famílias; e questionar como são tratados os dilemas morais, as relações sociais cindidas e as possibilidades da vida para aqueles afetados.

Stanford e Scott (1986) compreendiam a norma como mecanismo de controle social e elemento estruturante para a compreensão de como o estigma é construído. “Há um quadro de pessoa ideal, crenças do que o indivíduo deveria ser. [...] As pessoas que não se enquadram nos perfis ideais tendem a ser desvalorizadas” (STAFFORD; SCOTT, 1986, p. 81). Para Morando *et al.* (2018, p. 26):

Quanto maior a discrepância entre a identidade virtual e real, mais forte será o estigma; quanto mais perceptível e acentuada a diferença entre o indivíduo estigmatizado e os normais, mais estigmatizante ela será; quanto maior a diferença entre os atributos reais e atribuídos, mais acentuada será sua problemática, devido ao controle social e submissão a ele.

Elias (1994) discorre sobre como desenvolvemos a nossa consciência de quem somos a partir de como somos reconhecidos por outras pessoas, e comenta que apenas nos reconhecemos como indivíduos diferentes na convivência com outras pessoas. Para Canguilhem (2002), por

de trás das definições adotadas do que é normal ou patológico está a maneira como a razão moderna assenta a articulação entre vida e norma, erro, ordem e desordem (SAFATLE, 2011).

A partir disso, podemos refletir sobre como são os processos socioculturais na Secretaria de Estado de Polícia Militar – SEPM. Para essa análise, consideramos os parâmetros descritos nas normas e editais dos concursos na SEPM⁹. Silva (2011) concluiu que o processo seletivo para o ingresso na Polícia Militar traduz a busca por indivíduos que se aproximem do ideal de polícia construído a partir da sociedade e da corporação. Segundo o edital consultado, para aprovação, o policial deve gozar de boa saúde e condições físicas caracterizadas como “normais”. Para isso, no processo de seleção são aplicadas provas teóricas, exame psicotécnico, exames médicos, odontológico e de capacidade física. O exame físico conta com exame antropométrico onde são aprovados apenas os candidatos que se enquadrem nas condições “normal magro”, normal e “normal pesado”. No exame físico de saúde é considerado inapto o candidato que apresenta ausência ou perda parcial de qualquer segmento do corpo ou qualquer anomalia congênita ou adquirida que comprometa a estética e a funcionalidade do corpo, tais como deformidades, retrações, abaulamentos ou cicatrizes, inclusive as cirúrgicas. No exame odontológico os candidatos são considerados inaptos quando apresentam dentes cariados, fraturados, com comprometimento endodôntico, com restaurações temporárias ou deficientes; periodontites; menos de vinte dentes naturais; ausência de qualquer dente da bateria labial, entre incisivos e caninos que correspondem à área estética do sorriso, com tolerância de dentes artificiais desde que satisfaçam à função e à estética; maloclusões e deformidades dentofaciais. Os critérios para reprovação dispostos no edital são literais quanto à necessidade de que o candidato não seja portador de características físicas indesejáveis que comprometam a estética e a funcionalidade do corpo.

Consequentemente, em virtude das normas institucionais vigentes, pode ser alta a expectativa construída sobre a imagem do policial (sua identidade social), de forma que esse fator pode contribuir para o processo de estigmatização entre os que adquirem deformidades faciais.

Para descobrir se de fato acontece estigmatização entre os pacientes vítimas de FAF em face, não basta descrevermos os sinais e sequelas advindas dos traumas faciais sofridos, mas, sobretudo, precisamos compreender como esses indivíduos são percebidos no convívio com os

⁹ RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Segurança. Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro PMERJ. **Edital de Concurso Público N° 001/2018/PMERJ/26 de dezembro de 2018**. Disponível em: https://www.ibade.org.br/Cms_Data/Contents/SistemaConcursoIBADE/Media/PMERJ2018/editais/EDITAL-CFO-2019-PMRJ-PARA-PUBLICA-O-271218.pdf. Acesso em: 18 abr. 2019.

outros, até porque os sinais corporificados podem ganhar sentidos distintos de acordo com o grupo social em que se convive. Uma cicatriz pode ter uma representação simbólica de bravura para um grupo social, propiciando ao indivíduo que carrega essa cicatriz (e que se relaciona com outros com a mesma compreensão) o entendimento de que é bravo e corajoso; de outra sorte, uma cicatriz na face pode ter uma representação simbólica depreciativa em determinados grupos sociais em que a estética facial é fator preponderante. Com isso, a descrição de uma seqüela por si só e sua atribuição anatômica (dis)funcional advinda com o ferimento, ou seja, sua atividade instrumental, não esgotam as informações sobre o que de fato ela representa para o sujeito e em quais situações de sua vida a cicatriz o favorece ou deprecia, sendo fundamental compreender, para além de suas descrições anatômicas funcionais, as atividades simbólicas e expressivas desses sujeitos ao interior da corporação.

2.5 O *ETHOS* POLICIAL: TRABALHO, FORMAÇÃO, CULTURA

2.5.1 O trabalho da polícia

O policiamento de vias públicas não é uma invenção moderna. Schwartz e James Miller (1970), em estudo de revisão sistemática, relatam essa prática desde o ano de 27 a.C. em Roma, perpassando pela história de diversas sociedades primitivas. Entretanto, as instituições policiais no mundo como conhecemos hoje foram formadas e se constituíram no Estado Moderno, com estruturas variadas e particulares que guardam características próprias, imanadas do tempo histórico, das pactuações políticas sociais construídas e características culturais próprias de cada sociedade (MUNIZ, 1999).

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. Desta maneira, a fundação da polícia moderna constituiu o último tijolo construído para a estruturação do governo executivo moderno.

Bretas (1997), ao pesquisar os modelos policiais em diferentes contextos nacionais, concluiu que apesar da polícia ter sido estruturada de formas burocráticas diversas, a experiência organizacional produziu agentes policiais com visões de mundo bastante semelhantes. O autor ofereceu a hipótese de que isso se deve às experiências diárias comuns a todos os sistemas policiais, fazendo da atividade cotidiana o foco da compreensão de suas práticas. Bayley (2001) indica que, apesar de toda a variação institucional entre as nações, parece haver a formação de uma cultura profissional coletiva, o que chamou de “*zeitgeist* internacional e profissional”.

Bittner (2017) cita um trabalho de Skolnick¹⁰, que, ao estudar a personalidade de trabalho dos policiais ingleses, mostrou que o centro da experiência policial está atrelado à combinação de perigo e autoridade. A presença do perigo colocaria em risco o discernimento necessário para o uso da autoridade. Dessa forma, a aceitação das normas legais por parte do policial variaria de acordo com o perigo a que são expostos.

O papel da polícia na sociedade, para além da definição simplista de que o policial deve focar em policiamento ostensivo, no controle do crime e na manutenção da paz, inclui funções que extrapolam uma delimitação superficial, por causa do poder discricionário que lhe é dado ao evocar a lei. Bittner (2017) afirma que os policiais lidam com problemas complexos que engendram questões legais e morais e demandam um alto refinamento da sua capacidade de discernimento. A polícia é a única instituição autorizada a usar força física para regular as relações interpessoais; ainda assim, tal discricção também é limitada e não relata tudo o que a corporação faz, já que há uma grande variedade de atividades no interior de suas categorias (BAYLEY, 2001).

A concepção popular do caráter do trabalho policial é carregada de estigma e percepções negativas que foram construídas e cristalizadas socialmente e representam barreiras desafiadoras. Bittner (2017) aponta três traços estruturais que caracterizam no imaginário social o trabalho policial: seu caráter de ação corrupta, a procura por soluções imediatas de problemas complexos e o efeito de divisão social. Essas características estão ligadas não apenas à forma como o policial executa seu trabalho, mas também àquilo com que eles lidam. Parte da sociedade, por exemplo, ao aclamar e legitimar que o policial execute sumariamente criminosos, mesmo em situação de rendição do meliante, transfere ao agente o papel de assassino e naturaliza a violência. Isso porque talvez no cerne do pensamento social esteja

¹⁰ SKOLNICK, Jerome. **Justice without trial**. Nova York: John Wiley & Sons, 1966.

cultivada a compreensão de que ao policial cabe realizar tarefas “sujas”, o que é obviamente inconcebível dentro do estado de direito.

As descrições e atribuições relativas ao trabalho das forças policiais são variáveis ao redor do mundo, o que dificulta essa conceituação. Bayley, (2001) indicou três maneiras de descrever a atividade/trabalho policial: relacionando o que a polícia é designada a fazer, expondo as situações com que ela tem que lidar e, por fim, indicando as ações que ela deve executar ao lidar com as situações. Este autor, ao discorrer sobre o poder de polícia a partir de análise de diversas instituições do tipo no mundo, ressalta que esse poder parece responder mais às necessidades de segurança da elite do que do público.

No arcabouço da segurança pública¹¹ 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 (BRASIL, 1988), as Polícias Militares receberam uma missão contemporânea, inscrita no Artigo 144, como polícia ostensiva, que tem a responsabilidade de prevenir e evitar o cometimento de todo e qualquer delito que cause perturbação à ordem pública. As Polícias Militares no país são subordinadas ao Exército e organizadas à semelhança dele, dentro de bases de hierarquia e disciplina seguindo um sistema de patentes similar ao que opera nas Forças Armadas.

No Estado do Rio de Janeiro, o trabalho policial militar é regulado pelo Estatuto¹² que institui a situação, obrigações, deveres, direitos e prerrogativas dos policiais militares do estado durante o exercício do policiamento ostensivo. Minayo *et al.* (2008) relacionaram 36 tarefas que a SEPM é designada a executar, 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

¹¹ Segurança pública é compreendida aqui 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 foram definidos 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).

¹² Lei Estadual nº 443, de 1 de julho de 1981.

Judiciário, Legislativo, Executivo, Ministério Público e órgãos federais. Atualmente, não é possível encontrar no site da corporação a relação das tarefas desempenhadas pela SEPM. Ainda assim, é possível conhecer quais são as prioridades pactuadas a partir da análise dos indicadores que constituem o Sistema de Metas e Acompanhamento de Resultados (SIM) do Estado do Rio de Janeiro.

2.5.2 A organização institucional da polícia

Segundo Foucault (2014), a constituição das polícias, junto a outros dispositivos já anteriormente apresentados, visou garantir a governabilidade na Europa Ocidental durante a formação do Estado Moderno. 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, p. 135) 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”. Os militares talvez tenham sido os primeiros a serem dominados por essa mecânica do poder disciplinar.

O desenvolvimento da profissionalização da polícia consiste num predicado moderno da polícia que ocorreu em diferentes períodos históricos entre os países. Na Inglaterra ela aconteceu em meados do século XVIII, na Índia em 1857, na Rússia por volta de 1860, em Tóquio em 1878, nos Estados Unidos em 1979 (BEYLEY, 2001, p. 60-61) e no Brasil a partir da chegada da família real portuguesa, no início do século XIX.

As polícias militares no Brasil nasceram inspiradas 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. Historicamente, seu significado está muito associado à ideia moderna das instituições ligadas ao Estado francês do século XVII (BRETAS, 1997), e sua formação frequentemente se deu com características e atribuições diversas (MINAYO *et al.*, 2008.). Desde sua criação, a polícia sofreu duras críticas e rejeição da população em virtude dos abusos e procedimentos de tortura. Segundo Holloway (1997), a cultura de truculência e a falta de confiança na polícia estão na raiz dessa hostilidade. Em parte, esse comportamento violento 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).

No Rio de Janeiro, em 13 de maio de 1809, foi criada 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. 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 SEPM. Em 1974, o Governo Federal decidiu reunir os estados do Rio de Janeiro e da Guanabara através da Lei Complementar nº 20, que determinava a fusão de ambos 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 Borbonos, no Centro da cidade do Rio de Janeiro (MINAYO *et al.*, 2008).

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. Em 2019, o organograma da SEPM sofreu novas alterações estruturais após a posse do Governador Wilson Witzel. Anteriormente, a Polícia Militar do RJ era subordinada à Secretaria de Segurança Pública do Estado, todavia, essa secretaria foi dissolvida pelo então governador e novas

secretarias da área de segurança pública foram criadas e estão subordinadas diretamente ao governo do Estado. Assim sendo, no organograma atual da Polícia Militar o Comandante Geral da SEPM é o Secretário da Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro.

2.5.3 A construção do *ethos* policial militar: formação, divisão de trabalho, cultura e valores do policial e da polícia

Como arcabouço teórico para pensarmos esse campo (Secretaria de Estado de Polícia Militar) e sua cultura, utilizaremos a noção de *habitus* desenvolvida por Pierre Bourdieu. Ele definiu *habitus* como

sistemas de disposições duráveis, estruturas estruturadas predispostas a funcionar como estruturas estruturantes, isto é, como princípio gerador e estruturador das práticas e das representações que podem ser objetivamente “reguladas” e “regulares” sem ser o produto da obediência a regras, objetivamente adaptadas a seu fim sem supor a intenção consciente dos fins e o domínio expresso das operações necessárias para atingi-los e coletivamente orquestradas, sem ser o produto da ação organizadora de um regente (BOURDIEU, 2003, p. 53-54).

E. Silva (2016), ao apresentar uma arqueologia do *habitus*, concluiu que o conceito foi sofrendo ao longo da vida acadêmica de Bourdieu mudanças e transformações. Segundo a autora, o conceito foi “rígido e imutável” em seu período inicial, mas ao longo do tempo e à medida do seu amadurecimento o conceito sofreu um aprimoramento e refinamento, tornando-se mais “flexível e fragmentado”. Por essa razão, utilizaremos a compreensão do conceito no período mais recente do autor.

O *habitus* articula as relações do sujeito e a sociedade e foi utilizado por Bourdieu para estudar gostos e práticas culturais em relação a desigualdades sociais. O *habitus* é a internalização pessoal da maneira de fazer e de lidar com a nossa vida social; se refere à reprodução e herança, origens e maneira pelas quais damos forma a nossas origens ao longo das nossas vidas. O *habitus* tem uma hélix que inclui: dimensões corporais, gestuais, dimensões de moral e valores, dimensão cognitiva presente e representativa e uma competência linguística relacionadas a estética e gosto. Esse *habitus* foi compreendido por Bourdieu como um sistema de disposições dentro de um *campo* definido como “uma rede, ou uma configuração de relações objetivas entre posições” (BOURDIEU; WACQUANT, 1992, p. 72-73) ou como:

Um sistema de disposições duráveis e intransponíveis que exprime, sob a forma de preferências sistemáticas, as necessidades objetivas das quais ele é produto. (...) constituindo num tipo determinado de condições materiais de existência, esse sistema

de preferências cujas oposições reproduzem, sob uma forma transfigurada e muitas vezes irreconhecível, as diferenças ligadas à posição na estrutura da distribuição dos instrumentos de apropriação, transmutadas, assim em distinções simbólicas (BORDIEU; SAINT-MARTIN, 1976, tradução da autora).

Desta maneira, para compreender os sentidos e sentimentos atribuídos pelos policiais vítimas de violência por arma de fogo em face e as repercussões da vitimização para a identidade do policial na SEPM a partir da noção de *habitus*, precisamos também considerar a *doxa*, o capital cultural e social desse *campo*. A *doxa* consiste no universo de pressuposições tácitas que organizam esse grupo. O capital cultural trata-se da posse de bens ou símbolos culturais. Esse capital cultural está presente nos seguintes estados: “incorporado”, que são os conhecimentos adquiridos; “objetivo”, que são as realizações materiais manifestas no patrimônio de bens culturais, como livros, instrumentos, equipamentos; e “institucionalizado”, que são os títulos, diplomas, premiações. O capital social representa o conjunto de contatos, relações, conhecimentos, amizades do sujeito (MARTELETO, 2017) – no caso, o policial. Já os desdobramentos advindos das comorbidades maxilofaciais produzidas por arma de fogo e suas repercussões no exercício da profissão serão pensados em articulação com os elementos que constituem esse *ethos* do policial militar, que são o conjunto de valores implícitos e profundamente interiorizados. O capital cultural, social e a *doxa* na Secretaria de Estado da Polícia Militar, ou seja, o *ethos* policial, podem ser observados: pelos seus processos de socialização, treinamentos e cursos desenvolvidos, rotinas de trabalho, como são realizadas as divisões de trabalho na corporação, seus valores, padrões de comportamento, hinos e normas documentais e sobre essas questões falaremos a seguir.

Sobre isso, é também importante ressaltar 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 (ALVES *et al.*, 2013; VIANNA; FARIAS, 2011; BARREIRA, 2015; KUCINSKI *et al.*, 2015). Oliveira e Carioca (2019), em pesquisa documental da Polícia Militar do Amazonas, verificaram registros escritos que informam que os padrões éticos devem agir como base do serviço público. Os autores relacionam a credibilidade da Polícia Militar como um aspecto consecutório, ou seja, como reflexo do bom serviço prestado. Entre as infrações éticas identificadas, o registro de abuso de autoridade aparece em primeiro lugar em 2016, o equivalente a 52,0% dentre os crimes cometidos pelos policiais mais frequentes naquele ano, e 120 registros em 2017, equivalente a 44,6%.

É consenso na sociologia clássica a compreensão do Estado Moderno como detentor do *monopólio da violência física*, com vistas ao controle social, como afirmou Weber (2004). Mas

os níveis do uso da força letal na SEPM foram considerados muito elevados em relação a outras polícias no mundo (MAGALONI; CANO, 2016). Em 2019, as polícias do Rio de Janeiro (somando-se civil e militar) bateram um recorde de letalidade, somando 1.075 mortes em ações do estado no ano. Segundo Ramos (2019), 38% das mortes violentas na capital foram causadas por ação policial. Apesar disso, o governador Witzel assinou decreto que acabou com incentivo à redução de mortes provocadas por policiais (RAMOS, 2019).

Bourdieu (2019, p.88) associou a violência à virilidade¹³ presente no *ethos* masculino. Essa virilidade é constituída socialmente diante de outros homens e deve ser comprovada nos ritos militares. As instituições policiais militares são constituídas majoritariamente por policiais do sexo masculino, que em seu ingresso à polícia participam de uma rotina de repetidos treinamentos militares em ambiente de rigorosa hierarquia e disciplina por onde é aprendido e inscrito nos corpos dos agentes o *ethos* policial, suas gestualidades. Através desses treinamentos são colocadas à prova a virilidade, bravura e coragem do policial. Esse dever-ser viril coaduna com as características do *ethos* guerreiro descritas por Elias (1994) como conjunto de características tidas como virtuosas e estimuladas pela nobreza europeia da Idade Média sobre a habilidade nas artes da guerra. Com isso, o corpo do policial é objeto de demonstração de poder e está relacionado às noções de virilidade, agilidade, força, poder e masculinidade (OLIVEIRA, 2010).

A construção corporal do policial militar viril, masculino, forte, frente à realidade das marcas na face e das limitações estético-funcionais. Como é vista essa mudança? Tais marcas nesse campo podem receber um significado próprio a ser descoberto – como uma marca de um “herói”, de um guerreiro. De outra forma, quando esse policial se relaciona em campo diferente do seu trabalho, será que ele enfrenta estigma?

2.5.4 As rotinas e divisões de trabalho

A SEPM, por ser subordinada ao Exército, observa bases de hierarquia e disciplina e segue um sistema de patentes similar ao das Forças Armadas, o que é visto por alguns estudiosos como uma condição incompatível com a ordem democrática no Brasil (SANTOS, 1997). Assim sendo, possui uma organização verticalizada onde a *divisão de trabalho* se organiza hierarquicamente dentro de duas categorias: a classe de oficiais e das praças. O ciclo

¹³ “Capacidade reprodutiva, sexual e social, mas também como aptidão ao combate e ao exercício da violência, e, acima de tudo, uma carga.”

de oficiais é subdividido em oficiais superiores (Coronel, Tenente Coronel e Major), oficiais intermediários (Capitão) e oficiais subalternos (Primeiro Tenente e Segundo Tenente). O ciclo das praças obedece às graduações em ordem crescente: Soldado, Cabo, 3º Sargento, 2º Sargento, 1º Sargento e Subtenente. O Aluno Oficial e o Aspirante Oficial são considerados praças especiais.

Os oficiais são preparados, ao longo de sua carreira, para exercer funções de comando, chefia e direção¹⁴. Entre as atribuições do cargo de oficial no RJ, foram listadas, no edital de dezembro de 2018¹⁵:

comandar pelotão; coordenar policiamento ostensivo, reservado e velado; participar do planejamento de ações e operações; pautar suas ações em preceitos éticos, técnicos e legais; assessorar o comando nos assuntos relacionados à sua área específica; gerenciar recursos humanos e logísticos; desenvolver processos e procedimentos administrativos; operar a legislação, normas e regimentos internos e externos à Corporação, incluindo a legislação específica aplicada às Polícias Militares; operação de legislação, normas e regimentos internos aplicados às funções inerentes ao cargo de Oficial de processos administrativos disciplinares; condução de inquéritos policiais militares e de procedimentos administrativos inerentes ao cargo (RIO DE JANEIRO, 2019, p. 2).

As praças têm funções distintas entre seus postos. Os Subtenentes e Sargentos devem auxiliar e complementar as atividades dos Oficiais, quer no adestramento e no emprego dos meios, quer na instrução e na administração; deverão ser empregados na execução de atividades de policiamento ostensivo peculiares à Polícia Militar. Os Cabos e Soldados são, essencialmente, os elementos de execução e, portanto, desempenham o policiamento ostensivo.

Segundo A. Maia (2018), em consulta ao Departamento de Pessoal da Ativa (DPA) da SEPM em 14 de março de 2018, a instituição contava com um efetivo ativo de 44.561 policiais militares. Desses, 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”, ao passo que 11.330 policiais militares exerciam *atividades meio*, que compreendem um “conjunto de esforços de estudo, planejamento de apoio específico que permite ou facilita a atividade fim”.

Sobre jornada de trabalho do policial militar no RJ, o regime também é distinto entre praças e oficiais. Para as praças que atuam na atividade fim da profissão a escala obedece a uma

¹⁴ 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.

¹⁵ RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Segurança. Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro PMERJ. **Edital de Concurso Público N° 001/2018/PMERJ/26 de dezembro de 2018**. Disponível em: https://www.ibade.org.br/Cms_Data/Contents/SistemaConcursoIBADE/Media/PMERJ2018/editais/EDITAL-CFO-2019-PMRJ-PARA-PUBLICA-O-271218.pdf. Acesso em: 18 abr. 2019.

rotina, que de forma geral é de 24 horas de expediente por 72 horas de descanso. Para as praças que atuam em trabalhos burocráticos o regime diário de trabalho é variável e depende da demanda dos batalhões em que estão lotados. Não obstante, o Estatuto da SEPM exige do policial militar dedicação integral ao serviço policial militar.

2.5.5 O ingresso e a formação do policial militar na SEPM

A institucionalização da profissionalização das polícias estabeleceu a elaboração de um conjunto de normas que regulam tanto a forma de seleção desses profissionais quanto à formação exigida para o ingresso na corporação. Sobre o ingresso na Administração de servidores da segurança pública no Brasil, ela ocorre a partir de concurso público, conforme exigência constitucional.

Dessa maneira, a entrada dos policiais militares na SEPM se dá por concurso público. Para o quadro das praças exige-se o ensino médio completo e para os alunos oficiais exige-se o nível superior, com formação específica de Bacharel em Direito. Os editais dos concursos precisam ser construídos em consonância com as Leis Estaduais nº 443, de 1º de junho de 1981 (Estatuto dos Policiais Militares do Estado do Rio de Janeiro), e nº 5.467, de 8 de junho de 2009, que fixa o Efetivo da Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro e na legislação complementar pertinente ao assunto¹⁶.

O concurso ocorre em diversas etapas envolvendo prova objetiva e redação, exame médico, odontológico e psicológico, exames antropométrico, físico, toxicológico e investigação social e documental.

Os programas de ensino e formação dos policiais militares nas academias de polícia são o principal instrumento de formação para o exercício da carreira. Poncioni (2005) destacou a importância das academias de polícia para a construção da identidade profissional do policial, transmissão dos valores e normas que constituem a instituição. Para Brito e Pereira (1996), o treinamento é uma espécie de materialização da cultura da profissão policial. A iniciação é realizada através do curso de formação e a formatura é o rito de passagem do mundo civil para o mundo militar. Os mesmos autores (1996) encontraram que o respeito à hierarquia militar e

¹⁶ Requisitos básicos comuns exigidos no Edital do Curso de Formação de Soldados Policiais Militares no RJ (2014) e Curso de Formação de Oficiais (2018): ser brasileiro nato; estar em dia com as obrigações militares, para os candidatos masculinos; ter idade compreendida de dezoito anos na data de matrícula e trinta anos até a data limite do período de inscrição; ser eleitor e estar em dia com as obrigações eleitorais; possuir Carteira Nacional de Habilitação (CNH), ter altura mínima de 1,65m (Lei Estadual nº 5630, de 29 de dezembro de 2009); para candidatos do sexo feminino de 1,60m (Lei Estadual nº 1032, de 08 de agosto de 1986).

às normas disciplinares são as primícias culturais apropriadas pelos alunos militares em fase de formação. França (2019), em estudo etnográfico no Centro de Formação da Polícia Militar do Estado da Paraíba durante o Curso de Formação de Oficiais (CFO), identificou que o disciplinamento corporal, psíquico e moral funciona como uma “fábrica” de novas identidades sociais caracterizadas pela obediência, resignação às regras da caserna e uniformidade de comportamentos.

Como vimos, para o cumprimento de sua função de policial militar, são realizados uma seleção e 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, para que o agente execute a vontade do Estado (MAIA, A., 2018).

2.5.6 A doxa e o capital cultural e social do policial militar

A cultura representa tudo o que é particular de determinada sociedade. Para sua compreensão, é necessário identificar o sistema de representações que a constitui, estabelecendo seus contrastes, suas distinções e rupturas, que juntas compreendem o seu sentido no mundo e suas relações sociais (RODRIGUES, 2006, p. 25). Para pensarmos o esquadramento da cultura de uma organização é necessário conhecer os processos de socialização dos indivíduos que a compõem, pois é nessas relações que são transmitidos, modificados ou reafirmados aspectos simbólicos estruturantes de uma instituição (BRITO; PEREIRA, 1996). Além desses fatores já relacionados, Schein (1984) recomendou que sejam consideradas as dimensões objetivas (visíveis) e as dimensões subjetivas criadas pela organização. Entre as dimensões objetivas estão a arquitetura com que a organização foi construída e é mantida, as ferramentas empenhadas no desempenho de suas funções, as normas e legislações que regem a organização. Já as dimensões subjetivas são mais difíceis de serem discernidas pois estão contidas no universo simbólico; elas são encontradas nas expressões como mitos, ritos, rituais, lendas, folclore, os valores, crenças, expectativas e heróis organizacionais (SCHEIN, 1984). Beyer e Trice (1984) consideram os símbolos as maiores manifestações da cultura.

Pensando sobre os parâmetros para identificação da identidade e da cultura de uma instituição, em especial de instituições policiais, Nascimento (2014) indicou como importante a observação das práticas organizacionais. Villaça (2003) identificou a cultura organizacional

da polícia militar como complexa, em virtude da heterogeneidade dos subgrupos que a compõem.

É largamente conhecido que a hierarquia e a disciplina são a base institucional das Polícias Militares no Brasil. Segundo o Estatuto da SEPM no seu artigo 6, são deveres do PM a disciplina e o respeito à hierarquia. Rodrigues (2014), ao investigar os valores organizacionais e as atitudes dos membros da polícia militar do Distrito Federal frente à mudança, encontrou que os valores de conservação e hierarquia são os mais presentes na organização, e as atitudes dos indivíduos frente às mudanças são de temor. Os valores de hierarquia e conservação foram mais percebidos pelas praças do que pelos oficiais. A distribuição hierarquizada e suas respectivas patentes nesse campo podem ser compreendidas como um capital cultural de dominação simbólica na instituição. Mas a cultura de uma organização não é algo estanque. É um campus em constante tensão e disputa entre os grupos de conservação e os grupos marginais de subversão que representam subculturas que divergem em intensidades variáveis da cultura dominante vigente e possuem menos capital (BOURDIEU, 1983). Almeida (2011), ao estudar sobre o ciclo de movimentos reivindicatórios dos policiais militares brasileiros em 1997, apontou que o processo de redemocratização do Brasil, a Constituição de 1988 e a melhoria da qualificação profissional com a exigência de ensino fundamental completo para ingresso na instituição a partir da década de 1990 fizeram emergir mudanças de valores, especialmente entre as praças, onde a competência técnica começou a sobrepujar a dominação apenas pela patente. O ciclo de protestos dos policiais militares representou desgastes da cultura tradicional militar e o início da tentativa da construção de uma cultura política democrática das PM brasileiras.

Para Fleury (1989), o momento da socialização organizacional exerce um papel duplamente simbólico na reprodução e transmissão da cultura. Já que integra os indivíduos enquanto exclui aqueles que não se ajustam. Nas instituições militares a posição hierárquica do policial delimita seus círculos de convivência. Há o círculo das praças (Soldados, Cabos), praças especiais (Aspirante Oficial, Aluno Oficial), oficiais subalternos (Primeiro e Segundo Tenente), oficiais intermediários (Capitão) e oficiais superiores (Major, Tenente Coronel e Coronel)¹⁷. Segundo o Regulamento da SEPM, não é recomendada a convivência social entre círculos distintos daquele ao qual o policial pertence, norma que é justificada pela “finalidade de desenvolver o espírito de camaradagem, em ambiente de estima e confiança, sem prejuízo do respeito mútuo”.

¹⁷ Regulamento para as Polícias Militares e Corpos de Bombeiros Militares, Capítulo 2, artigo 21.

Para R. Sousa (2009), a cultura organizacional policial militar se preocupa com a coletividade, e cultua seus valores, ritos, mitos e símbolos para manter essa identidade de coesão. Brito e Pereira (1996) identificaram que esse espírito de corpo é desenvolvido nos rituais socializadores mantidos sob pressão psicológica durante os treinamentos. Para Bourdieu (1990), os ritos e rituais possibilitam um duplo sentido para a determinação ideológica, na medida em que eles naturalizam o mando para os superiores e a obediência para os subordinados.

Por consequência, a camaradagem entre os pares parece fazer parte da *doxa* do policial militar. Essa característica é inclusive uma exigência do PM, conforme pode ser visto no Estatuto da SEPM, no seu artigo 6¹⁸, que considera uma obrigação “o espírito de corpo e a prática da camaradagem para o desenvolvimento de permanentemente o espírito de cooperação”.

R. Sousa (2009), ao pesquisar o perfil cultural das organizações policiais militar e civil em Belo Horizonte descreveu que os policiais têm como valor a conformidade, a preocupação com a coletividade, a centralidade das normas, com o prestígio e as tradições; seus pilares básicos são a hierarquia e a disciplina (MINAYO *et al.*, 2008). Para Rodrigues (2006, p.41), o conformismo ou inconformismo não dependem dos temperamentos ou personalidades individuais, mas integram um conjunto de símbolos relacionados ou à múltipla variedade de modos de participação no sistema social.

Para Cruz e Barbosa (2002), as organizações policiais são centradas na autoridade legal, legitimadas pelas regras e regulamentos, que representam normas abstratas e que fixam as atividades e seus limites. O regulamento disciplinar existente nas organizações policiais é um dos fatores instrumentais que as caracterizam como burocracia.

Com isso, a performance do policial pode não ser vista apenas como resultado do conjunto de ações e decisões individuais, mas é partilhada, para o bem ou para o mal, entre os pares. Elias (1994) apontou que a preocupação com a coletividade é uma característica de sociedades menos individualizadas. As sociedades simples, sem elevado nível de individualização, restringem a possibilidade do indivíduo de vivenciar experiências e sentimentos, dado o pouco espaço para as decisões individuais (ELIAS, 1994, p.110). Dessarte, talvez esse tipo de valor presente nas organizações policiais possa ser inferido na redução do

¹⁸ 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.

impacto das experiências e sentimentos decorrentes das decisões tomadas, já que essas decisões são diluídas pelo espírito coletivo que as constitui.

Para Soares (2001), entre os símbolos da PM, a farda é apontada como o de maior representação e está relacionada ao mito da indestrutibilidade, ao fazer que os policiais se sintam como super-homens, como imortais. Sabemos que há uma construção social que implica na compreensão do policial enquanto herói e detentor de uma vocação sacerdotal (MENANDRO; SOUZA, 1996; MAGALHÃES, 2015; SILVEIRA; MEDEIROS, 2016; MAIA, A., 2018). Isso pode ser visto, por exemplo, na estrofe do Hino do Policial Militar:

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).

O Estatuto da SEPM¹⁹ também reforça a visão de herói em desenvolvimento de uma “missão”, ao elencar, entre as 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 risco da própria vida”. Nessa perspectiva é esperado que o policial em seu corpo sofra o martírio em favor de um suposto bem maior.

Por fim, outro aspecto marcante da constituição organizacional das polícias está sua forte predominância de policiais do sexo masculino. Soares e Musumeci (2005) concluíram que a SEPM possuía um percentual de 7,3% de mulheres no seu quadro. De acordo com o Departamento de Pessoal da Ativa (DPA) da SEPM em 14 de março de 2018, a instituição contava com um efetivo ativo de 44.561 policiais militares em 2018, sendo 4.744 desses policiais do sexo feminino (10,6% do efetivo). No último edital para concurso de soldados em 2014 na SEPM, foram abertas seis mil vagas, sendo que apenas 600 foram destinadas às mulheres, não sendo permitida a livre concorrência entre os sexos à totalidade das vagas ofertadas (RIO DE JANEIRO, 2018). Logo, as instituições militares são campos criados para indivíduos do sexo masculino e herdeiros dos valores do *ethos* guerreiro.

Calazans (2005), ao analisar o ingresso de mulheres nas polícias brasileiras, identificou que, apesar de não haver barreiras formais a seu ingresso na Polícia Militar, existem políticas

¹⁹ 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.

restritivas de integração e ascensão na carreira. A autora identifica que a inserção das policiais, ainda que de forma simbólica, reafirma uma lógica da diferença. Para Bourdieu (2019, p. 26),

A diferença biológica entre os sexos, isto é, entre o corpo masculino e o corpo feminino, e, especificamente, a diferença anatômica entre os órgãos sexuais, pode assim ser vista como justificativa natural da diferença socialmente construída entre os gêneros e, principalmente, da divisão social do trabalho.

Com isso, uma das explicações para a perpetuação dessa divisão do trabalho que prestigia o sexo masculino está na utilização da justificativa biológica de aptidão natural (vocacional) do homem para o exercício do trabalho policial militar. Essa compreensão faz parte da *doxa* institucional e é estruturante para o esquema de perpetuação da dominação masculina nesse espaço de poder, representando uma violência simbólica. Segundo Bourdieu (2019), a violência simbólica reside não nas consciências mistificadas, mas nas estruturas de dominação, o que nos faz pensar que a mudança dessa *doxa* em uma instituição militarizada é um desafio ainda maior.

2.6 TAMBÉM MORRE QUEM ATIRA: AS REPERCUSSÕES DA VIOLÊNCIA NA SAÚDE DO POLICIAL MILITAR

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; 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 aqui tratado, permanecem lacunas e a necessidade de aprofundar o conhecimento interdisciplinar (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 das

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, persiste o mito de que somos um país pacífico (DAMATTA, 1982). Em estudo do Atlas da Violência, foi constatado que, em 2018, a taxa de homicídios no Brasil foi de 27,5 por 100 mil, sendo que cerca de 70 por cento dos casos foram perpetrados por arma de fogo. Desse montante, aproximadamente 87% advieram de conflitos entre facções criminosas, da letalidade policial e de policiais mortos (CERQUEIRA, 2019).

A despeito de não vivermos conflitos armados de cunho religioso, étnico, territorial ou político, o Brasil está entre os dez países com maior taxa de homicídio por arma de fogo no mundo (WAISELFIZ, 2013, 2016; CERQUEIRA, 2017). Segundo dados do Mapa da Violência, entre 1980 e 2014 morreram 967.851 pessoas por homicídios por arma de fogo no Brasil, representando 85,8% do total de homicídios do país (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^a posição entre os 100 países analisados pelo Mapa. Nacionalmente, os homens representaram 94,4% das vítimas, e a população negra vítima por armas de fogo é 2,6 vezes maior que a dos brancos (WAISELFIZ, 2013, 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 essa morbidade ocupa a quarta posição entre os meios de agressão física. Entrementes, importa ressaltar que não é possível conhecermos a real magnitude de tais morbidades por fatores tais como a subnotificação e pela não obrigatoriedade desse 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 (SOUZA *et al.*, 1996).

Quanto ao contexto de violência no estado do Rio de Janeiro, Ramos (2016, 2019) apontou altos índices de violência no estado, especialmente na região metropolitana. Essa

violência é fortemente caracterizada pelo enraizamento de diferentes grupos de narcotráfico e de grupos paramilitares conhecidos como milícia, fortemente armados, presentes nos territórios de favelas, em conjuntos habitacionais e em muitos bairros pobres da cidade. Entre as principais atividades ilegais desenvolvidas pelos grupos de narcotráfico estão a venda e distribuição de drogas ilícitas, roubos de cargas e furtos. Já as milícias contam com uma sofisticada rede de atividades ilícitas que permeiam as mais variadas necessidades das comunidades dominadas sob a alegação de estarem protegendo os moradores, mas que na prática resultam numa cruel opressão aos moradores, como a cobrança de taxas de proteção que se converteram em extorsões. Magaloni e Cano (2016) identificaram que os altos índices de homicídios no RJ ocorrem em virtude da disputa territorial de diferentes grupos criminosos e de ações policiais baseadas na “guerra ao crime”. Comumente, o que vemos é um sistema que funciona tal e qual uma “máquina de moer gente” (MAIA, A., 2018), que tem como bandeira a guerra às drogas (PASSOS, 2011) e vem produzindo alta letalidade, especialmente entre os jovens negros do sexo masculino e entre profissionais da segurança pública (CERQUEIRA, 2018; MACIEL *et al.*, 2016).

É conhecido que os profissionais de segurança pública enfrentam maior risco de morte se comparados a outras profissões, em virtude da natureza e atribuições da profissão (SOUZA, MINAYO, 2005; 2012; FERREIRA, D., *et al.*, 2008; FISHER *et al.*, 2013; BLAIR *et al.*, 2016). Nos Estados Unidos da América, as taxas de acidentes fatais no trabalho são três a cinco vezes maiores entre os policiais quando comparadas a profissionais de outras áreas no setor privado (SWEDLER *et al.*, 2013).

A. Maia *et al.* (2019) identificaram que a arma de fogo foi o principal mecanismo de ferimento em serviço entre os policiais no mundo, atingindo sobretudo profissionais 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 situações de guerra. Apesar da alta representatividade da ocorrência de morbimortalidade por FAF entre os profissionais de segurança, são poucos os estudos que discutem as repercussões desses ferimentos para o exercício do trabalho e na vida dessas pessoas (PLANI *et al.*, 2003).

No Brasil, segundo informações do relatório anual do Fórum de Segurança Pública de 2019, em 2018, 343 policiais morreram em virtude da violência em todo país (CERQUEIRA; BUENO, 2019). 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

policiais militares no Rio de Janeiro é de 1998, realizada por Muniz e Soares (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 óbitos. Entre 2004 e 2009, 793 policiais militares foram mortos, sendo 170 em serviço. Entre 2010 e 2016, foram 675, sendo 131 deles em serviço (ISP, 2018). Em 2016 houve um retorno do crescimento da mortalidade policial, atingindo 121 óbitos (LIMA; BUENO, 2017). Não há, no entanto, 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. O ISP do Rio de Janeiro divulga relatórios mensais sobre as incidências criminais e administrativas envolvendo a segurança do estado, incluindo 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 2015²⁰, sem, contudo, trazer informações sobre as morbidades. 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 do Ministério da Saúde.

No estado do Rio de Janeiro, 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 (MINAYO; SOUZA; CONSTANTINO, 2007). 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 violência²¹. Em 2019, até o mês de agosto, 36 policiais

²⁰ VALE, L. D. **Relatório vitimização policial: 1998 a novembro de 2015** [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto de Segurança Pública do Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: http://arquivos.proderj.rj.gov.br/isp_imagens/uploads/RelatorioVitimizacao2015.pdf. Acesso em: 12 mar. 2022.

²¹ LOMELINO, C.; Grandin, F.; Freire, H. C.; Leitão, L. PMS mortos no RJ. **O Globo**, 26 ago. 2017. Disponível em: <http://especiais.g1.globo.com/rio-de-janeiro/2017/pms-mortos-no-rj/>. Acesso em: 4 mar. 2019.

militares morreram somente no estado do Rio de Janeiro em decorrência da violência²². Cabe ressaltar que, para cada policial morto de janeiro até agosto de 2019, 34 civis foram mortos pela polícia (ISP, 2019a, 2019b)²³.

Sobre as morbidades por arma de fogo, A. Maia (2019) encontrou, entre junho de 2015 a dezembro de 2017, 475 policiais militares da ativa atendidos no Hospital Central da Polícia Militar (HCPM) em decorrência de FAF não fatais. Tais ferimentos foram mais frequentes entre PMs do sexo masculino (98,3%), praças (97,9%), em serviço (77,3%). 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%). Na região metropolitana do Rio de Janeiro, as maiores ocorrências de morbidade por arma de fogo foram encontradas nas áreas de planejamento 1 e 3 e a Baixada Fluminense²⁴. Constatou-se correlação entre as taxas de morbidade policial por armas de fogo dos municípios da região metropolitana e densidade demográfica ($p = 0,024$).

Além das morbidades por arma de fogo, Minayo, Assis e Oliveira (2011) identificaram problemas que acometem de forma muito mais acentuada a saúde física e mental dos policiais civis e militares do Rio de Janeiro quando comparadas à população em geral. Os problemas físicos listados pelas autoras foram: obesidade, agravos gastrintestinais, hipertensão arterial, doenças coronarianas e o desenvolvimento de alguns tipos de câncer, entre outros agravos. Do ponto de vista emocional, os efeitos do risco e do desgaste sobre o psiquismo dos policiais resultaram em: alcoolismo, drogadição, insônia, estado de hipervigilância, aumento da agressividade ou embotamento da sensibilidade, levando a dificuldades conjugais e à violência intrafamiliar e perpetração, tentativa ou ideação de suicídio.

Sobre a saúde mental dos policiais, estudos têm apontado para algumas especificidades como elementos que afetam a saúde psíquica desses trabalhadores (PINTO, FIGUEIREDO, SOUZA, 2013; WINTER, ALF, 2019; CARVALHO; PORTO; SOUSA, 2020). Sobre esses, fatores destacamos: 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 têm contribuído para o elevado nível de estresse e

²² HERINGER, Carolina. Número de PMs mortos no Rio cai e estatística caminha para ser a menor em 25 anos. Extra, 9 set. 2019. Disponível em: <https://extra.globo.com/casos-de-policia/numero-de-pms-mortos-no-rio-cai-estatistica-caminha-para-ser-menor-em-25-anos-23935638.html>. Acesso em: 10 set. 2019.

²³ O ISP publicou que houve 1249 mortos por intervenção de agentes do Estado.

²⁴ A Área de Planejamento 1 (AP1) engloba Centro, Rio Comprido, Cristóvão, Ilha de Paquetá e Santa Teresa; a AP3 inclui Ramos, Complexo da Maré, Méier e Jacarezinho.

de agravos à saúde do policial (MINAYO; SOUZA; CONSTANTINO, 2007, 2008; SOUZA; FRANCO; MEIRELES; FERREIRA, 2007; MINAYO; ASSIS; OLIVEIRA, 2011; ANTUNES, 2109). Assim sendo, os policiais no estado do Rio de Janeiro têm trabalhado sob forte tensão e pressão (SOUZA; MINAYO, 2005; FRAGA, 2006; MINAYO; SOUZA; CONSTANTINO, 2007).

Essa constante tensão e pressão são potencializados pelas condições adversas de trabalho e alto risco profissional produzindo sofrimento psíquico (MINAYO; ASSIS; OLIVEIRA, 2011; SOUZA; MINAYO; SILVA; PIRES, 2012; BRITO, H., 2020). Bezerra, Assis e Constantino (2016, p. 2137) descrevem o sofrimento psíquico como:

Uma dificuldade emocional que associa sintomas psicológicos e físicos, sendo considerado um transtorno mental comum, caracterizado por sintomas não psicóticos como insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas como dor de cabeça, dor abdominal, tosse ou fraqueza. Essas queixas são manifestações ou respostas a um tipo de sofrimento psicológico e não estão necessariamente associadas à existência de uma patologia orgânica diagnosticável.

Pinto, Figueiredo, Souza e Ramos (2013) encontraram sintomas de sofrimento psíquico (segundo a SRQ-20) em 21,0% no conjunto dos policiais civis do RJ analisados. Souza, Minayo, Silva e Pires (2012) verificaram prevalência de sofrimento psíquico em 35,7% entre os policiais militares da cidade do Rio de Janeiro avaliados. Minayo, Assis e Oliveira (2011) encontraram, entre PMs com a presença de lesões físicas permanentes, frequência mais elevada de sofrimento psíquico (SRQ-20). H. Brito (2020), em revisão integrativa sobre o assunto, identificou que a maior parte dos estudos analisados relaciona o sofrimento psíquico ao trabalho policial militar, e concluiu que as condições e a organização do trabalho estão relacionadas com o sofrimento psíquico vivenciado pela categoria no Brasil.

A escala *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20) foi desenvolvida por HARDING *et al.* (1980) com o objetivo de rastrear transtornos mentais. Ela afere a presença de distúrbios psiquiátricos menores com sensibilidade entre 73% e 93%, especificidade entre 72% a 89%; e taxa de erros de classificação entre 18% e 24% (MARI; WILLIAMS, 1985; SOUZA; FRANCO; MEIRELES; FERREIRA, 2007). Este instrumento foi validado no Brasil por Mari e Williams (1985) e tem sido largamente utilizado em estudos que buscam avaliar a saúde mental de profissionais de segurança pública.

A escala SRQ-20 possui 20 perguntas sobre distúrbios não psicóticos. Cada resposta positiva corresponde a um ponto. Consideram-se como ponto de corte oito ou mais respostas

positivas para mulheres e sete ou mais respostas positivas para homens para o rastreio de transtornos mentais comuns (HARDING *et al.*, 1980).

Outro transtorno mental muito encontrado entre profissionais de segurança pública é o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT). Os incidentes mais frequentes de um evento potencialmente traumático para os policiais durante o serviço normalmente estão relacionados a situações de exposição à morte e ameaça à vida, tais como o uso de armas de fogo e acidentes com veículos motorizados (ROBINSON *et al.*, 1997; SCHAEFER *et al.*, 2012). O TEPT é o transtorno psicológico mais comum após a experiência de um evento estressor traumático, e é definido como um conjunto de sintomas desenvolvidos pelo indivíduo. Pode ser agudo, quando acontece imediatamente após o evento traumático, ou crônico, quando diagnosticado em tempo superior a seis meses após o encontro com eventos de natureza potencialmente traumática (SCHÜTTE *et al.*, 2012). Ainda que a exposição a eventos traumáticos seja considerada uma condição necessária para o desenvolvimento de transtorno de estresse pós-traumático, outros fatores individuais pré, peri e pós-trauma exercem impacto sobre a gravidade dos sintomas (MAIA, D., *et al.*, 2011).

D. Maia *et al.*, (2011), em estudo longitudinal com 212 policiais brasileiros, concluíram que o afeto negativo, tempo de trabalho, frequência de exposição a eventos traumáticos, dissociação peritraumática e falta de apoio social explicaram 55% das variações dos sintomas de TEPT encontrados entre os policiais estudados. As variáveis descritas acima também foram consideradas como fatores de risco para sintomas de TEPT em estudos publicados realizados na América do Norte (MARMAR *et al.*, 2006; MARTIN *et al.*, 2009), Europa (CARLIER *et al.*, 1997), Austrália (HODGINS *et al.*, 2001) e África do Sul (JONES; KAGEE, 2005).

A prevalência de TEPT na população de profissionais de segurança pública no mundo varia de 7 a 19%, e a presença de sintomas de TEPT está associada a prejuízos no funcionamento psicossocial e na saúde física (CARLIER *et al.*, 1997; MARMAR, *et al.* 2006; MAIA, D., *et al.*, 2007; MAIA, D., *et al.*, 2008; MAIA, D., *et al.*, 2015). Em um estudo transversal realizado entre policiais oficiais do Departamento de Polícia de Nova Orleans oito semanas após o furacão Katrina, West *et al.* (2008) encontraram uma taxa de 19% de TEPT entre os agentes. Teegen (2001, apud SCHÜTTE *et al.*, 2012) encontrou entre policiais alemães 9% de taxa de TEPT seis meses após eventos traumáticos, resultado semelhante aos 9,4% encontrados entre os policiais austríacos envolvidos no acidente do trem em Kaprun/Áustria, em que morreram 155 pessoas, seis meses após a tragédia.

Dias, Chambel, Lopes e Dias (2021), em estudo sobre a ocorrência de TEPT entre PMs no estado do Rio de Janeiro e suas correlações com fatores sociodemográficos e variáveis

ocupacionais, encontraram taxas de 16,9% para TEPT total e 26,7% para TEPT parcial, índice superior ao encontrado nos policiais militares de uma elite no estado de Goiás: 8,9% de TEPT total e 16% de taxa TEPT parcial (MAIA, D., *et al.*, 2007). Oficiais do sexo feminino e policiais em escalões inferiores da hierarquia militar estão em maior risco de desenvolver TEPT (DIAS; CHAMBEL; LOPES; DIAS, 2021). É considerado TEPT parcial quando há a existência de pelo menos um item de cada categoria dos critérios diagnósticos do DSM-IV (KAPCZINSKI; MARGIS, 2003).

O apoio social dos colegas de trabalho durante o evento traumático tem sido apontado como importante fator de proteção para a ocorrência de TEPT (MARTIN *et al.*, 2009). Já a falta de apoio social, os baixos níveis de confiança nas relações interpessoais e a distância entre ciclos hierárquicos em instituições policiais têm sido considerados fatores de risco para doenças mentais (MINAYO; SOUZA; CONSTANTINO, 2008; HEFFREN; HAUSDORF, 2016; DIAS *et al.*, 2021).

A avaliação de sintomas de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), é feita a partir da aplicação listagem de eventos traumáticos contendo 20 sintomas típicos descritos no DSM-5 (*American Psychiatry Association*, 2013). A escala é subdividida em blocos de perguntas sobre revivescência, esquiva, alterações negativas na cognição/humor e excitabilidade aumentada. Para o diagnóstico de TEPT o entrevistado foi considerado com TEPT quando $1 \geq$ memórias intrusivas, $1 \geq$ evitação, $2 \geq$ alterações na cognição e no humor e $2 \geq$ hiperexcitação (FOA *et al.*, 2013).

Segundo Dejours (1993), as pressões do trabalho nas organizações interferem no equilíbrio psíquico e na saúde mental dos trabalhadores:

[...] o trabalhador, incomodado pela sua atividade psíquica espontânea, paralisa-a. Para tanto a maioria dos trabalhadores acelera o ritmo de trabalho e se engaja freneticamente na aceleração, de maneira a ocupar todo o seu campo de consciência com as pressões sensomotoras (DEJOURS, 1993, p.162).

Em 2018, 104 policiais cometeram suicídio no país, número maior do que o de policiais mortos durante o horário de trabalho (87 casos) em confronto com o crime (BUENO *et al.*, 2021), o que aponta para a grave condição da saúde mental dos policiais. Em estudo sobre os fatores associados ao sofrimento psíquico de policiais militares da cidade do Rio de Janeiro, Souza, Minayo, Silva e Pires (2012) identificaram que, além do processo de trabalho, devem ser considerados os salários, o processo de organização institucional, os cuidados dispensados à saúde e as condições de vida pessoais e familiares desses servidores. Sobre isso, importa

ressaltar que fatores emocionais e o histórico de violência a que o próprio policial foi submetido na vida têm sido associados ao uso excessivo da doutrina do uso da força (MAGALONI; CANO, 2016).

Como consequência do aumento da visibilidade da vitimização policial, em 5 de março de 2018 foi publicada a Lei Estadual nº 7.883 (RIO DE JANEIRO, 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, Lei Estadual nº 7.883, 2018, Art. 2).

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. Em 2019, foi criado pelo governador Wilson Witzel a Secretaria de Vitimização e Amparo à Pessoa com Deficiência, que tem como uma de suas atribuições cuidar de policiais que sofreram ou vierem a sofrer algum tipo de trauma no combate ao crime. Também em 2019, foi sancionada a Lei 1.183/19, de autoria da deputada Renata Souza, que cria um programa de combate ao suicídio e sofrimento psíquico de agentes de segurança no estado do Rio de Janeiro, que seguirá as determinações da Lei 7.883/18. Infelizmente, até a data de fevereiro 2022, nenhuma medida por parte do executivo estadual foi iniciada em prol da implementação da Lei Estadual Número 7.883.

Ramos (2016) afirma que, de forma geral, o Rio de Janeiro tem vivenciado a implantação de recorrentes políticas públicas a partir de modelos belicistas que têm se mostrado ineficientes e perpetuam o grave quadro de violência. Não obstante, não há um aprofundamento dos debates na sociedade sobre como tais modelos de segurança pública estão fortemente relacionados ao adoecimento e vitimização dos profissionais de segurança pública

(WILLADINO, 2017; MAIA, A., 2019). Na prática, o que vemos é que “também morre quem atira”²⁵.

Na Saúde Pública, o conceito de “vitimização policial” tem sido utilizado em estudos para fazer referência à ocorrência de lesões físicas fatais e não fatais, assim como danos psicológicos sofridos a profissionais de segurança pública (MUNIZ; SOARES, 1998; MINAYO; RAMOS DE SOUZA, 2007). 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). O Estatuto da SEPM 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). 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. Ainda que o termo “acidente de trabalho” também esteja sujeito a críticas por invisibilizar as inúmeras ocorrências de violência institucional, essa tese quando utiliza o termo “*acidente violento de trabalho*” para se referir às lesões sofridas por arma de fogo *em serviço* compreende que permanece a necessidade de ampliação do entendimento do policial como trabalhador incluído na agenda da cidadania e que há maior necessidade de reflexão sobre estes fatos e termos utilizados pela corporação.

2.6.1 A Rede de saúde na SEPM

Quanto aos cuidados em saúde voltados aos policiais militares do Estado do Rio de Janeiro, destaca-se o sistema cooperativo denominado Fundo de Saúde da Polícia Militar (FUSPOM). Trata-se de um plano corporativo por adesão, custeado por recursos financeiros captados a partir de contribuição voluntária dos policiais ativos e inativos, seus dependentes e

²⁵ Título da música de composição de Billy Roberts / O Rappa.

pensionistas. Esses recursos são provenientes de 10% de desconto do soldo do PM, 1% de contribuição sobre cada dependente, doações, legados e indenizações²⁶.

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, quatro policlínicas de nível secundário e o Hospital Central da Polícia Militar. Este último é uma unidade de saúde de nível terciário que conta com o Setor de Pronto Atendimento, internação e centro de tratamento intensivo. A Diretoria Geral de Odontologia (DGO) faz a gestão de todas as especialidades da área e possui 35 Unidades de Saúde Bucal (USB) e a clínica de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial (CTBMF), que tem suas instalações no HCPM.

O Serviço de CTBMF da SEPM é subordinado à DGO e funciona no HCPM, localizado na cidade do Rio de Janeiro. Atualmente é composto por dois oficiais especialistas e três 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 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.

Em 2019, após a apresentação da alta demanda reprimida de atendimento odontológico entre os PMs feridos na face em serviço, foi criado pela DGO um projeto denominado Sorriso Azul, que tem como objetivo promover atendimento odontológico prioritário para reabilitação desses policiais.

2.6.2 Critérios para licenças do trabalho por motivos de saúde na SEPM

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 SEPM. Por conseguinte, todo policial 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 SEPM em 14 de março de 2018, a instituição contava com um efetivo ativo de 44.561 policiais militares, ao passo que,

²⁶ Informações do 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.

destes, apenas 20.964 exerciam a *atividade fim* da corporação, que é definida na Portaria número 0346 (RIO DE JANEIRO, 2010, 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 compreendem 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 nas categorias A, B ou C ou Inapto (RIO DE JANEIRO, 2010, p. 15). Segundo informações do Departamento de Pessoa 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 – 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.

3 METODOLOGIA

Esta tese foi concebida para ser publicada no formato de três artigos científicos. O primeiro responde ao objetivo específico inicial e já foi publicado no *Journal of the Brazilian College of Oral and Maxillofacial Surgery*. Nele, sistematizou-se a produção bibliográfica sobre a ocorrência de ferimentos por arma de fogo em face, mapearam-se na literatura as evidências existentes e identificaram-se as principais fontes, temáticas estudadas e lacunas.

O segundo artigo atendeu aos objetivos específicos 2, 3 e 4, ressaltando a identificação do perfil dos policiais, das lesões sofridas e os tratamentos empregados no manejo dos ferimentos por arma de fogo em face entre policiais militares do Rio de Janeiro que foram operados pelo Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial no HCPM, no período de junho de 2003 a dezembro de 2020. Por meio desse trabalho, foram evidenciadas as repercussões da vitimização sobre a saúde desses servidores, no exercício da profissão como policial militar, no jeito de ser e viver e nas suas relações familiares. Discutiu-se ainda o impacto da organização do trabalho e suas condições sobre o agravamento das situações de saúde-doença entre os atingidos por lesões por arma de fogo na face.

O terceiro artigo respondeu ao objetivo específico 5. Nele foi ressaltada a representação simbólica da face na atribuição dos próprios policiais vítimas de ferimentos e as repercussões psicossociais encontradas nesse tipo de agravo, particularmente nesses tempos de alta individualização e valorização do corpo e, em especial, da face. Para isso, foram analisadas 37 entrevistas realizadas pelo Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial que tiveram como objetivo identificar as repercussões dos FAF em face entre os PM atingidos.

Para alcançar os resultados pretendidos, a pesquisadora utilizou a revisão *Scoping* (artigo 1) e triangulação de artigos escritos com metodologia qualiquantitativa, a partir do levantamento de dados secundários com informações obtidas através de duas distintas fontes de dados (artigos 2 e 3). Todos esses dados existem nos arquivos do serviço. A perspectiva da triangulação de métodos foi escolhida nesta tese como um princípio que permite a articulação de diferentes perspectivas de análise que vão da revisão às abordagens quantitativas e qualitativas definidas para o trabalho de campo. Essa é uma estratégia de pesquisa importante para a compreensão e explicação dos processos de saúde e doença considerando a combinação de abordagens interdisciplinares (DESLANDES; ASSIS, 2002, p. 195), pois possibilita o diálogo entre distintas áreas do conhecimento no entrelaçamento entre teoria e prática.

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

Quadro 1: Descrição dos objetivos dos artigos desenvolvidos na tese, abordagem metodológica e instrumentos utilizados.

ARTIGO	OBJETIVO	ABORDAGEM	INSTRUMENTOS
1	Sistematizar a produção bibliográfica sobre a ocorrência de FAF em face, mapear na literatura as evidências existentes, identificar as principais fontes, as temáticas estudadas e as lacunas existentes.	REVISÃO SCOPING	—
2	Identificar o perfil dos policiais, as lesões sofridas e os tratamentos empregados no tratamento dos ferimentos por arma de fogo em face. Conhecer as repercussões da vitimização no exercício da profissão de policial militar. Descrever as repercussões nas relações familiares entre esses policiais vitimizados.	QUANTITATIVA E QUALITATIVA	ANEXOS 2 E 3
3	Conhecer e compreender qual a representação simbólica atribuída por esses policiais aos ferimentos sofridos.	QUANTITATIVA QUALITATIVA	ANEXO 3

Fonte: a autora (2022).

3.1 ARTIGO 1: REVISÃO SCOPING SOBRE FERIMENTOS POR ARMA DE FOGO EM FACE: ESTADO DA ARTE E LACUNAS

A revisão *Scoping* foi realizada de acordo com a metodologia proposta por Arksey e O'Malley (2005) e obedeceu às seguintes fases: (1) estabelecimento da pergunta de investigação; (2) pesquisa de estudos relevantes; (3) seleção dos estudos baseada nos critérios de inclusão pré-estabelecidos; (4) análise e elaboração de dados; e (5) resumo e comunicação da informação. Essa revisão teve como objetivos: sistematizar a produção bibliográfica sobre a ocorrência de ferimentos por arma de fogo em face, mapear na literatura as evidências existentes, identificar as principais fontes, as temáticas estudadas e as lacunas.

A busca foi realizada em bases bibliográficas eletrônicas brasileiras e internacionais e a literatura cinzenta (BVS, *Scopus*, *Web of Science*, *Pubmed*, *Lilacs*, *SciELO*, *Medline*, *Sociological abstract*, *Cochrane Library*, Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações [BDTD], Acervos de Teses Fiocruz), sem estipulação de recorte temporal ou territorial. Os termos de busca foram: “Ferimentos por arma de fogo em face“ OR “Fraturas em face por arma de fogo” OR “Cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial” OR “Fraturas mandibulares por arma de fogo” OR “Trauma balístico” AND Armas OR “Arma de fogo” OR “Armas de fogo”. Em inglês: “Ballistic trauma” OR “Gunshot Fractures in face” OR “facial gunshot wounds” OR “facial gunshot fracture” OR “maxillofacial gunshot” OR “gunshot wounds to the face” AND Firearms OR Gunshots OR Guns. O artigo 1 já foi publicado em 2021 no Journal Of The

Brazilian College Of Oral And Maxillofacial Surgery e dados metodológicos mais detalhados encontram-se descritos no capítulo 3.

3.2 ARTIGOS 2 E 3

Para a elaboração dos artigos 2 e 3, foram utilizados dois instrumentos disponíveis no serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial (Anexos 1 e 3). Em decorrência da falta de sistemas de informação oficiais sobre a ocorrência de ferimentos fatais ou não fatais por arma de fogo em policiais no Rio de Janeiro, foi realizada a busca de dados secundários no Hospital Central da Polícia Militar. Esse processo foi feito através dos registros nos prontuários referentes aos policiais militares da ativa, operados em centro cirúrgico em decorrência de ferimentos por arma de fogo em face e acompanhados pelo Setor de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial.

Esse trabalho foi facilitado porque o setor de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Central da Polícia Militar realiza o registro de ocorrências de todos os operados no serviço desde junho de 2003. Todo paciente que passa por cirurgia é acompanhado ambulatorialmente e tem um **prontuário** onde são registradas as evoluções do tratamento (Anexo 1), adotado como *Instrumento 1*. Esse prontuário é dividido em três segmentos. O primeiro registra a identificação do paciente: nome, registro geral, patente militar, data de nascimento, data de preenchimento da ficha, endereço e telefones. O segundo contém uma anamnese sobre o estado de saúde: problemas preexistentes (hipertensão, diabetes, cardiopatia, hepatite, alergias, coagulopatias, uso de medicamentos) e a narrativa do paciente sobre o evento sofrido, dando ênfase à data e às circunstâncias do acidente. Na terceira parte estão descritos os resultados de exames de imagem, como tomografias ou radiografias e a evolução após cada atendimento.

Já o *Instrumento 2*, denominado “**Questionários de avaliação dos impactos dos FAF em face do Serviço de CTBMF**”, corresponde ao questionário implementado no serviço em 2019 para levantamento das repercussões dos FAF em face (Anexo 3). Foi elaborado após exposição dos resultados da pesquisa de mestrado desta doutoranda, concluída em 2018 e apresentada à chefia da Secretaria de Estado de Polícia Militar (MAIA, A., 2018). Aquele trabalho indicava a necessidade de aprofundamento da investigação para aperfeiçoamento do atendimento de saúde oferecido e a elaboração de um protocolo de atendimento a esses policiais. A aplicação do instrumento pelo setor de odontologia foi realizada por mim no HCPM no período de dezembro 2019 a setembro de 2021, tendo como entrevistados 37 PMs operados

em decorrência de FAF em face. O questionário utilizado contém perguntas abertas e fechadas distribuídas em seis segmentos:

1) Identificação do perfil do paciente: sexo, raça, cor, idade; patente e tempo de serviço no momento da ocorrência; renda familiar; estado civil; número de filhos na atualidade; tempo de serviço; estado civil; número de filhos, tipo de moradia, escolaridade e prática religiosa no momento da ocorrência.

2) Circunstância e repercussões do acidente de trabalho: data da ocorrência do trauma; patente no dia da ocorrência; local do conflito armado, se ocorreu durante período de serviço (em patrulhamento de rotina, em operação programada, ou foi acidente durante a manipulação da AF) ou em folga (acidente durante a manipulação da AF, assalto ou outra situação); tempo de licença; breve relato do acidente; se usava colete à prova de bala; se foi atingido em outra parte do corpo além da face; se tem alguma lesão permanente decorrente do trauma sofrido; se encontrou dificuldade no trâmite administrativo para acesso à licença e a ter reconhecidos seus direitos; se encontrou dificuldade para acesso a atendimento de saúde; se atribui alguma mudança na forma de viver após o acidente; se encontrou apoio de informação onde buscou; se identifica repercussões nas relações com os companheiros ou cônjuges, filhos, outros familiares, pares do trabalho, no relacionamento com amigos; se identifica repercussões na sua saúde mental, no seu jeito de ser, nas suas atividades laborais fora da polícia.

3) Atuação profissional na PMERJ: Função de trabalho (atividade fim/meio), patente atual, tempo de licença, categoria de saúde (Apto A, B, C, Inapto, Reformado/Reserva); se sente-se seguro no trabalhar; escala de trabalho; se desenvolve atividade profissional fora da polícia; se considera que o trabalho policial oferece risco (eventual, constante, não há risco); o que considera “o pior” e o “melhor” de ser policial; se observa alguma mudança na forma de trabalhar após o acidente de trabalho; se considera que depois de entrar para a Polícia sua vida melhorou, piorou ou continua igual e em que aspectos; se considera que as condições de trabalho ao longo do tempo pioraram, melhoraram ou continuam iguais; caso pudesse começar de novo sua vida profissional, escolheria: exatamente a mesma carreira, a mesma carreira desde que ela possibilitasse melhores condições de trabalho, uma atividade parecida, mas fora da polícia, ou uma carreira completamente diferente.

4) Condições de saúde: Se é portador de: hipertensão, diabetes, cardiopatia, gastrite, problemas de coluna/articulações, cefaleia, insônia, outros problemas de saúde; peso e altura; se faz uso de medicamentos, se faz uso de remédios para dormir; se fez ou faz acompanhamento com psicólogo ou psiquiatra; se é acompanhado por alguma especialidade da saúde; se faz atividade física regular (20 minutos/3 vezes na semana); se é tabagista; se é etilista; se identifica alguma

sequela do FAF sofrido; escala analógica de 1 a 10 sobre: como está sua função mastigatória, satisfação com a estética facial, satisfação com o sorriso, satisfação com o corpo, se atribui alguma mudança na saúde após o acidente; qual o significado identificado na própria face ao se ver.

5) Avaliação odontológica: Dentes cariados, perdidos, obturados, especialidades na odontologia às quais o policial precisa ser encaminhado para tratamento, laudo de radiografia.

6) Avaliação da Saúde mental do policial ferido: Aplicação da Escala SRQ-20, da lista de eventos para TEPT e da Escala de Sintomas de TEPT. Os policiais que apresentaram sintomas de sofrimento psíquico ou TEPT foram encaminhados para acompanhamento psicológico na Secretaria de Estado de Polícia Militar.

3.2.1 ARTIGO 2: Frequência e distribuição das cirurgias entre policiais militares da ativa do estado do Rio de Janeiro acometidos por ferimentos por arma de fogo em face e seus impactos no trabalho, saúde e família

Artigo descritivo com **abordagem quantitativa e qualitativa** que descreveu a frequência e a distribuição das cirurgias entre policiais militares da ativa do estado do Rio de Janeiro acometidos por ferimentos por arma de fogo em face que não faleceram imediatamente em decorrência do ferimento e foram operados no HCPM; que identificou o perfil dos policiais, das lesões sofridas e os tratamentos empregados; e mostrou as repercussões da vitimização no exercício da profissão e nas relações familiares. Os dados que subsidiaram o artigo foram colhidos pelos *Instrumentos 1 e 2* (Anexo 2 e Anexo 3). O artigo foi aprovado para publicação na Revista Ciência & Saúde Coletiva em 2022.

Os ferimentos por arma de fogo em face foram classificados em ferimentos intraorais e extraorais. Foram descritas as regiões acometidas por fraturas ósseas, divididas em: terço superior quando envolveram o osso frontal; terço médio no caso das fraturas de órbitas, maxilares e zigomas; e terço inferior as fraturas mandibulares. A partir dessa fonte de dados, foram consideradas as variáveis do *Instrumento 1*: (a) Pessoais: data do atendimento; idade no momento do trauma; raça/cor e sexo. (b) Relativos ao trabalho: posto/graduação; unidade onde o PM serve; se o ferimento ocorreu em serviço ou em folga. (c) Sobre o ferimento sofrido: localização anatômica do ferimento na face (intraoral ou extraoral); se houve fraturas de ossos na face e quais os ossos envolvidos; principais complicações advindas do trauma físico sofrido; número de cirurgias realizadas após o trauma; tratamentos empregados; especialidades em saúde envolvidas na reabilitação. (d) Sobre as repercussões do ferimento sofrido: tempo de

licença para tratamento de saúde desses PMs acometidos por ferimentos por arma de fogo em face; após a alta pela CTBMF, em que situação de aptidão o paciente foi classificado (Apto A, com retorno sem restrições; Apto B, com retorno ao trabalho com restrições físicas; Apto C, com retorno ao trabalho com restrição do uso de arma de fogo; ou Inapto [reformado]).

Quanto às variáveis *do Instrumento 2*, foram consideradas as informações: (a) Pessoais: tempo de serviço do policial no momento da ocorrência; estado civil; número de filhos; tipo de moradia; (b) Relativos à saúde: opinião sobre o atendimento em saúde recebido; dificuldades enfrentadas no período de recuperação; repercussões na saúde geral e oral após o FAF; doenças adquiridas após o ferimento; índice de massa corpórea (IMC); frequência de atividade física praticada; hábitos como tabagismo; limitações funcionais e ou estéticas decorrentes do trauma. (c) Repercussões da vitimização: nas relações sociais e familiares; no exercício do trabalho; dificuldades enfrentadas durante a recuperação. (d) Respostas abertas sobre os impactos vivenciados pelos PMs em suas relações laborais, familiares, no seu jeito de ser e o que consideraram *o melhor e o pior* de ser policial após o ferimento sofrido.

Os dados quantitativos coletados a partir do *Instrumento 1* (Anexo 2) foram inseridos em uma máscara construída no Programa Epidata 3.1 e a seguir exportados para o programa SPSS 20.0, o que possibilitou elaborar as distribuições de frequências simples, relativas e bivariadas para variáveis selecionadas. Já os dados coletados a partir do *Instrumento 2* (Anexo 3) foram processados em banco de dados (Programa Microsoft Office Excel 2019). Para o processamento e análise de todas as informações quantitativas foi usado o pacote estatístico SPSS versão 19.0, realizando-se análise descritiva com apresentação de frequências e percentuais.

Para o tratamento dos dados qualitativos, foi realizada a técnica de análise de conteúdo, na modalidade de *análise temática* (MINAYO, 2014), a partir das seguintes etapas: (1) digitação das anotações das entrevistas registradas no questionário; (2) atribuição de blocos temáticos segundo as respostas dos entrevistados; (3) leitura compreensiva dos textos digitalizados visando a detectar tanto as particularidades quanto aos relatos coincidentes ou divergentes entre os depoimentos; (4) agrupamento dos trechos mais ilustrativos sobre os impactos na saúde mental; (5) identificação das ideias centrais; (6) identificação dos sentidos atribuídos às ideias; (7) elaboração de sínteses interpretativas (MINAYO; ASSIS; OLIVEIRA, 2011).

3.2.2 ARTIGO 3: Representação simbólica de policiais militares sobre ferimentos por arma de fogo em face e seus impactos psicossociais

Artigo qualitativo e quantitativo descritivo a partir das perguntas abertas e fechadas colhidas a partir do *Instrumento 2 – Questionários de avaliação dos impactos dos FAF em face do Serviço de CTBMF* (ANEXO 3). Foram analisadas as falas de 37 policiais militares operados na Clínica de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Central da Polícia Militar do estado do Rio de Janeiro entre os anos de 2003 a 2020 em decorrência de ferimento por arma de fogo em face (42,5% em relação ao total). As entrevistas foram realizadas entre os anos de 2019 a 2020. O artigo 3 foi submetido à revista *Body Image* e aguarda avaliação.

A partir dessa fonte de dados, foram consideradas as variáveis do *Instrumento 2*: (a) Pessoais: sexo, raça/cor, idade, renda familiar, estado civil, número de filhos, tipo de moradia, escolaridade, prática religiosa. (b) Relacionadas ao trabalho: patente, posição hierárquica - praças ou oficiais; tempo de serviço do policial no momento da ocorrência e no dia da entrevista. (c) Descrição sobre as circunstâncias do FAF: ano da ocorrência do trauma; se em serviço ou na folga; retorno ao trabalho como Apto A, B, C, reformados/reserva ou Inapto temporário (cumprindo licença de saúde). (d) Fatores relacionadas à saúde física do policial ferido: lesões permanentes decorrentes dos ferimentos; doenças adquiridas após o ferimento; limitações funcionais e/ou estéticas decorrentes do trauma; satisfação com a estética facial e com o sorriso (escala visual analógica onde 0 significava insatisfação total e 10 satisfação total. Consideraram-se insatisfação notas de 0-3; satisfação moderada de 4-7; satisfação total com a estética facial e sorriso com notas de 8-10). (e) Repercussões na vida do policial: se atribui alguma mudança no jeito de ser e quais; se atribui alguma mudança na forma de viver e quais; qual o significado identificado na própria face ao se ver. (f) Repercussões psicossociais: se atribui alguma mudança nas relações familiares após o acidente e quais; se percebe alguma alteração na saúde mental e quais; se fez ou faz tratamento psicológico; análise da escala de sofrimento psíquico (SRQ-20); análise da escala de transtorno de estresse pós-traumático (TEPT).

As informações coletadas a partir do *Instrumento 2* foram processadas em banco de dados (Programa Microsoft Office Excel 2019). Para o processamento e análise de todas as informações quantitativas foi usado o pacote estatístico SPSS versão 19.0, realizando-se análise descritiva com apresentação de frequências e percentuais; foram usadas amostra independente

do qui-quadrado para variáveis categóricas e teste Kruskal-Wallis para variáveis contínuas não normalmente distribuídas.

Para a análise qualitativa, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo, na modalidade de análise temática (MINAYO, 2014), nas mesmas seis etapas descritas anteriormente (MINAYO, ASSIS, OLIVEIRA, 2011).

Importante observar que, num esforço de articular a mensuração dos eventos de ferimento na face e o significado desse fato de profundo impacto individual e subjetivo, houve um esforço de triangulá-los, ou seja, de olhá-los e valorizá-los sob as mais diferentes dimensões da vida. Essa perspectiva que bebe na fonte de Minayo, Assis e Souza (2005) torna possível um nível de generalização tal como colocado por Adorno e Horkheimer (1991), segundo os quais a ciência tem que ser compreensiva e crítica e aprofundar os temas que estuda, rompendo o círculo da duplicação do que o pesquisador enxerga a olho nu. Eles consideram também o “subjetivo” como objeto de análise e chamam atenção para o fato de que “quem não compara as coisas humanas com o que elas querem significar, vê-as não só de forma superficial, mas definitivamente falsas” (p. 21). A triangulação tenta enxergá-las em sua extensividade e intensividade, simultaneamente.

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 31541320.8.0000.5240, de 14 de julho de 2020.

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

4 REVISÃO SCOPING SOBRE FERIMENTOS POR ARMA DE FOGO EM FACE: ESTADO DA ARTE E LACUNAS (Artigo 1)

Original Article

Systematic review on firearm injuries in the face: state of the art and existing gaps

ADRIANE BATISTA PIRES MAIA¹ | SIMONE GONÇALVES ASSIS² | CECÍLIA MINAYO²

ABSTRACT

Introduction: The treatment of patients with gunshot wounds (GSW) in the face usually represents one of the greatest challenges for the surgeon. Given this challenge, it is necessary to know what the scientific literature recommends about the treatment of these injuries. **Objectives:** To systematize the bibliographic production on the occurrence of gunshot wounds in the face, map the existing evidence in the literature, identify the main sources, the themes studied and the existing gaps. **Methods:** The review uses the Scoping method, having been performed in Brazilian and international electronic bibliographic databases and gray literature (BVS, Scopus, Web of Science, Pubmed, Lilacs, SciELO, Medline, Sociological Abstract, Cochrane Library, Brazilian Digital Library of Theses and Dissertations (BTDB), Fiocruz Theses Collections) without stipulation of temporal or territorial cut. **Results:** A total of 111 documents were found and analyzed, with an increasing number of publications between 2010 and 2019, most of them published in English, from North American origin. Gunshot wounds in the face (GSWF) are more frequent among male patients, about 29-39 years old. The most researched themes found on facial ballistic trauma were, in descending order: surgical treatment, complications, reconstructions and grafts, demographic profile, suicide attempts, complementary exams for diagnosis and surgical planning and other themes. **Conclusion:** Despite of the increasing number of publications about GSWF in the face, there is a relevant knowledge gap regarding studies about prevention and that evaluate the functional and psychosocial repercussions of this type of morbidity.

Keywords: Firearms. Facial injuries. Surgery, oral.

¹ Hospital Central da Polícia Militar, Secretaria de Polícia Militar (Rio de Janeiro/RJ, Brazil).

² Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Departamento de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Rio de Janeiro, Brazil).

How to cite: Maia ABP, Assis SG, Minayo C. Systematic review on firearm injuries in the face: state of the art and existing gaps. J Braz Coll Oral Maxillofac Surg. 2021 Jan-Apr;7(1):15-22. DOI: <https://doi.org/10.14436/2358-2782.71.015-022.oar>

Submitted: January 29, 2020 - **Revised and accepted:** July 19, 2020

» The authors report no commercial, proprietary or financial interest in the products or companies described in this article.

Contact address: Adriane Batista Pires Maia
E-mail: adrianeprimaia@gmail.com

INTRODUCTION

Firearm injuries (FAI) in the face are perforating injuries that sometimes also cause avulsion of maxillofacial segments, which usually result in the most devastating type of facial trauma, thus constituting a challenge for the surgeon.¹ These injuries are uncommon outside war areas, accounting for about 6% to 10% of firearm injuries.² However, when they do occur, they are usually associated with serious risks to the patients' physical and emotional health, due to the frequent esthetic and functional impairment.³ The treatment of this type of morbidity requires multidisciplinary teams in all its phases, from procedures to save the patient's life, which follow the recommendations of the Advanced Life Support Protocols (airway control, hemodynamic control, etc.) until primary reconstructions (treatment of wounds and fixation of fractures) and secondary reconstructions (grafts, implants, prosthetic rehabilitation).^{4,5}

This review aims to map the existing evidence in the literature, besides identifying the main sources, themes studied and existing gaps on the treatment of FAI in the face.

METHODS

Scoping review was used in this work, since it provides broad and deep, rather than focused, information about all existing literature on a topic. It was performed according to the methodology proposed by Arksey and O'Malley⁶ and followed the phases: 1) establishment of the research question; 2) search for relevant studies; 3) selection of studies based on the pre-established inclusion criteria; 4) data analysis and elaboration; and 5) summary and communication of information.

The search was carried out in July 2019, on the bases: Regional Website of the Virtual Health Library (BVS) – which incorporates Lilacs, SciELO, Medline and other types of information sources, such as open educational resources, internet sites and scientific events – Scopus, Web of Science, Pubmed, Sociological Abstract, Cochrane Library, Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações

(BTDB) and Acervos de Teses Fiocruz. The search strategy employed included: (“Ferimentos por arma de fogo em face” OR “Fraturas em face por arma de fogo” OR “Cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial” OR “Fraturas mandibulares por arma de fogo” OR “Trauma balístico”) AND (Armas OR “Arma de fogo” OR “Armas de fogo”); and in English: (“Ballistic trauma” OR “Firearm Fractures in face” OR “facial firearm wounds” OR “facial firearm fracture” OR “maxillofacial firearm” OR “firearm wounds to the face”) AND (Firearms OR Firearms OR Guns) . No time or place were determined. It was conducted by the title, abstract and keywords. For inclusion or exclusion of documents, the following criteria were used: a) inclusion: studies presenting occurrence of morbidity due to firearm in the face, with “face” being understood superiorly by the limits of the frontal bone, inferiorly by the lower edge of the mandible and laterally by the external auditory canal from one side to the other;² b) exclusion: documents on FAI in anatomical region other than the face; texts dealing with non-firearm projectile injuries, such as rubber bullets, pressure guns, among others; forensic studies; ballistic studies on cadavers, specimens or animals; and articles not available in English, Spanish or Portuguese; articles not found.

Based on the search criteria adopted, 344 studies were identified. Among these, 93 were excluded because they were duplicated between databases. The remaining 248 titles and abstracts were read by two reviewers. For articles whose abstracts indicated the possibility of selection, the full version was obtained to confirm the eligibility and inclusion in the study. If reading the abstract was not sufficient to establish whether the study should be included, the article was also obtained and read in full to determine its eligibility. Among the remaining 149 articles, after applying the exclusion criteria, 111 were selected (Fig 1) and made up the base analyzed in this review. The question that moved the research conducted in this scoping review was: what are the main sources of information, the themes studied and the gaps in the scientific literature on FAI in the face?

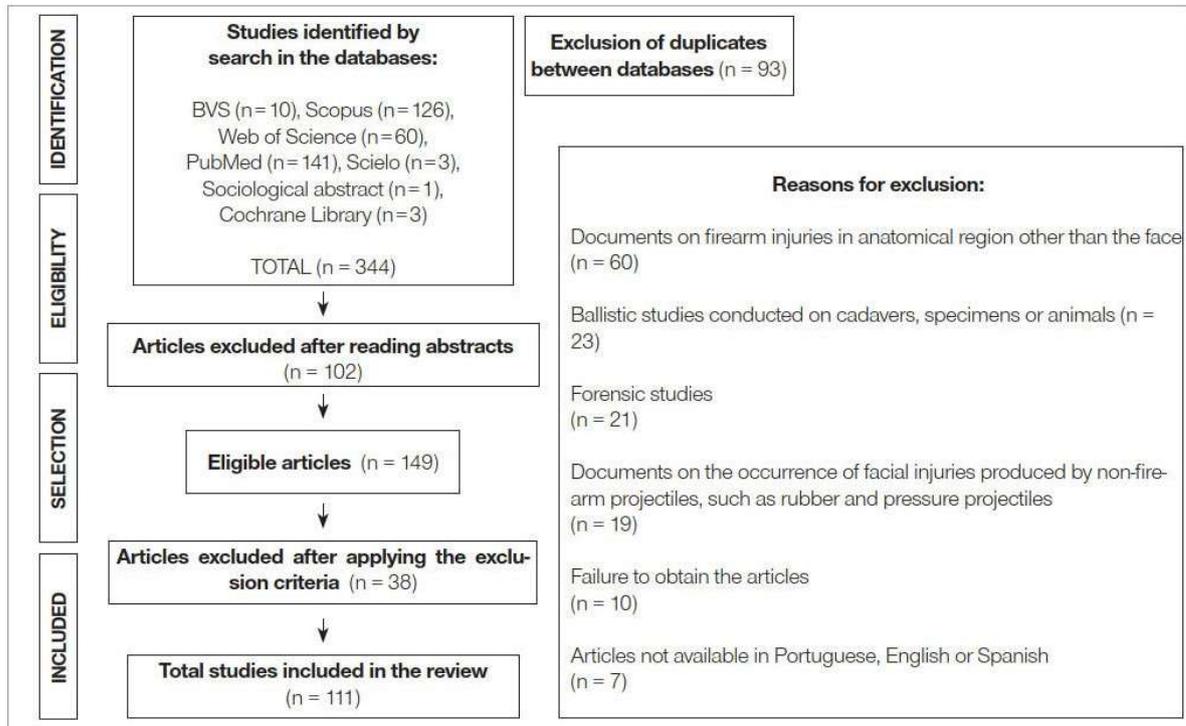


Figure 1: Flowchart for identification and selection of articles in the review on firearm wounds in the face.

RESULTS

The 111 documents found were produced in 21 different countries: the USA was the country with the largest number of publications (n = 67); followed by Turkey (n = 7); Brazil and France (4 articles each); United Kingdom, South Africa, China and India (3 documents per country); Iran, Russia, Israel and Germany, with 2 documents per country; besides 9 different countries that produced only 1 document each (Lithuania, Bosnia, Iraq, Greece, New Zealand, Malaysia, Libya, Pakistan and Mexico). Concerning the year of publication of documents (n = 111), studies were found between the years 1970 and 2019. When the publications were distributed by decade, it was found that two documents were released between 1970 and 1979; 10 between 1980 and 1989; 29 between 1990 and 1999; 26 between 2000 and 2009; and 44 between 2010 and the first semester of 2019 (40%), showing significant growth in publications on FAI in the past decade.

Concerning the type of document, 6 are editorial letters for scientific journals; 2 book chapters and 103 scientific articles. Despite the fact that a search was performed on the basis of theses and dissertations, no documents were found. Regarding the methodological design of articles (n = 109), there were 50 case studies, 43 analytical (observational) studies, 3 experimental studies, 7 literature reviews and 6 editorial letters.

For analysis of the themes reported by the documents, after reading the titles, abstracts and study objectives, the central and objective subjects were identified, classifying them into 7 categories. A total of 142 thematic approaches were found in the 111 studies, showing that some address more than one subject. They are categorized in the results below, in descending order: 1) surgical treatment of FAI in the face (n = 61); 2) vascular, nervous, infections and other complications (n = 26); 3) reconstructions and grafts (n = 16); 4) demographic profile of patients

with FAI in the face (n = 13); 5) suicide attempts (n = 13); 6) complementary exams for diagnosis and surgical planning (n = 9); and 7) other themes (n = 5). In the “others” category, the least reported topics were included, which address strategies on preventing FAI in the face (n = 1) and research that analyzes psychosocial and functional repercussions of FAI in the face (n = 1).

The main approaches used in the papers are presented below, in decreasing order of frequency.

Considerations on the surgical treatment of FAI (n = 61)

Regarding wound debridement, a careful and early approach is recommended to remove unviable tissues.^{1-4,7,8-15} In cases of injuries caused by weapons with high kinetic energy, further interventions for late debridement may be necessary.^{12,13} In general, the recommendation is that wounds undergo conservative debridement and only circumscribed to devitalized tissues.

Regarding the location of facial fractures caused by a firearm, Dolin et al.¹⁴ and Burke et al.¹⁵ reported the maxilla, followed by the mandible, as the most commonly fractured bones. Lauriti et al.¹⁶ and Khalil¹⁷ first found the mandible as the most affected anatomical region, followed by the maxillary, zygomatic, orbital and nasal regions. Clearly, there is a strong consensus that self-inflicted FAIs result in preferentially mandibular and comminuted type fractures.^{4,11,14} Guevara, Pargousis and Steinberg¹⁸ showed a significant difference regarding the anatomical region of the FAI in the face between civilians and military: among civilians, the most affected region was the mandible and, among the military, the maxilla.

Regarding the method of repairing facial fractures by firearms, only in 2 studies^{14,15} the authors recommend that open reductions should not be performed in the initial treatment. In general, there is consensus among researchers that fractures should be treated early and, when necessary, preferably by open reduction and rigid internal fixation, by osteosynthesis with titanium plate and screw fixation devices.

Studies addressing the complications of FAI (n = 26)

Complications were found in 39% of patients with FAI in the face by Burke et al.¹⁵, 38% by Shackford et al.¹⁹ and 25% by Laurite et al.¹⁶ Complications

were very limited when early management of injuries was made,^{17,20-22} and when reconstructions were performed earlier and more aggressively.¹² Shvyrkov²³ related complications to the conservative approach in debridement of high-speed injuries, and for Sokoya et al.²⁴ the complication rates were significantly higher in the self-inflicted group compared to the non-self-inflicted group. The complications reported were: vascular complications, facial nerve injuries, neurological complications, airway-related, infection, ophthalmology, limited mouth opening, complications related to fracture fixation and wound dehiscence.^{9,10,12,16,17,25}

The need for urgent airway control ranged from 22.5%²⁶ to 70%.²¹ However, the most repeated results showed a variation close to 33%.^{14,15,19} The most used strategy for airway control was orotracheal intubation.^{10,14,15,19,21,26} Surgical access to the airway was a rarely necessary option.^{8,10,14,15,25}

The results on the mortality of patients with FAI in the face did not follow a pattern between studies, ranging from 0 to 22.7%.^{8,10,19,21,22,25,27} Hollier, Grantcharova, Kattash,²⁵ Norris, Mehra, Salama²¹ and Orthopoulos, Sideris, Velmahos, Troulis⁸ found low mortality rates (11%, 9%, 0%, respectively), while Pereira et al.¹⁰, Shackford, et al.¹⁹ and Ugboko et al.²⁷ reported mortality rates above 20%. Mortality by firearms in the face was related to the presence of other associated skull injuries.^{10,19,22,25,27}

Reconstructions and grafts (n = 16)

For the reconstruction of wounds that caused bone loss, the use of free, microvascular bone grafts and the use of osteogenic distractors were indicated.^{4,8,23,28-33} For dental reconstruction, the use of endosseous implants has been described.³¹ Most authors indicate that reconstructions should be performed in a second surgical procedure, as early as possible.^{4,9,12,23,28,32} Only Gurunluoglu and Gatherwright²⁹ recommended immediate bone reconstruction. For the reconstruction of facial deformities in soft tissues, as in cases of avulsion or necrosis with significant loss of soft tissue, the use of free and microvascular grafts and flaps has been described.^{4,10,13,19,23,33}

Profile of patient affected by FAI in the face (n = 13)

Concerning age, only 11 articles provided information about the mean or median age of patients affected by FAI.^{4,10,13,14,16,19,26,34-7} In these studies, people

with minimum age of 12 years¹⁴ and a maximum of 82 years were found.³⁵ The average age range of 20-29 years was the most found in studies.^{10,14,34,36,37} Two studies indicated 30-39 years as the average age^{4,13} and one³⁵ study conducted in patients with self-inflicted injuries indicated 40-43 years.

Only 13 articles reported the prevalence by sex among patients. In all of them, there was a strong male predominance.^{4,10,13,14,16,17,19,21-23,26,35-37} Only two studies presented the ethnicity/color of patients.^{26,37} In South Africa, FAI in the face were more found among blacks²⁶ and, in the USA, there was no significant difference in the distribution by ethnicity.³⁷

Suicide attempt (n = 13)

There was a significant number of texts specifically reporting cases of FAI in the face caused by attempted suicides (n = 13). The self-inflicted FAI denote the recent proportional growth in this theme, which was 10% in the 1980s, 3.4% in the 1990s and 12% between 2000 and 2009, reaching 18.2% in the 2010-19 decade.

Regarding patients with self-inflicted FAI as a result of a failed suicide attempt, there was predominance of males and over 40 years of age.^{11,24,34-36,38} Concerning the location of injuries related to the penetration of the projectile, there was a recurrent pattern of positioning the weapon barrel in the sub-mandibular region, causing comminuted mandible fracture. However, there was no pattern for the projectile's exit orifice.^{24,35-38} Among patients who survived the suicide attempt, most were diagnosed with depression.³⁸ Descriptions of new suicide attempts were uncommon.³⁸

It should be noted that all 13 articles refer to suicide attempts as the cause of FAI in the face, and no article has associated it as a consequence of suffering resulting from this type of morbidity.

Complementary exams for diagnosis and surgical planning (n = 9)

Nine studies were related to diagnostic methods and surgical planning of FAI in the face, with emphasis on the largest number of publications with reports of the use of innovative imaging exams published in the last decade (2012-2018). There is consensus on the indication of computed tomography exam for better localization of firearm projectiles in the face.^{3,39,40}

Other themes (n = 5)

The least found themes include three articles on the occurrence of FAI in war situation (n = 3),^{18,41,42} an editorial letter that discusses the role of maxillofacial surgeons in the prevention of FAI in the face (n = 1)⁴³ and one article that evaluated the psychiatric conditions among patients with FAI due to a failed suicide attempt (n = 1).³⁸

DISCUSSION

Firearm injuries, which are very common in Brazil, are considered a public health problem.⁴⁴ However, they are rare in most countries in the world.^{20,30,45} The high number of publications on FAI in the United States (n = 67), compared to other countries in the world, can be partly understood by the fact that there, as in Brazil, this is a public health problem because of the widespread possession of weapons by the population.⁴³

FAI in the face can result from accidents, interpersonal violence, self-inflicted violence, collective and state violence. Firearm injuries, concerning the shape, extent and degree of tissue destruction, depend on the amount of kinetic energy transferred to the tissues by the projectile; the ability to fragment into secondary projectiles; the speed of the projectile; the type of cavitation that can result in crushing, destroying and perforating the tissues; and the type of surface on which the energy is transferred.⁷ The formula $E_c = M/2 \cdot V^2$ provides the most reliable estimate to measure the capacity of ballistic injury, in which E_c represents energy; M, the mass and V, the speed. From this perspective, speed substantially increases the energy transfer from the projectile to the target. Additionally, since the human body is made of tissues with different densities, the particular type of tissue that interacts with the projectile must also be considered: harder tissues, such as some facial bones, are associated with a greater exponent, which culminates in severe fractures, usually comminuted, generating multiple bone fragments, which can behave as secondary projectiles, besides usually presenting severe impairments of tissue vitality, allowing to maintain them during the fixation of fractures.^{7,9,32,35,40,41,42}

Concerning the type of firearm involved in FAI in the face, a common pattern was not found among studies on which types of firearms are most found. Mainly, three categories were identified: rifles (high-

speed weapons, greater than 600 m/s²); pistols (medium-speed weapons, between 350 and 600 m/s²) and shotguns (low-speed weapons, less than 350 m/s²). All authors dealing with the subject state that injuries caused by high-speed weapons, such as rifles, tend to be more serious.^{9,10,12,19,26,36,37}

Regarding the profile of patients affected by morbidity due to FAI, the literature presents predominance of young men (20-39 years).^{4,10,13,14,16,17,19,21-23,26,34-37} In general, there is lack of information on other profile data, such as social strata/income, occupation and education.

Observational studies are the research designs most frequently used in the medical literature and as methodology applied to this topic. Individual case studies methodologically occupy hierarchical positions of less complexity, due to their low level of evidence.⁴⁶ However, this type of research was the most found in the set of studies (n = 50). Although the reports should at first provide a detailed and deep description of a case,⁴⁶ none of them considered the psychosocial factors related to firearm wounds in the face. In this review, the case studies prioritized techniques and treatment sequence, serious and/or rare complications found and innovations in diagnosis and surgical planning.

None of the literature review articles (n = 7) described a clear methodological design (systematic, integrative review, scoping, etc.), which shows a gap in the method of elaboration and publication. Two of these reviews were conducted based on a described clinical case. The few experimental studies found (n = 3) were obtained from the exclusion of ballistic studies in specimens or animals.

The documents that make up this scoping review also showed a significant increase in publications in the last decade on FAI in the face due to suicide attempts. Self-inflicted injuries are usually caused by short-range shots (<10 cm),³⁴ which produce a triangular entry orifice in the submental region, and the projectile exit locations are different among patients. These self-inflicted injuries result in preferentially mandibular and comminuted type fractures, which produce severe avulsions.^{11,34-38} The treatment of these patients must follow the same steps, namely: primary care for patient stabilization, reconstructions for wound treatment and fixation of fractures and secondary reconstructions, when necessary, for complete esthetic-functional re-

habilitation.^{8,10,13,16,18} Due to the delicate psychological issues of depressive spectrum disorders involved in suicide attempts, some authors recommend to perform reconstructions early and in a minimum number of stages.^{11,38,45} Psychiatric follow-up is also indicated since the onset of treatment of these patients for prevention of recurrences, despite the fact that these are scarcely reported.³⁸ Despite the increase in publications on the subject, it is highlighted that little has been considered about the emotional condition before and after the facial trauma suffered, and there is complete absence of suicide prevention strategies.

Concerning the treatment of FAI in the face, it is not possible to establish a rigid protocol guiding the treatment, due to the individual peculiarities of each injury. However, in general, the treatment of these patients can be divided into three phases, with specific objectives, described below. Primary care aims at maintaining the patient's life. Studies do not reach a consensus on the implications of FAI concerning the mortality rate and risk of airway obstruction. Notwithstanding, they agree that the primary moment of patient care is the most critical, because of the hemodynamic and airway complications that can lead to death in the patient soon at this stage.^{2,8,15,16,19}

The second stage of care comprises surgeries for the treatment of wounds and facial fractures. There is consensus among contemporary authors that ballistic injuries are highly contaminated and thus must be approached according to criteria of careful exploration of wounds, debridement of devitalized and unviable tissue, abundant irrigation of wounds with saline, primary soft tissue suture whenever possible and antibiotic therapy. Facial fractures produced by firearms are usually of comminuted type and most often affect the mandible and maxilla.^{15-18,21} It is recommended that facial bone fractures should be reduced and stabilized early, using rigid internal fixation devices.^{7,10,12-16,20,22} The spaces related to bone defects must be maintained by reconstruction plates and subsequently bone grafting must be performed to recover the facial shape and function.^{17,20} There is a tendency to recommend the accomplishment of immediate microvascular bone grafting to reduce and fixate the fractures; however, more studies should be conducted on this practice.²⁹ It is also worth noting that the main complications from FAI in the face were reported in the second phase of treatment.

The third moment comprises the late approaches that seek at the esthetic-functional improvement of the face. This type of treatment requires the participation of multidisciplinary health teams and must aim at the full esthetic-functional and psychological restoration of the patient, to enable their full social reintegration. This phase involves the biggest research gap on ballistic traumas in the face. The studies found aim at describing techniques for reconstruction of missing tissues and cosmetic repairs. There is lack of bibliographic production that addresses the management and the functional and psychosocial impacts of this type of morbidity on the lives of these people. Also, it is interesting to note that, despite the frequent narrative found in documents that patients who survive FAI in the face usually carry some esthetic deformity that hinders their socialization and psychic health,^{5,8,31,35,46} there are very few studies specifically analyzing this type of statement and evaluating the associated psychosocial repercussions. Among the 111 documents analyzed, only the text by Ozturk et al.³⁸ objectively analyzed the psychiatric conditions of patients who had FAI in the face due to attempted suicide. Vayvada et al.⁴⁵ and Zor et al.¹¹, when presenting the surgical approaches adopted, also analyzed, albeit superficially, the psychosocial repercussions in patients affected by FAI due to different causes. However, no study was found specifically analyzing the psychosocial repercussions of patients who suffered FAI in the face in groups of patients with FAI unrelated to attempted suicide. Thus, so far, it is not known if in fact this type of trauma produces psychosocial repercussions.

In summary, the surgeon's assumption that FAI in the face produce a psychosocial impact on the patients is empirical (coming from sensory knowledge), yet it can find argumentative support from sociology of the body and anthropology. Le Breton⁴⁷ reported that, after the 15th century, the body and especially the face gained more and more importance in the construction of modern society. The face became the most individualized and unique part of the body and played an important role in the transition from the great social body to an individual body. According to Elias,⁴⁸ "the face is one of the most important representations of who we are; it plays a central role in the construction of the identity of the self and in socia-

bility. It is this part of the body that we do not cover and that identifies and differentiates us". Within this perspective, which considers the representativeness of the face as the "subject's epiphany"⁴⁷ and facing a growing process of individualization that reaches a peak in times of "selfies" and exposure in social media, we might consider the hypothesis that individuals affected by FAI in the face potentially have an even greater impact on their life. These people are required to re-signify their own identity relationship, from the face, which demands a subjective work about themselves. However, further studies should be conducted to build scientific knowledge to support this recurring statement.

CONCLUSION

The documents included in this review show that there has been a significant growth in publications on ballistic trauma in the past decade, in particular scientific articles reporting suicide attempts. The most investigated topics refer to surgical treatment and complications. The research gaps identified are studies that analyze the functional and psychosocial repercussions for the victims, as well as articles that address measures to prevent this type of morbidity. Concerning the research methods used, the study found mostly observational studies. There is a need for studies with more reliable methodological designs, since observational studies have low level of evidence. Regarding the treatment of FAI, an early approach with careful wound debridement is recommended in order unviable tissues, early treatment of fractures and, when necessary, preferably by open reduction and use of devices for rigid internal fixation. There is a high reported percentage of complications in cases of self-inflicted FAI. The most recommended strategy for airway control was orotracheal intubation.

Alike any scientific work, this has limitations: the methodological weaknesses arising from the reviewed articles precluded the establishment of evidence, especially in the case of countless individual studies. This review included only studies from indexed scientific portals and included from the search strategy created for this review, which excluded studies published in journals not indexed in the chosen databases. The analysis of articles considered only the essential references for writing, due to the limit of references of the journal.

References:

1. Powers DB, Delo RI. Characteristics of ballistic and blast injuries. *Atlas Oral Maxillofac Surg Clin North Am*. 2013;21(1):15-24.
2. 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.
3. Demetriades D, Chahwan S, Gomez H, Falabella A, Velmahos G, Yamashita D. Initial evaluation and management of gunshot wounds to the face. *J Trauma*. 1998;45(1):39-41.
4. Peleg M, Sawatari Y. Management of gunshot wounds to the mandible. *J Craniofac Surg*. 2010;21(4):1252-6.
5. Maia AB, Assis SG, Ribeiro FM, Pinto LW. The marks of gunshot wounds to the face. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2019;S1808-8694(19):30093-X.
6. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *Int J Soc Res Methodol*. 2005;8(1):19-32.
7. Kaufman Y, Cole P, Hollier L. Contemporary issues in facial gunshot wound management. *J Craniofac Surg*. 2008;19(2):421-7.
8. Orthopoulos G, Sideris A, Velmahos E, Troulis M. Gunshot wounds to the face: emergency interventions and outcomes. *World J Surg*. 2013;37(10):2348-52.
9. Siberchicot F, Pinsolle J, Majoufre C, Ballanger A, Gomez D, Caix P. Gunshot injuries of the face. Analysis of 165 cases and reevaluation of the primary treatment. *Ann Chir Plast Esthet*. 1998;43(2):132-40.
10. Pereira C, Boyd JB, Dickenson B, Putnam B. Gunshot wounds to the face: level I urban trauma center: a 10-year level I urban trauma center experience. *Ann Plast Surg*. 2012;68(4):378-81.
11. Zor F, Aykan A, Coskun U, Aksu M, Ozturk S. Late oropharyngeal functional outcomes of suicidal maxillofacial gunshot wounds. *J Craniofac Surg*. 2015;26(3):691-5.
12. Vasconez HC, Shockley ME, Luce EA. High-energy gunshot wounds to the face. *Ann Plast Surg*. 1996;36(1):18-25.
13. Christensen J, Sawatari Y, Peleg M. High-energy traumatic maxillofacial injury. *J Craniofac Surg*. 2015;26(5):1487-91.
14. Dolin J, Scalea T, Mannor L, Sciafani S, Trooskin S. The management of gunshot wounds to the face. *J Trauma*. 1992;33(4):508-15.
15. Burke JE, Lanzi GL. Early management of civilian gunshot wounds to the face. *J Trauma*. 1994;37(3):514.
16. Lauriti L, Bussadori SK, Fernandes KPS, Martins MD, Mesquita-Ferrari RA, Luz JGC. Gunshot injuries in the maxillofacial region: A retrospective analysis and management. *Braz J Oral Sci*. 2011;10(4):236-40.
17. Khalil AF. Civilian gunshot injuries to the face and jaws. *Br J Oral Surg*. 1980;18(3):205-11.
18. Guevara C, Pargousis P, Steinberg B. Maxillofacial gunshot injuries: a comparison of civilian and military data. *J Oral Maxillofac Surg*. 2016;74(4):795-7.
19. Shackford SR, Kahl JE, Calvo RY, Kozar RA, Haugen CE, Kaups KL, et al. Gunshot wounds and blast injuries to the face are associated with significant morbidity and mortality: results of an 11-year multi-institutional study of 720 patients. *J Trauma Acute Care Surg*. 2014;76(2):347-52.
20. Rana M, Warraich R, Rashad A. Management of comminuted but continuous mandible defects after gunshot injuries. *Injury*. 2014;45(1):206-11.
21. 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.
22. Glapa M, Kourie JF, Doll D, Degiannis E. Early management of gunshot injuries to the face in civilian practice. *World J Surg*. 2007;31(11):2104-10.
23. Shvyrykov MB. Facial gunshot wound debridement: Debridement of facial soft tissue gunshot wounds. *J Cran Maxillofac Surg*. 2013;41(1):9-16.
24. Sokoya M, Vincent AG, Joshi R. Higher Complication rates in self-inflicted gunshot wounds after microvascular free tissue transfer. *Laryngoscope*. 2019;129(4):837-40.
25. Hollier L, Grantcharova EP, Kattash M. Facial gunshot wounds: a 4-year experience. *J Oral Maxillofac Surg*. 2001;59(3):277-82.
26. Tsakiris P, Cleaton-Jones PE, Lownie MA. Airway status in civilian maxillofacial gunshot injuries in Johannesburg, South Africa. *S Afr Med J*. 2002;92(10):803-6.
27. Ugboke VI, Owotade FJ, Oginni FO, Odusanya SA. Gunshot injuries of the orofacial region in Nigerian civilians. *SADJ*. 1999;54(9):418-22.
28. Kassan AH, Laloo R, Kariem G. A retrospective analysis of gunshot injuries to the maxillo-facial region. *SADJ*. 2000;55(7):359-63.
29. Guranluoglu R, Gatherwright J. Microsurgical reconstruction of complex maxillofacial gunshot wounds: outcomes analysis and algorithm. *Microsurgery*. 2019 Jul;39(5):384-94.
30. Benateau H, Chatellier A, Caillot A, Labbe D, Veysièrre A. Computer-assisted planning of distraction osteogenesis for lower face reconstruction in gunshot traumas. *J Craniofac Surg*. 2016;44(10):1583-91.
31. Balla V, Daniel AY, Kurian N. Prosthodontic rehabilitation of accidental maxillofacial gunshot injury using dental implants: a five year follow-up clinical report. *J Clin Diagn Res*. 2016;10(9):6-8.
32. Firat C, Geyik Y. Surgical modalities in gunshot wounds of the face. *J Craniofac Surg*. 2013;24(4):1322-6.
33. Fernandes R, Lee J. Use of the lateral circumflex femoral artery perforator flap in the reconstruction of gunshot wounds to the face. *J Oral Maxillofac Surg*. 2007;65(10):1990-7.
34. Yüksel F, Celikoz B, Ergun O, Peker F, Açikel C, Ebrinc S. Management of maxillofacial problems in self-inflicted rifle wounds. *Ann Plast Surg*. 2004;53(2):111-7.
35. Murphy JA, McWilliams SR, 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.
36. Shuck LW, Orgel MG, Vogel AV. Self-inflicted gunshot wounds to the face: a review of 18 cases. *J Trauma*. 1980;20(5):370-7.
37. Chen AY, Stewart MG, Raup G. Penetrating injuries of the face. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 1996;115(5):464-70.
38. Öztürk S, Bozkurt A, Durmus M, Deveci M, Sengezer M. Psychiatric analysis of suicide attempt subjects due to maxillofacial gunshot. *J Craniofac Surg*. 2006;17(6):1072-5.
39. Xing L, Duan Y, Zhu F, Shen M, Jia T, Liu L, et al. Computed tomography navigation combined with endoscope guidance for the removal of projectiles in the maxillofacial area: a study of 24 patients. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2015;44(3):322-8.
40. Edetanlen BE, Saheeb BD. Lead diagnostic testing and maxillofacial gunshot wounds. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2017;55(1):106.
41. Casapi N, Zeltser R, Regev E, Shteyer A. Maxillofacial gunshot injuries in hostility activities in 2000-2003. *Refuat Hapeh Vehashinayim*. 2004;21(1):47-53.
42. Wordsworth M, Thomas R, Breeze J, Evriviades D, Baden J, Hettiaratchy S. The surgical management of facial trauma in British soldiers during combat operations in Afghanistan. *Injury*. 2017;48(1):70-4.
43. Assael LA. Gun safety and social responsibility: a means to reduce maxillofacial trauma. *J Oral Maxillofac Surg*. 2008;66(1):1-2.
44. Cerqueira D, Bueno S, Lima SR, Palmieri AP, Reis M, Cypriano O, et al. Atlas da violência 2019. Brasília: Ipea; 2019.
45. Vayvada H, Menderes A, Yilmaz M, Mola F, Kztikaya A, Atabey A. Management of close-range, high-energy shotgun and rifle wounds to the face. *J Craniofac Surg*. 2005;16(5):794-804.
46. Grimes DA, Schulz KF. Descriptive studies: what they can and cannot do. *Lancet*. 2002;359(9301):145-9.
47. Le Breton D. Antropología del cuerpo y modernidade. Buenos Aires: Nueva Visión; 2002.
48. Elias N. A sociedade dos indivíduos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1994.

5 AS REPERCUSSÕES PARA O TRABALHO, SAÚDE E RELAÇÕES FAMILIARES DE POLICIAIS MILITARES FERIDOS POR ARMA DE FOGO EM FACE (Artigo 2)

Resumo

Objetivo: identificar o perfil dos pacientes operados em decorrência de ferimentos na face por arma de fogo, a distribuição anatômica destes ferimentos e conhecer as repercussões sobre a saúde, o trabalho e as relações familiares dos policiais atingidos. *Métodos:* foi realizado um estudo epidemiológico retrospectivo a partir de dados secundários referentes aos policiais militares que foram operados no Hospital Central da Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro em decorrência de ferimentos por arma de fogo (FAF) em face, no período de junho de 2003 a dezembro de 2020 (N = 87). Agregam-se dados de abordagem qualitativa oriundas de respostas abertas e fechadas fruto de aplicação de questionário (N=37) posteriormente aos ferimentos, indagando sobre as repercussões do acidente violento vivido para o exercício do trabalho, na família e para a saúde do policial. *Resultados:* o perfil dos policiais operados evidencia: sexo masculino, idade média de 34,9 anos, praças e feridos em serviço. As fraturas na região mandibular foram as mais encontradas (56,3%) e as disestesias, perda de dentes e de segmentos ósseos foram as principais sequelas. Houve piora nas condições de saúde física dos policiais após os ferimentos sofridos com aumento de casos de hipertensão, elevada frequência de insônia (59,4%), cefaleia (51,3%) e dores articulares/coluna (50%). Os danos nas relações familiares demonstraram uma maior tendência de autoisolamento do policial e sentimento de medo vivenciado pelos parentes do policial. Houve elevada frequência de afastamento definitivo do trabalho em decorrência dos ferimentos sofridos apontando para a necessidade de aprimoramento nas condições de trabalho do policial militar no estado do Rio de Janeiro.

Palavra-chave: segurança pública; policiais; militares; ferimento por arma de fogo; saúde do trabalhador; cirurgia bucomaxilofacial.

Abstract

Objective: to identify the profile of patients operated on as a result of gunshot wounds to the face, the anatomical distribution of these injuries and to know the repercussions on the health, work and family relationships of the police officers affected. *Methods:* a retrospective epidemiological study was carried out based on secondary data referring to military police officers who were operated on at the Central Hospital of the Military Police of the State of Rio de Janeiro due to firearm injuries (FAF) in the face, in the period of June from 2003 to December 2020 (N = 87). Data from a qualitative approach are added from open and closed responses resulting from the application of a questionnaire (N=37) after the injuries, asking

about the repercussions of the violent accident experienced for the exercise of work, in the family and for the health of the police officer. Results: the profile of the operated police officers shows: male sex, average age of 34.9 years, soldiers and injured on duty. Fractures in the mandibular region were the most frequent (56.3%) and dysesthesia, loss of teeth and bone segments were the main sequelae. There was a worsening in the physical health conditions of the police after the injuries suffered, with an increase in cases of hypertension, high frequency of insomnia (59.4%), headache (51.3%) and joint/spine pain (50%). Damage to family relationships showed a greater tendency for police officers to self-isolate and a feeling of fear experienced by police officers' relatives. There was a high frequency of permanent leave from work due to the injuries suffered, pointing to the need to improve the working conditions of the military police in the state of Rio de Janeiro.

Keywords: *public safety; police officers; military; firearm injury; occupational health; oral and maxillofacial surgery.*

5.1 INTRODUÇÃO

O Brasil é um país marcado historicamente pela violência¹. Segundo o Anuário Brasileiro de Segurança Pública², em 2020 47.773 pessoas sofreram mortes violentas intencionais no Brasil; 72,5% destas mortes foram perpetradas por arma de fogo. Em virtude da utilização de armamento com elevado potencial de destruição no país, afetando a população civil e profissionais de segurança, esta questão se tornou um problema de saúde pública de interesse multidisciplinar.

A arma de fogo é o principal mecanismo de lesão em serviço entre policiais em todo mundo³. No estado do Rio de Janeiro (RJ), 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 saúde desta população⁴.

É conhecido que os riscos inerentes à profissão e à violência vivenciada cotidianamente pelos profissionais de segurança pública têm produzido graves repercussões na sua saúde mental e física^{5,6,7}. Para Dejour⁸

A psicodinâmica do trabalho defende a hipótese segundo a qual o trabalho não é redutível a uma atividade de produção no mundo objetivo. O trabalho sempre coloca à prova a subjetividade, da qual esta última sai acrescentada, enaltecida, ou ao contrário,

diminuída, mortificada. Trabalhar constitui, para a subjetividade, uma provação que a transforma. Trabalhar não é somente produzir; é, também, transformar a si mesmo e, no melhor dos casos, é uma ocasião oferecida à subjetividade para se testar, até mesmo se realizar (DEJOUR, 2004).

Nesta perspectiva teórica, o trabalho interfere na construção da subjetividade e a coloca à prova podendo gerar aspectos construtivos e ou destrutivos na subjetividade do trabalhador. Trabalhar não se resume a produzir, mas é transformar a si mesmo. Estudos têm apontado que estes impactos na saúde dos policiais decorrem de condições insalubres de trabalho com alimentação precária, sobrecarga de trabalho, ambiente constante de violência com confrontos armados produzindo alta taxa de vitimização, uma organização do trabalho muitas vezes conflitante nas relações dos policiais com seus pares e superiores hierárquicos, baixo reconhecimento da sociedade pelo trabalho policial e o medo constante quanto a segurança de sua vida^{7,9}. As consequências desta forma de trabalho têm interferido também na saúde mental de seus familiares¹⁰ com desdobramentos em suas relações sociais¹¹.

A despeito do aumento na produção acadêmica na última década de estudos que analisem a relação do trabalho do policial militar e seus impactos na saúde¹², e de ser conhecido que é alta a ocorrência de morbidade por arma de fogo entre os policiais militares (PM) no estado do RJ, há uma escassez de pesquisas que discutam as repercussões da ocorrência deste tipo de morbidade no trabalho, saúde e relações familiares, constituindo-se uma lacuna de pesquisa¹³.

Dessa forma, este artigo realizou um levantamento sobre os pacientes operados em decorrência de FAF não fatais em face que atingiram policiais militares da ativa do estado RJ e apresenta as repercussões deste tipo de ferimento para a vida do policial nos aspectos relacionados a sua saúde, ao trabalho policial e suas relações familiares.

5.2 MATERIAIS E MÉTODOS

Para obter as respostas aos objetivos propostos neste artigo foram utilizadas abordagens quantitativa e qualitativa¹⁴. As análises foram realizadas a partir de dois instrumentos obtidos no Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial (CTBMF) do Hospital Central da Polícia Militar (HCPM). O primeiro deles (*instrumento 1*) é fruto de informações do prontuário de evolução dos pacientes, com todos os 87 policiais da ativa feridos por arma de fogo em face que acessaram o serviço entre junho de 2003 a dezembro de 2020, o que corresponde a 16,1% em relação ao total de policiais militares atendidos no hospital por todas as causas; foram

excluídos pacientes civis, e os policiais militares reformados. As informações epidemiológicas incluíram: idade, gênero, raça/cor, data do trauma, posto ou patente militar no momento do ferimento. Os ferimentos maxilofaciais foram classificados segundo sua localização, se intraoral ou extraoral (osso frontal à mandíbula), 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, a condição de saúde geral do militar antes do ferimento, o número de cirurgias realizadas após o trauma, as complicações e sequelas mais encontradas e as especialidades em saúde envolvidas na reabilitação. Os dados foram inseridos em ficha padronizada a partir das variáveis existentes no documento disponíveis do serviço, digitada em banco de dados (Programa Epidata 3.0). Foi também calculado o índice de massa corporal (peso, dividido pela estatura elevada ao quadrado, considerando obesidade ≥ 30 kg/m²). Foram incluídos nesta etapa de análise apenas os policiais com agressões por FAF em face que não faleceram imediatamente em decorrência do ferimento e, portanto, necessitaram atendimento bucomaxilofacial.

O segundo instrumento utilizado corresponde ao questionário implementado no serviço em 2019 para levantamento das repercussões dos FAF em face. Foi aplicado a 37 policiais feridos em face no HCPM entre dezembro 2019 e setembro de 2021, contendo perguntas abertas e fechadas. O tempo médio entre o FAF em face e o preenchimento do instrumento 2 foi de 7,1 anos. Todos os 87 policiais foram convidados a atendimento no serviço, alcançando uma taxa de resposta de 42,5% em relação ao total de FAF em face atendidos no hospital no período investigado. As perdas decorreram sobretudo da dificuldade de contato, já que muitos telefones registrados nos prontuários não correspondiam mais ao número atual do policial. 20 policiais não possuíam qualquer contato telefônico, 4 foram excluídos a bem da disciplina, 6 faleceram, 1 encontrava-se em licença *ex officio*, 1 se recusou em decorrência de restrições na saúde e 18 não atenderam às ligações realizadas. Estes policiais não entrevistados (N=50) eram militares do sexo masculino e praças (100%), com idade média de 33,7 anos e feridos em serviço em 89%. As perdas foram crescentes a medida do maior tempo da ocorrência do ferimento. Entre os anos de 2003-2007 foram 68% de perdas; 2008-2012 66,7%; 2013-2017 57% e 2018-2020 35,8%.

O instrumento 2 contém perguntas relacionadas à: a) identificação do perfil do paciente (tempo de serviço do policial no momento da ocorrência, estado civil, número de filhos, tipo de moradia); b) atendimento em saúde recebido e dificuldades enfrentadas no período de recuperação; c) repercussões na saúde geral e oral após o FAF, doenças adquiridas após o ferimento, índice de massa corpórea (IMC), frequência de atividade física praticada, hábitos

como tabagismo; d) repercussões nas relações sociais e familiares; e) repercussões no exercício do trabalho e dificuldades enfrentadas; f) limitações funcionais e ou estéticas decorrentes do trauma. Os dados foram processados em banco de dados (Programa *Microsoft Office Excel* 2019). Para o processamento e análise de todas as informações foi usado o pacote estatístico SPSS versão 19.0, realizando-se análise descritiva com apresentação de frequências e percentuais.

A análise qualitativa cumpriu as seguintes etapas¹⁵: (1) digitação das anotações das entrevistas registradas no questionário; (2) atribuição de blocos temáticos segundo as respostas dos entrevistados; (3) leitura compreensiva dos textos digitalizados visando a detectar tanto as particularidades quanto aos relatos coincidentes entre os depoimentos; (4) agrupamento dos trechos de depoimentos mais ilustrativos sobre os impactos na saúde mental; (5) identificação das ideias centrais; (6) identificação dos sentidos atribuídos às ideias; (7) elaboração de sínteses interpretativas. As análises buscaram conhecer, interpretar e sintetizar os impactos vivenciados pelos PM em suas relações laborais, familiares, no seu jeito de ser e o que consideravam como *o melhor e o pior* de ser policial após o ferimento sofrido.

A pesquisa foi submetida e autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fiocruz (CAAE 31541320.8.0000.5240).

5.3 RESULTADOS

Durante o período de junho de 2003 a dezembro de 2020 foram realizadas 894 cirurgias em centro cirúrgico sob anestesia geral pelo Serviço de CTBMF no HCPM sendo 539 em policiais militares. Deste grupo, 196 cirurgias decorreram de FAF em face em 87 PM da ativa representando uma média de 2,2 cirurgias por paciente ferido por arma de fogo. Entre os anos de 2003 a 2013 foram 53 policiais operados por FAF em face e entre 2014 a 2020 34. 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 e no ano de 2020, ano do início da pandemia da COVID-19, não houve policiais operados por esse motivo.

Todos os pacientes nessa análise eram do sexo masculino (N=87), com idades entre 24 a 49 anos e média de 34,9 anos. Não foi possível identificar a raça/cor da pele em 48,8% dos prontuários. Entre os 45 pacientes analisados, 51,5% foram identificados como cor da pele branca, seguidos por preta (28,5%) e parda (20%).

O perfil profissional do policial foi constituído predominantemente por praças (97,7%), em especial soldados (40,1%); 73,5% dos casos ocorreram durante o período laboral; 89,6%

dos policiais 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 (73,2%), seguida por tentativa de suicídio (9,6%).

No que se refere aos ferimentos bucomaxilofaciais analisados, 98,8% dos pacientes apresentavam ferimentos extraorais e 86% apresentavam ferimentos intraorais; 73% dos pacientes sofreram perdas dentárias e 82,7% sofreram fraturas faciais. Constatando a amplitude das lesões, 72 pacientes apresentaram 122 regiões da face fraturadas, com maior acometimento da região da mandíbula, 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 entre 87 policiais militares da ativa, operados em virtude de FAF (junho de 2003 a dezembro de 2020)

Região Bucomaxilofacial	% de fraturas por região (N=122)	% de pacientes com a região comprometida (N=71)
Mandíbula	32,8	56,3
Maxila	26,2	45,0
Zigomático-orbital	22,9	39,5
Nasal	9,0	15,5
Frontal	6,5	11,3

Fonte: Serviço de CTBMF no HCPM. Levantamento realizado manualmente pela autora.

Em virtude da gravidade dos ferimentos por arma de fogo, 18,4% dos baleados precisaram ser submetidos a traqueostomia. Foi descrito algum tipo de complicação durante a internação hospitalar em 13,9% dos pacientes, sendo a infecção a mais frequente entre elas.

Constam nos prontuários 282 ocorrências de sequelas e complicações advindas do trauma entre os 87 pacientes da amostra conforme a **Tabela 2**. As disestesias (parestesias e paralisias faciais), perdas dentárias e perdas de segmentos ósseos foram as sequelas mais frequentes, seguida por: sinusites recorrentes, limitações na função mastigatória, má oclusão, alterações visuais, disfunção temporomandibular, limitação na fala, alterações glandulares, anosmia, falha na fixação interna rígida, alterações do aparato lacrimal e perda de enxerto.

Tabela 2: Distribuição das sequelas e complicações faciais advindas do trauma sofrido por policiais militares do Estado do Rio de Janeiro (junho de 2003 a dezembro de 2020, N=87)

Complicações e Sequelas	N	% segundo ocorrência (N=282)	% por paciente (N=87)
Perdas dentárias	67	23,7	77
Perda de segmentos ósseos	61	21,8	70,1

Complicações e Sequelas	N	% segundo ocorrência (N=282)	% por paciente (N=87)
Disestesias (parestesia e paralisia)	81	28,7	93,1
Infecção/ Sinusite recorrente	44	16,6	50,57
Limitação na função mastigatória	25	8,86	28,7
Má oclusão	21	7,4	24,1
Disfunção temporomandibular	10	0,35	11,49
Anosmia	4	1,4	4,59
Limitação na fala	8	2,8	9,1
Alterações glandulares	6	2,1	6,8
Falha da fixação	3	1,0	3,4
Perda da acuidade visual/eu amaurose	16	5,67	18,3
Alterações no aparato lacrimal	3	1,06	3,4
Perda de enxerto	2	0,7	2,29
Total	282	100	-

Fonte: Serviço de CTBMF no HCPM. Levantamento realizado manualmente pela autora.

Com relação aos **impactos na saúde**, ao avaliar a anamnese dos prontuários dos 87 pacientes com FAF em face preenchidos no primeiro atendimento do paciente (*Instrumento 1*), 6,9% dos pacientes apresentavam hipertensão e 1,1% gastrite, dor articular e diabetes. Quando analisamos as respostas do questionário sobre as repercussões dos ferimentos sofridos (*Instrumento 2*, N=37), encontramos posterior agravamento das condições de saúde dos pacientes com um alto número de policiais com insônia (59,4%), cefaleia (51,3%), problemas articulares/coluna (50%), obesos (75,6%) e sedentários e um crescimento considerável de policiais hipertensos, diabéticos e com gastrite (**Tabela 3**).

Já as repercussões tardias de impacto na saúde encontradas (N=87) foram: comprometimento estético facial em 67 pacientes, cicatrizes aparentes (70), queixas de dor crônica (32), transtornos psicológicos e/ou psiquiátricos (8), 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, redução da capacidade no paladar, perda parcial ou total da acuidade visual, dificuldade na fala, dentre outras restrições do cotidiano.

Em média 1,6 especialidades de saúde estiveram envolvidas no tratamento de cada paciente com esse tipo de ferimento em face; 73 pacientes receberam 146 encaminhamentos a 14 diferentes especialidades. Apenas 14 não foram encaminhados para outra especialidade de saúde. Notamos que os pacientes que receberam maior número de encaminhamentos, entre 4 e 6 especialidades, todos precisaram de apoio psicológico ou psiquiátrico durante o pós-

operatório. As especialidades mais acionadas foram: a fisioterapia (N=40), a psicologia (N=36), a odontologia (N=30) e a oftalmologia (N=22).

Tabela 3: Respostas às perguntas fechadas sobre as condições de saúde dos policiais militares feridos por arma de fogo em face no estado do Rio de Janeiro de junho de 2003 a dezembro de 2020, N=87 e dezembro de 2019 a setembro de 2021, N=37

<i>Variáveis</i>	Instrumento 1		Instrumento 2	
	<i>Prevalência %</i>	<i>N</i>	<i>Prevalência %</i>	<i>N</i>
Hipertensão	6,9	6	21,6	8
Diabetes	1,1	1	5,4	2
Gastrite	1,1	1	18,9	7
Cefaleia	0	0	51,3	19
Cardiopatia	0	0	5,4	2
Coluna/articulação	1,1	1	50	17
Insônia	-	-	59,4	22
IMC (Obesidade)	-	-	75,6	28
Fez/Faz tratamento Psicológico	-	-	73	27
Faz atividade física pelo menos 1 vez/semana	-	-	30	11
Tabagista	-	-	13,5	5
Faz uso de algum remédio	8	7	29,7	11

Fonte: Serviço de CTBMF no HCPM. Levantamento realizado pela autora

A análise qualitativa das repercussões laborais, na família e no jeito de ser do policial estão apresentadas nos quadros 2 e 3.

Quadro 2: Respostas às perguntas abertas sobre as repercussões no trabalho, nas relações familiares e no seu jeito de ser após o trauma sofrido entre policiais militares do estado do Rio de Janeiro (dezembro de 2019 a setembro de 2021, N=37)

Repercussões no trabalho	Repercussões nas relações familiares	Repercussões no jeito de ser
<i>No início fiquei querendo vingança, queria vingança! Tratei com psicólogo por 4 anos para me sentir melhor.</i>	<i>Não saio de casa quase, não saio de noite. A minha esposa também adoeceu, principalmente quando fomos expulsos de casa. Quando tem alguma festa dependendo do lugar não vai de jeito nenhum.</i>	<i>Tenho medo de sair de casa porque não ando armado. Quase não saio de casa, me relaciono com poucas pessoas.</i>

Repercussões no trabalho	Repercussões nas relações familiares	Repercussões no jeito de ser
<i>Não tenho mais tranquilidade para andar na rua, para ir e vir.</i>	<i>Minha filha tinha medo de tudo, de ficar sozinha, de pegar ônibus, medo de tudo, ela começou um atendimento na psicologia no Batalhão, mas houve uma mudança de política e a psicóloga foi retirada e minha filha não pode continuar o tratamento.</i>	<i>Não consigo ler, dirigir, sair de casa sozinho, ser independente.</i>
<i>Na época estava muito abalado psicologicamente. Quando você vê a vida se esvaír de você não é fácil. Se algum psicólogo me visse como estava não deixaria eu voltar para o trabalho.</i>	<i>Precisei me mudar de onde morava porque o assalto foi no bairro que morava e tive que pagar aluguel. Não durmo, direito, parei de interagir socialmente com outras pessoas. Para ter uma ideia, nunca mais pude retornar na casa da minha mãe que mora no bairro onde fui assaltado.</i>	<i>Um trauma né! Se eu puder não andar de ônibus eu não ando. Também tive medo de ficar deformado e aprendi a não sorrir mais por cauda da perda dos dentes.</i>
<i>Precisei para sair da ponta da operação em virtude do medo.</i>	<i>O beijo com a minha esposa mudou...</i>	<i>Nunca mais consegui ter uma vida normal, tive depressão, fui internado. Aí tive problemas na psiquiatria da PMERJ, não conseguia ser atendido e tive que fazer tratamento particular.</i>
<i>Eu não consigo mais trabalhar na rua, eu ouço um barulho de tiro e fico em pânico.</i>	<i>Quando meu filho me viu, ele não me reconheceu e ficou com medo de mim.</i>	<i>A gente fica meio, um pouco traumatizado, receoso com o que aconteceu.</i>
<i>Não tenho vontade de sair de casa, tenho a visão de que a polícia não é para mim, não tenho vocação.</i>	<i>Ficou melhor minha relação com eles porque fiquei mais presente na vida deles, estou valorizando mais estar com eles do que dar coisas para eles.</i>	<i>Depressão, fui internado por tentativa de suicídio, não assisto nem TV, fico muito ansioso absorvendo muitas coisas, fiquei mais ansioso e triste.</i>
<i>Muito medo, antes eu sabia que tem risco, agora tenho certeza e dá muito medo.</i>	<i>A partir do acidente minha esposa ficou muito mais preocupada, se estou na rua ela fica nervosa, se demoro, a pressão dela aumenta. Ela precisou buscar ajuda psicológica.</i>	<i>Síndrome do pânico, sinto muito medo. Medo! Medo de morrer, medo de sentir dor, muito medo. Muito impacto! Tentei até o suicídio meses após a recuperação!</i>
<i>Muitas coisas, medo de todo mundo, medo de encontrar os bandidos.</i>	<i>Mudou tudo, hoje sou totalmente dependente da minha esposa e da minha sogra.</i>	<i>Questiona se vale a pena permanecer na polícia. Recebi um recado na cara né doutora!</i>

Fonte: Serviço de CTBMF no HCPM. Levantamento realizado pela autora

Os **impactos no trabalho** variaram de afastamento completo das atividades laborais, mudanças na forma de atuação da atividade fim (policciamento ostensivo) para atividade meio (administrativas) e mudanças na função do trabalho. De acordo com a Junta Médica de Saúde da Secretaria Estadual de Polícia Militar¹⁷, 20 policiais foram classificados como Aptos e 17 Inaptos. Entre os Aptos, 10 estavam classificados como Aptos A, pois apresentavam plena aptidão para desempenhar todos os serviços de natureza policial militar; nove como Aptos B,

porque possuíam aptidão para desenvolver serviço de natureza policial ou atividades inerentes ao cargo ou função de atividade meio, com restrições para algumas delas, claramente definidas pela Ficha de Inspeção de Saúde, podendo portar arma de fogo; e um foi considerado Apto C, pois manifestava aptidão para desenvolver atividades inerentes ao cargo ou função de policial em atividade meio, mas com restrição para o porte de arma de fogo. Entre os Inaptos, condição essa que pode ser temporária ou definitiva, oito foram reformados em decorrência dos ferimentos sofridos; um encontrava-se em reserva remunerada e oito ainda permaneciam cumprindo licença de saúde para tratamento dos ferimentos. O tempo médio de afastamento por motivos de saúde foi de 15,4 meses (N=29). Nesse total não foram considerados os oito policiais que ainda estavam em licença no dia da entrevista para a pesquisa. O tempo médio de efetivo serviço no momento em que os policiais foram feridos era de 11,1 anos.

Quanto à forma de trabalhar, apenas dois entre os 37 policiais entrevistados não mencionaram alguma mudança após o acidente. As mudanças relatadas demonstraram um comportamento que oscilava entre atitudes de maior cautela ou de maior exposição laboral na busca por *vingança*, ambos permeados pelo sentimento de medo. Alguns policiais feridos desempenhavam funções táticas de conduzir as operações e após o acidente não se viram mais em condição de desempenhá-las. Foi recorrente o relato de que logo após retornarem ao trabalho vários tiveram um comportamento mais impulsivo e reativo. A maioria dos militares (N=34) respondeu que o trabalho representava um risco constante. Quanto às condições de trabalho ao longo do tempo, 21 policiais reconheceram melhorias, mas para 10 deles, a situação continua igual ou pior (N=6). Entre as melhorias na condição de trabalho foram citadas uma melhor oferta de viaturas (N=10), armas e coletes de proteção (N=11), melhora na relação com os superiores hierárquicos (N=4), nos salários (N=2) e na alimentação (N=1). Os que consideraram que as condições pioraram queixaram-se da falta de camaradagem entre pares no trabalho e a falta de respeito da sociedade em relação ao policial.

Quando perguntados sobre o que consideravam *o pior de ser policial militar (Quadro 3)*, as ideias centrais das respostas abertas demonstraram uma forte insatisfação com a forma de relação com os superiores hierárquicos (N=17) e o baixo reconhecimento do trabalho das praças pela SEPM (N=13). Ressaltamos que a falta de reconhecimento pela sociedade (N=6) e o risco da profissão (N=6) foram menos citados. Quando perguntados sobre o que consideravam *o melhor de ser policial*, encontramos uma demonstração de grande satisfação em poder ajudar as pessoas e servir a sociedade (N=15). Os entrevistados também expressaram satisfação com o fato de terem estabilidade financeira (N=6) e possibilidade de construir relações de amizade

ao longo da carreira policial (N=4). Chamou-nos atenção o fato de cinco policiais não identificarem nada de bom no exercício da profissão.

Quadro 3: Respostas às perguntas abertas sobre o que consideravam o melhor e o pior de ser policial militar no estado do Rio de Janeiro (junho de 2003 a dezembro de 2020, N=35)

“O pior” de ser policial militar?	“O melhor” de ser policial militar?
<i>É o risco constante, no RJ você não pode ser reconhecido por ser policial.</i>	<i>Possibilidade de carreira para melhora financeira.</i>
<i>O risco constante e as condições de trabalho e equipamento precário, tem outras coisas, mas tenho até vergonha de falar, deixa por aí mesmo.</i>	<i>Satisfação em retirar da sociedade um bandido, fazer algo bom para a sociedade.</i>
<i>Falta de reconhecimento da corporação e da sociedade.</i>	<i>Eu gosto de ser policial, de ajudar, de ser útil.</i>
<i>A corrupção, o sucateamento do serviço, pouco contingente humano.</i>	<i>Eu me encontrei muito nessa coisa de proteger.</i>
<i>Falta reconhecimento por todos os lados, da instituição, da sociedade, é uma coisa tão clichê né!</i>	<i>Difícil, não identifico não.</i>
<i>A alternância frequente de comandos que mudam toda a forma de trabalho, horário de blitz, colocar supervisões não preparadas para comandar.</i>	<i>Salário, e estabilidade financeira.</i>
<i>Falta de reconhecimento pelos superiores e pela sociedade.</i>	<i>Poder ajudar as pessoas.</i>
<i>Falta reconhecimento pelo trabalho dos superiores na polícia e na sociedade. A favela odeia o PM e o PM odeia a favela.</i>	<i>Sentir que é útil quando atende uma demanda da sociedade, gosto de radiopatrulha de interagir com as pessoas.</i>
<i>O estima de ser policial, você fica em holofote, todo mundo espera de você alguma reação.</i>	<i>Estabilidade de salário e escala de trabalho.</i>
<i>As condições de trabalho, o armamento, a covardia dos superiores hierárquicos.</i>	<i>Poder ajudar as pessoas.</i>
<i>A administração na polícia.</i>	<i>Poder ir para o confronto, sempre trabalhei na favela.</i>
<i>A política que envolve e interfere no que o policial faz no dia a dia.</i>	<i>O espírito de camaradagem, espírito de corpo, com certeza.</i>
<i>A própria atividade, a operação e não as radiopatrulhas.</i>	<i>O bem que eu faço para a sociedade, um bem que a gente não enxerga, mas a gente faz.</i>
<i>A falta de reconhecimento do policial na polícia.</i>	<i>Não me lembro.</i>
<i>O risco de ficar com uma sequela por trabalhar como policial.</i>	<i>Tá difícil o melhor...o melhor é a prestação de serviço.</i>
<i>Eu acho que o pior é abrir mão de fazer coisas comuns porque sempre tem um receio porque o polícia é para-raios, tudo chega perto dele.</i>	<i>Para mim é a melhor profissão do mundo! A gente pode chegar e oferecer ajuda para quem estar precisando, ser uma luz naquela escuridão de trevas e por isso, o policial é cobrado demais.</i>
<i>Falta de apoio do estado em algumas coisas e a população que as vezes sabe onde está o meliante e não denuncia.</i>	<i>Quando a gente vai numa correria e consegue ajudar alguém, a sensação de dever cumprido.</i>
<i>A falta de apoio da corporação em tudo. Numa ocorrência, quando você está numa situação que apertada, quando há uma denúncia contra você. Você já é considerado culpado e depois que tem que mostrar que não é. Isto já aconteceu comigo, já fui injustiçado e tive que provar que não era culpado. Isto foi há muito tempo. Foi um momento muito difícil pela insegurança do que aconteceria.</i>	<i>Poder ajudar alguém quando ela precisa, prender um bandido, ajudar no socorro de uma grávida.</i>
<i>A escala de trabalho, a alimentação do policial que é muito ruim, os itens de segurança que na época eram ruins.</i>	<i>A camaradagem, a amizade entre os amigos de trabalho. Eu consegui muitos irmãos na polícia, que</i>

“O pior” de ser policial militar?	“O melhor” de ser policial militar?
	<i>até hoje temos contato frequente. Fazemos encontros, ajudamos uns aos outros.</i>
<i>O pior é não ter segurança jurídica quando está no exercício do trabalho, o cumprimento do rito legal não dá garantia para o policial militar.</i>	<i>Contribuir para a paz social e ordem pública.</i>
<i>Nós somos muito truculentos, hoje eu vejo o quanto estava errado e essa truculência me incomoda na corporação. Essa truculência me incomoda. É impossível fazer justiça cometendo injustiça.</i>	<i>A camaradagem policial no Batalhão de Operação Policiais Especiais.</i>
<i>Falta de estrutura de trabalho, blindagem nos carros, escala de serviço.</i>	<i>Salvar vidas.</i>
<i>Risco de acidente de trabalho.</i>	<i>Ajudar as pessoas e a cidade na forma da lei.</i>
<i>A partir do momento que entra para a polícia você perde a liberdade por completo porque é policial. Eu gostava da profissão, hoje não.</i>	<i>A estabilidade financeira.</i>
<i>O pior é o reconhecimento entre a gente mesmo, o reconhecimento dos oficiais que gera exclusão.</i>	<i>Muitas coisas boas, mas a estabilidade de ser servidor é a melhor.</i>
<i>O pior acho que é a falta de apoio pelas autoridades dentro da própria instituição.”</i>	<i>Não tem nada! Ser policial é lidar dia a dia com a mazela da sociedade. Se não tiver um psicológico firme se envolve com aquilo tudo.</i>
<i>O pior é....acho que o nosso comando geral, os superiores, a sociedade agente entende não ter reconhecimento, mas dos superiores, da própria instituição é o pior.</i>	<i>A estabilidade de ser servidor público.</i>
<i>Acho que o pior é a falta de reconhecimento por falta da sociedade.</i>	<i>É poder ajudar os outros.</i>
<i>A covardia dos superiores, das autoridades.</i>	<i>Ah, tudo! O risco, a adrenalina. Saí da aeronáutica e fui para a polícia aos 22 anos. Sempre fui militar, não sei o que é ser civil.</i>
<i>Não existe pior, o que existe é como o estado trata a ferramenta, o PM é obrigado a entrar e ficar na entrada da favela com 1 viatura e 2 pessoas, se é a Polícia Federal, vai um monte de comboio, de policial, mas a gente tem que ir assim porque ninguém se preocupa, a instituição não se preocupa, é um descaso com o policial.</i>	<i>Poder mudar a vida das pessoas, poder salvar as pessoas.</i>
<i>É o próprio apoio da polícia que não dá, a polícia é acusada o tempo todo de fora e a polícia não defende. As vezes o policial é acusado por essa imprensa podre e depois comprova que não foi culpa do policial, mas a polícia não vai a público dizer isso.</i>	<i>É o respeito que as pessoas tinham, as amizades que fazia, e o trabalho mesmo. Eu já fiz até casamento em delegacia doutora, socorrer mulher grávida, já fiz até parto, é isso o melhor.</i>
<i>O pior é as vezes de algumas situações, a covardia fora da polícia dos bandidos.</i>	<i>Os amigos, vamos dizer assim, porque a gente consegue fazer aqui dentro bons amigos.</i>
<i>O pior é o militarismo! Por ser comandado por pessoas incompetentes o que tem uma repercussão negativa no trabalho.</i>	<i>Nada, não tem nada!</i>
<i>Discriminação por desconfiança de ser criminoso, se tem alguma coisa já julgam que você é criminoso.</i>	<i>Eu não me sinto policial, eu estou policial, eu não sei o que dizer do que é melhor.</i>
<i>O constante risco de vida por ser policial, inclusive na folga.</i>	<i>Ser reconhecido, respeitado.</i>

Fonte: Serviço de CTBMF no HCPM. Levantamento realizado pela autora

Acerca das **repercussões na família**, os policiais apontaram impactos no convívio social, em perdas financeiras e na saúde de integrantes da família. Quanto ao contexto familiar, 29 eram casados ou viviam companheiras; e oito eram solteiros; tinham uma média de 1,6

filhos; moravam em casa própria quitada (N=14), própria financiada (N=9), alugada (N=14). Houve relatos sobre a falta de segurança para viver no bairro onde residem e dois casos muito graves em que o policial precisou sair de sua casa em decorrência de ordens do tráfico local. Apesar das dificuldades, a família constitui a principal rede de apoio para superação das dificuldades para 29 militares.

Entre os policiais casados (N=29), 22 identificaram impactos do acidente violento na vida dos cônjuges, sete não mencionaram mudanças e um não soube responder. Foram relatados aumento da irritabilidade e impaciência para com a esposa ou companheira, de forma mais recorrente; três policiais se separaram em virtude desses impactos. Houve um aumento do sentimento de medo e ansiedade das esposas e maior preocupação com a segurança da família, assim como casos de depressão e hipertensão após o acidente de seu marido. Mas também foi reportada melhora na qualidade do relacionamento após o acidente (N=2) pela solidariedade gerada pelo sofrimento. O medo foi o sentimento mais citado para descrever os impactos entre os filhos após o acidente, assim como depressão e necessidade de acompanhamento psicológico de alguns filhos. Número reduzido de policiais (N=3) descreveu que passou a valorizar mais o tempo de qualidade e do relacionamento com os filhos.

Os relatos que afirmaram **mudanças no jeito de ser** (N=35) abrangeram perdas no convívio social que resultaram em comportamento de autoisolamento. As mudanças ocorreram em virtude de limitações na saúde física, emocional, medo de revitimização e perdas na condição financeira familiar. As dificuldades físicas envolveram insatisfação com a estética facial e limitações funcionais adquiridas como perda da acuidade visual, auditiva e limitações para mastigar. Apenas dois policiais informaram que após o acidente mudaram a forma de viver com atitudes e práticas mais positivas no convívio familiar. Os impactos financeiros decorreram de: impossibilidade de fazer o Regime Adicional de Serviço (RAS) em virtude da restrição de saúde adquirida. -RAS significa o trabalho extra dos agentes de segurança em dias de folga ou de férias de forma a complementar sua renda -; gastos extras para cuidados com a saúde (medicamentos, transporte para consultas, com especialidades médicas buscadas fora da polícia com psiquiatras e psicólogos); perda de gratificações por estarem em regime diferencial de saúde; perda de salário das esposas que tiveram de parar de trabalhar para cuidar da saúde do marido.

5.4 DISCUSSÃO

Os FAF em face produzem lesões perfuro-contundentes e avulsivas de segmentos maxilofaciais que, normalmente, resultam em ferimentos associados a graves riscos à saúde física e emocional dos pacientes em virtude do frequente comprometimento estético e funcional, constituindo-se em desafio para o cirurgião¹⁶. O perfil profissional do paciente baleado em face encontrado foi de policiais militares praças, em especial soldados, do sexo masculino, com idade média de 34,9 anos, atingidos em serviço. A idade média dos feridos em face encontrados é mais elevada entre os militares quando comparados aos pacientes civis^{24,25}. O fato de os feridos serem constituídos apenas por homens pode ser explicado pela baixa representatividade de policiais femininas na Secretaria Estadual de Polícia Militar e maior quantidade de praças nas operações de confronto, o que os expõe a mais violência por efeito da divisão de trabalho corporativo e também dos permanentes conflitos sociais.

As cirurgias realizadas em decorrência de arma de fogo entre os policiais militares constituíram 16,2% das realizadas no Serviço de CBMF no HCPM, um índice muito elevado se comparado a população civil que oscila de 1%¹⁸, 2%¹⁹ a 6%²⁰ dos traumatismos maxilofaciais operáveis. Apesar de os policiais militares incluídos neste estudo não comporem a totalidade das ocorrências da corporação, o HCPM é o principal hospital de assistência dos policiais militares em todo estado, representando 35% dos atendimentos emergenciais dos acometidos por FAF⁷. É conhecido que os profissionais de segurança pública possuem maior risco de morte se comparados a outras profissões^{21,22,23}. Isso acontece em virtude da natureza e das atribuições da profissão. Apesar dessa contingência, os índices encontrados entre os PM no Rio de Janeiro são extremamente elevados^{7,16}. As fraturas de mandíbula foram o tipo mais frequente, assim como relatado na literatura^{13,16,19}, seguidas por aquelas que ocorrem na região de maxila e na região zigomático-orbital. Em média, cada paciente apresentou 1,4 regiões com fraturas maxilofaciais. Essas fraturas foram acompanhadas por extensas perdas de dentes, segmentos ósseos e disestesias, o que pode ser explicado pelo alto potencial avulsivo e destrutivo do projétil de arma de fogo.

Estudos têm demonstrado ao longo das últimas duas décadas problemas na condição de saúde dos profissionais de segurança pública no país²⁶⁻³⁰. Este, em particular, corrobora com esta problemática mostrando que após a ocorrência dos FAF em face, houve um agravamento da condição de saúde entre os policiais analisados, com elevada frequência de doenças cardiovasculares e gastrointestinais; problemas articulares/coluna; crescimento dos casos de diabetes e elevada queixa de insônia, cefaleia e dor crônica. A alta frequência de obesidade e sobrepeso somados ao sedentarismo, superiores à média da população brasileira³¹, constituem fatores de risco adicionais preocupantes.

Os fatores associados aos impactos danosos produzidos pelos FAF em face nas relações familiares e no trabalho apontam para três aspectos causais, a saber: a) as queixas com a estética facial e visibilidade dos ferimentos produzidos e a perspectiva que considera a alta representatividade da face nos nossos dias; b) a alta percepção de risco e sentimento de medo encontrada entre os feridos e seus familiares e c) as condições e a divisão de trabalho desses profissionais.

Sobre a alta representatividade e visibilidade da face precisamos considerar que ela desempenha tanto funções físicas tais como: fala, mastigação, respiração, sentidos gustativos, visão; como participa da construção e desenvolvimento da subjetividade e das relações^{32,33}. O aumento do poder destrutivo das armas de fogo tem contribuído para uma maior dificuldade de tratamento e agravamento das sequelas produzidas, representando um entrave para recuperação não apenas funcional como também da estética facial destes pacientes. No sentido contrário e alheia a esta dificuldade, Elias³² e Le Breton³³ mostraram o crescimento da importância da representação da face no indivíduo ao longo dos tempos desde o século XV e De Vihena³⁴ explicou o crescimento da exigência social com a estética facial. À vista disso, apesar dos avanços nas técnicas reconstrutivas, os relatos de comprometimento estético facial foi a principal ocorrência descrita nos prontuários analisados, pois eles produziram dificuldades psicológicas e de sociabilidade. Implicações essas já descritas por Goffman³⁵ ao pesquisar o estigma social como atributo depreciativo e suas consequências na deterioração da identidade dos sujeitos.

O tratamento desse tipo de morbidade demandou equipes multidisciplinares, múltiplas cirurgias reconstrutivas, extensos períodos de recuperação e limitações físicas que, invariavelmente, repercutem social e emocionalmente na vida do paciente. Acompanhando outros estudos, os cuidados com os pacientes deste estudo demonstram o longo caminho de recuperação, marcado pela dor crônica que esgota o ânimo e interfere na estabilidade emocional prejudicando a qualidade de vida dos pacientes¹⁶.

Para analisar as repercussões dos FAF em face para o exercício do trabalho, consideramos a construção teórica proposta por Dejour³⁶ ao definir *condições de trabalho e divisão de trabalho* e sua relação de como os trabalhadores lidam com o sofrimento causado no trabalho. Para Dejour³⁶ a *condição do trabalho* está relacionada às questões que atingem o corpo do trabalhador afetando exclusivamente sua condição física. Neste estudo encontramos que os confrontos armados em serviço produziram acidentes violentos que agravaram as condições de saúde destes profissionais de segurança pública no RJ, consequência esta das desfavoráveis condições de trabalho que estão submetidos.

Quanto a *divisão de trabalho*, Dejour³⁶ definiu como: “o conteúdo da tarefa (na medida em que ele dela deriva), o sistema hierárquico, as modalidades de comando, as relações de poder, as questões de responsabilidade” (p. 29).

Esta organização do trabalho pode conflitar com o funcionamento psíquico dos trabalhadores de tal forma a neutralizar as estratégias defensivas sejam elas coletivas ou individuais produzindo um sofrimento patológico. Antunes³⁷, em revisão de literatura sobre o tema, concluiu que a hierarquia fundamenta a organização do trabalho das polícias militares e é considerada um fator colaborador na emergência de sofrimento e implicações na saúde. A alta frequência de sintomas não psicóticos encontrados neste artigo como insônia, irritabilidade, dor de cabeça e gastrite podem ser manifestações ou respostas a um tipo de sofrimento psicológico como descrito por Bezerra, Assis e Constantino⁹. As recorrentes narrativas entre os entrevistados atribuindo o funcionamento problemático na hierarquia da instituição ao *pior de ser policial* apontaram para essa realidade de a organização do trabalho da instituição como fator de risco para o sofrimento psíquico dos policiais feridos. Outrossim, a camaradagem e a satisfação em *ajudar as pessoas* podem funcionar como estratégias neutralizadoras deste sofrimento.

É relatado na literatura nacional e internacional que o trabalho dos profissionais de segurança pública representa um alto risco para a produção de doenças físicas e psicológicas^{21-23,38,39}. Em virtude dos altos índices de confrontos armados na cidade do RJ, mantidos pela lógica de guerra as drogas como principal estratégia de segurança pública, os PM têm apresentado índices ainda mais elevados de perdas na qualidade da saúde física e mental^{7,15,28}. Ao analisarmos os impactos dos FAF em face para o exercício da profissão vimos que eles produziram grandes períodos de afastamento das atividades laborais para tratamento de saúde e elevado percentual de afastamento da atividade de policiamento ostensivo. Dessa forma, as repercussões oriundas do modelo de organização de trabalho nas polícias militares somaram-se ao evento violento sofrido e agiram como catalizadores dos fatores de risco já existentes, produzindo uma degradação da condição de saúde mental dos policiais operados.

Este artigo demonstrou que este tipo de ferimento inviabilizou com frequência (75,7%) o retorno do militar as atividades de policiamento ostensivo. Azevedo⁴⁰ em estudo realizado com policiais militares afastados de sua atividade fim apontou que a maioria das frustrações e insatisfações estava ligada à violação da vocação e demonstrava uma aspiração pela preservação da identidade policial ao declarar o desejo de retorno à condição inicial, mostrando inconformidade pelas restrições e limitações. Este alto índice de afastamento das atividades laborais requer atenção redobrada dos profissionais de saúde que lidam com essas pessoas, a

fim de auxiliá-las a lidar com as mudanças no modo de vida anterior. Mesmo os policiais que retornaram ao trabalho de policiamento ostensivo precisam repensar a carreira e mudar a forma de atuação.

As narrativas sobre os impactos nas relações e no trabalho demonstram que o sentimento de medo e a alta sensação de risco estão imbricadas e são as principais percepções envolvidas na produção de mudanças das relações e da forma de viver do policial, assim como do exercício do trabalho. Oliveira *et al.*¹¹ encontraram que o sentimento de medo extrapola o período em que o profissional está em atividade, e a necessidade de cautela constante produz impactos na forma como estabelecem e mantêm suas relações sociais. Minayo *et al.*^{15,28} evidenciaram que os policiais com elevada percepção de risco do trabalho são aqueles que mais vivenciam violências, como as produzidas por arma de fogo. Isso explica a elevadíssima consciência de risco encontrada entre os policiais com FAF em face entrevistados. Para eles, o medo de ser vitimado não representa uma possibilidade distante, mas uma realidade cotidiana do trabalho, o que interfere produzindo comportamentos ora mais agressivos, ora de maior cautela durante o policiamento ostensivo.

Acerca dos impactos na família do militar, são conhecidas as repercussões na saúde, qualidade de vida e relacionamento conjugal de esposas de policiais em virtude do trabalho de seus companheiros^{41,42}. Esta relação familiar muitas vezes já fragilizada pelas repercussões do dia a dia da profissão precisa, após a ocorrência de um acidente violento como FAF, encontrar meios e força para superar as dificuldades. Os desdobramentos danosos aos familiares do policial abrangem, como visto, prejuízos financeiros produzidos pela redução da renda familiar; alteração do jeito de ser do policial com mudança de rotina e na forma de viver da família e prejuízo à saúde mental dele e dos filhos e da esposa ou companheira. Tais desdobramentos por vezes levam à ruptura irreversível dos laços interpessoais entre os conjugues.

Paixão¹⁰ encontrou elevada prevalência de transtornos entre os filhos dos PM no estado do RJ. O medo relacionado aos riscos da profissão, sobre eles, estava mais presente nas famílias que vivenciaram violência¹⁰. Entre PM com FAF em face, o medo foi o sentimento mais citado quando o policial descreveu os impactos nos cônjuges e filhos. Este medo estava relacionado a insegurança dele próprio quanto à profissão e à realidade da morte muito presente na vida de seus familiares. As marcas do ferimento, sempre visíveis ao paciente e a seus parentes apontam diariamente para a finitude e para a realidade de alto risco de vitimização dos policiais no estado do RJ.

Os resultados expostos neste estudo apontam para a necessidade da articulação de políticas públicas que promovam melhores condições de trabalho e suporte aos policiais

vitimizados. No tocante aos profissionais de saúde que lidam com os policiais feridos, por mais circunscrito que esteja do ponto de vista anatômico, sua área de atuação está irremediavelmente engendrada a questões que escapam aos limites de saúde e doença física. Frente a essa realidade, tais profissionais precisam estar atentos e preparados para lidar com questões psicossociais envolvidas, reconhecendo precocemente a necessidade de atenção à saúde mental dos pacientes feridos por arma de fogo em face e também de seus familiares. Conhecendo a abrangência dos impactos gerados na família, apontada como a principal rede de sustentação para superação das dificuldades, é urgente a elaboração de medidas que assegurem-lhe suporte mais adequado e eficaz durante o período de recuperação do policial. Ademais, é preciso iluminar, a partir da perspectiva da saúde do trabalhador, os motivos da alta morbidade por arma de fogo e as condições de trabalho ora vigentes que predis põem tais profissionais a tão elevada vitimização.

O artigo possui limitações, como não contar com uma amostra representativa do total de policiais militares acometidos por FAF em face no estado do Rio de Janeiro, já que existem policiais militares que podem ter sido atendidos em outros hospitais, ou pela reduzida taxa (42,5%) de adesão para resposta do questionário sobre as repercussões dos FAF em face. 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 das repercussões deste tipo de morbidade no exercício do trabalho e nas relações familiares.

5.5 CONCLUSÃO

O perfil dos policiais militares operados em virtude de FAF em face encontrado foi de pacientes do sexo masculino, com idade média de 34,9 anos e praças. Os ferimentos e fraturas na região mandibular foram as mais encontradas. Os FAF em face produziram longos períodos de afastamento do trabalho para tratamento de saúde, altas taxas de afastamento definitivo do serviço e limitações para o exercício do trabalho entre os que retornaram a atuar como policiais.

As mudanças no jeito de viver e no convívio social foram motivadas pela alta percepção de risco policial e pela alta visibilidade de seus ferimentos. O sentimento de medo produzido após o acidente violento produziu repercussões que abrangeram uma maior tendência de autoisolamento. Nas relações familiares encontramos perdas na saúde física, mental e na renda familiar do policial de seus familiares.

A alta ocorrência deste tipo de morbidade entre os policiais militares do RJ tem chamado a atenção para a necessidade de discutir e repensar a forma de atuação dos profissionais de segurança pública e suas condições de trabalho. Por se tratar de um campo caracterizado pela

intersectorialidade, estudos que abordem os impactos na saúde destes trabalhadores podem contribuir para a elaboração de medidas que visem ao aprimoramento da forma de atuação dos profissionais, deslocando o olhar para uma abordagem preventiva e de inteligência em detrimento da atual lógica baseada em confrontos armados.

4.6 REFERÊNCIAS

- 1- 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.
- 2- Lima RS, Bueno S. *Anuário brasileiro de segurança pública*. 2020.
- 3- Maia ABP, Assis SG, Ribeiro FML. Ferimentos por arma de fogo em profissionais de segurança pública e militares das forças armadas: revisão integrativa. *Rev Bras de Saúde Ocupacional*. 2019;44.
- 4- Minayo MCS, Souza ER, Constantino P. Riscos percebidos e vitimização de policiais civis e militares na (in) segurança pública. *Cadernos de Saúde Pública*. 2007;23:2767-2779.
- 5- Hall AB, Qureshi I, Wilson RL, Glasser JJ. Timeline of Psychological and Physiological Effects Occurring During Military Deployment on a Medical Team. *J Spec Oper Med*. 2021;21:118-122.
- 6- Guerrero-Barona E, Guerrero-Molina M, Chambel MJ, Moreno-Manso JM, Bueso-Izquierdo N, Barbosa-Torres C. Suicidal Ideation and Mental Health: The Moderating Effect of Coping Strategies in the Police Force. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18:1-8.
- 7- Maia ABP, Assis SG, Ribeiro FML, Wernersbach L. Non-fatal gunshot wounds among military police in Rio de Janeiro: health as a field of emergency against the naturalization of violence. *Cien Saude Colet*. 2021;26:1911-22.
- 8- Dejours C. Subjetividade, trabalho e ação. *Production*. 2004;14:27-34.
- 9- Bezerra CDM, Assis SGD, Constantino P, Pires TO. Fatores associados ao sofrimento psíquico de agentes penitenciários do estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*. 2021;46.
- 10- Paixão CC. Transtornos psiquiátricos em crianças e adolescentes filhos de policiais militares do estado do Rio de Janeiro. 2013. 137 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013.
- 11- Oliveira TS, Faiman CJS. Ser policial militar: reflexos na vida pessoal e nos relacionamentos. *Revista Psicologia Organizações e Trabalho*. 2019;19:607-615.
- 12- Brito HPP. Sofrimento psíquico em policiais militares: um estudo de revisão. 2020. 67 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2020.
- 13- Maia ABP, Assis SG, Minayo C. Systematic review on firearm injuries in the face: state of the art and existing gaps. *Journal of the Brazilian Oral and Maxillofacial Surgery*. 2021;7(1):15-22.

- 14- Deslandes SF, de Assis SG. Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: o diálogo das diferenças. *Caminhos do pensamento: epistemologia e método*. 2002;2:195-223.
- 15- Minayo MCS, Assis SG, Oliveira RVC. Impacto das atividades profissionais na saúde física e mental dos policiais civis e militares do Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011;16:2199-2209.
- 16- Maia ABP, Assis SG, Ribeiro FML, Pinto LW. The marks of gunshot wounds to the face. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*. 2019;87:145-151.
- 17- 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.
- 18- Scannavino FLF, Santos FDSAD, Novo Neto JP, Novo LP. Análise epidemiológica dos traumas bucomaxilofaciais de um serviço de emergência. *Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial*. 2013;13:95-100.
- 19- Santos CML, de Oliveira MJ, da Silva CI, do Nascimento MTM. Estudo epidemiológico dos traumas bucomaxilofaciais em um hospital público de Feira de Santana, Bahia de 2008 a 2009. *Revista Baiana de Saúde Pública*. 2012;36:502.
- 20- Pereira C, Boyd JB, Dickenson B, Putnam B. Gunshot Wounds to the Face. *Annals of Plastic Surgery*. 2012;68:378-381. doi:10.1097/sap.0b013e31824eefc8
- 21- Blair JM, Fowler KA, Betz CJ, Baumgardner JL. Occupational homicides of law enforcement officers, 2003-2013: data from the National Violent Death Reporting System. *Am J Prev Med*. 2016;51(5 Suppl 3):S188-96.
- 22- Violanti JM, Hartley TA, Gu JK, Fekedulegn D, Andrew ME, Burchfiel CM. Life expectancy in police officers: a comparison with the US general population. *Int J Emerg Ment Health*. 2013;15(4):217-28.
- 23- Swedler DI, Kercher C, Simmons MM, Pollack KM. Occupational homicide of law enforcement officers in the US, 1996-2010. *Inj Prev*. 2013;20(10):35-40
- 24- Lima CHR, Ranúzia I., Pereira IF, Vasconcelos BCE. Lesão por arma de fogo no rosto: revisão da literatura e relato de caso. *Acta Sci dental Sci*. 2018;2:37-40.
- 25- Liu FC, Halsey JN, Hoppe IC, Ciminello FS, Lee ES, Granic MS. Uma revisão unicêntrica de fraturas faciais como resultado de lesões por projéteis de alta velocidade. *Eplasty*. 2018;9:18-20.
- 26- Ferreira DKS, Augusto LGS, Silva JM. Condições de trabalho e percepção da saúde de policiais militares. *Cafajeste. saúde colet.*, 2008.
- 27- Pinto LW, Figueiredo AEB, Souza ER. Sofrimento psíquico em policiais civis do Estado do Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013;18:633-644.
- 28- Minayo MCS, Adorno S. Risco e (in)segurança na missão policial. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013;18:585-593.
- 29- Minayo MCS, Souza ER; Constantino P. Missão prevenir e proteger: condições de vida, trabalho e saúde dos policiais militares do Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2008.
- 30- Minayo MCS, SOUZA, ER. Missão investigar: entre o ideal e a realidade de ser policial. In: *Missão investigar: entre o ideal e a realidade de ser policial*. 2003;351-351.

- 31- Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2020-2023 Brasília/DF, Fevereiro de 2020.
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_2020_2023.pdf
- 32- Elias N. (1994). A sociedade dos indivíduos. Zahar.
- 33- Le Breton D. A Sociologia do corpo. Editora Vozes. Petrópolis, 2012.
- 34- De Vilhena NJ. O intolerável peso da feiúra: sobre as mulheres e seus corpos. Editora Garamond, 2006.
- 35- Goffman E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade. Tradução: Márcia Bandeira de Mello Leite Nunes. 2017;4.
- 36- De Jours C. A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho 6th ed. 2015;p. 29.
- 37- Antunes, EJM. Hierarquia na Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro: uma análise crítica de seus impactos na saúde. 2019. 99 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2019.
- 38- Sherwood L, Hegarty S, Vallières F, Hyland P, Murphy J, *et al.* Identificando os principais fatores de risco para resultados psicológicos adversos entre policiais: uma revisão sistemática da literatura. *Journal of Traumatic Stress*. 2019;32:688-700.
- 39- Stevelink SAM. Provável PTSD, depressão e ansiedade em 40.299 policiais e funcionários do Reino Unido: prevalência, fatores de risco e associações com a pressão arterial. *PloS one*. 2020;15:e0240902.
- 40- Azevedo CRN. Vocações violadas? A identidade e a motivação dos policiais militares afastados das ruas / Carla Regina Nascimento de Azevedo. 2021.60 f. Dissertação (mestrado) - Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas, Centro de Formação Acadêmica e Pesquisa, 2021.
- 41- Derenusson FC, Jablonski B. Sob fogo cruzado: o impacto do trabalho policial militar sobre a família do policial. *Aletheia*. 2010;32:22-37.
- 42- Soares K, De Souza R, De Melo SMV. Experiência de ser esposa de policial militar: um estudo fenomenológico. *Revista da Abordagem Gestáltica: Phenomenological Studies*. 2020;26:242-252.

6 FACES MARKED BY ARMED VIOLENCE: THE DAILY LIFE OF MILITARY POLICE OFFICERS IN THE STATE OF RIO DE JANEIRO, BRAZIL (Artigo 3)

Abstract

It aims to understand the symbolic representation of firearm injuries (FAI) in the face, the feelings, and meanings attributed to these injuries suffered by military police officers (MPO) of the State Secretariat of Military Police of the State of Rio de Janeiro, Brazil; and the psychosocial impacts on the way of being and living after the violent accident. We carried out an integrated methodological design combining quantitative and qualitative data from interviews and questionnaires with 37 MPO operated on at the Oral and Maxillofacial Surgery and Traumatology Clinic (CTBMF) at the Central Hospital of the Military Police as a result of FAI, from June 2003 to December 2020. We identified changes in MPO way of being, and the way of living, highlighting a tendency to self-isolation that is characteristic of the process of social stigmatization. They presented different central ideas regarding the symbolic representation of the face: mainly, a discredited meaning of the face, followed by a positive meaning and ambiguous. Dissatisfaction with facial aesthetics and the feeling of institutional abandonment were associated with a depressive attribution of the face after the accident. There was a high incidence of post-traumatic stress disorder (42.8%) and police officers in psychological distress (56.7%).

Keywords: stigma, face, firearm, police

6.1 INTRODUCTION

Firearms Injuries (FAI) in the face are blunt force injuries of maxillofacial segments that usually result in the most devastating type of facial trauma (Maia et al., 2021). The face performs essential functions such as speech, smell, vision, chewing, in addition to playing an increasingly important social role. The recovery of patients with severe injuries involves multiple surgeries for patient rehabilitation and multidisciplinary management to treat sequelae and complications (Maia et al., 2021).

Considering the symbolic meanings of the face for the individual and its social function, we can say that over time it has come to represent more than any part of the body, the person's window (Le Breton, 2007) and one of the most important representations of whom we are, playing perhaps the most crucial role, central to the construction of self-identity and sociability

(Elias, 1994). Based on sociology's descriptions of human beings' meaning of the face, we can consider that deformities such as those produced by FAI on the face could have repercussions not only for health but also for the sociability of individuals. For Shaw (1981), this happens due to instinctively unfavorable reactions in the face of a deformity. The unfavorable social reaction to a person with facial deformity can produce difficulty in socialization and a process of stigmatization. This process has a negative connotation, like something bad that needs to be avoided, which can represent a threat to society or even mean a deteriorated identity by an action considered harmful or by the misfortune of unwanted bodily evidence (Goffman, 1988). For Goffman (1988), the stigmas resulting from individual physical deformities can make the subject unfit for full social acceptance in the social group with which he lives.

Despite the growing number of scientific publications dealing with ballistic trauma to the face, there is a lack of research that analyzes the functional and psychosocial repercussions on victims (Maia, 2021). Despite the recurrent claims that these injuries impact victims' lives, very few studies analyze the scientificity of functional and psychosocial repercussions on victims (Maia, 2021). Thus, this article aimed to: understand the symbolic representation of the face after the ballistic incident experienced by the MPO; knowing the impacts on their health, way of life, and way of being; and the feelings and meanings attributed to this type of violent event.

6.2 METHODOLOGY

It is a study with an integrated methodological design combining quantitative and qualitative data, both in data collection and analysis (Creswell & Clark, 2011). It was carried out at the Central Hospital of the Military Police of the Secretary of the Military Police, Rio de Janeiro State, Brazil, a reference in the care of MPO with FAI in RJ State, receiving most of the injured police. 475 MPO were treated with FAI from June 2015 to December 2017 in the Central Hospital, showing a high frequency of firearm injuries among MPO; 23.5% of them suffered from injuries in the head-neck-face region (Maia et al., 2021).

Considering the universe of 87 active MPO injured only in the face by firearms and operated at the Central Hospital between June 2003 and December 2020, this article includes the results of the interviews carried out between December 2019 to September 2021 with 37 MPO. We interviewed at the Oral and Maxillofacial Surgery and Traumatology Service as a part of an institutional health investigation to formalize a protocol service. We excluded civilian patients and retired MPO injured in the face. We invited all 87 MPO to attend the service,

reaching a response rate of 42.5% concerning the total number of people with FAI in the face treated at the hospital in the investigated period. We invited the MPO to the interview by a telephone call (at least three attempts on different days); due to the difficulty in contacting, since many of the telephone numbers registered in the medical records no longer corresponded to the MPO current number, we got an update of the telephone numbers from the General Department of Personnel of Secretary of the Military Police. However, the difficulty of contact remained the main reason for the losses. Among the 87 police officers, 20 had no telephone contact, 18 did not respond to calls made, six died, four were excluded from the police for the sake of discipline, one was on leave, and one refused due to restrictions on his health. These non-interviewed MPO (N=50) were male and soldiers (100%), with an average age of 33.7 years, and injured on duty in 89% of the cases, approaching the profile of those 37 interviewed regarding the sex, rank, age, and length of service. Losses increased along the years the injury occurred (68% of losses of MPO injured between 2003-2007; 66.7% from 2008-2012; 57% from 2013-2017 and 35.8% from 2018-2020). The mean time between the FAI on the face and the completion of the instruments was 7.1 years. All 37 MPO were interviewed and answered a questionnaire. After the interviews, the interviewer noted his perception of the patient's main reactions and general condition.

The information from the "*Questionnaire on FAI repercussions on the face*" includes: a) identification of the patient's profile: sex, race, color, age (on the day of the interview and on the day of the accident), family income, marital status, education, housing (whether owned, rented or in favor), religious practice (frequently, sometimes or never); b) aspects related to work – hierarchical rank/position: junior officers (soldiers - SD, corporals - CP, 1, 2 and 3 sergeants – SGT, sub-lieutenant - SubLieu) and officers (lieutenants – Lieu, Major - MAJ, Lieutenant Colonel - LieuCel, Colonel - C); length of service of the police officer at the time of the occurrence, description of the circumstances of the FAI (year of occurrence of the trauma, whether it occurred during a period of service or time off, return to work as Apt A (full aptitude to perform all services of a police nature military), B (aptitude to carry out a part-time activity, with restrictions, being able to carry a firearm), C (aptitude to carry out a part-time activity, with restrictions for carrying a firearm) or temporary unfit (fulfilling health leave) or permanent (retired/reserve); d) factors related to the physical health of the injured MPO: current health conditions and functional and/or aesthetic limitations resulting from the trauma, e) satisfaction with the smile and aesthetics facial: to measure satisfaction with facial aesthetics and with the smile, a visual analogue scale was used, where zero meant total dissatisfaction and 10 meant

total satisfaction. Scores of 0-3 represent dissatisfaction; 4-7 moderate satisfaction; 8-10 total satisfaction with facial aesthetics and smile.

Two instruments were applied to assess psychosocial repercussions: (1) Self Report Questionnaire (SRQ20), an instrument for tracking people with common mental disorders containing 20 questions about non-psychotic disorders with dichotomous answers (yes or no) (Harding et al., 1980; de Jesus & Williams, 1986); the cutoff point used was seven or more positive responses, with sensitivity between 73% and 93% and specificity between 72% and 89% (Mari & Williams 1985; Souza et al., 2007; Santos et al., 2010; Sousa et al., 2021). (2) The Posttraumatic Stress Disorder Symptom Scale (PSSI-5) is a semi-structured interview that allows a diagnosis of post-traumatic stress disorder (PTSD), as well as an estimate of the severity of symptoms. The scale contains 20 typical symptoms described in the DSM-5 (APA, 2013) and has blocks of questions about re-experience, avoidance, changes in cognition/mood, and increased arousal/reactivity with a need for no minimum of 30 days of symptoms for diagnosis. PTSD was considered when there were $1 \geq$ intrusive memories, $1 \geq$ avoidance strategies, $2 \geq$ changes in cognition and mood, and $2 \geq$ signs of hyperarousal (Foa & Capaldi, 2013). The PTSD scale was only applied if the MPO had experienced at least one traumatic item throughout their lives, such as psychological, severe physical or sexual aggression, intra-family violence, accidents, armed combat at work or in the place they live, including the FAI by which he operated.

In a qualitative approach of MPO free expression, we analyzed: a) repercussions on the policeman's life: changes in the way of being and in the way of living after the injury, the meaning of the face after the injury; b) psychosocial repercussions: changes in mental health and with the family relationships, psychological treatment.

We used the SPSS statistical package version 19.0 for the quantitative analysis, describing frequencies and percentages; chi-square independent sample for categorical variables and Kruskal-Wallis test for non-normally distributed continuous variables were used. For the qualitative approach, we performed the content analysis in the thematic modality (Minayo, 2000) through a comprehensive reading of the digitized texts in order to detect both the particularities and the coincident reports between the testimonies, identifying the most illustrative speeches about the impacts on life, reaching the core ideas, thematic nuclei and meanings attributed to ideas, and elaborating interpretive syntheses. Three qualitative categories of analysis emerged that allow understanding the representations of MPO injured in the face, and we present quantitative descriptive data of each group. We identified MPO

statements by acronyms corresponding to age on the day of the interview, rank/patient on the day of injury, and time between the injury and the date of the interview.

The research was authorized by the Research Ethics Committee of Fiocruz (CAAE 31541320.8.0000.5240). Police officers with symptoms of emotional problems were referred to the institution's psychology department.

6.3 RESULTS

6.3.1 Socioeconomic profile

We analyzed 37 interviews of MPO injured by FAI in the last 17 years (2003 to 2020). All respondents were male: 23 black/brown, 1 Asiatic/indigenous, and 13 white. The age of the officers on the day of the interview ranged from 29 to 54 years (mean age 42.4 years); the injuries occurred when they had a mean age of 35.3 years. Junior officers (soldiers, corporals, sergeants, and sub-lieutenants) were the most affected (N=35). The education level ranged from elementary school to bachelor's degree; MPO with incomplete and complete high school and bachelor or higher were the most representative group. A total of 12 police officers responded that they did not practice any religion. In the family context, 29 were married or living with a partner, 14 were living in a rented house, and the average monthly family income was US\$1,484.29.

When the FAI took place, all MPO were injured on active duty (N=32) or off duty (N=5). Among those injured on duty, 15 events happened during routine patrolling on public roads, 11 in scheduled operations in subnormal crowded areas, and six in transit from work to home. MPO had an average of 11.1 years on the job when they were injured. Those injured during the off-duty period were due to assaults (N=4) and accidents during the handling of a firearm (N=1). The 37 MPO narrated violent events that produced gunshot wounds in 62 people: 53 MPO, four civilian victims, and five people identified as criminals by the police, two of whom were fatally wounded.

6.3.2 Changes in the way of living and being, feelings and meanings attributed to the injuries and psychosocial impacts

We found a high perception of changes in living and being among MPO affected by FAI in the face (N=35). Also, they manifest a solid tendency to self-isolation (N=33). Acquired

physical sequelae were essential components in producing these changes (N=33) and resulted in losses in social life. The losses were related to discomfort with physical appearance and embarrassment due to deformities or scars and limitations in physical health with the loss of functional capacity to perform simple activities such as talking, eating, seeing, smiling, kissing. Only four police officers did not identify changes in their way of life.

The changes mentioned above in social behavior were strongly linked to the deformities and physical sequelae acquired by the ballistic injury, intertwined with the fear of revictimization. Adopting more cautious behavior, although less mentioned, was also present and nourished by the fear of being the target of another violent injury. Two police officers identified that being and living changes were positive and improved family relationships, and enabled greater life appreciation. The statements of these MPO are in Table 1 [Quadro 4] that show significant impairments even many years after the injury occurred.

Table 1 [Quadro 4]: Changes in the way of life and way of being of MPO wounded by firearms in the face in the state of Rio de Janeiro, 2003-2020 (N=37)

<p><i>Many things, fear of everyone, fear of meeting the bad guys (age 44, SD, 17 years from injury)</i></p> <p><i>Much more fear and that impacted not only at work but in life. It's a fear above normal (age 38, CP, 4 years from injury)</i></p> <p><i>Very scared! Before, I knew there was a risk; now I'm sure of it, and it's very scary (age 33, SD, 2 years from injury).</i></p> <p><i>At first, I was disgusted, wanting revenge, justice. I wanted revenge! But then, it started to harm my life and family. Then I was treated by a psychologist for four years to feel better (age 39, SD, 12 years from injury).</i></p> <p><i>I don't go out partying anymore. I can't stay in places with many people, and psychologically, I had panic and anxiety syndromes. Sometimes, I still have it, so I use Rivotril. After the accident, I became hypertensive (age 44, CP, 11 years from injury)</i></p> <p><i>Today I'm more cautious about where I'm going (age 38, SD, 4 years from injury)</i></p> <p><i>I don't drive anymore. I have trouble walking and getting used to the loss of vision (age 42, 30 SGT, 4 years from injury)</i></p> <p><i>I avoid going out on the street, I avoid social events, especially at night (age 44, CP, 10 years from injury)</i></p> <p><i>After the accident, I was still euphoric, I thought I could and should get back to activity soon, and I did that. I came back very reactive, wanting revenge, and this led to some combat actions that were not correct. After a while, I realized the life risk that had occurred, a very close possibility of death. Then I decided that I needed to get off the street and change my career. My primary motivation was the children; I feared dying and leaving the children orphans. Then, as I had a nursing course, the pandemic came and increased the demand for health professionals, it opened the possibility of being transferred. Today I work at the Central Hospital, and last year I returned the gun, and I'm no longer armed (age 39, SGT, 2 years from injury)</i></p> <p><i>I started to value life more and less to have things. Life is a breath. (age 42, CP, 11 years from injury)</i></p> <p><i>I was afraid of being deformed and learned not to smile anymore because of the loss of teeth (age 45, SGT, 15 years from injury)</i></p>
--

Due to the change in the face, at first, when they looked at me, I was shy, embarrassed. That's why I walked away from social meetings. (48 years old, CP, 14 years from injury)

I have many difficulties interacting and talking to people, which bothers me to this day. The scar on the face also brings embarrassment. Over time, I readapted myself to reality and sought the strength to resume life. (age 44, Lieu, 17 years from injury)

I'm afraid to leave the house because I don't carry a gun. I hardly leave the house. I interact with a few people (age 46, SGT, 6 years from injury)

I have difficulty showering and dressing due to loss of arm movements, difficulty eating due to restricted mouth opening, difficulty speaking (age 42, CP, 3 years from injury)

Self-esteem, I don't have any! I'm ashamed of having a crooked chin. I was restricted from social interaction as I moved away from people to avoid making fun of my appearance and looks. I retired only for family life. I'm also afraid to leave the house at night and not go out to any event at this time (age 50, CP, 10 years from injury)

I can see life better now, in a fairer way. I learned to value life and some things that I have previously devalued. Life was all work, party, and security. Because of this, I had a break with my oldest son from my first marriage. After the accident, I went to rescue this relationship. I value my wife and children more. I don't work with security anymore to have more time with children and wife, and we live well, thank God. I also went back to school and took a free course in theology. (age 48, CP, 13 years from injury)

Source: CTBMF service at Central Hospital of Military Police, RJ, Brazil.

When asked if they perceived any impact on mental health, 31 MPO identified changes and repeatedly reported losses perceptions accompanied by fear, anger, and sadness. Fear and anger are frequently associated with the bandits, who may practice other violence against them. Feelings of sadness accompany the perception of institution abandonment in trauma follow-up and injuries treatment. Mental health impacts were described as most acute in the initial period after the injury, which for some improved over time; for others, it lasted until the day of the interview. Among those who returned to work after the injury, the narratives of return were recurrently more reactive and violent. Difficulty in accessing psychological and psychiatric treatment was a recurring complaint: 13 MPO were undergoing psychological follow-up, 12 had already done but no longer do so, and 12 were never treated. Among the 37 police officers interviewed, eight did not attribute changes in family relationships after the injury. The change in the relationship with the spouses was reported more frequently (N=29) than with the children (N=10).

A total of 21 MPO met the psychological distress criteria (56.7%). The most common symptoms were: feeling nervous, tense, or agitated (78.3%); sleeping poorly and getting easily scared (54.0%); feeling sad, and having frequent headaches (51.3%). Somatic symptoms were also frequent, such as poor digestion (48.6%), unpleasant sensations in the stomach (40.5%), hand tremors (35.1%), and lack of appetite (13.5%), as well as continued tiredness, lack of interest, difficulty thinking clearly, making decisions and obtaining satisfaction with daily

activities (43.2%) and carrying out police work (36.0%). Feeling useless (24.3%) or unable to play a valuable role in life (18.9%) was reported by fewer MPO. Three of them responded that they had the idea of ending their lives. Of the total number of interviewees, 14 had psychological counseling, six never did so, and of the latter, all were privates.

FAI in the face was the main traumatic episode experienced by all respondents, compared to a list of severe events such as physical and sexual abuse. In total, 37.1% of the MPO met the criteria for PTSD; a substantial number of them had suffered interference with their general life satisfaction and functioning.

6.3.3 Symbolic representation of the face by MPO wounded by firearms in the face

We identified three central ideas from qualitative analysis: positive symbolic representation of the face (by 14 MPO); b) discredited symbolic representation of the face (16 MPO); and ambiguous symbolic representation, alternating traces of positivity and depreciation (seven MPO). Respondents were very cordial and willing to talk and expose their feelings and dissatisfactions and cooperated unreservedly during the interview.

Table 2 [Tabela 4] shows the three groups' characteristics according to profile variables, working conditions, and health. Although only the variable smile satisfaction showed a statistically significant association with the symbolic face representation (predominantly among those with discredited vision), a significant number of variables show a profile of greater vulnerability in this group (e.g., change in the way of living, Facial aesthetics satisfaction), perhaps influenced by the small sample size. Other variables show high frequency and similar distribution between groups, such as change in the way of being, service time from injury, indicating existing similarities. Table 2 [Tabela 4] helps to broaden the vision of qualitative data presented in Table 3 [Quadro 5], which introduces illustrative excerpts and testimonies about the symbolic representation of the face and interpretive syntheses in each group.

Table 2 [Tabela 4]: Profile, working, and health conditions of MPO wounded by firearms in the face in the state of Rio de Janeiro, 2003-2020, according to self-representation (N=37)

Variables	Categories	Discredited representation %	N	Positive representation %	N	Ambiguous representation %	N	P
Sex	Male	100	16	100	14	100	7	-
Race/Skin color	Non-white	53.3	8	80.0	12	57.1	4	.277
	White	46.7	7	20.0	3	42.9	3	
Education level	Elementary	6.7	1	6.7	1	28.6	2	.519
	High school	53.3	8	46.7	7	28.6	2	
	Bachelor or higher	31.3	6	46.7	7	42.9	3	
Marital relationship	Married/ living with someone	66.7	10	80.0	12	100.0	7	.205
	Single	33.3	5	20.0	3	-	0	
Religion practice	Yes	73.3	11	66.7	10	57.1	4	.748
	No	26.7	4	33.3	5	42.9	3	
Housing	Owner	46.7	7	76.3	11	71.4	5	.275
	Renter	53.3	8	23.7	4	28.6	2	
Service time from injury	Average (years)	6,0	15	8,2	15	8,3	7	.741
Rank/ position	Junior officials	100.0	15	93.3	14	85.7	6	.371
	Officials	0	0	6.7	1	14.3	1	
Injury circumstance	On duty	93.3	14	73.3	11	100.0	7	.141
	Off duty	6.7	1	26.7	4	-	-	
Back to work	Retired/reserve	20.0	3	20.0	3	42.9	3	.783
	Apt A	26.7	4	26.7	4	28.6	2	
	Apt B	20.0	3	26.7	4	28,6	2	
	Apt C	6.7	1	-	-	-	-	
	Temporary unfit	26.7	4	26.7	4	-	-	
Change in the way of being	Yes	78.6	11	80.0	12	71.4	5	.900
	No	21.4	3	20.0	3	28.6	2	
Change in the way of living	Yes	73.3	11	93.3	14	100.0	7	.141
	No	26.7	4	6.7	0	-	0	
Facial aesthetics satisfaction	Grades (0-10)	4.5	15	6.2	15	6.3	7	.121
Smile satisfaction	Grades (0-10)	4.3	15	6.3	15	7,0	7	.035
Insomnia	Yes	73.3	11	60,0	9	57.1	4	.667
	No	23.7	4	40,0	6	42.9	3	
Headache	Yes	53.3	8	53.3	8	71,4	5	.685
	No	46.7	7	46.7	7	28,5	2	
Gastritis	Yes	20,0	3	6.7	1	42.9	3	.129
	No	80,0	12	93.3	14	57.1	4	
Arterial hypertension	Yes	26.7	4	26.7	4	14.3	1	.790
	No	73.3	11	73.3	11	85.7	6	
SRQ20	Yes	66.7	10	53.3	8	28.6	2	.247
	No	33.3	5	46.7	7	71.4	5	
PTSD	Yes	46.7	7	30.8	4	28.6	2	.598
	No	53.3	8	69.2	9	71.4	5	

Source: CTBMF service at Central Hospital of Military Police, RJ, Brazil.

The group with a **discredited face representation** (N=16) consisted of MPO with a date of joining the police between 2000 and 2009, age between 38 and 48 years; the mean age on the day of the accident is 35.3, and on the interview day is 42.4 years. All of that group were injured on the job. They have an intense dissatisfaction with facial aesthetics and with the State Secretariat of Military Police. They were the ones who gave the worst scores on their

satisfaction with facial aesthetics and with their smile (p.035). They attributed its dissatisfaction to sequelae and marks acquired after the accident.

Despite the recurring complaint with facial aesthetics, it is not possible to directly relate the discredited sense only to the presence of facial deformities since a discredited perception of the face was also found among MPO who did not present aesthetically visible marks or sequelae, contributing to the understanding that the discredited perception of the face may also involve other factors.

Dissatisfaction with the institution was described as abandonment due to the absence of appropriate care. All MPO with a discredited perception of the face complained of difficulties in administrative procedures and lack of institutional support in the face of their problem. The difficulty in accessing institutional health services, especially the rehabilitation of sequelae acquired after the injury, were recurring complaints (e.g., dental and ocular prostheses, lack of priority for outpatient care at medical clinics). Regarding the health problems mentioned by the interviewees, complaints related to insomnia (73.3%) and headache (53.3%) stood out. The average time of sick leave in this group was the lowest among the three: 10.3 months of absence from work. Likewise, 73.3% of the military in this group described some change in the way of living, such as difficulties resulting from damage to physical health with unfoldings and functional limitations in everyday life, and psychological damage with impacts on social relationships and at work. Fear and the feeling of incapacity marked the speeches when expressing changes in living. These police officers recognized that the family (spouse and children) also suffered impacts from their injury.

A strong presence of anguish, fear, hypervigilance and insecurity with life and the future was noticed, evident in their speeches and facial/body expression. Almost all MPO with a discredited face representation cried when explaining the meaning of their marks on the face. All of this group were referred for follow-up in the psychology sector.

The group with **positive face representation** (N=14) was represented by men soldiers, with an average age of 44 years on the day of the interview, and included older MPO with more extended service and with a more significant number of retired officers after the injury (50,0%). The average age of those injured on injury day was 32.5 years. Of the total, 53.4% had studied until high school, 76.3% lived in their own home, and were the ones who described the lowest occurrence of impacts on the family. Their speeches were firmly anchored in faith elements and the naturalization of violence, although the most declared not to practice any religion (33.3%).

Those MPO had the most severe sequelae of the wound to the face (loss of eyeball, extensive loss of teeth and bone blocks on the face, significant dysesthesia, hearing loss).

Despite this fact, 42.8% of police officers showed great satisfaction with facial and smile aesthetics, scoring with an average score of 6.5 and 7.0, respectively. They were the only ones that gave maximum marks in these criteria. However, they also described intense feelings of anger, fear, and sadness to qualify the impact on their way of being.

This group reported minor health problems if compared to the other two. The average time of sick leave was 13.5 months away from work. They had the highest adherence to psychological treatment, and many MPO still follows up (35.7%). They presented fewer administrative complaints in accessing rights and licenses and reported more having received support from the institution.

The majority recognized that the injury changed their way of life (93.3%). The main physical restrictions reported by this group were the impossibility of driving and difficulty in doing physical activity that interfered with social habits such as leaving home and going to certain places and parties. Such restrictions revealed greater caution and fear.

The **ambiguous face representation group** alternated between positive and discredited feelings in their responses (N=7). Their speeches mixed several themes: faith, constraints due to the physical condition acquired by the FAI, and dissatisfaction with the institution. This representation is anchored, above all, in the culture that naturalizes police victimization.

The majority are men with a mean age of 45.8 years on the interview day and 32.8 on injury day. They often practiced religion; they were equally distributed in high school and postgraduate studies in schooling. According to the MPO, family and faith (God, church) constituted the support network that helped them through the difficulties experienced in the violent event, although they identified impacts on the marital relationship. Of the total, 71.4% complained of headaches. This group's average sick leave time was 20.3 months, the highest among the three analyzed.

Half of them described difficulties in accessing health care. All reported having experienced difficulties in the administrative process; half of them complained about the lack of support from the institution. All MPO recognized that they changed their life after the accident. Such changes involved working and social behavior due to fear of leaving home and shame concerning physical appearance. The average score for satisfaction with facial esthetics was 6.3 and with the smile was 7.0, the higher grade between groups (p.035). In socializing, family time was the most valued.

Table 3 [Quadro 5]: Symbolic representation of the face attributed to MPO wounded by firearms in the face in the state of Rio de Janeiro, 2003-2020. (N=37)

Discredited symbolic representation of the face (N=16)	Positive symbolic representation of the face (N=14)	Ambiguous symbolic representation of the face (N=7)
<p><i>A monster! I think I'm ugly. I get sad that I'll never be the same, and every time I look in the mirror, I remember that. When I see my face, it doesn't bring good things. (age 42, CP, 3 years from injury)</i></p> <p><i>It depresses me very, very much! My self-esteem. Aesthetically, to know that I don't have a tooth overwhelms me more than chewing. The mark on the face represents that I am ugly. (age 43, SubTen, 4 years from injury)</i></p> <p><i>The marks are scars, my stories. It saddens me not to have taken care to smile again, not to have been able to solve the problems caused. The body got used to not smiling. The marks show that I couldn't take care of myself; financially, I didn't have money, and the institution didn't help me. (age 43, SGT, 15 years from injury)</i></p> <p><i>The scars bring sadness because they marked my life. I could have died. When I look in the mirror, I remember what I experienced. The scar was even very good - you can't even see it. But I remember. It's a mark I experienced. (age 41, CP, 4 years from injury)</i></p> <p><i>I don't like to look at myself in the mirror. I don't even take pictures. If I see myself, I feel bad. I feel a loss. I don't know if it's emotional, but it reminds me of what I've lived. It reminds me of the lack of support from the police. I feel abandoned (age 39, SGT, 3 years from injury)</i></p> <p><i>I've always been very shy, even though I used to think I was a beautiful black man. Today my self-esteem died; it's dead. (age 48, SGT, 13 years from injury)</i></p> <p><i>The ocular prosthesis produces a lot of secretion, which sometimes causes me discomfort and shame because of the blemishes. For me, brands represent: Did I ever fail? Was I too open-chested? Does it</i></p>	<p><i>The one who tried to kill me failed. I am that sinner that God insists on calling his son. The marks remind me that I'm not a loser, but that I was lucky, in fact God wants to see me alive. (age 44, SGT, 9 years from injury)</i></p> <p><i>When I see myself, it's normality, I lost a little of the aesthetics, but it didn't influence anything. The meaning when I look at my face is that God exists. (age 57, SGT, 14 years from injury)</i></p> <p><i>I'm blessed. It doesn't mean I'm beautiful, but I have almost no sequelae. I'm alive. For the damage it was, I didn't lose a tooth, nothing, I don't have any ugly scars. (age 33, SD, 1 year from injury)</i></p> <p><i>It doesn't bother me aesthetically; it's a regular thing. The scar, the loss of the eye, when I see it, it reminds me of my perseverance. I feel gratitude to God for being well. I see that I have internal strength and the will to live and go after it. (age 54, 30 SGT, 17 years from injury)</i></p> <p><i>I see myself as a consequence of the job I chose. But I take it well, and I don't keep moaning and questioning why it happened to me. I don't look in the mirror and feel bad. (age 45, SD, 14 years from injury)</i></p> <p><i>It hurts a lot on the face, I have a scar, pain, and many problems, but I'm alive. I can't complain about anything. I'm alive, thank God. (age 41, SGT, 6 years from injury)</i></p> <p><i>I barely see my scars thank God. It happens, but it didn't leave any sequelae. It could have been worse. I could have lost my sight. The feeling is gratitude to God. (age 54, SGT, 15 years from injury)</i></p> <p><i>I used to see myself and feel pain It hurt to see the marks on my body. I was even ashamed. Now I celebrate, look at myself and feel</i></p>	<p><i>In the police, there is a culture of war, and brands are a trophy. There was no impact because of the scar, the brand, but the event itself. (46 years old, Lieu, 16 years from injury)</i></p> <p><i>I fell a minor revolt and a little victory for being alive. The scar could happen in the service I chose to be. The police don't give you any support; the policeman shot has to look for it, but no officer will offer help. (age 46, CP, 9 years from injury)</i></p> <p><i>I see my face as a warmark, I see it as a trophy. It is evident that you see the deficiency aesthetically, but it is not preponderant. If I could fix it, of course, I would. At first, I looked at the scar and encouraged myself to get better. I looked for strength to recover; over time it got better. I remember this every day looking in the mirror. I see myself and remember. I feel anguish, but I try to transform this feeling into a driving force to improve professionally. (44 years old, Lieu, 16 years from injury)</i></p> <p><i>It means defeat and victory. By the law of God, it is a victory to be alive. But by the law of men, a defeat. The crooked chin bothers me; people keep staring. (38 years old, SD, 10 years from injury)</i></p> <p><i>I don't know how to describe it. It's complex. You look at the face, and you see a brand that wasn't yours, and because of your work, you have it now, and there's no way to change it. The scars bring the question of whether being a cop was what I should have chosen. When this questioning comes, I immediately think it has to pass and cannot go back. (age 48, CO, 14 years from injury)</i></p>

<i>Discredited symbolic representation of the face</i> (N=16)	Positive symbolic representation of the face (N=14)	Ambiguous symbolic representation of the face (N=7)
<i>make me feel guilty? (age 45, CP, 11 years from injury)</i>	<i>stronger for overcoming. (age 49, BC, 10 years from injury)</i>	

Source: CTBMF service at Central Hospital of Military Police, RJ, Brazil.

6.4 DISCUSSION

The symbolic representation of MPO faces emphatically assigned a discredited or ambiguous meaning after the ballistic injury. Changes in behavior after the injury are related to the fear of being affected by another violent occurrence, the embarrassment produced by the apparent sequelae on the face, and the limitations acquired in hearing, speaking, seeing, and eating. Social self-isolation, characteristic of people affected by social stigma, was a constant repercussion in their way of being and living.

Such repercussions, including social stigma, have been reported in patients with facial deformities (Fu et al., 2011; Volk et al., 2016; Dobel et al., 2013; Rumsey et al., 2004; Guedes, 2020). Goffman (1988) found them among people with obvious embodied signs, such as those discussed in this study. He attributed to the process of stigmatization a tendency towards self-isolation, making the person more suspicious, depressed, hostile, anxious, and confused due to the insecurity that the stigmatized person feels for not knowing what the other thinks about him associated with the fear of being disrespected. The social interaction of stigmatized people is permeated by more tension and anguish (Goffman, 1988) due to fear of discrimination. The stigmatized person may create strategies to cover up their limitations in an attempt to reduce the notoriety of the discrepancy; however, people who have wound marks and facial deformities find it more challenging to cover up their stigma and become highly susceptible targets to preconceived responses about who and what they are, about their potential, given the visibility of their deformity (Guedes et al., 2020; Lee et al., 2007; Costa et al., 2014).

Some other studies point out that stigma, in addition to the feeling of being socially excluded, which we found in the researched group, usually produces a discredited perception of oneself, causing a self-absorption that impacts family dynamics, insertion in the job market, and access to health and education care. The direct and indirect consequences on the health and well-being of victims of prejudice were markedly found among MPO who attributed a discredited symbolic representation of the face (Katz, 1981; Link et al., 1997; Crandall & Coleman, 1992; Silva & Cunha, 2016; Moreira & Melo, 2008).

According to the literature, stigmatization is always harmful; it substantially impacts subjectivity and those with whom the person relates and can culminate in identity deterioration as the individual internalizes this label (Goffman, 1988; de Siqueira & Cardoso, 2011; Ronzani & Furtado, 2010). This process makes the affected subject socially excluded, and his stigma becomes the focal point of his life, dictating how everything will be organized. Different contexts experience potentiates distinct forms of stigma able to influence mental and physical health (Câmara Filho & Sougey, 2004).

Regarding the effects on health among the stigmatized, psychic suffering resulting from social isolation is the most reported consequence. The SRQ-20 and PTSD scales showed a high rate of psychological distress and post-traumatic stress symptoms after traumatic events, compared to other studies with MPO (Castro et al., 2019; Câmara Filho & Sougey, 2004; Maia et al., 2004; Herek, 2007). In general, increased stress contributes to secondary psychological and social morbidity and affects the quality of life and physical well-being (Fife & Wright, 2000). From the responses of the MPO interviewed, we saw that their feelings of fear, shame, and anguish point to a possible state of psychic suffering. Therefore, knowing that the impact of military police activity on physical and mental health is high (Castro et al., 2019; Câmara Filho & Sougey, 2004; Maia et al., 2014; Minayo et al., 2011), it is essential to develop measures for accompanying and caring, particularly the wounded.

The reports of MPO with a discredited symbolic representation of the face showed a convergence of multiple stigmatized identities, known as "intersectional stigma" or "layered." This convergence stems from the marks and deformities in the face and the stigma of being police officers violently hit by "enemies" in combat. People affected by intersectional stigma have been repeatedly associated with worse behavior and health outcomes (Fletcher, 2016; Daftary, 2012; Mburu, 2014).

The changes in the way of being and living, the self-isolation, and the social stigma narrated seem to potentiate a feeling of helplessness after the injury, aggravated by the lack of police institutional support. The fact that they were injured, most of them on duty, contributes to the worsening of these symptoms. The camaraderie between peers is a required characteristic of the MPO, as can be read in the Secretary of the Military Police Statute, in its article 642, which considers it an obligation: "the esprit de corps and the practice of comradeship for the development of a permanent spirit of cooperation" so that comradeship is part of the military's rule. Despite this, one of the main complaints of MPO is that when injured, they did not feel welcomed and supported either by peers or the institution. Studies indicate that the lack of social

support in police institutions has been considered a risk factor for mental illness (Minayo et al., 2008; Heffren & Hausdorf, 2016; Dias Campos et al., 2021).

Half of the MPO with a positive meaning to life after the face injury were retired. This group reported the support of faith, fewer institutional complaints, greater adherence to psychological treatment, fewer reports of impacts on the family, and a safer housing situation. These characteristics added together may represent protective factors. Therefore, administrative improvements that provide adequate assistance to MPO and his family need to be institutionally improved, particularly to the injured MPO, reducing the derogatory impacts that stigmatize him.

The consequences of injuries to the face to MPO life represent a challenge; the growing importance that the face has gained since the 15th century is one of the reasons. The face has become primary information concerning our identity over the years. It is the first vector of our communication, a mark of uniqueness, and an epiphany of the contemporary Western subject (Le Breton, 2007; Elias, 1994; Goffman, 1988). For Simmel (2010), the face has become the most critical part of the body for aesthetics, so its distortion could lead to the aesthetic ruin of its entirety. This study confirmed this from the low grades given to their facial aesthetics and smile by MPO injured in this part of the body. This reality, associated with the high rates of firearm-related morbidity among MPO in the State of RJ (Maia et al., 2021; Minayo et al., 2008) and the high destructive power of these weapons, contribute to a less productive professional, fearful, or more reckless, that owes society the fulfillment of its mission to protect and prevent.

Despite advances in reconstruction techniques for facial deformities produced by firearms and police access to treatment, it is essential to recognize that this morbidity needs to be understood as having a high potential for producing psychosocial damage. Strategies for accompanying these people should aim not only at the functional and aesthetic recovery of the face but also at a network of psychosocial support for the injured and the development of preventive measures (Maia et al., 2021; Maia et al., 2019).

Some limitations of the present study are: it included only a part of the MPO universe injured in the face by firearms, making it impossible to expand the results to the State of Rio de Janeiro, since some possibly never arrived at the Central Hospital, a piece of information that does not exist in police information system. Also, selection bias may have occurred, such as the time elapsed between the injury and the interview, losing the most antique injured MPO. We understand that the merit of this work lies in for the first time recording and analyzing data about this morbidity in the Brazilian police, demonstrating the universal in this particular group, thus enriching the existing bibliography.

6.5 CONCLUSION

Gunshot wounds to the face produce changes in the way of life and being of MPO. Although, each individual has a personal way of reacting, demonstrated here by the differences in and between groups. Social self-isolation among injured MPO is the most striking change in these people's lives, as well as fear of revictimization, resentment towards abandonment by the institution, embarrassment with facial aesthetics, and revolt against the perpetrators of violence.

MPO with a discredited meaning to the face stood out among the others, showing more dissatisfaction with facial aesthetics and smile, expressing intense resentment at institutional lack of support. On the other hand, MPO who attributed a positive perception of the face felt more welcomed by the institution and were the ones who received the most reform after the violent injury.

Adopting psychological support, information orientation for the MPO and his family, and priority assistance for rehabilitation can help recovery and be crucial to improving quality of life.

6.6 REFERÊNCIAS

- Bowleg, L. (2008). When Black+ lesbian+ woman ≠ Black lesbian woman: The methodological challenges of qualitative and quantitative intersectionality research. *Sex roles*, 59(5), 312-325. <http://dx.doi.org/10.1007/s11199-008-9400-z>
- Brito, H. P. P. (2020). *Sofrimento psíquico em policiais militares: um estudo de revisão* (Master Dissertation).
- Câmara Filho, J. W. S., & Sougey, E. B. (2004). Transtorno de Estresse Pós-Traumático: Características Clínicas e Sociodemográficas de Pacientes Atendidos no Ambulatório de Psiquiatria da Polícia Militar de Pernambuco. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 58-66.
- Castro, M. C., Rocha, R., & Cruz, R. (2019). Saúde Mental do Policial Brasileiro: tendências teórico-metodológicas. *Psicologia, Saúde & Doenças, Lisboa*, 20(02), 525-541. <http://dx.doi.org/10.15309/19psd200220>
- Costa, E. F., Nogueira, T. E., de Souza Lima, N. C., Mendonça, E. F., & Leles, C. R. (2014). A qualitative study of the dimensions of patients' perceptions of facial disfigurement after head and neck cancer surgery. *Special Care in Dentistry*, 34(3), 114-121. <https://doi.org/10.1111/scd.12039>
- Crandall, C. S., & Coleman, R. (1992). AIDS-related stigmatization and the disruption of social relationships. *Journal of Social and Personal Relationships*, 9(2), 163-177. <https://doi.org/10.1177/0265407592092001>
- Creswell, J. W., & Clark, V. P. (2011). *Designing and conducting mixed methods research*. UK: Sage, 2011. Badin, Lawrwnce. Content Analysis. Portuguese translation: Luís Antero Reto, Augusto Pineiro. Edições.
- Daftary, A. (2012). HIV and tuberculosis: the construction and management of double

- stigma. *Social science & medicine*, 74(10), 1512-1519. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.01.027>
- de Jesus Mari, J., & Williams, P. (1986). A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo. *The British Journal of Psychiatry*, 148(1), 23-26. <http://doi.org/10.1192/bjp.148.1.23>
- de Siqueira, R., & Cardoso, H. (2011). O conceito de estigma como processo social: uma aproximação teórica a partir da literatura norte-americana. *Imagonautas: revista Interdisciplinaria sobre imaginarios sociales*, 1(2), 92-113.
- Dias Campos, F., Chambel, M. J., Lopes, S., & Dias, P. C. (2021). Post-traumatic stress disorder in the military Police of Rio de Janeiro: can a risk profile be identified?. *International journal of environmental research and public health*, 18(5), 2594. <https://doi.org/10.3390/ijerph18052594>
- Dobel, C., Miltner, W. H. R., Witte, O. W., Volk, G. F., & Guntinas-Lichius, O. (2013). Emotionale auswirkungen einer fazialisparese. *Laryngo-Rhino-Otologie*, 92(01), 9-23. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23065673>
- Elias, N. (1994). A Sociedade dos Indivíduos. *Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.*
- Fife, B. L., & Wright, E. R. (2000). The dimensionality of stigma: A comparison of its impact on the self of persons with HIV/AIDS and cancer. *Journal of health and social behavior*, 50-67. <https://doi.org/10.2307/2676360>
- Fletcher, F., Ingram, L. A., Kerr, J., Buchberg, M., Bogdan-Lovis, L., & Philpott-Jones, S. (2016). "She Told Them, Oh That Bitch Got AIDS": experiences of multilevel HIV/AIDS-related stigma among African American women living with HIV/AIDS in the South. *AIDS patient care and STDs*, 30(7), 349-356. <https://doi.org/10.1089/apc.2016.0026>
- Foa, E. B., & Capaldi, S. (2013). Manual for the administration and scoring of the PTSD symptom scale–interview for DSM-5 (PSS-I-5). *Unpublished manual*.
- Fu, L., Bundy, C., & Sadiq, S. A. (2011). Psychological distress in people with disfigurement from facial palsy. *Eye*, 25(10), 1322-1326. <https://doi.org/10.1038/eye.2011.158>
- Goffman, E. (1988). Estigma: notas sobre a manipulação da identidade. *Tradução: Mathias Lambert*, 4.
- Guedes, E. G., da Costa Ribas, M., & Abramides, D. V. M. (2020). Narrativas sobre a vida e o início do tratamento de uma paciente com Síndrome de Treacher Collins: um estudo de caso. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, 9(1), 46-59. <https://doi.org/10.17267/2317-3394rps.v9i1.2762>
- Harding, T. W., De Arango, V., Baltazar, J., Climent, C. E., Ibrahim, H. H. A., Ladrigo-Ignacio, L., & Wig, N. N. (1980). Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychological medicine*, 10(2), 231-241. <https://doi.org/10.1017/S0033291700043993>
- Heffren, C. D., & Hausdorf, P. A. (2016). Post-traumatic effects in policing: Perceptions, stigmas and help seeking behaviours. *Police Practice and Research*, 17(5), 420-433. <https://doi.org/10.1080/15614263.2014.958488>
- Herek, G. M. (2007). Confronting sexual stigma and prejudice: Theory and practice. *Journal of social issues*, 63(4), 905-925. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.2007.00544.x>
- Katz, I. (1981). Stigma: A social-psychological perspective. *Hillsdale, NJ: Erlbaum*, 2(3), 4.
- Le Breton, D. (2007). A sociologia do corpo. Tradução de Sônia Fuhrman. *Petrópolis: Vozes*.
- Lee, L. W., Chen, S. H., Yu, C. C., Lo, L. J., Lee, S. R., & Chen, Y. R. (2007). Stigma,

- body image, and quality of life in women seeking orthognathic surgery. *Plastic and reconstructive surgery*, 120(1), 225-231. <https://doi.org/10.1097/01.prs.0000264100.57630.c7>
- Link, B. G., Struening, E. L., Rahav, M., Phelan, J. C., & Nuttbrock, L. (1997). On stigma and its consequences: evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse. *Journal of health and social behavior*, 177-190. <https://doi.org/10.2307/2955424>
- Maia, A. B. P., Assis, S. G., & Ribeiro, F. M. L. (2019). Ferimentos por arma de fogo em profissionais de segurança pública e militares das forças armadas: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 44. <https://doi.org/10.1590/2317-6369000031217>
- Maia, A. B. P., Assis, S. G., Ribeiro, F. M. L., & Pinto, L. W. (2021). The marks of gunshot wounds to the face. *Brazilian journal of otorhinolaryngology*, 87(2), 145-151. <https://doi.org/10.1016/j.bjorl.2019.07.008>
- Maia, A. B. P., Assis, S. G., Ribeiro, F. M. L., & Wernersbach, L. (2021). 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. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26, 1911-1922. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021265.19412019>
- Maia, A.B.P., Assis, S. G., & Minayo, C. (2021). Systematic review on firearm injuries in the face: state of the art and existing gaps. *Journal of the Brazilian Oral and Maxillofacial Surgery*, 7(1):15-22. <https://doi.org/10.14436/2358-2782.7.1.015-022.oar>
- Maia, D. B., Nóbrega, A., Marques-Portella, C., Mendlowicz, M. V., Volchan, E., Coutinho, E. S., & Figueira, I. (2014). Peritraumatic tonic immobility is associated with PTSD symptom severity in Brazilian police officers: a prospective study. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 37, 49-54. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2013-1267>
- Mari, J. D. J., & Williams, P. (1985). A comparison of the validity of two psychiatric screening questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in Brazil, using Relative Operating Characteristic (ROC) analysis. *Psychological medicine*, 15(3), 651-659. <http://doi.org/10.1017/S003329170003150>
- Mburu, G., Ram, M., Siu, G., Bitira, D., Skovdal, M., & Holland, P. (2014). Intersectionality of HIV stigma and masculinity in eastern Uganda: implications for involving men in HIV programmes. *BMC public health*, 14(1), 1-9.
- Minayo, M. C. D. S. (2000). O desafio do conhecimento-pesquisa qualitativa em saúde. In *O desafio do conhecimento-pesquisa qualitativa em saude* (pp. 269-269).
- Minayo, M. C. D. S., Assis, S. G. D., & Oliveira, R. V. C. D. (2011). The impact of professional activities on the physical and mental health of the civil and military police of Rio de Janeiro (RJ, Brazil). *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(4), 2199-2209. <https://doi.org/10.1590/S13-81232011000400019>
- Minayo, M. C. D. S., Souza, E. R. D., & Constantino, P. (2008). *Missão prevenir e proteger: condições de vida, trabalho e saúde dos policiais militares do Rio de Janeiro*. Editora Fiocruz.
- Moreira, V., & Melo, A. K. (2008). “Minha doença é invisível!”: revisitando o estigma de ser doente mental. *Interação em Psicologia*, 12(2). <http://dx.doi.org/10.5380/psi.v12i2.7289>
- Ronzani, T. M., & Furtado, E. F. (2010). Estigma social sobre o uso de álcool. *Jornal Brasileiro de psiquiatria*, 59(4), 326-332.
- Rumsey, N., Clarke, A., White, P., Wyn-Williams, M., & Garlick, W. (2004). Altered body image: appearance-related concerns of people with visible disfigurement. *Journal of advanced nursing*, 48(5), 443-453. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03227.x>
- Santos, K. O., Araújo, T. M., Pinho, P. D. S., & Silva, A. C. C. (2010). Avaliação de um

- instrumento de mensuração de morbidade psíquica: estudo de validação do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20). *Revista Baiana de Saúde Pública*, 34(3), 544-560.
- Shaw, W. C. (1981). Folklore surrounding facial deformity and the origins of facial prejudice. *British Journal of Plastic Surgery*, 34(3), 237-246. [https://doi.org/10.1016/0007-1226\(81\)90001-1](https://doi.org/10.1016/0007-1226(81)90001-1)
- Silva, M. F. F., & Cunha, M. C. (2016). Considerações teóricas acerca do impacto físico, psíquico e social na paralisia facial periférica. *Distúrbios da Comunicação*, 28(1).
- Simmel, G. (2010). Simmel: a estética e a cidade. *Simmel: a estética e a cidade*, 1-47.
- Sousa, C. C. D., Araújo, T. M. D., Lua, I., Gomes, M. R., & Freitas, K. S. (2021). Job dissatisfaction, psychosocial aspects, personal satisfaction, and mental health of male and female health workers. *Cadernos de Saúde Pública*, 37. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00246320>
- Souza, E. R. D., Franco, L. G., Meireles, C. D. C., Ferreira, V. T., & Santos, N. C. D. (2007). Sofrimento psíquico entre policiais civis: uma análise sob a ótica de gênero. *Cadernos de Saúde Pública*, 23, 105-114.
- Volk, G. F., Granitzka, T., Kreysa, H., Klingner, C. M., & Guntinas-Lichius, O. (2016). Nonmotor disabilities in patients with facial palsy measured by patient-reported outcome measures. *The Laryngoscope*, 126(7), 1516-1523. <http://doi.wiley.com/10.1002/lary.2569511>.

7 FACES MARCADAS PELA VIOLÊNCIA ARMADA: DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Para compreender os impactos dos ferimentos por arma de fogo em face que acometem os policiais militares no Rio de Janeiro, faz-se necessário caracterizar as manifestações da violência neste grupo de trabalhadores. Para isso, partimos da compreensão de que a arma de fogo é o principal meio usado pelos agressores para produzir morbidade entre os profissionais de segurança pública (BERMAN; SALTER, 1985; PLANI *et al.*, 2003; KYRIACOU *et al.*, 2006; VIOLANTI *et al.*, 2013; SWEDLER *et al.*, 2013; BLAIR *et al.*, 2016; MAIA, A., *et al.*, 2019). É conhecida a elevada ocorrência de morbidade por arma de fogo entre os policiais militares do estado do RJ, especialmente quando comparados com os de outras cidades no mundo. No período de junho de 2015 a dezembro de 2017, 475 policiais militares da ativa foram atendidos no HCPM em virtude desse tipo de ferimentos, dos quais 77,3% estavam em serviço no momento do evento. Desse total, 23,5% apresentavam ferimentos na região da cabeça-pescoço-face (MAIA, A.; ASSIS; RIBEIRO; PINTO, 2021).

Diferente das circunstâncias envolvidas na ocorrência de morbidade, a mortalidade de policiais no RJ acontece sobretudo durante o período de folga. No período de janeiro de 2016 a março de 2019 foram mortos 459 PM, 353 deles em período de folga e 106 em serviço²⁷.

No âmbito da Secretaria de Estado da Polícia Militar (SEPM) foram criadas, nos últimos cinco anos, iniciativas que buscam a redução destes números impressionantes de mortalidade. Dentre elas, destacam-se os programas: Saque e Porte Velado, Sala de Tomada de Decisão, Programa de Capacitação e Gestão do Uso da Força Policial, e criação da Política de Redução da Vitimização Policial pelo departamento estratégico da SEPM. Tais medidas, parecem ter contribuído para uma progressiva redução da mortalidade policial nos últimos três anos (ISP, 2019). Quanto a assistência prestada ao policial vitimado em serviço, após a exposição dos resultados da pesquisa de mestrado desta doutoranda (MAIA, A., 2018) junto à Diretoria Geral de Odontologia da SEPM mostrando a alta ocorrência de perdas dentárias entre os policiais militares feridos por arma de fogo em face no Estado do Rio de Janeiro, foi criado em novembro de 2019 um programa chamado “Projeto Sorriso Azul”. Este projeto tem como objetivo priorizar o atendimento odontológico reabilitador do Policial Militar baleado em face. Desde então, tem sido realizado uma busca ativa dos policiais militares que haviam sido feridos em face e apresentaram alguma seqüela dentária e facial. A estratégia tem sido contactar esses

²⁷ Segundo dados da Coordenadoria de Assuntos Estratégicos, obtidos através do seu Escritório de Gestão de Qualidade/SEPM-RJ em 2019.

policiais militares e oferecer o tratamento de reabilitação dentária e facial. Essa busca tem sido realizada na Odontoclínica Central da Polícia Militar em conjunto com o Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do HCPM, de onde os pacientes foram operados e acompanhados no momento do acidente.

Os pacientes incluídos no projeto são os policiais militares que sofreram algum ferimento por armas de fogo em face durante o serviço com consequentes perdas dentárias. Para comprovação deste evento é exigido a apresentação do Atestado Sanitário de Origem comprovando que o ferimento ocorreu em período de serviço e ser usuário do Fundo de Saúde da Polícia Militar (FUSPOM). Esses pacientes têm sido atendidos nas clínicas de prótese dentária e implantodontia da Odontoclínica Central da Polícia Militar e Cirurgias Bucomaxilofaciais no HCPM. Caso seja necessário, outras especialidades odontológicas são empenhadas na reabilitação desses pacientes.

Em 5 de março de 2018, foi publicada a Lei Estadual Número 7.883 (RIO DE JANEIRO, 2018), 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).

Entretanto, até a presente data, não há uma estratégia em curso que vise a redução da principal morbidade que acomete, durante o serviço, os PMs do estado do RJ.

Os rostos aqui apresentados, além de marcas e cicatrizes da violência demonstram os sintomas de uma identidade deteriorada pelo estigma social com profundos desdobramentos no jeito de viver e na saúde destas pessoas e de suas famílias. Desta forma, os resultados desta tese confirmam o pressuposto estabelecido de que os ferimentos por arma de fogo em face produzem

repercussões que impactam a saúde, as relações sociais e o desempenho profissional dos policiais militares no Rio de Janeiro.

Através da revisão *scoping* apresentada no **artigo 1** (Revisão sistemática sobre ferimentos por arma de fogo em face: estado da arte e lacunas) mostramos que os ferimentos por arma de fogo em face são mundialmente mais frequentes entre pessoas do sexo masculino, com cerca de 29-39 anos de idade. Os temas mais encontrados sobre o trauma balístico facial, em ordem decrescente foram: tratamento cirúrgico, complicações, reconstruções e enxertias, perfil demográfico, tentativas de suicídio, exames complementares para diagnóstico e planejamento cirúrgico e outros temas. Vimos que, apesar do crescente número de publicações sobre FAF em face, há uma lacuna de estudos que avaliem repercussões funcionais e psicossociais desse tipo de morbidade, o que ratifica a relevância e o ineditismo desta tese.

O **artigo 2** (Repercussões para o trabalho, a saúde e as relações familiares dos policiais feridos por arma de fogo em face) apresenta o perfil dos policiais operados em decorrência de FAF pela clínica de CTBMF no HCPM e evidencia que são pacientes do sexo masculino, idade média de 34,9 anos, praças e feridos em serviço, cujo perfil se semelha ao encontrados na literatura nacional e internacional.

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). 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. Em relação à idade, a média entre os policiais militares nesta pesquisa 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).

Em relação ao local e à gravidade dos ferimentos, pode-se afirmar que eles são vítimas de lesões avulsivas graves, assim como relatado pela literatura internacional (COHEN, M., et

al., 1986; HOLLIER *et al.*, 2001; PUZOVIC *et al.*, 2004; SROUJI, 2017). Tais ferimentos afetam especialmente a região de mandíbula (56,3%), o que também é equivalente ao encontrado na literatura internacional a respeito de civis (KHATIB *et al.*, 2021; MURPHY *et al.*, 2018). O tratamento dos policiais acometidos demanda diversas intervenções, como cirurgias, envolvimento e acompanhamento de equipe multidisciplinar. Há consistentemente uma piora nas condições de saúde física dos policiais após os ferimentos, com aumento de casos de hipertensão, elevada frequência de insônia (59,4%), cefaleia (51,3%) e dores articulares e na coluna (50%).

No que se refere ao posto/graduação do policial militar atingido, predominaram praças (97,7%) (categoria que inclui de soldados a segundo-tenentes), em especial soldados (40,1%), o que é semelhante aos resultados encontrados por Wade *et al.* (2007) e Berman e Salter (1985). Maia *et al.* (2021) ao avaliar a ocorrência das morbidades por arma de fogo em PMs por FAF, em qualquer parte do corpo, notou que, à medida que a patente avançava na hierarquia institucional, havia menor frequência de FAF, correspondendo a uma relação de uma praça para cada 46 oficiais acometidos por ferimento por arma de fogo na região metropolitana do Estado do RJ.

Quando se avaliou se os ferimentos ocorreram em serviço ou em folga, em 73,5% dos casos os policiais foram feridos durante o período laboral, diferente dos resultados de mortalidade policial, maiores nos períodos de folga. Os FAF em face produzem longos períodos de afastamento do trabalho para tratamento de saúde, altas taxas de afastamento definitivo do serviço e limitações para o exercício do trabalho entre os que retornaram a atuar como policiais.

O **artigo 3** (Rostos marcados pela violência armada: o cotidiano de policiais militares do Estado do Rio de Janeiro, Brasil) ressalta a representação simbólica dos ferimentos por arma de fogo pelos policiais lesionados, assim como os sentimentos e os sentidos por eles atribuídos aos ferimentos. Foram atribuídas três diferentes ideias centrais a respeito representações da face, a visão depreciativa e ambígua da face foi predominante entre os entrevistados, entretanto também foi encontrado policiais que atribuíram uma representação simbólica positiva. Entre os grupos depreciativo e ambíguo foram predominantes igualmente, sentimentos de medo e insatisfação com a estética facial e percepção de serem abandonados pela Secretaria de Estado de Polícia Militar. O autoisolamento foi a principal mudança no jeito de ser e viver, atitude motivada por medo, vergonha e elevada percepção de risco do trabalho policial. A expressão de sentimentos e percepções sensoriais (MAUSS, 1974; LE BRETON, 2012) de medo, tristeza e abandono contradizem a *doxa* do policial militar que ritualmente são organizados e treinados segundo o *ethos* do guerreiro. O capital cultural e a formação da identidade do policial militar são forjados, desde o processo de seleção, treinamentos e rotina de trabalho por valores de

camaradagem e força física, esses valores parecem não somente ruir diante de um evento violento traumático, como também contribuir para amplificar a frustração dos PM acometidos por FAF em face. Como resultado desta realidade há um elevado número de policiais em sofrimento psíquico e com sintomas de estigma social.

A cerca do estigma social encontrado entre os PM acometidos por FAF em face, corroborando com o pensamento de Goffman (1988) e Morando *et al.* (2018) observa-se uma deterioração da identidade policial produzida pela discrepância entre o idealizado e o vivenciado pelos que passam por tal experiência.

Para Morando *et al.* (2018, p. 26):

Quanto maior a discrepância entre a identidade virtual e a real, mais forte será o estigma; quanto mais perceptível e acentuada a diferença entre o indivíduo estigmatizado e os normais, mais estigmatizante ela será; quanto maior a diferença entre os atributos reais e atribuídos, mais acentuada será sua problemática, devido ao controle social e submissão a ele.

G. Silva (2011) ressalta que o processo seletivo para o ingresso na polícia militar traduz a busca por indivíduos que se aproximem do ideal de polícia construído a partir da sociedade e da corporação. Segundo os editais dos concursos para o ingresso, o candidato deve gozar de boa saúde e condições físicas caracterizadas como normais. Ao deparar-se com suas marcas e deformidades adquiridas no acidente de trabalho violento, os policiais feridos distanciam-se do ideal imaginário desse grupo social. A discrepância dos feridos na face impacta-os como estigmatizados e inabilitados para a aceitação do grupo social com o qual convivia. A pessoa perde assim seu *status* social e torna-se desconsiderada e desacreditada. Outro elemento importante na construção do estigma são os sinais corporificados (GOFFMAN, 2017), que possuem graus diferentes de visibilidade e de intrusibilidade, de forma que, quanto mais visível é o estigma, maior a possibilidade de ser reconhecido. Os policiais feridos em face se tornam alvos extremamente suscetíveis a respostas preconcebidas sobre quem são e quais são suas potencialidades, dada a visibilidade de sua deformidade (LEE *et al.*, 2007; COSTA *et al.*, 2014). O fato de seu estigma não poder ser encoberto produz autoisolamento, exclusão social e percepção depreciativa de si, dificultando seu convívio social.

Ademais, a face ao longo dos tempos a partir do século XV tornou-se um dos principais veículos de informações sobre a identidade individual (GOFFMAN, 2017), vetor de comunicação com o outro (LE BRETON, 2016), e epifania do sujeito (LE BRETON, 2016). Para M. SILVA *et al.* (2011), o rosto e suas expressões são elementos primordiais da comunicação verbal, não verbal e das relações sociais, de forma que quaisquer limitações ou

prejuízos nos movimentos faciais podem comprometer o processo de socialização. Pois o rosto se tornou a parte do corpo com tamanho peso na imagem da pessoa que qualquer distorção nele pode produzir uma ruína estética em sua totalidade (SIMMEL, 2016).

Goffman (2017) identificou que o autoisolamento pode levar a pessoa estigmatizada a ser desconfiada, deprimida, hostil, ansiosa, confusa, em virtude da insegurança que sente por não saber o que o outro pensa dele e pelo medo de ser desrespeitado. Encontra-se neste estudo, assim como em Demi *et al.*, (1997) e Fife e Wright (2000), que o autoisolamento trouxe grande sofrimento psíquico para os policiais militares entrevistados (56,7%), assim como sintomas de TEPT (37,1%), sendo os mais comuns: sentir-se nervoso, tenso ou agitado (78,3%); dormir mal e assustar-se com facilidade (54,0%); sentir-se triste e ter dores de cabeça frequentes (51,3%). Sintomas somáticos também constatados com frequência, como má digestão (48,6%); sensações desagradáveis no estômago (40,5%); tremores nas mãos (35,1%); falta de apetite (13,5%); cansaço continuado, desinteresse; dificuldade em pensar com clareza, de tomar decisões e de obter satisfação com atividades cotidianas (43,2%) e de realizar o trabalho policial (36,0%); sentir-se inútil (24,3%) ou incapaz de desempenhar um papel útil na vida (18,9%).

O estudo empírico realizado mostra que o aumento do estresse e do medo, o estigma social e a sensação de abandono contribuem para a morbidade psicológica e afetam a qualidade de vida e o bem-estar físico dos policiais. O estigma social, além da exclusão social, produz uma percepção depreciativa de si, especialmente entre os policiais que atribuem uma simbologia depreciativa e ambígua da face, causando ensimesmamento e perdas na dinâmica do convívio familiar, assim como relatado na literatura (KATZ, 1981; ABLON, 1981; LINK, 1982; LINK *et al.*, 1987, 1997; CROCKER; MAJOR, 1989; CRANDALL; COLEMAN, 1992, JONES *et al.*, 1984; LINK; PHELAN, 2001; MOREIRA, 2008).

O apoio social dos colegas de trabalho durante o evento traumático tem sido apontado como importante fator de proteção para a ocorrência de TEPT (MARTIN, 2009). Já os baixos níveis de confiança nas relações interpessoais e a distância entre ciclos os hierárquicos das instituições policiais têm sido considerados fatores de risco para doenças mentais (MINAYO; SOUZA; CONSTANTINO, 2008; HEFFREN; HAUSDORF, 2016; DIAS; CHAMBEL; LOPES; DIAS, 2018). As recorrentes queixas de sentimento de abandono institucional após os ferimentos, sobretudo entre os que conferem uma representação simbólica negativa e ou ambígua da face, contradiz a apregoada prática da camaradagem tida como um valor estruturante do espírito das instituições militares.

Acerca dos impactos na família do militar, a relação familiar muitas vezes já fragilizada pelas repercussões do dia a dia da profissão sofreu desdobramentos danosos que envolveram:

redução da renda familiar, alteração do jeito de ser do policial com mudança de rotina e na forma de viver da família, uma tendência de autoisolamento do policial e prejuízo à saúde mental dele e dos filhos e da esposa ou companheira. O medo relacionado à insegurança dele próprio quanto à profissão e à realidade da morte muito presente na vida de seus familiares, foi o sentimento mais citado quando o policial descreveu os impactos nos cônjuges e filhos, assim como encontrado por Paixão (2013) que identificou que o medo relacionado aos riscos da profissão, estava mais presente nas famílias que vivenciaram violência em estudo com filhos de PM.

Por fim, é conhecido que o trabalho do policial produz impactos sobre a saúde destes trabalhadores em decorrência de condições insalubres, alimentação precária, sobrecarga de trabalho, ambiente constante de violência e de confrontos armados que redundam em alta taxa de vitimização. Desta forma, a Polícia Militar é uma organização com muitas contradições: há conflitos nas relações dos agentes com seus pares e superiores hierárquicos, baixo reconhecimento da sociedade e medo constante quanto à segurança pessoal de seus membros (CRESWELL; CLARK, 2011; MINAYO; SOUZA; CONSTANTINO, 2008). As consequências do exercício do trabalho também interferem na saúde mental de seus familiares (PAIXÃO, 2013) com desdobramentos em suas relações sociais (OLIVEIRA; FAIMAN, 2019). Os resultados desta pesquisa corroboram a perspectiva teórica de Dejours (2004) quando sustenta que a interferência do trabalho na construção da subjetividade pode gerar efeitos construtivos ou destrutivos para os trabalhadores.

A alta ocorrência de FAF entre os policiais militares do RJ tem chamado a atenção para a necessidade de discutir e repensar a forma de atuação dos profissionais de segurança pública e para suas condições de trabalho (MAIA, A., *et al.*, 2021).

Por se tratar de um campo caracterizado pela intersetorialidade, estudos que abordem os impactos na saúde desses trabalhadores contribuem para a elaboração de medidas que visem ao aprimoramento na forma de atuação dos profissionais de segurança pública, particularmente se focam em abordagens preventivas e de inteligência, em detrimento da lógica de confrontos armados. Portanto, uma melhor compreensão da corporação, de sua forma de organização e atuação e da subjetividade de seus agentes promove maior responsabilidade em promover o bem-estar dos PM e não apenas tratar as doenças decorrentes do trabalho. Um ponto crucial que este estudo mostrou é a necessidade de reduzir as morbidades por arma de fogo.

A respeito das estratégias para redução de danos para os PM com FAF em face, a pesquisa mostra a necessidade de investir no tratamento das deformidades físicas adquiridas, no acompanhamento psicológico dos policiais e de seus familiares, e em melhorias

administrativas que confirmam assistência efetiva a eles e a suas famílias. Quanto as ações de prevenção deste tipo de morbidade, elas precisam envolver mudanças estruturais no âmbito da forma que as ações de enfrentamento à violência urbana no estado do Rio de Janeiro são desenvolvidas em detrimento de ações de caráter individualista, voltadas à mudança no estilo de vida do policial, remetendo à perspectiva da culpabilização da vítima. 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 o uso desse tipo de equipamento entre policiais no mundo, que é mais encontrado entre militares em situação de guerra (GOFRIT et al., 1996; WADE et al., 2007; HODGETTS et al., 2007). Considerar a adoção do uso de equipamentos de proteção individual como capacete balístico para todos os policiais militares do estado do RJ seria uma medida que acrescentaria outros problemas, tais como; desconforto térmico, maior peso carregado pelo policial durante o trabalho e alto custo para a aquisição deste equipamento que precisaria ser substituído após vencimento de seu tempo de validade. Ao contrário disso, a alta morbidade por arma de fogo entre as PMs no RJ, deve apontar para a necessidade de aprimoramento na forma e nas condições de trabalho do policial militar no estado do Rio de Janeiro. Ademais, devem ser considerados um maior investimento no treinamento continuado destes profissionais, visto que estes ferimentos não aconteceram em policiais inexperientes, já que o policial vitimado tinha um tempo médio de efetivo serviço de 11,1 anos.

Ainda que este estudo tenha analisado a repercussão da morbidade por FAF em face, ou seja, num grupo específico, com número limitado de participantes, desnuda-se, a partir de seus rostos marcados por violência, a gravidade dessa condição que traz repercussões para a saúde, a vida, o trabalho, as relações sociais e a subjetividade. Esses rostos clamam por responsabilidade e à justiça (LÉVINAS, 2008).

Ao pesquisar o drama de mulheres paquistanesas que tiveram seus rostos desfigurados, Anchieta (2016) observou grande circulação de imagens e informações nas redes sociais brasileiras contra esse tipo de violência. Esse autor comenta que a face guarda grande potencial de impacto, mobilização e criação de redes de solidariedade. Este estudo que mostra o rosto como a epifania do outro em busca da alteridade (LÉVINAS, 2008).

Portanto, apresentar as repercussões sofridas e dolorosas dos ferimentos na face do policial pode contribuir como um apelo à sociedade para o reconhecimento desses homens e mulheres que cumprem uma função de estado, arriscando suas vidas. É preciso desconstruir o discurso que naturaliza essa violência estampada pelo policial e sensibilizar tanto a sociedade

quanto as próprias corporações de que é urgente uma profunda reforma nas políticas de segurança pública do estado do Rio de Janeiro.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa identificou que há uma lacuna de pesquisas que avaliem repercussões funcionais e psicossociais entre pacientes que sofreram FAF. O perfil do policial militar vitimado por arma de fogo em face no Rio de Janeiro constituiu-se predominantemente de homens, com idade média de 34,9 anos, em especial praças, que foram atingidos em serviço.

As fraturas na região mandibular foram as mais encontradas (56,3%) e as disestesias, perda de dentes e de segmentos ósseos foram as principais sequelas. Constatamos uma piora nas condições de saúde física e mental dos policiais após os ferimentos sofridos, e elevada frequência de afastamento definitivo do trabalho. Houve piora nas condições de saúde física dos policiais após os ferimentos sofridos, com aumento de casos de hipertensão, elevada frequência de insônia (59,4%), cefaleia (51,3%) e dores articulares/coluna (50%).

Foi alta a incidência do transtorno de estresse pós-traumático crônico (37,1%) e de sofrimento psíquico (56,7%), assim como de sintomas de processo de estigmatização social. Houve prejuízo nas relações familiares, uma maior tendência de autoisolamento do policial e sentimento de medo vivenciada por seus familiares. Por fim, quanto à representação simbólica atribuída a face dos policiais após os FAF sofridos, vimos que os entrevistados lhes atribuíram majoritariamente um significado depreciativo e ambíguo, ainda que também parte dos policiais tenham atribuído um significado positivo.

Diante da dimensão e extensão dos impactos encontrados entre os PMs após terem sofridos os FAF em face, recomendamos não apenas o acompanhamento da recuperação funcional e estética da face, mas também uma rede de suporte psicossocial aos feridos e seus familiares. Não obstante, reconhecemos que essas medidas, mesmo que muito bem elaboradas e executadas, não serão suficientes para apagar as marcas que, como vimos, ultrapassam as cicatrizes da face dos atingidos e envolvem toda a vida e família destas pessoas.

Esperamos que a grave realidade apresentada neste estudo contribua para a argumentação da urgente necessidade de reforma da divisão de trabalhos das polícias no Brasil, a fim de que possa representar menos risco à qualidade de vida do policial, assim como também mais eficiência nas ações da promoção da paz social em benefício da sociedade.

REFERÊNCIAS

- ABLON, J. Stigmatized Health Conditions. **Social Science and Medicine**, v. 15b, p. 5-9, 1981.
- ABRAMOWICZ, S.; ALLAREDDY, V.; RAMPA, S.; LEE, M. K.; NALLIAH, R. P.; ALLAREDDY, V. Facial fractures in patients with firearm injuries: profile and outcomes. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 75, p. 2170-2176, 2017.
- ADORNO T.; HORKHEIMER, M. **Sociológica**. Madrid: Taurus, 1991.
- AGUDELO, S. F. La violencia: un problema de salud pública que se agrava en la región. **Boletim Epidemiológico de la OPS**, v. 11, p. 1-7, 1990.
- AINLAY, S. C.; BECKER, G.; COLMAN, L. M. A. Stigma reconsidered. *In*: Ainlay, S. C.; Becker, G.; Colman, L. M. A. (ed.). **The dilemma of difference**. New York: Plenum, 1986. p. 1-13.
- ALMEIDA, J. R. Tropas em greve: militarismo e democratização no ciclo de protestos dos policiais militares brasileiros. **Saeculum – Revista de História**, n. 24, 2011.
- 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**. São Paulo: Editora Unesp, 2013.
- AMADOR, A. E.; MARQUES, M. V.; DE SOUZA, M. R.; DE SOUZA, D. L. B.; BARBOSA, I. R.. Mortalidade de jovens por violência no Brasil: desigualdade espacial e socioeconômica. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 31, n. 3, p. 1-9, 2018.
- 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.
- ANSHEL, M. H. A conceptual model and implications for coping with stressful events in police work. **Criminal Justice and Behavior**, v. 27, p. 375-400, 2000.
- ANTUNES, E. J. F. **Hierarquia na Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro: uma análise crítica de seus impactos na saúde**. 2019. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2019.
- ANTUNES, R.; PRAUN, L. A sociedade dos adoecimentos no trabalho. **Serviço Social & Sociedade**, v. 123, p. 407-427, 2015.
- ARKSEY, H.; O'MALLEY, L. Scoping studies: towards a methodological framework. **International Journal of Social Research Methodology**, v. 8, p. 19-32, 2005.

ASSIS, S. G.; SILVEIRA, L. M. B. **O tema da violência no ensino da saúde coletiva: articulação com pesquisa e extensão.** 2018.

AUTHIER-REVUZ, J. **Palavras incertas: as não-coincidências do dizer.** Campinas: Editora da Unicamp, 1998.

BAIALARDI, K. S. O estigma da hanseníase: relato de uma experiência em grupo com pessoas portadoras. **Hansenologia Internationalis**, v. 32, n. 1, p. 27-36, 2007.

BALAJI, S. M. Surgical correction of severe enophthalmos caused by bullet injury. **Indian Journal of Dental Research**, v. 27, p. 445-449, 2016.

BALLA, V.; DANIEL, A. Y; KURIAN, N. Prosthodontic rehabilitation of accidental maxillofacial gunshot injury using dental implants: a five year follow-up clinical report. **Journal of Clinical and Diagnostic Research**, v. 10, p. 6-8, 2016.

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

BARKER, E. **The development of public services in western Europe: 1660-1930.** Oxford University Press, 1944.

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

BARROS, P. L. **Balística forense.** 2001. Monografia de Conclusão de Curso (Graduação em Direito) – Departamento de Ciências Jurídicas, Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2001.

BAUER, G. R. Incorporating intersectionality theory into population health research methodology: challenges and the potential to advance health equity. **Social Science & Medicine**, v. 110, p. 10-7, 2014.

BAUER, M. W. Análise de conteúdo clássica: uma revisão. *In*: BAUER, M.W.; GASKELL, G. (org.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático.** Petrópolis: Vozes, 2002. p. 189-217.

BAYLEY, David H. **Padrões de policiamento: uma análise internacional comparativa.** Vol. 1. São Paulo: Edusp, 2001.

BECKER, G.; ARNOLD, R. Stigma as a social and culture construct. *In*: Ainlay, S. C.; Becker, G.; Colman, L. M. A. (ed.). **The dilemma of difference.** New York: Plenum, 1986. p. 39-76.

BECKER, H. 1963. **Outsiders: studies in the sociology of deviance.** New York: The Free Press.

BENATEAU, H.; CHATELLIER, A.; CAILLOT, A.; LABBE, D.; VEYSSIERE, A. Computer-assisted planning of distraction osteogenesis for lower face reconstruction in gunshot traumas. **Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery**, v. 44, p. 1583-1591, 2016.

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

BEYER, J.; TRICE, H. M. Studying organizational culture through rites and ceremonies. **Academy of Management Review**, v. 9, n. 4, out. 1984.

BEZERRA, C. M.; ASSIS, S. G.; CONSTANTINO, P. Sofrimento psíquico e estresse no trabalho de agentes penitenciários: uma revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 7, p. 2135-2146, 2016.

BEZERRA, C. M.; ASSIS, S. G.; CONSTANTINO, P.; PIRES, T. O. Fatores associados ao sofrimento psíquico de agentes penitenciários do estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 46, 2021.

BITTNER, E. **Aspectos do trabalho policial**. Vol. 8. São Paulo: Edusp, 2017.

BLAIR, J. M.; KATHERIN, A. F.; CARTER, J. B.; JASON, L. B. Occupational homicides of law enforcement officers, 2003-2013. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 51, p. 188-196, 2016.

BONATH, K. H.; VANNINI, R.; KOCH, H.; SCHNETTLER, R. Gunshot wounds: ballistics, physiopathology, surgical treatment. **Tierärztliche Praxis**, v. 24, n. 3, p. 304-315, 1996.

BORGES, A. C. N.; SILVA, B. D. S. **As consequências de uma má alimentação e pouco descanso no cotidiano do policial militar**. Biblioteca Digital de Segurança Pública, Goiânia, 2018. Disponível em: <http://dspace.pm.go.gov.br:8080/pmgo/handle/123456789/1747>. Acesso em: 10 abr. 2020.

BOURDIEU, P. **Outline of a theory of practice**. Cambridge: Cambridge University Press, 1977.

BOURDIEU, P. **Questões de sociologia**. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1983.

BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Lisboa: Difel. 1990.

BOURDIEU, P. **Science of science and reflexivity**. Chicago: Chicago University Press, 2004.

BOURDIEU, P. **A dominação masculina**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2019.

BOURDIEU, P.; SAINT-MARTIN, M. Anatomie du goût. **Actes de la recherche en sciences sociales**, v. 2, n. 5, p. 2-81, 1976.

BOURDIEU, P.; WACQUANT, Loïc. **Réponses**. Paris: Seuil, 1992.

BOWLEG, L. When Black + lesbian + woman \neq Black lesbian woman: the methodological challenges of qualitative and quantitative intersectionality research. **Sex Roles**. v. 59, p. 312-325, 2008.

BOWLEG L. The problem with the phrase women and minorities: intersectionality – an important theoretical framework for public health. **American Journal of Public Health**. v. 102, p. 1267-73, 2012.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Centro Gráfico, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Viva: Vigilância de Violências e Acidentes: 2013 e 2014** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 635. Número único: 0033465-47.2019.1.00.0000. Relator: Min. Edson Fachin. **Portal do Supremo Tribunal Federal**. Disponível em: <http://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=5816502>. Acesso em: 1 mar. 2022.

BRASIL, C. I. Maioria dos policiais mortos no Rio de forma violenta estava de folga. **Agência Brasil**, 22 set. 2021. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/direitos-humanos/noticia/2021-09/maioria-dos-policiais-mortos-no-rio-de-forma-violenta-estava-de-folga>. Acesso em: 31 jan. 2022.

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

BRITO, H. P. P. **Sofrimento psíquico em policiais militares**: um estudo de revisão. 2020. 67 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2020.

BRITO, J. H. S. A justiça: da responsabilidade à violência. **Revista Portuguesa de Filosofia**, v. 55, n. 1-2, p. 19-35, 1999.

BRITO, M. J.; GLÓRIA PEREIRA, V. Socialização organizacional: a iniciação na cultura militar. **Revista de Administração Pública**, v. 30, n. 4, p. 138-165, 1996.

BUENO, S.; MARQUES, D.; PACHECO, D. As mortes decorrentes de intervenção policial no Brasil em 2020. In: FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2021**. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2021. p. 59-69.

CALABREZ, M. C. T. Traumatologia forense. In: SILVA, M. **Compêndio de odontologia legal**. Rio de Janeiro: Medsi, 1997. p. 245-288.

CALAZANS, M. E. Polícia e gênero no contexto das reformas policiais. **La Salle – Revista de Educação, Ciência e Cultura**, v. 10, n. 2, 2005.

CÂMARA FILHO, J. W. S. **Transtorno de estresse pós-traumático em policiais militares**: um estudo prospectivo. 2012. Tese (Doutorado em Neuropsiquiatria e Ciência do Comportamento) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2012.

CÂMARA FILHO, J. W. S.; SOUGEY, E. B. Transtorno de estresse pós-traumático: características clínicas e sociodemográficas de pacientes atendidos no Ambulatório de Psiquiatria da Polícia Militar de Pernambuco. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 53, n. 1, p. 58-66, 2004.

CAMARGOS, C. N.; MENDONÇA, C. M.; DUARTE, S. M. Da imagem visual do rosto humano: simetria, textura e padrão. **Saúde e Sociedade**. v. 18, p. 395-410, 2009.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.

CARLIER, I. V.; LAMBERTS, R. D.; GERSONS, B. P. Risk factors for posttraumatic stress symptomatology in police officers: a prospective analysis. **Journal of Nervous and Mental Disease**, v. 185, p. 498-506, 1997.

CARVALHO, L. O. R.; PORTO, R. M.; SOUSA, M. N. A. Sofrimento psíquico, fatores precipitantes e dificuldades no enfrentamento da síndrome de Burnout em policiais militares. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 5, p. 15202-15214, 2020.

CASTRO, M. C.; ROCHA, R.; CRUZ, R. Saúde mental do policial brasileiro: tendências teórico-metodológicas. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 20, n. 2, p. 525-541, 2019.

CECCHETTO, F. R. **Violência e estilos de masculinidade**. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2004.

CERQUEIRA, D. (coord.). **Atlas da violência 2018**. Rio de Janeiro: Ipea; Iser, 2018.

CERQUEIRA, D.; BUENO, S. (coord.). **Atlas da violência 2019**. Rio de Janeiro: Ipea; Iser, 2019.

CERQUEIRA, D., LIMA, R. S.; BUENO, S.; VALENCIA, L. I.; HANASHIRO, O.; MACHADO, P. H. G.; LIMA, A. S. **Atlas da violência 2017**. Rio de Janeiro: Ipea; Iser, 2017.

CHEN, A. Y.; STEWART, M. G.; RAUP, G. Penetrating injuries of the face. **Otolaryngology – Head and Neck Surgery**. V. 115, p. 464-470, 1996.

CHRISTENSEN J.; SAWATARI, Y.; PELEG, M. High-energy traumatic maxillofacial injury. **Journal of Craniofacial Surgery**, v. 26, p. 1487-1491, 2015.

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

COHEN, G. H; FINK, D. S.; SAMPSON, L.; GALEA, S. Mental health among reserve component military service members and veterans. **Epidemiologic Reviews**, v. 37, p. 7-22, 2015.

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.

COLLIN, J; REVINGTON, P; SISSON, R; THOMAS, S. Initial surgical management of a gunshot wound to the lower face – a stepwise approach. **Trauma**, v. 15, p. 186-189, 2013.

CONRAD, P. The Social Meaning of AIDS. **Social Policy**, v. 20, p. 51-56, 1986.

CORRIGAN, P. W. Mental health stigma as social attribution: implications for research methods and attitude change. **American Psychology Association**, v. 7, p. 48-67, 2000.

COSTA, E. F.; *et al.* A qualitative study of the dimensions of patients' perceptions of facial disfigurement after head and neck cancer surgery. **Special Care in Dentistry**, v. 34, n. 3, p. 114-121, 2014.

COURTINE, J. C.; HAROCHE, C. **História do rosto: exprimir e calar as suas emoções** (do século XVI ao início do século XIX). Lisboa: Editora Teorema, 1988.

CRANDALL, C. S.; COLEMAN, R. AIDS-related stigmatization and the disruption of social relationships. **Journal of Social and Personal Relationships**, v. 9, p. 163-77, 1992.

CRENSHAW K. Demarginalizing the intersection of race and sex: a Black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. **University of Chicago Legal Forum**, v. 1989, n. 1, p. 139-167, 1989. Disponível em: <https://chicagounbound.uchicago.edu/uclf/vol1989/iss1/8>. Acesso em: 12 dez. 2018.

Creswell, J. W.; Clark, V. P. **Designing and conducting mixed methods research**. London, UK: Sage, 2011.

CRISP, A.; GELDER, M.; RIX, S.; MELTZER, H.; ROWLANDS, O. Stigmatisation of people with mental illnesses. **The British Journal of Psychiatry**, v. 177, n. 1, p. 4-7, 2000.

CROCKER, J.; MAJOR, B. (1989). Social stigma and self-esteem: the self-protective properties of stigma. **Psychological Review**, v. 96, n. 4, p. 608-630, 1989. Disponível em: <http://psycnet.apa.org/journals/rev/96/4/608.pdf>. Acesso em: 3 abr. 2018.

CRUZ, M. V. G.; BARBOSA, A. C. Q. Uma abordagem organizacional na segurança pública: notas para discussão. 2002. *In: ENCONTRO DE ESTUDOS ORGANIZACIONAIS*, 2, 2002, Recife. **Anais [...]**. Recife: Observatório da Realidade Organizacional: PROPAD/UFPE: ANPAD, 2002.

CUMMING, J.; CUMMING, E. On the stigma of mental illness. **Community Mental Health Journal**, v. 1, p. 135-143, 1965.

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, p. 932-942, 2003.

DAFTARY, A. HIV and tuberculosis: the construction and management of double stigma. **Social Science & Medicine**, v. 74, p. 1512-1519, 2012.

DAHLBERG, L. L.; KRUG, E. G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, p. 1163-1178, 2006.

DAMATTA, R. **As raízes da violência no Brasil: reflexões de um antropólogo social**. São Paulo: P.S. Pinheiro, 1982. p. 12-43.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. São Paulo: Cortez; Oboré, 1993.

- DEJOURS, C. Subjetividade, trabalho e ação. **Production**, v. 14, p. 27-34, 2004.
- DAS, V. Stigma, contagion, defect: Issues in the anthropology of public health. *In*: STIGMA AND GLOBAL HEALTH: DEVELOPING A RESEARCH AGENDA, Washington, set. 2001. **Anais** [...]. Washington, D.C.: National Institutes of Health, 2001.
- DEMI, A.; ROGER, B.; LINDA, M.; RICHARD, S.; BRENDA, S. Effects of resources and stressors and depression of family members who provide care to an HIV infected woman. **Journal of Family Psychology**, v. 11, p. 35-48, 1997.
- DESLANDES, S. F.; ASSIS, S. D. Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: o diálogo das diferenças. *In*: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 195-223.
- DIAS, C. F.; CHAMBEL, M. J.; LOPES, S.; DIAS, P. C. Post-traumatic stress disorder in the Military Police of Rio de Janeiro: can a risk profile be identified? **International Journal of Environmental Research and Public Health**, 18, 2594, p. 1-14, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph18052594>. Acesso em: 5 maio 2018.
- DINOS, S. M.; STEVENS, S.; SERFATY, M.; WEICH, S.; KING, M. Stigma: the feelings and experiences of 46 people with mental illness. Qualitative study. **The British Journal of Psychiatry**, v. 184, n. 2, p. 176-181, 2004.
- DOLIN, J.; SCALEA, T.; MANNOR, L.; SCLAFANI, S.; TROOSKIN, S. The management of gunshot wounds to the face. **Journal of Trauma**, v. 33, p. 508-515, 1992.
- DORAFSHAR, A. H.; RODRIGUEZ, E. D. Management of avulsive gunshot wounds to the face. **Current Therapy in Oral and Maxillofacial Surgery**, p. 361-365, 2012.
- DOVIDIO J. F.; MAJOR B.; CROCKER J. Stigma: introduction an overview. *In*: HEATHERTON, T. F.; KLECK, R. E.; HEBL, M.R.; HULL, J. G. (org.). **Social psychology of stigma**. New York: Guilford Press, 2003. p. 1-28.
- DURIF, C. Perceptions et representations du poids et des formes corporelles: une approche psychoethnologique. **Information (International Social Science Council)**, v. 29, n. 2, p. 297-326, 1990.
- DURKHEIM, Émile. **Les formes élémentaires de la vie religieuse: le système totémique en Australie**. Préface de Jean-Paul Willaime. Presses Universitaires de France, 2013.
- EFRON, D. **Gestures and Environment**. New York, King's Crown, 1972.
- ELIAS, N. **A sociedade dos indivíduos**. Rio de Janeiro: Zahar, 1994.
- ELIAS, N. **Os estabelecidos e os outsiders: sociologia das relações de poder a partir de uma pequena comunidade**. Rio de Janeiro: Zahar, 2000.
- ESTRADA SARMIENTO, M.; SÁNCHEZ PANEQUE, G.; QUÍTELA, Rubén. Lesiones maxilofaciales producida por armas de fuego. Presentación de un caso en el hospital Al-Naquib de la República de Yemen. **Multimed**, v. 20, n. 3, p. 631-639, 2016.

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. 133-137, 2007.

FALCÃO, M. F. L.; LEITE SEGUNDO, A. V.; SILVEIRA, M. M. F. Estudo epidemiológico de 1758 fraturas faciais tratadas no Hospital da Restauração, Recife/PE. **Revista Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial**, v. 5, n. 3, p. 65-72, 2005.

FARIA JÚNIOR, A. J. P. F.; DE TOLEDO NERIS, A. R. M.; DE OLIVEIRA, I. P. Epigenética e Psicologia: uma possibilidade de encontro entre o social e o biológico. **Revista Internacional em Língua Portuguesa**, n. 34, p. 15-36, 2018.

FERNANDES, P. T.; LI, M. L. Percepção de estigma na epilepsia. **Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology**, v. 12, n. 4, p. 207-218, 2006.

FERRARIS, M. **Manifesto del nuovo realismo**. Bari: Laterza, 2012.

FERREIRA, D. K. D. S.; AUGUSTO, L. G. D. S.; SILVA, J. M. Condições de trabalho e percepção da saúde de policiais militares. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v. 16, n. 3, p. 403-420, 2008.

FIFE, B. L.; WRIGHT, E. R. The dimensionality of stigma: a comparison of its impact on the self of persons with HIV/AIDS and cancer. **Journal of Health and Social Behavior**, v. 41, n. 1, p. 50-67, 2000.

FIRAT, C; GEYIK, Y. Surgical modalities in gunshot wounds of the face. **Journal of Craniofacial Surgery**, v. 24, p. 1322-1326, 2013.

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, 2013.

FLETCHER, F.; INGRAM, L. A.; KERR, J.; BUCHBERG, M.; BOGDAN-LOVIS, L.; PHILPOTT-JONES, S. She told them, oh that bitch got AIDS: experiences of multilevel HIV/AIDS related stigma among African American women living with HIV/AIDS in the south. **AIDS Patient Care STDS**, v. 30, p. 349–56, 2016.

FLEURY M. T. L. **O simbólico nas relações de trabalho**: um estudo sobre as relações de trabalho em uma empresa estatal. Tese de Livre Docência. São Paulo : USP/FEA, 1986.

FOA, E. B.; CAPALDI, S. **Manual for the administration and scoring of the PTSD symptom scale–interview for DSM-5 (PSS-I-5)**. *S. l.: s. n.*, 2013.

FONTAINE, P.; SIMHON, A. (org.). **Emmanuel Lévinas, Phénoménologie, éthique, esthétique et herméneutique**. Argenteuil: Le Cercle Herméneutique Éditeur, 2007.

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

- FOUCAULT, M. **Vigiar e punir**. Petrópolis: Vozes, 2014.
- FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Paz & Terra, 2016.
- FRAGA, C. K. Peculiaridades do trabalho policial militar. **Textos & Contextos**, v. 5, n. 2, p. 1-19, 2006.
- FRANÇA G. V. **Medicina legal**. Rio de Janeiro: Guanabara, 2007.
- FRANÇA, F. G. O soldado é algo que se fabrica: notas etnográficas sobre um curso de formação policial militar. **Revista TOMO**, n. 34, p. 359-392, 2019.
- FREITAS-SILVA, L. R.; ORTEGA, F. J. G. A epigenética como nova hipótese etiológica no campo psiquiátrico contemporâneo. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 24, p. 765-786, 2014.
- FREUD, S.; BREUER, J. **Estudios sobre la histeria**. Madrid: RBA Coleccionables, 2002.
- FURTADO, G. O corpo no espaço da técnica contemporânea. **Revista de Comunicação e Linguagens**, v. 33, p. 282-92, 2004.
- GAETTI-JARDIM, E. C. **Ferimento facial por projétil de arma de fogo: avaliação dos resultados e complicações de 52 pacientes tratados**. 2013. Tese (Doutorado em Odontologia) – Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Araçatuba, 2013.
- GAGO, P. C. Questões de transcrição em análise da conversa. **Veredas – Revista de Estudos Linguísticos**, v. 6, n. 2, p. 89-113, jul.-dez. 2002.
- 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. **Journal of Trauma and Acute Care Surgery**, v. 19, n. 9, p. 674-677, 1979.
- GARCÍA-NÚÑEZ, L. M.; SÁNCHEZ-VILLANUEVA, G. E.; CABELLO-PASINI, R.; SOTO-ORTEGA, L. E.; RIVERA-CRUZ, J. M.; NÚÑEZ-CANTÚ, O. Angioembolización selectiva: un valioso adyuvante en la estrategia de control de daños en heridas faciales por proyectil de arma de fuego. Informe de un caso. **Cirugía y Cirujanos**, v. 77, p. 217-221, 2009.
- GOAD, K.; SINGH, T. Surgical management of self-inflicted facial gunshot wounds. **New Zealand Medical Journal**, v. 131, p. 84-87, 2018.
- GOFFMAN, E. Footing. **Semiotica**, v. 25, n. 1-2, p. 1-30, 1979.
- GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Tradução de Márcia Bandeira de Mello Leite Nunes. Rio de Janeiro: LTC, 2017.

GUEVARA, C.; PIRGOUSIS, P.; STEINBERG, B. Maxillofacial gunshot injuries: a comparison of civilian and military data. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 74, p. 795.e1-795.e7, 2016.

GURUNLUOGLU, R.; GATHERWRIGHT, J. Microsurgical reconstruction of complex maxillofacial gunshot wounds: outcomes analysis and algorithm. **Microsurgery**, v. 39, n. 5, p. 384-394, 2019.

GUSSOW, Z. Y; TRACY, G. S. Stigma and the leprosy phenomenon: the social history of a disease in the nineteenth and twentieth centuries. **Bulletin of the History of Medicine**, v. 44, n. 5, p. 425-449, 1970.

HALPERN, L. R. Orofacial injuries as markers for intimate partner violence. **Oral and Maxillofacial Surgery Clinics**, n. 22, p. 239-246, 2010.

HARALAMPIEV, K.; RISTIC, B.; KITANOSKI, B.; JAKOVLJEVIC, B.; LILIC, V. Facial nerve injuries caused by firearms. **Vojnosanitetski Pregled**, v. 55, p. 15-18, 1998.

HARDING, T. W.; ARANGO, M. V.; BALTAZAR, J.; CLIMENT, C. E.; IBRAHIM, H. H.; LADRIDO-IGNACIO, L.; MURTHY, R. S.; WIG, N. N. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. **Psychological Medicine**, v. 10, n. 2, p. 231-241, 1980.

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

HEREK, G. M. Confronting sexual stigma and prejudice: theory and practice. **Journal of Social Issues**, v. 63, n. 4, p. 905-925, 2007.

HERTZ, R. A preeminência da mão direita: um estudo sobre a polaridade religiosa. **Religião e Sociedade**, n. 6, p. 99-125, 1980.

HODGINS G. A.; CREAMER M.; BELL R. Risk factors for post-trauma reactions in police officers: a longitudinal study. **Journal of Nervous and Mental Disease**, v. 189, p. 541-547, 2001.

HOLLIER L.; GRANTCHAROVA E. P.; KATTASH, M. Facial gunshot wounds: a 4-year experience. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery** v. 59, 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 jun. 2019.

HUSSERL E. **Meditações Cartesianas. Introdução à Fenomenologia**. Tradução de Frank de Oliveira. São Paulo: Madras, 2001.

ISP. INSTITUTO DE SEGURANÇA PÚBLICA DO RIO DE JANEIRO. **Relatório Vitimização Policial**. Disponível em: <http://www.isp.rj.org.gov.br>. Acesso em: 4 fev. 2019a.

ISP. INSTITUTO DE SEGURANÇA PÚBLICA DO RIO DE JANEIRO. ISP. Série histórica: letalidades violentas. **ISP Dados**. Disponível em: <http://www.ispdados.rj.gov.br/Arquivos/SeriesHistoricasLetalidadeViolenta.pdf>. Acesso em: 2 mar. 2019b.

INSTITUTO DE SEGURANÇA PÚBLICA. DO RIO DE JANEIRO. ISP. **Sistema de metas – o que é**. Disponível em: <http://www.isp.rj.gov.br/Conteudo.asp?ident=190>. Acesso em: 15 jan. 2022.

JONES R.; KAGEE A. Predictors of post-traumatic stress symptoms among South African police personnel. **South African Journal of Psychology**, v. 35, p. 209-224, 2005.

JONES, E.; FARINA, A.; HASTOF, A.; MARKUS, H.; MILLER, D.T.; SCOTT, R. A. Stigma and the self-concept. *In*: Jones, E.; Farina, A.; Hastof, A.; Markus, H.; Miller, D.T.; Scott, R. A. (ed.). **Social stigma: the psychology of marked relationships**. New York: Freeman and Company, 1984. p. 111-154.

JORGE, M. H. P. de M. Violência como problema de saúde pública. **Ciência e Cultura**, v. 54, n. 1, p. 52-53, 2002.

KAPCZINSKI, F.; MARGIS, R. Transtorno de estresse pós-traumático: critérios diagnósticos. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 25, p. 3-7, 2003.

KASSAN, A. H.; LALLOO, R.; KARIEM, G. A retrospective analysis of gunshot injuries to the maxillo-facial region. **South African Dental Journal**, v. 55, p. 359-363, 2000.

KATZ, I. **Stigma: a social psychological analysis**. Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1981.

KAUFMAN, Y.; COLE, P.; HOLLIER, L. Contemporary issues in facial gunshot wound management. **Journal of Craniofacial Surgery**, v. 19, p. 421-427, 2008.

KELLY, P.; DRAGO, C. J. Surgical and prosthodontic treatment of a patient with significant trauma to the middle and lower face secondary to a gunshot wound: a clinical report. *In*: BABA, N. Z.; GUICHET, D. L. (ed.). **Journal of Prosthodontics on Complex Restorations**. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, 2016. p. 186-198.

KHATIB, B.; CUDDY, K.; CHENG, A.; PATEL, A.; SIM, F.; AMUNDSON, M.; GELESKO, S.; BUI, T.; DIERKS, E. J.; BELL, R. B. Functional anatomic computer engineered surgery protocol for the management of self-inflicted gunshot wounds to the maxillofacial skeleton. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 76, p. 580-594, 2018.

KHATIB, B.; GELESKO, S.; AMUNDSON, M.; CHENG, A.; PATEL, A.; BUI, T.; DIERKS, E. J.; BELL, R. B. Updates in management of craniomaxillofacial gunshot reconstruction wounds of and the mandible. **Oral and Maxillofacial Surgery Clinics of North America**, v. 33, n. 3, p. 359-372, 2021.

KOPEL, H; FRIEDMAN, M. Posttraumatic symptoms in South African police exposed to violence. **Journal of Traumatic Stress**, v. 10, n. 2, p. 307-317, 1997.

KOURY, M. G. P. A dor como objeto de pesquisa social. **Ilha – Revista de Antropologia**. v. 1, n. 1, p. 73-83, 1999.

KOURY, M. G. P. **Sociologia da emoção: o Brasil urbano sob a ótica do luto**. Petrópolis: Vozes, 2003.

KRUEGER R. A. **Focus group: a practical guide for applied research**. Newbury Park: Sage, 1988.

KUCINSKI, Bernardo *et al.* **Bala perdida: a violência policial no Brasil e os desafios para sua superação**. São Paulo: Boitempo Editorial, 2015.

KYRIACOU, D. N. *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, D. **A Sociologia do corpo**. Petrópolis: Editora Vozes, 2012.

LE BRETON, D. **Antropologia do corpo**. Petrópolis: Editora Vozes, 2016.

LEE, L. W.; CHEN, S. H.; YU, C. C.; LO, L. J.; LEE, S. R.; CHEN, Y. R. Stigma, body image, and quality of life in women seeking orthognathic surgery. **Plastic and Reconstructive Surgery**, v. 120, n. 1, p. 225-231, 2007.

LEITE SEGUNDO, A. V.; ZIMMERMAN, R.D.; NOGUEIRA, E. F. C.; LOPES, P. H. 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, p. 65-70, 2013.

LÉVINAS, E. **Ética e infinito**. Lisboa: Edições 70, 2000.

LÉVINAS, E. **Totalidade e Infinito**. 3. ed. Lisboa: Edições 70, 2008.

LÉVI-STRAUSS, C.; NAUMANN, H. **Strukturelle Anthropologie**. Frankfurt a. M.: Suhrkamp, 1967. p. 226-254.

LIMA, R. S.; BUENO, S. (coord.). **Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2016**. v. 10. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2016. Disponível em: https://forumseguranca.org.br/storage/10_anuario_site_18-11-2016-retificado.pdf. Acesso em: 4 fev. 2019.

LIMA, R. S.; BUENO, S. (coord.). **Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2017**. v. 11. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2017. Disponível em: https://www.forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2017/12/ANUARIO_11_2017.pdf. Acesso em: 4 fev. 2019.

LINK, B. G. Mental patient status, work, and income: an examination of the effects of a psychiatric label. **American Sociological Review**, v. 47, n. 2, p. 202-215, 1982.

LINK, B. G.; CULLEN, F. T.; FRANK, J.; WOZNIAC, J. F. The social rejection of former mental patients: understanding why labels matter. **American Journal of Sociology**, v. 92, n. 6, p. 1461-1500, 1987.

LINK, B. G.; CULLEN, F. T.; STRUENING, E.; SHROUT, P. E.; DOHRENWEND, B. P. A modified labeling theory approach to mental disorders: an empirical assessment. **American Sociological Review**, v. 54, n. 3, p. 400-423, 1989.

LINK, B. G.; PHELAN, J. C. Conceptualizing stigma. **Annual Review of Sociology**, v. 27, p. 363-385, 2001.

LINK, B. G.; PHELAN, J. C.; BRESNAHAN, M.; STUEVE, A.; PESCOSOLIDO, B. Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness, and social distance. **American Journal of Public Health**, v. 89, n. 9, p. 1328-1333, 1999.

LINK, B. G.; STRUENING, E. L.; RAHAV, M.; PHELAN, J. C.; NUTTBROCK, L. On stigma and its consequences: evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse. **Journal of Health and Social Behavior**, v. 38, p. 177-190, 1997.

LOMELINO, C.; Grandin, F.; Freire, H. C.; Leitão, L. PMs mortos no RJ. **O Globo**, 26 ago. 2017. Disponível em: <http://especiais.g1.globo.com/rio-de-janeiro/2017/pms-mortos-no-rj/>. Acesso em: 4 mar. 2019.

MACIEL, P. R.; SOUZA, M. R.; ROSSO, C. F. W. Estudo descritivo do perfil das vítimas com ferimentos por projéteis de arma de fogo e dos custos assistenciais em um hospital da Rede Viva Sentinela. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 25, p. 607-616, 2016.

MADAY, D. Y.; KOZLOV, V. K.; MADAY, O. D.; ERGASHEV, M. O. Comprehensive treatment of a victim with gunshot injury of the head complicated by infection. **Khirurgiia**, n. 6, p. 91-95, 2021.

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

MAGALONI, B.; CANO, I. **Determinantes do uso da força policial no Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2016.

MAIA, A. B. P. **Vitimização policial**: morbidade por arma de fogo de policiais militares do estado do Rio de Janeiro. 2018. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2018.

MAIA, A. B. P.; ASSIS, S. G.; MINAYO, C. Systematic review on firearm injuries in the face: state of the art and existing gaps. **Journal of the Brazilian College of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 7, n. 1, p. 15-22, 2021.

MAIA, A. B. P.; ASSIS, S. G.; RIBEIRO, F. M. L. Ferimentos por arma de fogo em profissionais de segurança pública e militares das forças armadas: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 44, p. 1-14, 2019.

MAIA, A. B. P.; ASSIS, S. G.; RIBEIRO, F. M. L.; PINTO, L. W. The marks of gunshot wounds to the face. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, v. 85, p. 145-151, 2019.

MAIA, A. B. P.; ASSIS, S. G.; RIBEIRO, F. M. L.; PINTO, L. W. 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. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 5, p. 1911-1922, 2021.

MAIA, D. B. *et al.* Post-traumatic stress symptoms in an elite unit of Brazilian police officers: prevalence and impact on psychosocial functioning and on physical and mental health. **J Affect Disord.**; v. 97, p. 241-5, 2007.

MAIA, D. B. *et al.* Abnormal serum lipid profile in Brazilian police officers with post-traumatic stress disorder. **J Affect Disord**, v. 107, p. 259-63, 2008.

MAIA, D. B. *et al.* Predictors of PTSD symptoms in Brazilian police officers: the synergy of negative affect and peritraumatic dissociation. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 33, n. 4, p. 362-366, 2011.

MAIA, D. B. *et al.* Peritraumatic tonic immobility is associated with PTSD symptom severity in Brazilian police officers: a prospective study. **Braz J Psychiatry**, v. 37, n. 1, p. 49-54, 2015.

MAJOR, B.; O'BRIEN, L. T. The social psychology of stigma. **Annual Review of Psychology**, v. 56, p. 393-421, 2005.

MARI, J. J.; WILLIAMS, P. A comparison of the validity of two psychiatric screening questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in Brazil, using Relative Operating Characteristic (ROC) analysis. **Psychological Medicine**, v. 15, n. 3, p. 651-659, 1985.

MARIZ, R. S. A. **Homicídios no município do Rio de Janeiro: quem mata?** 2019. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2019.

MARMAR C. R. *et al.* Predictors of posttraumatic stress in police and other first responders. **Annals of the New York Academy of Sciences**, v. 1071, p. 1-18, 2006.

MARTELETO, R. M.; PIMENTA, R. M. **Pierre Bourdieu e a produção social da cultura, do conhecimento e da informação.** Rio de Janeiro: Garamond, 2017.

MARTIN, M. *et al.* Predictors of the development of posttraumatic stress disorder among police officers. **Journal of Trauma & Dissociation**, v. 10, n. 4, p. 451-468, 2009.

MARX, K. **A origem do capital.** São Paulo: Global, 1981.

MASCARENHAS, M. D. M. *et al.* Perfil epidemiológico dos atendimentos de emergência por violência no Sistema de Serviços Sentinelas de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva)-Brasil, 2006. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 18, n. 1, p. 17-28, 2009.

MAURIN, O. *et al.* Maxillofacial gunshot wounds. **Prehospital and Disaster Medicine**, v. 30, p. 316-319, 2015.

MAUSS, M. As técnicas corporais. *In:* MAUSS, M. **Sociologia e Antropologia**. Trad. Mauro W. B. de Almeida. São Paulo, EPU/EDUSP, 1974. 2 v. p. 209-233.

MBURU G.; RAM, M.; SIU, G.; BITIRA, D.; SKOVDAL, M.; HOLLAND, P. Intersectionality of HIV stigma and masculinity in eastern Uganda: implications for involving men in HIV programmes. **BMC Public Health**, v. 14, n. 1061, p. 1-9, 2014.

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.

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.

MILORO M. **Peterson's principles of oral and maxillofacial surgery**. 2ª ed. Londres: BC DECKER, 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.

MINAYO, M. C. S. **Violência e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. Editora Hucitec, 2014.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G. D.; OLIVEIRA, R. V. C. D. 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, p. 2199-2209, 2011.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (org.). **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: SciELO-Editora Fiocruz, 2005.

MINAYO, M. C. S.; DESLANTES, S. F. **Análise diagnóstica da Política Nacional para Redução de Acidentes e Violência**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. Violência para todos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 9, p. 65-78, 1993.

MINAYO, M. C. S.; 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.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 1, p. 7-23, 1999.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. (org.). **Missão investigar: entre o ideal e a realidade de ser policial**. Rio de Janeiro: Garamond, 2003.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R.; CONSTANTINO, P. Riscos percebidos e vitimização de policiais civis e militares na (in)segurança pública. **Cadernos Saúde Pública**, v. 23, p. 2767-2779, 2007.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R.; CONSTANTINO, P. (org.). **Missão prevenir e proteger: condições de vida, trabalho e saúde dos policiais militares do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

MOMENI R. M.; RAZMARA, F. Maxillofacial gunshot injures and their therapeutic challenges: case series. **Clinical Case Reports**, v. 8, n. 6, p. 1094-1100, 2020.

MORANDO, E. M. G.; Schmitt, J. C.; Ferreira, M. E. C.; Mármora, C. H. C. O conceito de estigma de Goffman aplicado à velhice. **International Journal of Developmental and Educational Psychology – Revista INFAD de Psicología**, v. 1, n. 2, p. 21-32, 2018.

MOREIRA, V.; MELO, A. K. Minha doença é invisível!: revisitando o estigma de ser doente mental. **Interação em Psicologia**, v. 12, n. 2, p. 307-314, 2008.

MUNIZ, J. **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, 1999.

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.

MURI, A. of shit and the soul: tropes of cybernetic disembodiment in contemporary culture. **Body and Society**, v. 9, p. 73-92, 2003.

MURPHY, J. A.; MCWILLIAMS, S. R.; LEE, M.; WARBURTON, G. 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, p. 173-176, 2018.

NASCIMENTO, T. G. **Desempenho profissional: relações com valores, práticas e identidade no serviço policial**. 2014. Tese (Doutorado em Administração) – Universidade de Brasília, Brasília, 2014.

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.

NORRIS, O.; MEHRA, P.; SALAMA, A. Maxillofacial gunshot injuries at an urban level I trauma center 10-year analysis. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 73, p. 1532-1539, 2015.

NOVAES, J. V. **O intolerável peso da feiura: sobre as mulheres e seus corpos**. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

OEHMICHEN, M.; MEISSNER, C.; KÖNIG, H. G. Brain injury after gunshot wounding: morphometric analysis of cell destruction caused by temporary cavitation. **Journal of Neurotrauma**, v. 17, p. 155-162, 2000.

NUNES, R. A. L.; SANTIAGO, M. O.; MACENA, R. H. M.. Análise da tendência temporal dos homicídios por arma de fogo no Brasil de 1996 a 2019. **Revista Multidisciplinar em Saúde**, v. 2, n. 3, p. 16, 2021.

OLIVEIRA, C. R.; CARIOCA, C. A. L. Discussão sobre o comportamento ético e os desvios de conduta praticados pelos policiais militares. **Nova Hileia – Revista Eletrônica de Direito Ambiental da Amazônia**, v. 1, n. 2, dez. 2018 2019.

OLIVEIRA, J. H. O corpo como significado ou o significado do corpo: poder, violência e masculinidade na polícia militar. **Revista Vivência**, v. 35, p. 101-117, 2010.

OLIVEIRA, S.; CAROLINO, L.; PAIVA, A. Programa saúde mental sem estigma: efeitos de estratégias diretas e indiretas nas atitudes estigmatizantes. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, n. 8, p. 30-37, 2012.

Oliveira, T. S. D.; Faiman, C. J. S. Ser policial militar: reflexos na vida pessoal e nos relacionamentos. **Revista Psicologia Organizações e Trabalho**, v. 19, n. 2, p. 607-615, 2019.

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

ORLANDI, E. P. A Análise de Discurso em suas diferentes tradições intelectuais: o Brasil. **Seminário de Estudos em Análise de Discurso**, v. 1, p. 8-18, 2003.

ORLANDI, E. P. **Análise de discurso: princípios & procedimentos**. Campinas, SP: Pontes, 2012.

ORTEGA, F. Corporeidade e biotecnologias: uma crítica fenomenológica da construção do corpo pelo construtivismo e pela tecnobiomedicina. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, p. 381-388, 2007.

ORTHOPOULOS G, SIDERIS A, VELMAHOS E, TROULIS M. Gunshot wounds to the face: emergency interventions and outcomes. **World Journal of Surgery**, v. 37, p. 2348-2352, 2013.

OZTÜRK, S.; BOZKURT, A.; DURMUS, M.; DEVECI, M.; SENGEZER, M. Psychiatric analysis of suicide attempt subjects due to maxillofacial gunshot. **Journal of Craniofacial Surgery**, v. 17, p. 1072-1075, 2006.

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

PANCHANKIS, J.; HATZENBUEHLER, M.; WANG, K.; BURTON, C.; CRAWFORD, F.; PHELEN, J.; LINK, B. The burden of stigma on health and well-being: a taxonomy of concealment, course, disruptiveness, aesthetics, origin, and peril across 93 stigmas. **Personality and Social Psychology Bulletin**, v. 44, n. 4, p. 451-474, 2017.

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

PÊCHEUX, M. Papel da memória. *In*: ACHARD, P. *et al.* **Papel da memória**. Campinas, SP: Pontes, 1999. p. 49-57.

PELEG, M.; SAWATARI, Y. Management of gunshot wounds to the mandible. **Journal of Craniofacial Surgery**, v. 21, p. 1252-1256, 2010.

PEREIRA, C.; BOYD, J. B.; DICKENSON, B.; PUTNAM, B. Gunshot wounds to the face: level I urban trauma center: a 10-year level I urban trauma center experience. **Annals of Plastic Surgery**, v. 68, p. 378-381, 2012.

PEREIRA, L. D. A.; ALMEIDA, C. M. B. D.; GUSMÃO, T. B.; LOUREIRO, C. E.; COSTA, C. F. B.; ASSIS, A. F. D. Manejo cirúrgico de fratura cominutiva de mandíbula por ferimento de arma de fogo: relato de caso. **Revista Odontológica de Araçatuba**, v. 42, n. 3, p. 45-49, 2021.

PHEBO L. **Impacto da arma de fogo na saúde da população no Brasil**. **Brasil: as armas e as vítimas**. Rio de Janeiro: 7Letras, 2005.

PINTO, L. W.; FIGUEIREDO, A. E. B.; SOUZA, E. R. de. Sofrimento psíquico em policiais civis do Estado do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 3, p. 633-644, 2013.

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.

PMERJ. Edital ESPM/PMERJ, dezembro de 2018. Disponível em: http://www.vestibular.uerj.br/portal_vestibular_uerj/2004/exame_final/ef_anexo_vi_apm.html. Acesso em: 18 de abr. 2019.

PONCIONI, P. O modelo policial profissional e a formação profissional do futuro policial nas academias de polícia do Estado do Rio de Janeiro. **Sociedade e Estado**, v. 20, n. 3, p. 585-610, 2005.

PORTOLAN, M.; TORRIANI, M. A. Estudo de prevalência das fraturas bucomaxilofaciais na região de Pelotas. **Revista Odonto Ciência**, v. 20, n. 47, p. 63-68, 2005.

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

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.). **Operações policiais no Rio: mais frequentes, mais letais, mais assustadoras (infográfico)**. Rio de Janeiro: Observatório da Segurança RJ/CESec, julho de 2019.

RANA, M.; WARRAICH, R.; RASHAD, A. Management of comminuted but continuous mandible defects after gunshot injuries. **Injury**, v. 45, p. 206-211, 2014.

REZENDE, C. B. Mágoas de amizade: um ensaio em antropologia das emoções. **Mana**, v. 8, n. 2, p. 69-89, 2002.

RIBEIRO, A. P.; SOUZA, E. R.; SOUSA, C. A. M. Lesões provocadas por armas de fogo atendidas em serviços de urgência e emergência brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 2851-2860, 2017.

RIBEIRO, B. T.; PEREIRA, M. D. G. D. A noção de contexto na análise do discurso. **Veredas – Revista de Estudos Linguísticos**, v. 6, n. 2, p. 49-67, 2002.

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.

RIO DE JANEIRO (ESTADO). **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.

RIO DE JANEIRO (ESTADO). **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.

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.

RIO DE JANEIRO (ESTADO). POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. **Boletim da PM**, nº 108, de 16 jun. 2016. Detalha os procedimentos de contribuição ao FUSPOM para acesso à Assistência Médico-Hospitalar.

RIO DE JANEIRO (ESTADO). POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. **Programa Permanente de Capacitação Continuada**. Disponível em: <https://pmerj.rj.gov.br/nota-sobre-vitimizacao-de-policiaismilitares/.5dejanede2017>. Acesso em: 4 ago. 2017.

ROBINSON, H. M.; SIGMAN, M. R.; WILSON, J. P. Duty-related stressors and PTSD symptoms in suburban police officers. **Psychological Reports**, v. 81, p. 835-845, 1997.

ROCHA, N. S.; LAUREANO FILHO, J. R.; SILVA, E. D. O.; ALMEIDA, R. C. A. Perception of oral maxillofacial surgery by health-care professionals. **International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 37, n. 1, p. 41-46, 2008.

RODRIGUES, J. C. **Tabu do corpo**. Rio de Janeiro: SciELO-Editora Fiocruz, 2006.

RODRIGUES, L. G.; NASCIMENTO, T. G.; NEIVA, E. R. Valores organizacionais e atitudes frente à mudança: o caso da polícia militar do Distrito Federal. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 34, n. 3, p. 574-591, 2014.

RONZANI, T. M; FURTADO, E. F. Estigma social sobre o uso de álcool. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 59, n. 4, p. 326-332, 2010.

SAFATLE, V. O que é uma normatividade vital? Saúde e doença a partir de Georges Canguilhem. **Scientiae Studia**, v. 9, n. 1, p. 11-27, 2011.

SALES, E. R. Vitimização e sobrevivência policial: uma análise sobre mortes violentas de policiais militares do Distrito Federal. **Revista Ciência & Polícia**, v. 7, n. 1, p. 35-55, 2021.

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 & Sociedade**, v. 18, n. 1, p. 95-102, 2009.

SANTOS, C. M. L.; MUSSE, J. O.; CORDEIRO, I. S.; MARTINS, T. M. N. Estudo epidemiológico dos traumas bucomaxilofaciais em um hospital público de Feira de Santana, Bahia de 2008 a 2009. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 36, n. 2, p. 502-513, 2012.

SANTOS, K. O. B.; ARAÚJO T. M.; PINHO P. D. S, SILVA A. C. C. Avaliação de um instrumento de mensuração de morbidade psíquica: estudo de validação do self-reporting questionnaire (SRQ-20). **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 34, n. 3, p. 544-560, 2010.

SANTOS, R. S. **As causas do insucesso da área de Segurança Pública no estado do Rio de Janeiro, que levaram ao aumento do emprego da Forças Armadas nas Operações de garantia da lei e a Ordem**. 2018. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Política, Estratégia e Alta Administração Militar) – Escola de Comando e Estado-Maior do Exército, Rio de Janeiro, 2018.

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.

SANTOS, V. F. C. Antropologia médica, do corpo à corporeidade. **Scire Salutis**, v. 4, n. 1, p. 37-43, 2014.

SARTI, C. A. A dor, o indivíduo e a cultura. **Saúde e Sociedade**, v. 10, n. 1, p. 3-13, 2001.

SCANNAVINO, F. L. F.; SANTOS, F. S.; NOVO NETO, J. P.; NOVO, L. P. Análise epidemiológica dos traumas bucomaxilofaciais de um serviço de emergência. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial**, v. 13, n. 4, p. 95-100, 2013.

SCHAEFER, L. S.; LOBO, B. DE O. M.; KRISTENSEN, C. H. Transtorno de estresse pós-traumático decorrente de acidente de trabalho: implicações psicológicas, socioeconômicas e jurídicas. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v. 17, p. 329-336, 2012.

SCHEIN, E. Coming to a new awareness of organization culture. **Sloan Management Review**, v. 25, n. 2, p. 3-16, 1984.

SCHÜTTE, N.; BÄR, O.; WEISS, U.; HEUFT, G. Prediction of PTSD in police officers after six months: a prospective study. **Spanish Journal of Psychology**, v. 15, n. 3, p. 1339-48, 2012.

SCHWARTZ, RICHARD D.; MILLER, JAMES C. Legal evolution and societal complexity. *In*: EISENSTADT, S. N. **Readings in social evolution and development**. Oxford: Pergamon, 1970. p. 155-178.

SHACKFORD, S. R. *et al.* Gunshot wounds and blast injuries to the face are associated with significant morbidity and mortality: results of an 11-year multi-institutional study of 720 patients. **Journal of Trauma and Acute Care Surgery**, v. 76, p. 347-352, 2014.

SILVA, E. B. Habitus: beyond sociology. **The Sociological Review**, v. 64, n. 1, p. 73-92, 2016.

SILVA, G. G. **A identidade e o sofrimento policial militar**: entre o público e o privado. 2011. Monografia de Conclusão de Curso (Graduação em Antropologia) – Instituto de Ciências Sociais, Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2011.

SILVA, M. F. F.; CUNHA, M. C.; LAZARINI, P. R.; FOUQUET, M. L. Conteúdos psíquicos e efeitos sociais associados à paralisia facial periférica: abordagem fonoaudiológica. **Arquivos Internacionais de Otorrinolaringologia**, v. 15, p. 450-460, 2011.

SILVA JÚNIOR, A. L. Feminização, estigma e o gênero facializado: a construção moral do gênero feminino por meio de cirurgias de feminização facial para travestis e mulheres transexuais. **Saúde e Sociedade**, v. 27, p. 464-480, 2018.

SILVA SARMENTO, G. G. Conformação, desespero e remorso. Sentimentos e significados em funerais de uma pequena comunidade. **Revista Brasileira de Sociologia da Emoção**, v. 12, n. 34, p. 362-385, 2013.

SILVEIRA, R. A.; MEDEIROS, C. R. 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.

SIMMEL, G. O Significado estético do rosto. *In*: VILLAS BÔAS, G.; OELZE, B. (org). **Georg Simmel, Arte e Vida**: Ensaios de estética sociológica. São Paulo, Hucitec, 2016. p 95-100.

SINNOTT, J. D.; MORRIS, G.; MEDLAND, P. J.; PORTER, K. High-velocity facial gunshot wounds: Multidisciplinary care from prehospital to discharge. **BMJ Case Reports**, v. 2016, 2016.

SIQUEIRA, R.; CARDOSO, H. O conceito de estigma como processo social: uma aproximação teórica a partir da literatura norte-americana. **Imagonautas: revista Interdisciplinaria sobre imaginarios sociales**, v. 1, n. 2, p. 92-113, 2011.

SOARES, Rafael. Programa Segurança Presente cresce custeado por comerciantes. O Globo, 21 jan. 2019. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/rio/programa-seguranca-presente-cresce-custeado-por-comerciantes-23387986>. Acesso em: 23 de abr. 2019.

SOKOYA, M.; VINCENT, A. G.; JOSHI, R. Higher complication rates in self-inflicted gunshot wounds after microvascular free tissue transfer. *Laryngoscope*, v. 129, p. 837-840, 2019.

SONTAG, S. AIDS and its Metaphors. New York: Farrar, Straus and Giroux, 1989).

SOUSA, C. C. D.; ARAÚJO, T. M. D.; LUA, I.; GOMES, M. R.; FREITAS, K. S. Insatisfação com o trabalho, aspectos psicossociais, satisfação pessoal e saúde mental de trabalhadores e trabalhadoras da saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 37, p. e00246320, 2021.

SOUSA, R. R. de *et al.* **Análise do perfil cultural das organizações policiais e a integração da gestão em segurança pública em Belo Horizonte**. 2009. Tese (Doutorado em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações) – Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, DF, 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*, v. 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. 1994. Mimeo.

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. O. Fatores associados ao sofrimento psíquico de policiais militares da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *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.

SOUZA JÚNIOR, E. F. *et al.* State of the art in the treatment of mandibular fractures caused by firearms: case report. *RGO – Revista Gaúcha de Odontologia*, v. 66, p. 88-95, 2018.

SOUZA LEITE, M. L., OLIVEIRA, F. F., NEVES, C. F., & SAMPAIO, L. C. Qualidade de Vida dos Policiais Militares de Vitória da Conquista–BA/Quality of Life of Military Policies of Vitória da Conquista-BA. *ID Online – Revista de Psicologia*, v. 13, n. 48, p. 333-341, 2019.

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

STAFFORD, M. C.; SCOTT, R. R. Stigma deviance and social control: some conceptual issues. *In*: Ainlay, S. C.; Becker, G.; Colman, L. M. A. (ed.). **The dilemma of difference**. New York: Plenum, 1986. P. 77-91.

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. 10, p. 35-40, 2013.

SZWARCWALD, C. L. Mortalidade por causas externas nas capitais das grandes regiões metropolitanas brasileiras, 1977-1985. Trabalho apresentado no II Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, 1987. [**Anais...**] São Paulo, out. 1989.

TAVARES, M. G. P. **Cultura organizacional**: uma abordagem antropológica da mudança. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1991.

TEIXEIRA, A. C. E. M. Os usos do corpo entre lutadores de jiu-jítsu. **Interseções: Revista de Estudos Interdisciplinares**, v. 13, n. 2, p. 351-369, 2011.

TEKIN, A. M.; ALI, I. M. The epidemiology and management of maxillofacial fractures at a tertiary care hospital in a conflict-torn region in Somalia. **Journal of Craniofacial Surgery**, v. 32, n. 7, p. 2330-2334, 2021.

THACKER E. Data made flesh: Biotechnology and the discourse of the Posthuman. **Cultural Critique**, v. 53, p. 72-97, 2003.

TSAKIRIS, P.; CLEATON-JONES, P. E.; LOWNIE, M. A. Airway status in civilian maxillofacial gunshot injuries in Johannesburg, South Africa. **South African Medical Journal**, v. 92, p. 803-806, 2002.

VALE, L. D. **Relatório vitimização policial**: 1998 a novembro de 2015. Rio de Janeiro: Instituto de Segurança Pública do Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: http://arquivos.proderj.rj.gov.br/isp_imagens/uploads/RelatorioVitimizacao2015.pdf. Acesso em: 12 mar. 2022.

VALENTE, S. M. Visual disfigurement and depression. **Plastic Surgical Nursing**, v. 29, n. 1, p. 10-16, 2009.

VAYVADA, H.; MENDERES, A.; YILMAZ, M.; MOLA, F.; KZLKAYA, A.; ATABEY, A. Management of close-range, high-energy shotgun and rifle wounds to the face. **Journal of Craniofacial Surgery**, v. 16, n. 5, p. 794-804, 2005.

VELOSO, M. M. X.; MAGALHÃES, C. M. C.; DELL'AGLIO, D. D.; CABRAL, I. R.; GOMES, M. M. Notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde: perfil de uma metrópole do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 5, p. 1263-1272, 2013.

VIANNA, A.; FARIAS, J. A guerra das mães: dor e política em situações de violência institucional. **cadernos pagu**, n. 37, p. 79-116, 2011.

VILLAÇA, N. A. G. Organizações policiais e a questão da cultura organizacional e possíveis mudanças: análise preliminar. **Revista Ibero-Americana de Estratégia**, v. 2, n. 1, p. 85-92, 2003.

VIOLANTI, J. M.; HARTLEY, T. A.; GU, J. K.; FEKEDULEGN, D.; ANDREW, M. E.; BURCHFIEL, C. M. Life expectancy in police officers: a comparison with the US general population. **International Journal of Emergency Mental Health**, v. 15, p. 217-228, 2013.

VITKUS, K.; VITKUS, M. Microsurgical reconstruction of shotgun-blast wound to the face. **Journal of reconstructive microsurgery**, v. 6, n. 3, p. 279-286, 1990.

WACQUANT, Loic. **Corpo e alma**: notas etnográficas de um aprendiz de Boxe. São Paulo: Relume-Dumará, 2002.

WASELFIZ, J. J. **Mapa da violência 2013**: mortes matadas por armas de fogo. [Brasília]: [s. n.], 2013.

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

WEBER, M. **Economia e sociedade**: fundamentos da sociologia compreensiva. 4ª ed. Brasília: Universidade de Brasília; 2004.

WEISS, M. G.; RAMAKRISHNA, J. Stigma interventions and research for international health. **Lancet**, v. 367, p. 536–538, 2006.

WEITZ, R. Uncertainty and the lives of persons with AIDS. **Journal of Health and Social Behavior**, v. 30, p. 270-81, 1989.

WEN, L. S.; SADEGHI, N. B. Treating gun violence with a public health approach. **American Journal of Medicine**, v. 133, n. 8, p. 883-884, 2020.

WEST, C. *et al.* Mental health outcomes in police personnel after Hurricane Katrina. **Journal of Occupational and Environmental Medicine**, v. 50, n. 6, p. 689-695, 2008.

WINTER, L. E.; ALF, A. M. A profissão do policial militar: vivências de prazer e sofrimento no trabalho. **Revista Psicologia Organizações e Trabalho**, v. 19, n. 3, p. 671-678, 2019.

WILLADINO, Raquel. Desafios para uma agenda de enfrentamento da violência letal contra adolescentes e jovens no Brasil. *In*: HILGERS, T.; BARBOSA, J. L. **Identidade, território e política em contextos de violência na América Latina e no Caribe**. Rio de Janeiro: Editora Observatório de Favelas, 2017. p. 166-184.

WOLF, A. W.; BENSON, D.; SHOJI, H.; HOEPRICH, P.; GILMORE, A. Autosterilization in low-velocity bullets. **Journal of Trauma**, v. 18, n. 1, p. 63-63, 1978.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Violence: a public health priority**. Global consultation on violence and health. WHO/EHA/ SPI.POA.2. Geneva: WHO, 1996.

WRIGHT, E. R.; WILLIAM, G; TIMOTHY, J. O. **Deinstitutionalization, social rejection, and the self-esteem of former mental patients**. Working Paper. Bloomington, IN: Indiana Consortium for Mental Health Research, 1998.

YOGANANDAN, N.; PINTAR, F. A. Biomechanics of penetrating trauma. **Critical Reviews™ in Biomedical Engineering**, v. 25, n. 6, p. 485-501, 1997.

YUAN, C.; WANG, Z.; INSLICHT, S. S.; MCCASLIN, S. E.; METZLER, THOMAS J.; HENN-HAASE, C.; APFEL, B. A; TONG, H.; NEYLAN, T. C.; FANG, Y.; MARMAR, C. R. Protective factors for posttraumatic stress disorder symptoms in a prospective study of police officers. **Psychiatry Research**, v. 188, n. 1, p. 45-50, 2011.

YUKSEL, F.; CELIKOZ, B.; ERGUN O.; PEKER, F.; AÇIKEL, C.; EBRINC, S. Management of maxillofacial problems in self-inflicted rifle wounds. **Annals of Plastic Surgery**, v. 53, n. 2, p. 111-117, 2004.

ZBOROWSKI, M. Cultural Components in Responses to Pain. **Journal of Social Issues**, v. 8, n. 4, p. 16-30, 2010.

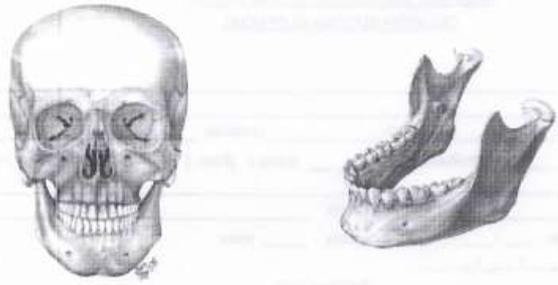
ANEXO A – FICHA DE ANAMNESE E EVOLUÇÃO DO SETOR DE CTBMF – HCPM

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 () Cardiopatias () Discrasias sanguíneas
() Hepatite	() Hemotransfusões () Está grávida (mulheres)
() Cirurgias prévias	_____
() Internações prévias	_____
() 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 B – 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

2: Negro

3: Pardo

4: Amarelo

5: Indígena

6: Sem informação

Posto/Graduação:

1: SD

2: CB

3: 3 SGT

4: 2 SGT

5: 1 SGT

6: SubTEN

7: 2 TEN

8: 1 TEN

9: CAP

10: MAJ

11: TEN CEL

12: CEL

13: ALUNO OFICIAL

14: OUTROS

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

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: _____

**ANEXO C – QUESTIONÁRIO SOBRE AS REPERCUSSÕES DO FAF EM FACE NA
VIDA DO POLICIAL/PMERJ – SERVIÇO DE CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA
BUCOMAXILOFACIAL – HCPM**

1. IDENTIFICAÇÃO PESSOAL:

Data do exame: ____/____/____ Data de praça: ____/____/____
 Nome: _____
 RG: _____ Unidade: _____
 Endereço: _____
 Telefone:() _____ email: _____

Nasc: ____/____/____ raça/cor: 1. negro 2. pardo 3. branco 4. amarelo/indígena

1.1 Contribui para o FUSPOM: 1. sim 2. não

1.2 casado/companheiro 2. viúvo 3. solteiro

1.3 Número de filhos: _____ Filhos de quantos casamentos? _____

1.4 Pratica uma religião: 1. SIM, FREQUENTEMENTE 2. SIM, ÀS VEZES 3. NÃO QUAL?

1.5 ESCOLARIDADE:

1. 1º GRAU INCOMPLETO 2. 1º GRAU COMPLETO 3. 2º GRAU INCOMPLETO 4. 2º GRAU COMPLETO

5. SUPERIOR INCOMPLETO 6. SUPERIOR COMPLETO 7. PÓS-GRADUAÇÃO

QUAIS? _____

1.6 A casa em que você mora é:

1. PRÓPRIA QUITADA 2. PRÓPRIA FINANCIADA 3. ALUGADA 4. "DE FAVOR" 5.

OUTRA

1.7 Renda familiar: _____

2. CIRCUNSTÂNCIA E REPERCUSSÕES DO ACIDENTE:

2.1 Data da ocorrência: ____/____/____

2.2 Patente no dia da ocorrência: _____

2.2 Circunstância em que ocorreu o acidente:

1. em serviço patrulhamento de rotina operações programadas

2. em folga acidente assalto outros qual? _____

2.3 Região da cidade: 1. via pública 2. conglomerados subnormais 3. outros _____

Nome da localização: _____

2.4 Tempo de licença: _____

2.5 Relato breve do acidente:

2.6 Usava colete a prova de bala? 1. sim 2. não

2.7 Foi atingido em outra parte do corpo? 1. Sim 2. não quais?

2.8 Alguma lesão permanente decorrente do trauma sofrido? 1. sim 2. não quais:

2.9 Encontrou dificuldade no trâmite administrativo para acesso a licença/direitos?

1. sim 2. não quais?

2.10 Encontrou dificuldade para acesso a atendimento de saúde? 1. sim 2. não quais?

2.11 Atribui alguma mudança na forma de viver após o acidente? 1. sim 2. não quais?

2.12 Encontrou apoio de informação? 1. sim 2. não onde?

2.13 Onde buscou apoio frente as dificuldades?

2.14 Repercussões do acidente sobre:

Seu relacionamento com esposa/companheiro(a): 1. sim 2. não quais?

Seu relacionamento com os filhos: 1. sim 2. não quais?

Seu relacionamento com outros familiares: 1. sim 2. não quais?

Seu relacionamento com pares no trabalho: 1. sim 2. não quais?

Seu relacionamento com amigos: 1. sim 2. não quais?

Sua saúde mental: 1. sim 2. não quais?

Seu jeito de ser(humor, raiva, tristeza, medo, etc): 1. sim 2. não quais?

Suas atividades laborais dentro e fora da polícia: 1. sim 2. não quais?

3. ATUAÇÃO PROFISSIONAL NA PMERJ (ATUAL):

3.1 Função: 1. atividade fim/operacional 2. atividade meio/administrativo

3.2 Patente atual: _____

3.3 Tempo de licença: _____

3.4 Categoria atual: 1. Apto A 2. Apto B 3. Apto C 4. reformado 5. reserva 6. Inapto

3.5 Sente-se seguro no trabalho? 1. sim 2. não

3.6 Escala de trabalho na PMERJ: _____

3.7 Desenvolve atividade profissional fora da PMERJ? 1. sim 2. não qual?

3.8 Considera que o trabalho policial quanto ao risco uma realidade:

1. constante 2. eventual 3. não há risco

3.9 O que considera “o pior” de ser policial militar?

3.10 O que considera “o melhor” de ser policial militar?

3.11 Onde encontra apoio de informação?

3.12 Atribui alguma mudança na forma de trabalhar após o acidente? 1. sim 2. não quais?

3.13 Você considera que, depois de entrar para a Polícia, sua vida:

1. MELHOROU 2. CONTINUA IGUAL 3. PIOROU

3.14 Você considera que a condição de trabalho do policial ao longo do tempo:

1. MELHOROU 2. CONTINUA IGUAL 3. PIOROU

3.15 Se pudesse começar de novo sua vida profissional, você escolheria:

1. EXATAMENTE A MESMA CARREIRA
 2. A MESMA CARREIRA DESDE QUE ELA POSSIBILITASSE MELHORES CONDIÇÕES DE TRABALHO
 3. UMA ATIVIDADE PARECIDA, MAS FORA DA POLÍCIA
 4. OUTRA CARREIRA COMPLETAMENTE DIFERENTE

4. CONDIÇÃO DE SAÚDE GERAL (ATUAL):

4.1 Hipertenso 1. sim 2. não PA X mmHg

4.2 Diabetes 1. sim 2. não **4.5 Cardiopatia** 1. sim 2. não

4.3 Gastrite 1. sim 2. não **4.6 Coluna/articulação** 1. sim 2. não

4.4 Cefaléia 1. sim 2. não **4.7 Insônia** 1. sim 2. não

4.8 Outros problemas de saúde:

4.9 Peso/altura: Kg m IMC

4.10 Faz uso de medicamento: 1. sim 2. não Quais:

4.11 Faz uso de remédios para dormir? 1. sim 2. não **Há quanto tempo?**

4.12 Fez ou faz acompanhamento psicológico/psiquiátrico após o acidente?

1. sim, fiz mas não faço mais 2. sim, continuo fazendo 3. não

4.13 É acompanhado por alguma especialidade da saúde? 1. sim 2. não
Quais?

4.14 Faz alguma atividade física regular (20 minutos, três vezes semana?): 1. sim 2. não
Fr/semana:

4.15 Tabagista: 1. sim 2. não fr/semana: Há quanto tempo?

4.16 Etilista: 1. sim 2. não Tipo/Dose/dia: Há quanto tempo?

4.17 Alguma sequela decorrente do trauma sofrido? 1. sim 2. não quais?

4.18 Como está sua:

Função mastigatória:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Satisfação com a estética facial:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Satisfação com o sorriso:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Satisfação com o corpo:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4.19 Atribui alguma mudança na sua saúde após a acidente?

1. sim 2. não quais?

5. AVALIAÇÃO ODONTOLÓGICA:

11	21	31	41
12	22	32	42
13	23	33	43
14	24	34	44
15	25	35	45
16	26	36	46
17	27	37	47
18	28	37	48

RESTAURAÇÃO DEFINITIVA = RD RESTAURAÇÃO PROVISÓRIA = RP
CÁRIE = C HÍGIDO = H AUSENTE = A

Especialidade	Condição atual	Proposta de Tratamento
Periodontia		
CBMF		
Dentística		

Implantodontia		
Prótese dentária		
Prótese maxilofacial		

Observações do exame radiográfico (panorâmica):

6. AVALIAÇÃO DA SAÚDE MENTAL DO POLICIAL FERIDO

6.1 Escala SRQ20 - Dos sintomas físicos e mentais abaixo, quais ocorrem com você atualmente?

	Sim	Não
1. Tem dores de cabeça frequentemente	1.	2.
2. Tem falta de apetite	1.	2.
3. Dorme mal	1.	2.
4. Assusta-se com facilidade	1.	2.
5. Tem tremores na mão	1.	2.
6. Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou agitado(a)	1.	2.
7. Tem má digestão	1.	2.
8. Tem dificuldade de pensar com clareza	1.	2.
9. Tem se sentido triste ultimamente	1.	2.
10. Tem chorado mais do que de costume	1.	2.
11. Encontra dificuldade para realizar com satisfação suas atividades diárias	1.	2.
12. Tem dificuldade para tomar decisões	1.	2.
13. Tem dificuldade no serviço (seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento)	1.	2.
14. É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida	1.	2.
15. Tem perdido o interesse pelas coisas	1.	2.
16. Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo	1.	2.
17. Tem tido a ideia de acabar com a vida	1.	2.
18. Tem sensações desagradáveis no estômago	1.	2.
19. Sente-se cansado o tempo todo	1.	2.
20. Você se cansa com facilidade	1.	2.

6.2 LISTA DE EVENTOS – TEPT

<i>Alguma vez na sua vida você vivenciou, testemunhou ou foi repetidamente confrontado com algum dos seguintes eventos?</i>	Ocorreu durante toda a vida	No trabalho? (PMERJ)
Doença grave 1. Você já teve alguma doença grave e fatal? Por exemplo, ataque do coração, etc	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Agressão física 2. Já ficou seriamente machucado por causa de uma luta?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Agressão física 3. Foi atacado com uma arma ou teve uma arma apontada em sua direção?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Abuso sexual- ADULTO 4. Alguém já tentou tocar você sem seu consentimento, estupro, tentativa de estupro, ato sexual forçado com uma arma depois de completar 18 anos? () alguém conhecido (família, amigo da família, vizinho) () alguém desconhecido	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Abuso sexual- CRIANÇA OU ADOLESCENTE – antes dos 18 anos. 5. Alguém já tentou tocar você sem seu consentimento, estupro, tentativa de estupro, ato sexual forçado com uma arma antes dos 18 anos? () alguém conhecido (família, amigo da família, vizinho) () alguém desconhecido	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Violência intrafamiliar 6. Esteve envolvido em episódios de violência na familiar com cônjuge ou filhos?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	/
Combate – LOCAL EM QUE VIVE (fora do trabalho) 7. Já esteve no meio de um conflito armado no local em que vive?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
Combate (desconsiderar local em que vive) 8. Já esteve no meio de um conflito armado?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Acidente 9. Já teve um acidente grave? Ex: acidente de carro, moto, fogo em casa, etc	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Desastre natural 10. Já vivenciou uma enchente, desabamento, etc?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Violência psicológica 9. Já foi humilhado, sofreu bullying, foi ridicularizado?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
11. Outro evento traumático? Breve descrição: ----- -----	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO

6.3 ESCALA DE SINTOMAS DE TEPT

Escala de sintomas de TEPT – Entrevista (DSM-5, PSS-I-5) Foa & Capaldi (2013)

*Instrução: É necessário estabelecer o período de tempo ao qual as classificações se referem. Para avaliar o TEPT atual, as avaliações do PSS-I-5 são baseadas nos sintomas experienciados e relacionados ao início do trauma que ocorreram **no último mês**. É bem útil ser concreto sobre isso com o entrevistado. Normalmente é benéfico ajudar o respondente a identificar um evento de ancoragem que ocorreu um mês antes. Eventos como aniversários ou outras experiências especiais podem ajudar o entrevistado a se concentrar no período de um mês antes da avaliação. Além disso, o entrevistador deve referir-se repetidamente a este período de tempo durante a entrevista, seja por perguntas iniciais com a frase “No último mês,…” ou referindo-se ao evento de ancoragem (por exemplo, “Desde o aniversário do seu sobrinho…”).*

Qual foi o evento traumático mais assustador, aquele que teve mais medo, que te perturba mais atualmente. Quantos anos tinha quando ocorreu?

OBS: Evento traumático: ameaça à vida, integridade física ou abuso sexual – vivenciou ‘diretamente’ ou testemunhou. Não considerar luto como evento traumático. Considerar como evento traumático a morte de um ente querido apenas quando o evento for presenciado ou ocorrer de forma acidental/trágica.

Evento traumático mais assustador & idade quando ocorreu:

Idade: _____

Breve descrição do evento (onde, quando e com quem?):

		Nenhuma vez	1x/ semana ou menos; pouco	2-3 x/semana; médio	4-5x/semana; muito	> 6 x/semana; grave	
[] Intrusão (≥1)	1	0	1	2	3	4	
	.						
	2	0	1	2	3	4	
	.						
	3	0	1	2	3	4	
.							
.	4	0	1	2	3	4	
.	5	0	1	2	3	4	
.	.						
Esquiva (≥1)	6	0	1	2	3	4	
	.						
.	7	0	1	2	3	4	
.	.						
[] efeitos negativos sobre cognição & humor (≥2)	8	0	1	2	3	4	
	.						
	9	0	1	2	3	4	
	.						
	1	0	1	2	3	4	
	0						
	.	1	0	1	2	3	4
	.	1	0	1	2	3	4
	.	2	0	1	2	3	4
	.	.					
1	0	1	2	3	4		
3							
.	1	0	1	2	3	4	
.	4	0	1	2	3	4	
.	.						
[] hipervigilância (≥2)	1	0	1	2	3	4	
	5						
	.	1	0	1	2	3	4
	.	6	0	1	2	3	4
	.	1	0	1	2	3	4
	7						
.	.						
1	0	1	2	3	4		
8							
.	1	0	1	2	3	4	
.	9	0	1	2	3	4	
.	.						
2	0	1	2	3	4		
0							
.	.						

Há quanto tempo você tem vivenciado os problemas que você reportou acima?		Quanto tempo depois da ocorrência do evento traumático esses problemas começaram?		Nesse último mês os sintomas relatados interferiram em alguma das seguintes áreas de sua vida?	
1	Menos de 1 mês	1	Menos de 6 meses após o evento traumático	SIM	Satisfação geral com a vida
2	1-2 meses	2	Seis ou mais meses após o evento traumático	NÃO	
3	3 ou mais meses			O	Funcionamento geral em todas as áreas de vida
				SIM	
TEPT diagnóstico: SIM		TEPT TOTAL DE		NÃO	
NÃO		PONTOS:		O	