



ARTIGO ORIGINAL

As marcas da violência por arma de fogo em face[☆]

Adriane Batista Pires Maia ^{id} a,b,c,* , Simone Gonçalves Assis ^{id} b ,
Fernanda Mendes Lages Ribeiro ^{id} b e Liana Wernersbach Pinto ^{id} b

^a Colégio Brasileiro de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial, São Paulo, SP, Brasil

^b Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz), Departamento Latino-Americano de Estudos de Violência Sérgio Carelli, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^c Hospital Central da Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Recebido em 8 de abril de 2019; aceito em 22 de julho de 2019

PALAVRAS-CHAVE

Ferimento por arma de fogo;
Trauma facial;
Cirurgia bucomaxilofacial;
Fratura maxilofacial

Resumo

Introdução: Este artigo aborda a ocorrência de agravos à saúde em virtude de ferimentos na face por arma de fogo, entre os policiais militares, na Região Metropolitana do Estado do Rio de Janeiro, operados pela Clínica de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Central da Polícia Militar.

Objetivo: Identificar o perfil dos pacientes operados em decorrência de ferimentos na face por arma de fogo, a distribuição anatômica das fraturas maxilofaciais, as sequelas e complicações encontradas, as especialidades em saúde envolvidas na reabilitação desses pacientes, além de discutir sobre as repercussões sociais, emocionais e relativas ao desempenho do trabalho entre esses sujeitos.

Método: Foi feito um estudo epidemiológico retrospectivo a partir de dados secundários referentes aos policiais militares operados no Hospital Central da Polícia Militar em decorrência de ferimentos por arma de fogo em face, de junho de 2003 a dezembro de 2017.

Resultado: Durante o período estudado foram feitas 778 cirurgias em centro cirúrgico pelo serviço de Clínica de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial no Hospital Central da Polícia Militar, 186 em decorrência de ferimentos por arma de fogo (23,9%). Todos os pacientes eram do sexo masculino e com média de 34,7 anos. A perda de segmento ósseo foi a seqüela mais encontrada. O comprometimento estético facial e os relatos de insônia foram as repercussões tardias de impacto na saúde e no convívio social mais encontradas. Sobre as repercussões laborais do ferimento sofrido, o tempo médio de afastamento por licença de saúde para tratamento dos ferimentos maxilofaciais foi de 11,7 meses.

DOI se refere ao artigo: <https://doi.org/10.1016/j.bjorl.2019.07.008>

[☆] Como citar este artigo: Maia AB, Assis SG, Ribeiro FM, Pinto LW. The marks of gunshot wounds to the face. Braz J Otorhinolaryngol. 2021;87:145–51.

* Autor para correspondência.

E-mail: adrianepmaia@gmail.com (A.B. Maia).

A revisão por pares é da responsabilidade da Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial.

Conclusão: O tratamento de pacientes vítimas de ferimentos por arma de fogo em face demanda múltiplas intervenções cirúrgicas e o envolvimento de diferentes especialidades da saúde para sua reabilitação. São necessários mais estudos que analisem qualitativamente o impacto desse tipo de traumatismo em face para a vida dos pacientes e seus desdobramentos sociais.

© 2019 Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial. Publicado por Elsevier Editora Ltda. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Introdução

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

O Brasil é um país marcado historicamente pela violência.³ Entre 1980 e 2014 morreram 967.851 pessoas em virtude de ferimentos por arma de fogo, o que nos coloca entre os 10 países com maiores taxas de homicídio por armas de fogo no mundo.⁴ Esse tipo de violência social também atinge os policiais militares no país.⁵ O Rio de Janeiro foi o estado que apresentou o maior número absoluto de policiais militares mortos;⁶ contudo, não são conhecidos os números da morbidade por arma de fogo entre essa classe de trabalhadores, o que impede a compreensão da real magnitude desse problema. Segundo Maia⁷ em artigo de revisão sistemática, a arma de fogo é o principal mecanismo de lesão em serviço entre policiais, mais frequente entre profissionais de segurança do sexo masculino com cerca de 30 anos. Em função do potencial desse trauma de provocar morbimortalidade, acrescido à escalada da ocorrência desse tipo de ferimento em virtude do uso de armas com elevado potencial de destruição no país, que afeta a população civil e profissionais de segurança pública, esse problema torna-se relevante para áreas como medicina, odontologia e saúde pública.

Os FAF em face produzem lesões perfurocontundentes e avulsivas de segmentos maxilofaciais que normalmente resultam no mais devastador tipo de trauma facial, constitui-se um desafio para o cirurgião.⁸ Os FAF, além do orifício de entrada e do orifício de saída, são caracterizados pela formação de cavitações. As cavitações são fugas laterais dos tecidos que se formam na passagem do projétil, inicialmente preenchidas por vapor de água, chamadas de cavidade temporária.⁹ À medida que a lesão se retrai, produz o que chamamos de cavidade permanente. As dimensões da cavidade permanente são determinadas pela densidade dos tecidos que o projétil atingiu, por sua forma e velocidade. As lesões em face produzem cavidades temporárias que resultam em enfisema e edemas significativos, representam risco pelo comprometimento das vias

aéreas minutos após o trauma, além de aumentar o risco de infecções.¹⁰

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

Método

Esse estudo descritivo foi conduzido a partir do levantamento de dados secundários referentes aos policiais militares operados no Hospital Central da Polícia Militar de junho de 2003 a dezembro de 2017. Foram incluídos na análise todos os policiais militares da ativa operados sob anestesia geral pelo serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial (CTBMF) no Hospital Central da Polícia Militar em decorrência de FAF, independentemente da gravidade da lesão. Foram excluídos do estudo os pacientes civis, os policiais militares reformados e aqueles da ativa alvejados em face que não demandaram cirurgias sob anestesia geral ou que foram operados em outros hospitais do estado. O estudo evidencia a frequência e a distribuição das agressões por arma de fogo em face no universo dos policiais do Estado do Rio de Janeiro que não falecem imediatamente em decorrência do ferimento. Com isso, foram incluídas 186 cirurgias feitas em 77 pacientes que se enquadravam nos critérios de inclusão. A pesquisa foi submetida ao e autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Osvaldo Cruz em 2018 sob parecer de número CAAE 81841317.6.0000.5240.

As informações epidemiológicas do paciente incluem idade, gênero, etnia/cor e data do trauma. Sobre as variáveis relativas ao trabalho foram analisados: posto/graduação, unidade onde o PM estava lotado, se o ferimento ocorreu em serviço ou em folga.

Os ferimentos maxilofaciais foram classificados segundo sua localização, se intraoral ou extraoral (osso frontal à

mandíbula), sinalizaram se os ferimentos produziram fraturas de ossos da face e sua localização, distribuídos por região: mandibular, maxilar, zigomático-orbital, nasal e frontal. São ainda apontados o número de cirurgias feitas após o trauma, as complicações mais encontradas e as especialidades em saúde envolvidas na reabilitação.

Sobre as repercussões do ferimento analisamos: as complicações e sequelas decorrentes do trauma, o tempo de licença para tratamento do FAF em face, se o paciente pôde retornar ao trabalho como Apto A (com retorno sem restrições), Apto B (com retorno ao trabalho com restrições físicas) ou Apto C (com retorno ao trabalho com restrição do uso de arma de fogo), ou se foi considerado inapto temporário ou permanentemente, reformado ou enviado para a reserva.

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

Resultados

Durante o período estudado foram feitas 778 cirurgias em centro cirúrgico pelo serviço de CTBMF no Hospital Central da Polícia Militar. Desse total, 186 cirurgias decorreram de ferimentos por arma de fogo, o que representa 23,9% de todos os procedimentos sob anestesia geral no serviço. As 186 cirurgias foram feitas em 77 policiais militares da ativa; uma média de 2,4 cirurgias por paciente para o tratamento dos ferimentos e fraturas ocasionadas por FAF em face.

Todos os pacientes com FAF em face nessa análise eram do sexo masculino, com de 24 a 48 anos, média de 34,7. Não foi possível identificar a etnia/cor da pele em 54,5% dos prontuários. Entre os 35 pacientes analisados, 51,4% foram identificados como brancos seguidos, por negros (28,5%) e pardos (20%).

O segundo quadrimestre foi o período do ano com maior ocorrência desse tipo de cirurgia. O ano de 2017 foi o que apresentou maior frequência (n = 10) de cirurgias em pacientes acometidos por projétil de arma de fogo em face. O perfil profissional do policial foi constituído predominantemente por praças (97,3%); em especial soldados (41,6%); 69,9% dos casos ocorreram durante o período laboral; 88,2% dos policiais militares desempenhavam, no momento, a atividade-fim de polícia.

Entre as circunstâncias envolvidas nos acidentes durante a folga, o assalto ou a tentativa de assalto foi a ocorrência mais relatada (72,7%), seguida por tentativa de suicídio (9,1%).

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

Tabela 1 Distribuição das fraturas maxilofaciais em decorrência de ferimento por arma de fogo (FAF) (junho de 2003 a dezembro de 2017, n = 109)

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

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

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

Constam nos prontuários 275 ocorrências de sequelas e complicações advindas do trauma entre os 77 pacientes da amostra (média de 3,6 ocorrências por paciente), conforme a tabela 2. A perda de segmento ósseo foi a sequela mais frequente, presente em 53 casos, seguida por: parestesia, infecção, paralisia do nervo facial, limitações na função mastigatória, má oclusão, sinusites recorrentes, alterações visuais (14), amaurose (em 8 casos), disfunção temporomandibular, comunicações bucosinusais ou buconasais, limitação na fala, alterações glandulares, anosmia, alterações do aparato lacrimal, falha na fixação interna rígida e perda de enxerto. Já as repercussões tardias de impacto na saúde e no convívio social encontradas foram: comprometimento estético facial em 57 pacientes, relatos de insônia (30), cicatrizes aparentes (63), queixas de dor crônica (32), transtornos psicológicos e/ou psiquiátricos (5), perda de equilíbrio e zumbidos constantes no ouvido (2).

Tais complicações se expressam em limitações funcionais e estéticas na vida do paciente, causam redução da capacidade mastigatória, com emagrecimento agudo, redução da capacidade no paladar, perda parcial ou total da acuidade visual, dificuldade na fala, dentre outras restrições do cotidiano. Também sabemos que essas complicações podem produzir alterações estéticas na face com desdobramentos sociais e emocionais para o paciente.

Entre os 77 pacientes operados, apenas 14 não foram encaminhados para outra especialidade de saúde. Em média 1,8 especialidade de saúde esteve envolvida no tratamento de cada paciente com esse tipo de ferimento em face; 63 pacientes receberam 136 encaminhamentos a 14 diferentes especialidades, conforme a tabela 3. Quanto à odontologia, 41,6% dos pacientes precisaram dessa especialidade, distribuídos em: endodontia (7), dentística (7), prótese (6), implantodontia (5) e clínica de disfunção temporomandibular (1).

Entre os pacientes que receberam maior número de encaminhamentos, entre 4 e 6 especialidades, foi notado que todos precisaram da psicologia e/ou psiquiatria durante o pós-operatório.

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

Complicações e sequelas	n	% segundo ocorrência (n = 275)	% por paciente(n = 77)
Perda de segmentos ósseos	53	19,4	68,8
Parestesia	50	18,2	64,9
Infecção	29	10,5	37,7
Paralisia	26	9,5	33,8
Limitações na função mastigatória	24	8,7	31,2
Má oclusão	19	6,9	24,7
Sinusite recorrente	15	5,5	19,5
Alterações visuais	14	5,1	18,2
Comunicação buconasossinusal	10	3,6	13,0
Disfunção temporomandibular	10	3,6	13,0
Limitação na fala	8	2,9	10,4
Alterações glandulares	6	2,2	7,8
Anosmia	4	1,5	5,2
Alterações no aparato lacrimal	3	1,1	3,9
Falha na fixação	2	0,7	2,6
Perda do enxerto	2	0,7	2,6
Total	275	100,0	-

Fonte: Pesquisa da autora.

Tabela 3 Distribuição das especialidades envolvidas no tratamento dos pacientes com ferimento de arma de fogo (FAF) em face (junho de 2003 a dezembro de 2017, n = 136)

Especialidade	n
Fisioterapia	30
Psicologia	26
Oftalmologia	18
Psiquiatria	10
Cirurgia geral	6
Neurocirurgia	5
Otorrinolaringologia	5
Cardiologia	4
Cirurgia plástica	2
Neurologia	2
Cirurgia torácica	1
Medicina Hiperbárica	1
Clínica médica	1
Odontologia	25

Fonte: Pesquisa da autora.

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

Através da análise dos prontuários foi possível detectar que 13 pacientes operados em cirurgia bucomaxilofacial por ferimento com arma de fogo tiveram sua licença renovada também por outra especialidade de saúde, entre elas oftalmologia (9), psiquiatria (2), neurologia (um) e ortopedia (um).

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

Discussão

O perfil profissional do paciente baleado em face encontrado foi de policiais militares praças, em especial soldados, com média de 34,7 anos; atingidos em serviço. Foram constatadas diferenças quanto à idade média, que é mais elevada entre os militares quando comparados aos pacientes civis (cerca de 25 anos).^{16,18,21-24} O gênero masculino constituiu a totalidade dos pacientes operados entre os militares do Rio de Janeiro, fato que poderia ser esperado dado ao pequeno contingente de policiais militares do sexo feminino na corporação. Por outro lado, esse é o gênero recorrentemente mais vitimizado por FAF na população em geral, como têm salientado vários estudos.^{4,7}

Os traumas em face por arma de fogo produzem ferimentos avulsivos graves,^{14,15,20,25,26} especialmente na região de mandíbula,^{17,19,27} o que demanda diversas cirurgias e o envolvimento de uma equipe multidisciplinar e tem graves repercussões na vida e na atividade laboral dos atingidos. As fraturas de mandíbula foram o tipo mais frequente, seguidas por aquelas na região de maxila e na região zigomático-orbital. Em média, cada paciente apresentou 1,75 região com fraturas maxilofaciais.

Essas foram seguidas por perda de segmentos ósseos em 80,6% dos casos e disestesias em 99%, o que pode ser explicado pelo alto potencial avulsivo e destrutivo do projétil de arma de fogo. Os policiais militares do Rio de Janeiro não usam equipamentos de proteção individual para a região maxilofacial, tais como óculos ou capacete balístico. De fato, não é habitual esse tipo de equipamento entre policiais no mundo, que é mais encontrado entre militares em situação de guerra.^{28,29} É conhecido que tais equipamentos podem reduzir os danos e até mesmo prevenir muitos dos ferimentos maxilofaciais.^{30,31}

Quanto às repercussões tardias na saúde e no convívio social entre os pacientes analisados, os relatos de comprometimento estético facial foram a principal ocorrência descrita nos prontuários analisados, a despeito de todo o esforço cirúrgico de reconstrução dos danos causados pelos FAF. Além disso, as queixas de dor crônica e distúrbios psicológicos foram elementos marcadamente presentes entre esses pacientes, o que já foi também encontrado em outros estudos que analisaram a saúde dos policiais militares no Rio de Janeiro.^{32–36} O impacto social desse tipo de agravo à saúde em face do policial inicia-se já no momento em que seus parentes encontram-se com seu ente no leito hospitalar. Os FAF produzem edemas faciais e deformações que descaracterizam o paciente.

Não é incomum crianças, filhos de policiais militares, não reconhecerem seus pais e se negarem a abraçá-los, o que gera uma situação extremamente triste e difícil de ser contornada. O caminho da recuperação é marcado pela dor crônica que drena o ânimo e dificulta a estabilidade emocional; e as marcas do ferimento apontam diariamente para a finitude e para a realidade de alto risco de vitimização dos policiais militares no Estado do Rio de Janeiro. Indubitavelmente tais morbidades em face causam desdobramentos para o retorno ao trabalho; contudo, há uma lacuna nesse campo de estudos no que diz respeito a tais questões. Os policiais militares acometidos por FAF em face, mesmo após inúmeros procedimentos de reconstrução facial, normalmente guardam deformidades físicas que, de alguma forma, os estigmatizam como aqueles que foram alcançados e marcados pela violência, o que pode se desdobrar em mudanças no seu comportamento social. O medo de ser vitimado não é mais uma hipótese, mas uma realidade que assombra o cotidiano do trabalho tanto do policial atingido quanto dos demais colegas de trabalho, que ao ver as marcas no rosto de seus colegas identificarão o risco real decorrente da profissão. Esse prejuízo à saúde se deve não apenas pelo aumento do poder destrutivo que as armas de fogo têm adquirido, produzem sequelas difíceis de ser tratadas, mas também pelo seu potencial de interferir na vida social do policial, o que prejudica sua qualidade de vida.^{37–39} O PM afastado de suas atividades laborais por motivos de saúde obedece a critérios descritos pela Portaria número 0346; de 12 de maio de 2010,⁴⁰ que instrui e regula as inspeções de saúde e as juntas de inspeção de saúde no âmbito da PMERJ.

Após inspeção médica, um policial nessa situação pode ser considerado Apto categoria A, quando apresenta plena aptidão para desempenhar todos os serviços de natureza policial militar; Apto categoria B, quando o inspecionado apresenta aptidão para desenvolver serviço de natureza policial ou atividades inerentes ao cargo ou função de atividade meio, com restrições para algumas atividades

claramente definidas pela Ficha de Inspeção de Saúde, pode portar arma de fogo; Apto categoria C, quando manifesta aptidão para desenvolver atividades inerentes ao cargo ou função de policial, em atividade meio, com restrição para o porte de arma de fogo. Esse PM também pode ser considerado incapaz de desenvolver qualquer atividade policial militar, considerado inapto, condição essa que pode ser temporária ou definitiva. Entre os pacientes operados em decorrência dos FAF em face nos quais foi possível identificar qual a categoria de saúde lhes foi atribuída, foi possível identificar que um número substancial pode retornar ao trabalho e exercer plenamente a atividade-fim (Apto A – 48,3%); porém foi elevado o percentual de policiais reformados em virtude de incapacidade permanente para o exercício de qualquer função na instituição PMERJ (34,5%).

Quanto aos desdobramentos emocionais para o PM vítima de FAF em face, identificamos, de forma empírica, certo padrão de comportamento entre os pacientes: após o trauma sofrido, assim que é possível um diálogo, o policial se mostra eufórico, falante, faz questão de expor em detalhes como tudo aconteceu, como ele se posicionou, qual era o cenário no momento da ocorrência. Existe uma “alegria” por ter sobrevivido. Com o passar das semanas, à medida que esse policial se depara com as limitações adquiridas, com a longa trajetória para a recuperação a ser enfrentada e com toda a mudança de vida profissional, socioeconômica e também familiar que o acidente promove, ele inicia um processo de introspecção, solidão, medo e depressão.

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

A partir do século XV, o retrato individual se tornou uma das maiores inspirações na pintura e os retratos, especialmente do rosto, ganharam cada vez mais importância no decorrer dos séculos. Le Breton (2002),² para explicar as bases da formação do indivíduo moderno, usou o corpo como ponto de partida e a face como um elemento indicador no desenvolvimento do individualismo, em que o significado do rosto se transforma e a axiologia corporal se modifica nessa transição moderna. O corpo, inclusive o rosto, ganha significação psicológica, assim como se podem ler as expressões, dotadas de significado que alude diretamente à personalidade do sujeito. A aparência do indivíduo expressa seu caráter, logo deve ser controlada como forma de proteção.⁴¹ O rosto é a parte do corpo mais individualizada, mais singular, e tem uma importante representatividade na transição do grande corpo social para um corpo individual. Para Elias (1994, 155),¹ a face é uma das mais importantes representações de quem somos; tem papel talvez mais central para a construção de identidade do eu e para a sociabilidade. É essa parte do corpo que não cobrimos

e que nos identifica e diferencia. O rosto guarda nossa história e marcas; através dele podemos perceber a idade, alguns gostos e ascendências étnicas. Podemos fugir do espelho e dos olhares dirigidos ao nosso corpo, mas o mesmo é praticamente impossível quando se trata da face. A partir dela somos identificados por vários registros oficiais, tais como o registro geral, as identidades de classes, as carteiras de clubes, entre outros.

Dentro dessa perspectiva que considera a representatividade da face como a “epifania do sujeito” (Le Breton, 2002, 41)² e frente a um processo crescente de individualização que atinge um ápice em tempos de *selfies* e de exposição em mídias sociais, podemos problematizar que indivíduos acometidos por FAF em face sofrem, potencialmente, um impacto ainda maior na sua vida.

As marcas no rosto guardam histórias e as marcas que vemos nas faces de muitos policiais militares do RJ trazem à tona um contexto violento que também denuncia um ambiente de vingança que tem sentenciado muitos a uma nova vida atravessada, por vezes, por restrições no corpo e no trabalho e, quase sempre, carregada indubitavelmente por signos explícitos da violência. Desses sujeitos é exigida a resignificação de sua própria relação identitária, a partir da face, o que lhes demanda um trabalho subjetivo sobre si. A grande relevância de encaminhamento para fisioterapia e para a psicologia indica como a reabilitação deve ser vislumbrada não apenas pela saúde do corpo, mas, sobretudo, também pela saúde mental. Em virtude da ausência de estudos que correlacionem tais fenômenos, ainda não é possível compreender de forma mais ampliada as repercussões dos ferimentos por arma de fogo na vida dos policiais e militares. Contudo, ao identificarmos o perfil epidemiológico dos policiais militares do RJ acometidos por FAF em face, os caminhos dos tratamentos de reabilitação e as repercussões para o exercício profissional darão um passo em direção à compreensão das repercussões desse tipo de agravo nas relações de trabalho desses sujeitos.

Conclusão

O perfil dos policiais militares operados em virtude de FAF em face encontrado foi de

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

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

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

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Referências

1. Elias N. A sociedade dos indivíduos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1994. p. 151–5.
2. Le Breton D. Antropologia del cuerpo y modernidade. Buenos Aires: Nueva Visión; 2002. p. 35–75.
3. Da Matta R. As raízes da violência no Brasil: reflexões de um antropólogo social. In: Pinheiro PS, editor. Violência Brasileira. São Paulo: Brasiliense; 1982. p. 12–43.
4. Waiselfiz JJ. Mapa da violência 2016: homicídios de armas de fogo no Brasil. Rio de Janeiro: FLACSO; 2016.
5. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2016. [publicação online] São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública; 2016. [acesso em 04 ago 2017]. Disponível em: http://www.forumseguranca.org.br/storage/10.anuario.site_18-11-2016-retificado.pdf.
6. Instituto de Segurança Pública do Rio de Janeiro. [publicação online] Relatório Vitimização Policial. Rio de Janeiro: Instituto de Segurança Pública do Rio de Janeiro. [acesso em 04 ago 2017]. Disponível em: <http://www.isrj.org.gov.br>.
7. Cerqueira D, Lima RS, Bueno S, Neme C, Ferreira H, Coelho D, et al. [publicação online] Atlas da Violência. Rio de Janeiro: Ipea; FBS Rio de Janeiro; 2017 [acesso em 08 jun 2018]. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatorio_institucional/180604_atlas_da_violencia_2018.pdf.
8. Norris O, Mehra P, Salama A. Maxillofacial gunshot injuries at an urban level I trauma center 10-year analysis. J Oral Maxillofac Surg. 2015;73:1532–9.
9. Segundo AVL, Zimmermman RD, Nogueira EFC, Lopes PHS. Inclusão do estudo da balística no tratamento dos ferimentos faciais por projétil de arma de fogo. Rev Cir Traum Buco-maxilo-facial. 2013;13:65–70.
10. Oehmichen M, Meissner C, König HG. Brain injury after gunshot wounding: morphometric analysis of cell destruction caused by temporary cavitation. J Neurotrauma. 2000;17:155–62.
11. Anshel MH. A conceptual model and implications for coping with stressful events in police work. Crim Justice Behav. 2000;27:375–400.
12. Cohen GH, Fink DS, Sampson L, Galea S. Mental health among reserve component military service members and veterans. Epidemiol Rev. 2015;37:7–22.
13. Cunningham LL, Haug RH, Ford J. Firearm injuries to the maxillofacial region: an overview of current thoughts regarding demographics, pathophysiology, and management. J Oral Maxillofac Surg. 2003;61:932–42.
14. Hollier L, Grantcharova EP, Kattash M. Facial gunshot wounds: a 4-year experience. J Oral Maxillofac Surg. 2001;59:277–82.
15. Sada R. Maxillofacial war injuries during the Iraq–Iran War. Int J Oral Maxillofac Surg. 2003;32:209–14.
16. Sanches S, Duarte SJH, Pontes ERJC. Caracterização das vítimas de ferimentos por arma de fogo, atendidas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em Campo Grande-MS. Saúde Soc. 2009;18:95–102.
17. Amundson M, Cheng A. Updates in management of craniomaxillofacial gunshot wounds and reconstruction of the mandible.

- Trauma in Facial Plastic Surgery, An Issue of Facial Plastic Surgery Clinics of North America, E-Book. 2017;25:563.
18. De Lima CHR, Ranúzia I, Pereira IF, Vasconcelos BCE. Firearm Injury on Face: Literature Review and Case Report. *Acta Scientifical Dental Sciences*. 2018;2:37–40.
 19. Murphy J, McWilliams S, Lee M, Warburton G. Management of self-inflicted gunshot wounds to the face: retrospective review from a single tertiary care trauma centre. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2018;56:173–6.
 20. Puzovic D, Konstantinovic VS, Dimitrijevic M. Evaluation of maxillofacial weapon injuries: 15-year experience in Belgrade. *J Craniofac Surg*. 2004;15:543–6.
 21. Abghari M, Monroy A, Schubl S, Davidovitch R, Egol K. Outcomes following low-energy civilian gunshot wound trauma to the lower extremities: results of a standard protocol at an urban trauma center. *Iowa Orthop J*. 2015;35:65.
 22. Atiyeh BS, Gunn S, Hayek S. Military and civilian burn injuries during armed conflicts. *Ann Burns Fire Disasters*. 2007;20:203.
 23. Liu FC, Halsey JN, Hoppe IC, Ciminello FS, Lee ES, Granick MS. A single-center review of facial fractures as the result of high-speed projectile injuries. *Eplasty*. 2018;18.
 24. Sanches S, Duarte SJH, Pontes ERJC. Caracterização das vítimas de ferimentos por arma de fogo, atendidas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em Campo Grande-MS. *Saúde Soc*. 2009;18:95–102.
 25. Neupert EA, Boyd SB. Retrospective analysis of low-velocity gunshot wounds to the mandible. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. 1991;72:383–7.
 26. Cohen MA, Shakenovsky BN, Smith I. Low velocity handgun injuries of the maxillofacial region. *J Maxillofac Surg*. 1986;14:26–33.
 27. Srouji S. Severe gunshot maxillofacial trauma when and where to start? *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2017;46:52–3.
 28. Breeze J, Lewis EA, Carr DJ. Ballistic Threats and Body Armour Design. *Military Injury Biomechanics: The Cause and Prevention of Impact Injuries*. 2017.
 29. Liu W, Taylor B. The effect of body armor on saving officers' lives: An analysis using LEOKA data. *J Occup Environ Hyg*. 2017;14:73–80.
 30. Dobson J, Newell M, Shepherd J. Trends in maxillofacial injuries in war-time (1914-1986). *Br J Oral Maxillofac Surg*. 1989;27:441–50.
 31. Gofrit O, Kovalski N, Leibovici D, Shemer J, O'hana A, Shapira S. Accurate anatomical location of war injuries: analysis of the Lebanon war fatal casualties and the proposition of new principles for the design of military personal armour system. *Injury*. 1996;27:577–81.
 32. Souza ER, Minayo MCS. Policial, risco como profissão: morbimortalidade vinculada ao trabalho. *Cien Saúde Colet*. 2005;10:917–28.
 33. Souza ER, Minayo MCS, Silva JG, Pires TO. Factors associated with psychological distress among military police in Rio de Janeiro Brazil. *Cad. Saúde Pública*. 2012;28:1297–311.
 34. Minayo MCS, Assis SG, Oliveira RVC. Impacto das atividades profissionais na saúde física e mental dos policiais civis e militares do Rio de Janeiro (RJ Brasil). *Cien Saúde Colet*. 2011;16:2199–209.
 35. Minayo MCS, Souza ER. *Missão Investigar*. 2 ed Rio de Janeiro: Editora Garamond; 2003. p. 207–26.
 36. Minayo MCS, Souza ER. Constantino Riscos percebidos e vitimização de policiais civis e militares na (in) segurança pública. *Cad Saúde Pública*. 2007;23:2767–79.
 37. Abdollahi MK. Understanding police stress research. *J Forensic Psychol Pract*. 2002;2:1–24.
 38. Cohen LE, Felson M. Social change and crime rate trends: A routine activity approach. *Am Sociol Rev*. 1979;44:588–608.
 39. Cooper CL, Cartwright S. Organizational management of stress and destructive emotions at work. *Emotions at work: theory, research and applications for management*. Chichester: Wiley; 2001. p. 269–80.
 40. Rio de Janeiro (Estado). Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro. Portaria no 0346, de 12 de maio de 2010. Aprova as novas Instruções Reguladoras das Inspeções de Saúde e das Juntas de Inspeção de Saúde no âmbito da Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro e dá outras providências.
 41. Sennett R, Zola E. O declínio do homem público: as tiranias da intimidade. São Paulo: Companhia das Letras; 1988. p. 16–26.