



**CENTRO UNIVERSITÁRIO VALE DO SALGADO  
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

**LUCAS GOMES DA SILVA**

**VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA FÍSICA, DE FERIMENTOS POR ARMA BRANCA E  
POR ARMA DE FOGO**

Icó – Ceará  
2021

LUCAS GOMES DA SILVA

**VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA FÍSICA, DE FERIMENTOS POR ARMA BRANCA E  
POR ARMA DE FOGO**

Monografia apresentada a Disciplina de TCC II do Curso de Bacharel em Enfermagem do Centro Universitário Vale do Salgado – UniVS, a ser apresentada como requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

**Orientador:** Prof. Me. Josué Barros Júnior

Icó – Ceará  
2021

LUCAS GOMES DA SILVA

**VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA FÍSICA, DE FERIMENTOS POR ARMA BRANCA E  
POR ARMA DE FOGO**

Monografia submetida à coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Vale do Salgado – UniVS, a ser apresentada como requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA:**

---

**Prof. Me. Josué Barros Júnior**  
Orientador  
Centro Universitário Vale do Salgado – UniVS

---

**Prof. Raimundo Tavares de Luna Neto**  
1º Examinador  
Centro Universitário Vale do Salgado – UniVS

---

**Prof. Rafael Bezerra Duarte**  
2º Examinador  
Centro Universitário Vale do Salgado – UniVS

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus e a intercessão da virgem Maria que fizeram do meu sonho um objetivo e hoje, uma realidade.

Aos meus pais e irmão, Francisco Lourenço da Silva, Ana Célia Gomes de Lima e Luidhy Gomes da Silva. A vocês, meu agradecimento por todo esforço que fizeram por mim, todo apoio, toda compreensão por terem abdicado da minha presença, toda preocupação e todas as vezes que eu corri para os seus braços e tive carinho e todo amor do mundo. Obrigado por tudo e por tanto!

Ao professor Josué Barros Junior por toda orientação e paciência que teve comigo, principalmente nos meus surtos de raiva!

As minhas tias e suas respectivas famílias: Ana Lucia Gomes, Carlucia Gomes, Décia Gomes e Zeli Gomes. Obrigado por sempre estarem dispostas a me ajudar durante todo esse processo seja financeiramente, ou com estadia, ou simplesmente com um abraço e a preocupação de sempre. Amo todas vocês!

Aos meus amigos de sempre, do “outra coisa”: Carol, Nathylle, Leticia, Rubenilson, e principalmente Luiz Henrique e Gabriel, muito obrigado a vocês que de alguma forma contribuíram para este momento! Somos a melhor turma que o Arrojado já teve! Vocês são incríveis.

Aos amigos que não são de sempre, mas que são para sempre: Breno Emerson Ferreira Galvão, Lucas Benício Pinto, Mariana Leandro Ferreira, Edilane Furtado de Macena e Eloisa de Assis Franco. O caminho foi árduo, mas foi muito melhor passar por ele com vocês ao meu lado. Nós vencemos!

A minha prima, professora Talita Maria Gomes de Moraes, por toda ajuda e por sempre atender aos meus pedidos de socorro, e estar sempre disposta a ajudar, muito obrigado!

A minha professora e amiga Cleciana Alves Cruz, muito obrigado por ter sido muito mais que uma professora durante esses cinco anos, obrigado por todos os conselhos, ajudas, por ser minha psicóloga particular quando eu precisei. Levar-te-ei sempre comigo!

A coordenação do curso de enfermagem do Centro universitário Vale do Salgado na pessoa da professora Kerma Márcia de Freitas, obrigado por ser tão presente e estar tão comprometida com a nossa formação.

"Não importa o que você seja, quem você seja, ou que deseje na vida, a ousadia em ser diferente reflete na sua personalidade, no seu caráter, naquilo que você é.

E é assim que as pessoas lembrarão de você um dia. Fui criado pra vencer!"

(Ayrton Senna)

## LISTA DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS

<b>ACS</b>	Agente Comunitário de Saúde
<b>APH</b>	Atendimento Pré-hospitalar
<b>ATS</b>	AustralianTriageSystem
<b>BPA</b>	Boletins de Pronto Atendimento
<b>CAPS</b>	Centro De Ação Psicossocial
<b>CE</b>	Ceará
<b>CEP</b>	Corpo Estranho Perfurante
<b>CME</b>	Central de Material Esterilizado
<b>CRAPS</b>	Comissão de Coordenação de Recursos Assistenciais de São Paulo
<b>CTAS</b>	CanadianTriageandAcuityScale
<b>ESI</b>	EmergencySeverity Index
<b>FAB</b>	Ferimento por Arma Branca
<b>FAF</b>	Ferimento por Arma De Fogo
<b>GBCR</b>	Grupo Brasileiro de Classificação de Risco
<b>GSE</b>	Grupo de Socorro e Emergência
<b>HGT</b>	Hemoglicoteste
<b>KM/KM<sup>2</sup></b>	Quilômetro/Quilômetro Quadrado
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>MTS</b>	Manchester TriageSistem
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>P.A</b>	Pressão Arterial
<b>PAR</b>	Plano de Ação Regional
<b>PNAU</b>	Política Nacional de Atendimento a Urgência
<b>RAS</b>	Rede de Atenção à Saúde
<b>RUE</b>	Rede de Urgência e Emergência
<b>SAMU</b>	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
<b>SES</b>	Secretaria Estadual de Saúde

<b>SIATE</b>	Serviço Integrado de Atendimento de Trauma e Emergência
<b>SSP</b>	Secretaria de Segurança Pública
<b>SUAPH</b>	Serviço de Atendimento Pré-Hospitalar
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde
<b>UNIVS</b>	Centro Universitário Vale do Salgado
<b>UPA</b>	Unidade de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>12</b>
2.1 OBJETIVO GERAL.....	12
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	12
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>13</b>
3.1 SURGIMENTO DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	13
3.2 REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA- RUE.....	16
3.3 URGÊNCIAS POR VIOLÊNCIA FAB E FAF .....	19
<b>4 METODOLOGIA.....</b>	<b>22</b>
4.1 TIPO DE ESTUDO .....	22
4.2 LOCAL DA PESQUISA .....	23
4.3 PERÍODO DA COLETA .....	23
4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO .....	24
4.5 ANÁLISE DE DADOS .....	25
<b>5 RESULTADO E DISCUSSÕES.....</b>	<b>26</b>
5.1 DISCUSSÕES .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
5.2 DANOS FÍSICOS E SEQUELARES EM PACIENTES ACOMETIDOS POR FAF e FAB .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>33</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>34</b>



## RESUMO

**SILVA, L.G CARACTERIZAÇÃO DAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA FÍSICA, DE FERIMENTOS POR ARMA BRANCA E ARMA DE FOGO.** 2021. 38f. Monografia (graduação em enfermagem)- Centro universitário Vale do Salgado- UNIVS, Icó-CE, 2021.

A violência no Brasil hoje é uma realidade que trouxe muitos problemas de gestão e de saúde pública. Além de um elevado número de mortes causado pela violência, altas somas do dinheiro público são gastos no tratamento de pacientes acometidos, e muitas vezes, este tratamento seguirá pelo resto de sua vida, no caso das lesões incapacitantes permanentes. Este debate tem sido muito abordado em vários países do mundo, entre eles, o Brasil. O estudo objetivou caracterizar o perfil das vítimas de violência física, de ferimentos por arma de fogo e ferimento por arma branca. Tratou-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa e procedimento técnico de revisão integrativa, realizado na base de dados da Biblioteca Eletrônica Científica Online (SciELO) e na base de periódicos da coordenação de aperfeiçoamento pessoal de nível superior (CAPES), no período de março a abril de 2021. Foram usados os descritores “armas brancas”, “armas de fogo” e “violência” para iniciar a pesquisa na literatura. A análise foi dividida em três etapas: pré-análise, exploração do material e processamento dos resultados. A primeira etapa é o processo inicial de organização da pesquisa o pensamento inicial é investigado por meio da seleção da literatura utilizada, da estrutura hipotética e do índice de interpretação final, será definido o escopo da literatura e selecionado o objeto de pesquisa. Após uma análise detalhada dos artigos selecionados, surgiram duas categorias: perfil dos acometidos FAF e FAB; CATEGORIA 2- Verificar os principais danos físicos e sequelas em pacientes acometidos por FAF e FAB. Diante disto, foi diagnosticado um público com maior vulnerabilidade e probabilidade de cometer delitos e aumentar os níveis de violência e criminalidade. O perfil dos acometidos em acidentes envolvendo armas de fogo e armas brancas geralmente são adultos jovens do sexo masculino, em idade entre 20 a 39 anos, de cor negra, com baixa escolaridade cursando na maioria das vezes apenas o ensino fundamental ou menos, e que fizeram uso de bebidas alcóolicas ou de drogas nas últimas seis horas antes das ocorrências.

**PALAVRAS-CHAVE:** armas brancas, armas de fogo, violência.

## ABSTRACT

SILVA, L.G CHARACTERIZATION OF VICTIMS OF PHYSICAL VIOLENCE, INJURIES BY WHITE WEAPON AND FIREARMS. 2021. 38f. Monograph (undergraduate nursing)- University Center Vale do Salgado- UNIVS, Icó-CE, 2021.

Violence in Brazil today is a reality that has brought many management and public health problems. In addition to a high number of deaths caused by violence, large sums of public money are spent on treating affected patients, and often this treatment will continue for the rest of their life in the case of permanent disabling injuries. The study aimed to characterize the profile of victims of physical violence, gunshot wounds and knife wounds. It was a descriptive study, with a qualitative approach and technical procedure of integrative review, carried out in the database of the Scientific Electronic Library Online (SciELO) and in the journals of the coordination of higher level personal improvement coordination (CAPES), in the period from March to April 2021. . The descriptors “blade weapons”, “firearms” and “violence” were used to start the research in the literature. The analysis was divided into three stages: pre-analysis, material exploration and processing of results. The first step is the initial process of organizing the research. The initial thought is investigated through the selection of the literature used, the hypothetical structure and the final interpretation index, the scope of the literature will be defined and the research object selected. After a detailed analysis of the selected articles, two categories emerged: profile of affected FAF and FAB; CATEGORY 2- Verify the main physical damage and sequelae in patients affected by FAF and FAB. This debate has been discussed a lot in several countries around the world, including Brazil. Given this, a public with greater vulnerability and probability of committing crimes and increasing levels of violence and crime was diagnosed. The profile of those affected in accidents involving firearms and knives is usually young adult males, aged between 20 and 39 years old, black, with low education, mostly attending elementary school or less, and who made use of alcoholic beverages or drugs in the last six hours before the events.

**KEYWORDS:** bladed weapons, firearms, violence.

## 1 INTRODUÇÃO

Nos dias atuais, a violência tem sido uma das temáticas mais debatidas, pois a mesma tem se tornado grande problema de saúde pública em vários países do mundo, entre eles, o Brasil. Diante disto, foi observado que a faixa etária jovem, de 15 a 24 anos, é a faixa mais suscetível a se inserir neste contexto de violência. (FREITAS *et al.*, 2017).

A violência no Brasil tem se tornado um problema de saúde pública, devido à importância que o problema tem e a repercussão que tal problema trás na vida das pessoas, além dos grandes gastos que são voltados para a segurança pública e para a saúde (MALESKI, 2017).

Diante da faixa etária exposta, (15 a 24 anos), nota-se que os principais fatores de risco estão relacionados à imaturidade. Esta é uma fase de descobertas para o jovem e é quando os seus hormônios e instintos estão à flor da pele, tudo isso atrelado ao consumo excessivo de álcool, drogas ilícitas, o espírito aventureiro, baixa escolaridade e excesso de coragem, além do acesso facilitado as armas (FREITAS *et al.*, 2017).

Os ferimentos causados por armas podem trazer danos incapacitantes, deixando o acometido inválido com lesões irreversíveis. Isso traz um grande gasto aos cofres públicos, pois o acidentado necessitará do atendimento em diversos níveis de complexidade, que vai dos cuidados pré-hospitalares até a Unidade de Terapia Intensiva (UTI), se necessário. Estas ações elevam os custos previdenciários, do próprio sistema único de saúde e da economia (RIBEIRO *et al.*, 2017).

A presença de armas de fogo no contexto de violência aumenta consideravelmente os riscos de morte ou de lesões graves ou irreversíveis. Além de serem responsáveis por uma alta taxa de mortalidade, as armas foram responsáveis por 29% das 61.268 internações no ano de 2014 devido a agressões de várias naturezas e tentativas de suicídio (RIBEIRO *et al.*, 2017).

Profissionais que trabalham em períodos noturnos ou na área de segurança pública apresentam maior risco de morte por armas do que outros trabalhadores. Nos Estados Unidos, os acidentes fatais com policiais são maiores de três a quatro vezes quando comparados a profissionais de outras áreas inclusive os que trabalham em âmbito privado (MAIA *et al.*, 2019).

No Brasil, os riscos são maiores devido à alta criminalidade, os confrontos armados com traficantes e o alto número de armas circulando, resulta num alto número de policiais e civis acometidos por tiros de arma de fogo e lesões incapacitantes (MAIA *et al.*, 2019).

Diante das situações expostas, viu-se a necessidade de conhecer o perfil das pessoas acometidas por esses eventos de violência, sendo estes incidentes ou acidentes.

O motivo que levou a fazer este estudo foi caracterizar as situações de violências envolvendo armas de fogo e armas brancas, bem como os tipos de violência em geral, com o intuito de entender as causas e o expressivo aumento da violência e a partir disso, traçar meios de diminuir esses eventos.

Levando em consideração as situações supracitadas, o presente estudo baseou-se nas seguintes questões norteadoras: O que as produções científicas trazem acerca das vítimas de violência por ferimentos por arma de fogo (FAF) e ferimentos por arma branca (FAB); e verificar os principais danos físicos e sequelas e pacientes acometidos por FAF e FAB.

Este estudo servirá como fonte de consulta para trabalhos futuros, estimulando assim o interesse de acadêmicos e pesquisadores sobre esta área. Servirá também para ajudar na tomada de decisões para que as autoridades possam tomar as providências cabíveis, no que diz respeito a prevenção desses incidentes com armas brancas e armas de fogo.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

- Analisar as produções científicas acerca das vítimas de violência física por ferimentos por arma de fogo (FAF) e ferimento por arma branca (FAB).

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Verificar os principais danos físicos e sequelas em pacientes acometidos por FAF e FAB.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 SURGIMENTO DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

De acordo com Carreon (2016) e Silva *et al.* (2010) a organização dos serviços de urgências tiveram uma importante contribuição do médico Dominique Jean Larrey (1766-1842) que também ficou conhecido como pai da medicina Militar, este importante colaborador era cirurgião e chefiava o exército Napoleônico, o qual em contexto de guerras, percebeu a importância de proteger e retirar de campo de batalha os soldados feridos, para que estes pudessem receber os cuidados o mais breve possível, para evitar ou reduzir o número de morte e conservar as chances de sobrevivência. Para esse resgate dos soldados eram utilizadas carroças conduzidas por homens ou por animais e estas foram chamadas de ambulâncias, derivado do termo francês “*ambulant*” que significa que deambula.

Considerando que os atendimentos de urgência tiveram seu início no período napoleônico, marcado por cenários de guerras ocorridas no final do século XVIII, no qual o resgate de soldados feridos era feito por meio de carroças, ainda que de forma muito improvisada e sem tantos recursos esse ato foi um marco significativo séculos à frente, a iniciativa de prestar assistência aos soldados que se ferissem nas guerras, perdurou durante o século XIX, e isso resultou na fundação da Cruz Vermelha Internacional, no ano de 1863, que era uma organização, que apresentava a necessidade de prestar assistência de forma rápida e eficaz aos soldados que se machucassem gravemente nos combates, com exercício importante nas guerras mundiais do século XX. Já no contexto atual, há a utilização de equipamentos e veículos aprimorados de condução aérea e terrestres para fornecimento de assistência tanto para condições mais simples, quanto as mais complexas e de maior magnitude (FRANÇA; MARTINO, 2013).

De acordo com Volpato *et al.* (2014), o primeiro Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) foi instaurado no começo dos anos 70, na França, porém, foi apenas no ano de 1976 que foi determinada a existência desse serviço e apenas em 1986 é que foram estabelecidos os mecanismos que organizariam o funcionamento do SAMU francês.

O surgimento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) se deu em contexto de guerras, no qual foi percebido a necessidade de atendimento e retirada de

participantes dos confrontos que tivessem feridos. Nesse período o recurso utilizado para fazer essa retirada era através da tração animal, no qual realizava a condução da vítima ou das vítimas para o local onde receberiam os cuidados. No Brasil, o SAMU foi instaurado em setembro de 2003, como um serviço gratuito, que tinha o objetivo de realizar atendimento pré-hospitalar, e a depender das condições desse paciente podia permanecer em domicílio ou manter atendimento regular em uma unidade básica de saúde, através da estabilização de sua condição clínica aguda, pelos os profissionais responsáveis pelo o APH ou podia ser transferido por meio do SAMU, para uma unidade hospitalar, em caso da situação não estabilizar ou o mesmo necessitar de uma assistência especializada (DORNELLES et al., 2017).

Os serviços de atendimento pré-hospitalar são significativamente importantes, uma vez que prestam cuidados aos usuários que apresentem quadros clínicos agudos, situações de traumas, de emergência psiquiátrica, entre várias outras condições que necessitam de assistência imediata, outro aspecto que torna esse tipo de serviço relevante é o fato de que suas ações são desenvolvidas desde o local do incidente até a chegada a uma unidade hospitalar, haja vista que o transporte conta com recursos que permitem manter esse paciente estável (DORNELLES et al., 2017)

Para Silva (2015) a vertente de cuidado ou o Modelo de assistência que predomina no Brasil, no atendimento pré-hospitalar é o mesmo que rege a assistência francesa, no qual o responsável por realizar o atendimento é o médico, que difere do modelo americano, onde os cuidados são prestados pelos paramédicos.

No recorte temporal de 1979 a 1983 ocorreu em São Paulo o estabelecimento da Comissão de Coordenação de Recursos Assistenciais de São Paulo (CRAPS), que objetivava determinar as metodologias mais adequadas para a realização dos atendimentos de urgência e emergência, nas vias públicas, bem como apontar os locais de encaminhamento das possíveis vítimas de algum incidente, oportunizando assim a integração e continuidade dos serviços de atendimento às urgências (FERNANDES; SOUZA, 2017).

Segundo Martins (2017) as melhores ações técnicas foram desenvolvidas pelo Corpo de Bombeiros no ano de 1980, isso favoreceu a organização dos Serviços de Atendimento Pré-Hospitalar (SVAPH). Estes profissionais bombeiros recebiam capacitação através de um

curso realizado a nível nacional, de modo padronizado e intitulado Agentes de Socorro Urgentes, que é atualmente denominado de Socorristas.

Com dimensão a nível federal havia no ano de 1989 a Política Nacional de Atenção as Urgências em associação com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) a qual teve origem do próprio SUS, e difundia articulações do atendimento pré-hospitalar. Em paralelo a esta, funcionava o Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergência (SIATE), que foi instalado em 1990, e teve maior destaque em Curitiba. De início em São Paulo, foi executado em 1989 por meio da Resolução de nº 42, um projeto ou esquema de Resgate em associação com Secretaria Estadual de Saúde (SES) por intermédio do SAMU-SP; Secretaria de Segurança Pública (SSP) por meio do Corpo de Bombeiros e Grupamento de Rádio Patrulhamento Aéreo. As metodologias estabelecidas neste projeto de resgate consistiam basicamente em um embasamento dos modelos e tecnologias francesas e norte-americanas (FERNANDES; SOUZA, 2017)

Como ação de efetivação do funcionamento do atendimento pré-hospitalar em 1990 o Ministério da Saúde (MS) sugere o Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergência (SIATE), de forma conjunta com a Secretaria Estadual de Saúde (SES) e a Secretaria de Segurança Pública (SSP). Nos anos 90 foi desenvolvido o Sistema APH na Corporação dos Bombeiros do Estado de São Paulo com profissionais qualificados e treinados para realização de suporte básico e avançado à vida, vale ressaltar que o suporte avançado já contava com a atuação médica e da equipe de enfermagem. No Rio de Janeiro, em 1975 já havia sido elaborada a Lei nº 6.299, a qual assumia a responsabilidade pela assistência as urgências por meio da utilização de veículos para transporte rápido de vítimas. E no ano de 1986 emerge o Grupo de Socorro e Emergência (GSE) do Corpo de Bombeiros Militar, que fez a inclusão dos médicos no quadro de socorristes, especialmente nas viaturas de suporte avançado, as quais apresentavam todos os recursos necessários aos atendimentos (SILVA et al., 2010).

Com objetivo de estruturar, planejar e garantir uma atenção às Urgências e Emergências de forma qualificada, foram elaboradas e implantada duas portarias: a Portaria GM/MS 2048, de cinco de novembro de 2002, que era responsável por ordenar o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergências e a Portaria nº 1.863 GM/MS de 29 de novembro de 2003 que estabelece a Política Nacional de Atenção às Urgências e oficializa por meio do artigo 3º a sistematização da rede loco regionais de atenção



integral às urgências. Mais precisamente, a Portaria nº 1.864/GM de 29 de setembro de 2003, determinou o componente Pré-Hospitalar Móvel, por intermédio do SAMU, em conjunto com os demais serviços de salvamento e resgate, em nível nacional.

À rede de atenção às urgências e emergências no Brasil é estruturada e normatizada no contexto SUS, através da Portaria nº 1.600, de 2011 a qual é formada pelos componentes: Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde; Atenção Básica em Saúde; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências; Sala de Estabilização; Força Nacional de Saúde do SUS; Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e o Conjunto de Serviços de Urgência 24 horas; Hospitalar; e Atenção Domiciliar (LUCHTEMBERG; PIRES, 2016).

### 3.2 REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA- RUE

De acordo com Bittencourt e Ataíde (2019) no Brasil, mesmo com grandes avanços na área da saúde, é percebida a existência de muitos impasses, ocasionado por uma série de transformações no perfil populacional, bem como no processo de adoecimento, nesse sentido, a assistência torna-se voltada a uma população com uma tripla carga de doenças e com um aumento significativo na expectativa de vida, isso motiva o SUS a elaborar medidas para agir na promoção de saúde, prevenção de doenças, controle e tratamentos de doenças crônicas, que vem tendo seu índice aumentado de forma inquietante, fazendo com que o acesso e o número de atendimentos em unidades hospitalares cresçam de forma significativa, especialmente nas unidades que atendem situações Urgência e Emergência.

Para atuar frente a esse cenário, o ministério da saúde cria as Redes de Atenção à Saúde (RAS), fundamentadas pela portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, a qual determina a atuação com intuito de organizar e estruturar redes, que prestam assistência à saúde, e essas redes são entendidas como um agrupamento coordenado que trata de pontos importantes da atenção à saúde, de modo a proporcionar uma assistência integral e continuada. Com foco nessa vertente, o ministério da saúde estabeleceu a Rede de Atenção à Urgência e Emergência (RUE), que de acordo com suas diretrizes busca atuar de modo a articular e unir todos os equipamentos de saúde, de modo a fazer uma ampliação e

aperfeiçoamento do atendimento e o acesso de modo humanizado, integral e eficiente para a população que estiver em situação de urgência e emergência, mantendo foco nos aspectos epidemiológicos e condições populacionais. Para que esses atendimentos sejam efetuados como preconiza o MS, as unidades hospitalares devem ter conhecimento acerca de seu território, bem como área de cobertura ou de abrangência e consiga realizar a articulação com outros equipamentos de saúde, de acordo com as políticas públicas já instituídas (BITTENCOURT; ATAÍDE, 2019)

A Rede de Urgência e Emergência (RUE) é constituída por seis componentes básicos: Promoção; Prevenção; Vigilância em Saúde; Atenção Básica; Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (SAMU); Sala de Estabilização; Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24hs) e os demais serviços de atendimento 24 horas e a Atenção Hospitalar (GARCIA, 2019)

Segundo Antunes et al., 2018, a Rede de Urgência e Emergência, realiza o atendimento à diversas situações, desde condições clínicas, perpassando por situações cirúrgicas e traumatológicas, bem como situações de causas externas, tais como violência, emergências psiquiátricas e pediátrica, buscando sempre a ampliação, integralidade e continuidade dos cuidados, de forma eficiente, com foco na prevenção e promoção da saúde, estabelecimento de diagnósticos, tratamentos, reabilitação e assistência paliativa. A Atenção Primária à Saúde, que é considerada a porta de entrada aos serviços de saúde e que é um componente da RUE, mostra-se como essencial para organizar, coordenar, articular a assistência, uma vez que visa ampliar o acesso, realizar primeiro atendimento até haja a transferência ou encaminhamento do paciente para os demais pontos de atenção da Rede e avaliar os riscos e as vulnerabilidades.

A RUE surgiu devido à significativa demanda nas unidades hospitalares de emergência, nesse cenário são elaboradas diversas portarias para regulamentar a assistência às Urgências, essas portarias se fortaleceram ainda mais com a elaboração da Política Nacional de Atendimento às Urgências (PNAU) em 2003, que faz a determinação dos equipamentos integrantes da Rede, que são divididos em pré-hospitalar fixo; pré-hospitalar móvel e o hospitalar. Nos componentes pré-hospitalares fixos estão: a Unidades Básicas de Saúde (UBS), unidades de saúde da família, equipes de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), ambulatórios especializados, serviços de diagnósticos e terapias e unidades não hospitalares; na pré-hospitalar móvel serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU), e os serviços de resgate e hospitalar que são os hospitais como o próprio nome sugere. (NAGAI, 2017)

Para que a assistência ocorra de forma efetiva foi criado o Plano de Ação Regional (PAR) da RUE, que é um documento oficial, característico dos pactos de assistência e dos gestores, criado pelo Grupo Condutor Estadual da RUE, que trata acerca das definições físicas, financeiras, de logísticas e operacionais que são indispensáveis à efetivação desta rede. É recomendando que o PAR expresse uma descrição diagnóstica dos equipamentos de saúde que atuam na execução dos cuidados nas urgências e emergências, como também dos espaços e carências, além das medidas estratégicas adequadas para enfrentar os problemas identificados. De modo que as ações e serviços sejam organizados e desenvolvidos de forma equilibrada e integral, de maneira a reduzir a fragmentação da assistência (BRASIL, 2013).

A estruturação do PAR pelo Grupo Condutor da RUE deverá estar fundamentada na observação das competências instaladas e na situação dos equipamentos de atendimento às urgências e emergências, na análise demográfica e epidemiológica em Saúde da região, através de informações fundamentais, além da delimitação da demanda e da disponibilidade dos serviços de urgência e emergência. O Plano de Ação Regional precisará englobar o esboço ou desenho da RUE abordando a descrição técnica de cada integrante, bem como as metas, os prazos através de cronograma, os recursos para regulação, inspeção e avaliação, a determinação de responsabilidades e o custeio de recursos pela União, estado, e pelos municípios, como também a predição do acompanhamento do desenvolvimento de ações, bem como dos recursos, sempre que for necessário. (BRASIL, 2013).

As Unidades de atendimento as Urgência e Emergência são essenciais para o controle dos indicadores de morbimortalidade. Assim, como os outros equipamentos e serviços de saúde, a assistência prestada nas situações de urgências e emergências precisa ser delineada, organizada e preparada para considerar e atender os princípios determinados pelo SUS. No entanto, frente a disfunções do sistema, os serviços tornam-se porta de entrada dos hospitais, sendo considerado pelo usuário um meio de acesso a uma assistência de maior complexidade e eficiência. Esse impasse para conseguir atendimento ambulatorial e hospitalar, é resultado do aumento dos atendimentos nas unidades de urgência e emergência, os quais se tornam a mais significativa forma de ter acesso aos avanços médicos, ou seja, essas unidades tornam-se locais de aglomerações de problemas de saúde não solucionado em outros pontos da Rede de Atenção à Saúde (RESENDE; SILVA; TEIXEIRA, 2018).

### 3.3 URGÊNCIAS POR VIOLÊNCIA FAB E FAF

De acordo com Maleski (2017) ainda que o Brasil não enfrente impasses relacionados a guerras, em 2012 foi considerado o sétimo país com maior número de homicídio, nos dois anos anteriores foi classificado como o nono país com maiores casos de mortes por armas de fogo e a categoria mais atingida era a de jovens. Em 2012, levando em consideração as violências fatais, destacam-se as violências cometidas com armas de fogo representando 81,9%, e as vítimas eram especialmente adolescentes na faixa etária de 10 a 19 anos, onde a maior parte era do sexo masculino correspondendo a 91,9%.

No ano de 2013, o cenário continuou semelhante, as armas de fogo ainda eram as mais utilizadas para cometer agressões e os públicos mais envolvidos ainda eram adolescentes com idade de 10 a 19 anos, no que tange às internações por lesões por arma de fogo em percentual foi de 48,2%, enquanto as internações de adultos de 20 a 59 anos foram de 20,5%. Essas causas externas provocam impactos sociais e psicológicos para o indivíduo, família e coletividade, bem como altos custos de tratamento para o SUS (MALESKI, 2017).

De acordo com Silva e Shama (2017) a saúde pública vem sendo impactada devido a diversos problemas e resolver estes problemas é um desafio para a gestão, pois exige a elaboração de medidas de prevenção que sejam adequadas para estabelecer um equilíbrio para essa situação de saúde, mediante a esse fato, estratégias são elaboradas para alcançar eficiência no atendimento às vítimas, bem como estimular e motivar ações de prevenção e de coleta de dados. Esse tipo de trauma tem tomado enormes proporções, tanto a nível epidemiológico quanto em relação aos altos custos para o SUS, sendo responsável por cinco milhões de mortes por ano, especialmente em jovens do sexo masculino, ativos economicamente, com idade de cinco a 44 anos de idade, além de provocar sequelas e impactos emocionais.

Segundo Carvalho e Saraiva (2015) a violência tem sido grande responsável por um significativo aumento no número de morte e/ou traumas, que resulta muitas vezes em sequelas incapacitantes, isso contribui para redução de expectativa e qualidade de vida, além de tornar os indivíduos mais vulneráveis a agressões e violência física.

O sexo masculino é o de maior prevalência, de acordo com estudo de Tibães et al. (2018), foi percebida que a maior parte dos atendimentos foram realizados em homens, numericamente representa cerca de 64.754 pessoas, sendo um percentual de 55,22%, já considerando a faixa etária de 20 a 60 anos, esse número é 64.679 que em percentual representa 55,62%.

Devido à crescente prevalência mundial dos traumas, é que este foi indicado como um problema de saúde pública, uma vez que contribui para o aumento nas taxas de morbimortalidade, não apenas em países em desenvolvimento, como também nos países desenvolvidos. E fazendo-se uma análise nos dados da OMS, é percebido que há a morte de cerca de nove pessoas a cada minuto em decorrência de trauma. Dentre os traumas que mais acontecem, encontra-se o trauma torácico o qual se refere de 10% a 15% do total de traumas no mundial. Realizando-se uma análise em nível de Brasil, essa taxa equivale a 7,3% dos casos (ZANETTE et al., 2019).

Frente a essa informação acerca dos traumas torácicos e levando em consideração o estudo de Johannesdottir et al. (2019), é percebido que as lesões em tórax acontecem mais comumente por armas brancas e neste tipo de lesão há maior probabilidade de danos em órgãos nobres, além de hemorragias, que podem provocar choque e maior chance de infecções e até morte, nesse sentido, este tipo de lesão configura um determinante crítico na admissão do usuário nas unidades de urgência e emergência. Foi analisado ainda, que em países mais frios essas agressões são ocorridas mais frequentemente dentro das residências, já nos países mais quentes, esse tipo de violência física ocorre em ambientes externos, uma vez que a condição climática favorece a exposição ao risco desse tipo de agressão.

Em relação aos traumas por arma branca, é observado que é baixa a ocorrência de situações, nas quais o corpo estranho perfurante (CEP) é mantido no corpo da vítima no momento da agressão. Ainda que seja baixa essa ocorrência, essa condição demanda muita atenção dos profissionais que realizam a assistência a vítima, haja vista que a conservação desse corpo estranho perfurante no local não seja percebida, isso pode resultar em contaminação, que favorece a proliferação bacteriana, pode causar ainda uma resistência aos antibióticos, além da possibilidade de ocorrer outras lesões mais internas. Mediante a esse contexto, é necessário a realização de cuidados apropriados, bem como a utilização de instrumentos de avaliação, tais como a realização de exame físico, radiografia,

ultrassonografia e até tomografia computadorizada quando possível, para que haja o controle de possíveis complicações (JOHANNESDOTTIR et al., 2019).

De acordo com Fernandes e Sakamoto (2016), não apenas no Brasil, mas em nível mundial, um grande desafio é a falta de estrutura ou a deficiência nas estruturas dos serviços de urgências e emergências, isso colabora para uma série de problemas, no entanto, alguns protocolos foram elaborados para uma melhor classificação de risco e assim tornar a assistência mais efetiva. Entre esses protocolos de acordo com o Grupo Brasileiro de Classificação de Risco (GBCR), destacam-se como utilizados em todo o mundo: O protocolo Australiano, que é o Australian Triage Scale (ATS); o Canadense, que é o Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS); o Modelo de Manchester, que é Manchester Triage System (MTS); e o Modelo Americano, que é o Emergency Severity Index (ESI). No Brasil o modelo mais aplicado é o Modelo de Manchester.

Conforme O'Dwyer et al. (2017), a instituição das centrais de regulação é essencial para que haja uma assistência efetiva e apropriada nos serviços de atendimento às Urgências, uma vez, que a ação de regular que é atributo médico, depende da situação estrutural das centrais, bem como do conhecimento desse médico regulador, dos recursos disponíveis e do seguimento obrigatório das normas e regras oficiais para que haja um atendimento eficaz.

E ainda, de acordo com Fernandes (2017) o fato de as centrais estarem alocadas dentro do Complexo Regulador favorece a atuação do SAMU na organização e regulação da assistência e atenção às urgências, de acordo com o que é recomendado e previsto nas normas técnicas federais.

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 TIPO DE ESTUDO**

Tendo em vista sua natureza, a pesquisa trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, e procedimento técnico de revisão integrativa.

Segundo RICHARDSON (1989), diz-se que uma pesquisa é de caráter qualitativo quando esta pressupõe uma profunda interpretação e análise do comportamento das pessoas. Estes comportamentos podem estar relacionados a crenças, valores, atitudes etc.

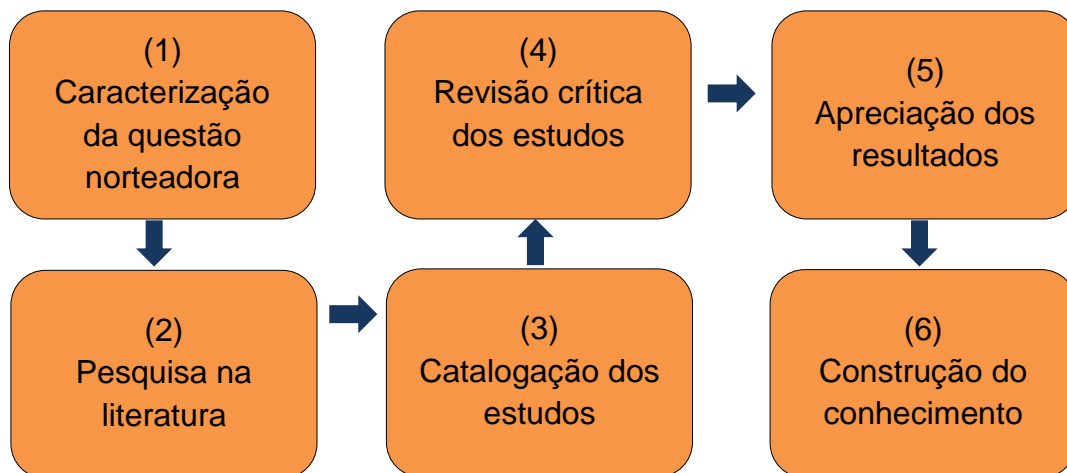
A pesquisa se caracteriza como revisão integrativa quando a mesma visa condensar resultados de estudos de autores distintos, mas com a mesma temática. Este processo tem como objetivo fazer uma repercussão mais ampla do assunto a ser debatido, procurando soluções e dando sugestões a respeito deste (ERCOLE; MELO; ALCOFORADO, 2014).

A pesquisa exploratória visa que o pesquisador tenha uma maior interação com o problema, para que este se torne mais explícito e que se construa ações ou hipóteses para resolvê-lo. Geralmente estas pesquisas se estruturam a partir de um levantamento bibliográfico; levando em consideração a análise de exemplos que incentivem o pesquisador a compreensão e entrevistas com base no relato de pessoas que tiveram experiência com a problemática abordada (SILVEIRA; CORDOVA, 2009).

Quando uma pesquisa se diz descritiva, é pelo fato dela abordar um amplo campo de estudo, ou seja, descrevem características presentes em uma sociedade ou ainda contemplando um determinado fenômeno, descrevendo todas as suas características na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, como por exemplo, questionário (GIL, 2002).

Podemos visualizar o esquema deste trabalho no Quadro 1, abaixo, que apresenta as etapas da revisão integrativa.

**Quadro 1 – Etapas da revisão integrativa de literatura**



Fonte: Próprio autor (2021)

#### 4.2 LOCAL DA PESQUISA

Foram utilizados como procedimentos de coleta de dados, a busca sistemática por trabalhos relacionados aos descritores “armas brancas, armas de fogo, violência”, nas bases de dados da Biblioteca Eletrônica Científica Online (SciELO) e na Plataforma de Periódicos da Capes (Coordenação de Aperfeiçoamento Pessoal de Nível Superior).

#### 4.3 PERÍODO DA COLETA



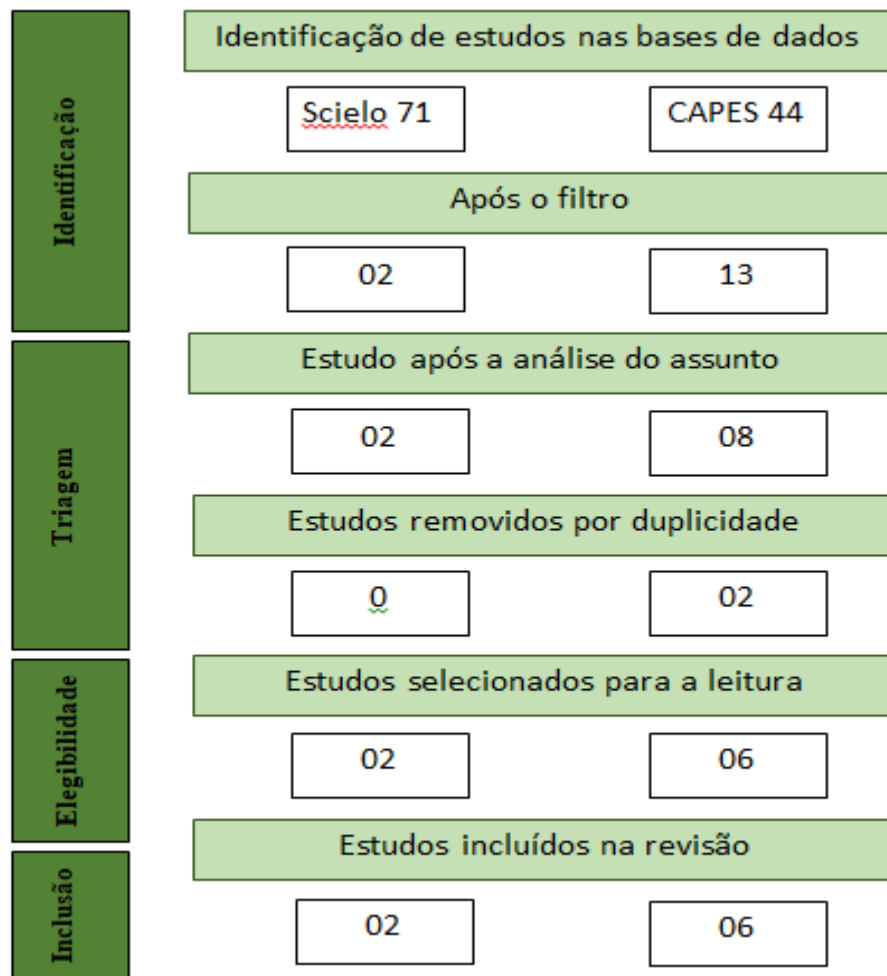
A busca nas bases de dados ocorreu no período de Março a Abril de 2021 (dois mil e vinte e um).

#### 4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Tendo como critérios de exclusão, trabalhos com mais de cinco anos de publicação ou trabalhos que não se enquadram no tema, trabalhos duplicados, artigos de acesso pago, trabalhos que não estão em formato disponível, artigos de revisão, artigos repetidos, artigos que estiverem fora da temática em estudo e/ou por não atenderem aos critérios de elegibilidade e ainda, trabalhos que não estão disponíveis em língua portuguesa.

Utilizamos como critérios de inclusão artigos na íntegra, disponível em língua portuguesa, artigos disponíveis eletronicamente, artigos publicados na íntegra, artigos em língua portuguesa, artigos científicos (pesquisas qualitativas, quantitativas, quali/quantitativas, relatos de experiências) e artigos publicados no período de 2016 a 2020.

**Quadro 2** – Fluxograma de seleção dos estudos que compuseram a revisão integrativa.



Fonte: Próprio autor (2021)

#### 4.5 ANÁLISE DE DADOS

Para análise dos dados foram utilizadas as técnicas do Livro Análise do Conteúdo de Laurence Bardin, para a seleção dos artigos que serão trabalhados posteriormente.

Para Bardin (1977), uma das finalidades da análise de conteúdo é enriquecer a leitura, pois é por meio dela que a percepção dos elementos pode não ser percebida a priori. Por meio da análise do conteúdo, é possível observar os elementos previamente entendidos e ler com mais atenção para entendê-los de forma ampla e relevante.

A análise será dividida em três etapas: pré-análise, exploração do material e processamento dos resultados. A primeira etapa é o processo inicial de organização da

pesquisa o pensamento inicial é investigado por meio da seleção da literatura utilizada, da estrutura hipotética e do índice de interpretação final, será definido o escopo da literatura e selecionado o objeto de pesquisa. serão selecionados estudos que obedecem às regras de exaustividade, representatividade, homogeneidade, pertinência e exclusividade. Na terceira fase o pesquisador terá que lapidar os resultados brutos e transformá-los em significativos e validos (BARDIN, 1977).

## **5 RESULTADO E DISCUSSÕES**

O protocolo proposto para a seleção e a análise dos estudos, especificará título, ano de publicação, objetivo, metodologia, resultados encontrados, conforme mostra a Tabela 1. Para desenvolver a análise dos dados, foi necessário realizar leituras criteriosas que proporcionasse uma abrangente visão sobre a temática, sendo possível uma melhor discussão dos resultados obtidos.

**Tabela 1** – Resultados encontrados

Nº	Título	Ano	Objetivo	Método	Resultado
1	Lesões provocadas por armas de fogo atendidas em serviços de urgência e emergência brasileiro.	2017	O artigo objetiva analisar os atendimentos de pessoas lesionadas por armas de fogo, em serviços de urgência e emergência brasileiros, em 2014.	Realizou-se um estudo transversal dos atendimentos de pacientes com lesões por arma de fogo, em 24 capitais brasileiras e no Distrito Federal, incluídos no VIVA Inquérito.	Os resultados mostram que 0,7% dos atendimentos por outros acidentes (exceto os de transporte), 1,5% por lesões autoprovocadas, 15,9% por agressões e 65,1% por intervenção legal foram provocados por arma de fogo.
2	Tratamento seletivo não operatório para ferimentos penetrantes por projéteis de arma de fogo na parede anterior do abdome: revisão narrativa da literatura.	2020	O objetivo deste estudo é fazer levantamento bibliográfico de artigos mais relevantes publicados em bancos de dados eletrônicos fazendo revisão narrativa da literatura sobre o tratamento seletivo não operatório das lesões abdominais por projétil de arma de fogo, enfatizando o conservadorismo seletivo.	Este estudo é revisão da literatura especializada em que foi feita busca eletrônica em bancos de dados de artigos e publicações relacionadas ao tratamento não operatório dos ferimentos abdominais penetrantes por projéteis de armas de fogo.	Avaliando os estudos selecionados, foi verificado que conduta não operatória seletiva pode ser empregada de forma eficaz e segura, quando realizada por equipe interdisciplinar treinada, atuando em Centros de Traumas adequados para a realização deste tipo de atendimento.
3	Tratamento seletivo não operatório para ferimentos penetrantes por projéteis de arma de fogo na parede anterior do abdome: revisão narrativa da literatura.	2016	O artigo analisa a experiência do Programa de Proteção a Crianças e Adolescentes Ameaçados de Morte (PPCAAM) e os desafios para o enfrentamento da violência letal da juventude no Brasil.	Uma abordagem interdisciplinar, que privilegia o método dedutivo, examinam-se legislações e doutrinas nacionais e internacionais sobre o tema, bem como dados sobre o público atendido pelo PPCAAM no ano de 2014	Após o exame de tais pontos, pode-se concluir que o PPCAAM, ao atuar de forma coordenada entre as diferentes instâncias governamentais, pode contribuir no debate social e na prevenção dos efeitos da violência contra a juventude.
4	Expansão, deslocamento e interiorização do homicídio no Brasil, entre 2000 e 2015: uma análise espacial.	2018	O objetivo do estudo é analisar a mudança do padrão espacial da taxa de mortalidade por homicídios (TMH) no Brasil, entre 2000 e 2015.	Trata-se de estudo ecológico por microrregiões das TMH do Sistema de Informações sobre Mortalidade, utilizando os índices de Moran e clusters de áreas críticas (95% de confiança).	As menores TMH (até 19,1/100 mil) estão mais presentes nas microrregiões de São Paulo e Santa Catarina, com aglomerados menos críticos nas regiões Sudeste e Sul.
5	Fatores associados a agressões por desconhecido entre jovens do sexo masculino atendidos em	2017	O objetivo do estudo é analisar os fatores associados a agressões por desconhecidos entre homens jovens	Trata-se de estudo de casos e controles com dados do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes, conduzido,	Totalizaram 787 casos e 1.574 controles. Foram fatores de risco na análise ajustada não exercer atividade remunerada (RC 2,09;

	serviços de urgência e emergência: estudo de casos e controles		atendidos em serviços de urgência e emergência.	em 2014, em 86 serviços de urgência e emergência do país. Foram incluídos jovens do sexo masculino, de 15 a 29 anos de idade.	IC95% 1,66; 2,64), consumo de bebida alcoólica (RC 3,14; IC95% 2,36; 4,17) e ocorrência durante a noite (RC 3,39; IC95% 2,50; 4,61) ou madrugada (RC 5,31; IC95% 3,63; 7,75). Maior idade (25-29 anos) e escolaridade (5-8 anos de estudo) foram fatores de proteção.
6	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	2016	Descrever o perfil das vítimas com ferimentos causados por projéteis de armas de fogo (PAF) e o custo dos atendimentos em uma instituição de referência no Centro-Oeste brasileiro pertencente à Rede Viva Sentinela	foi realizado estudo descritivo, com amostra por conveniência, no período de janeiro a março de 2013; as fontes de dados foram entrevista, prontuários dos participantes e o departamento de estatística do hospital	Participaram 150 vítimas, entre as quais predominaram indivíduos do sexo masculino (94,7%), jovens (67,3%) e usuários de álcool/drogas (80,0%); o principal motivo desses incidentes foi o tráfico/dívidas de drogas (45,3%); o custo médio foi de R\$1.291,93 por atendimento.
7	Tendência e distribuição da taxa de mortalidade por homicídios segundo porte populacional dos municípios do Brasil, 2000 e 2015	2018	O estudo tem como objetivo analisar tendências e distribuição das taxas de mortalidade por homicídios (TMH) segundo porte populacional dos municípios brasileiros entre 2000 e 2015	Trata-se de estudo ecológico dos óbitos do Sistema de Informações sobre Mortalidade, com TMH padronizada pelo método direto e intervalo de 95% de confiança.	Municípios de porte pequeno e médio apresentam tendências consistentes de incremento de TMH mesmo considerando subgrupos populacionais
8	Lesões musculoesqueléticas por armas de fogo em crianças e adolescentes brasileiros	2019	Avaliar e descrever lesões musculoesqueléticas por armas de fogo em crianças e adolescentes atendidas em um pronto-socorro de grande porte	Estudo retrospectivo avaliando os prontuários de pacientes, vítimas de armas de fogo e menores de 18 anos de idade que deram entrada ao pronto socorro do nosso hospital, de janeiro de 2014 a dezembro de 2016.	Dos 177 pacientes menores de 18 anos que deram entrada no pronto socorro por ferimento por armas de fogo, 126 pacientes (71,2%) atenderam aos critérios de inclusão. Foram excluídos 51 (43 por não apresentaram lesões musculoesqueléticas). Cento e sete (84,9%) eram do sexo masculino e 19 (15,1%) do feminino.

Fonte: Próprio autor (2021)

Após análise criteriosa nos artigos seccionados culminamos nas seguintes categorias:

Categoria 1: Perfil dos acometidos por FAB e FAB;

Categoria 2: Verificar os principais danos físicos e sequelas em pacientes acometidos por FAF e FAB.

De acordo com Ribeiro; Souza; Sousa, (2017), há certa predominância do sexo masculino no que diz respeito a violências envolvendo armas de fogo e armas brancas. Cerca de 85.03% de todas as ocorrências registradas, tiveram homens envolvidos. A relação desses acidentes está intimamente ligada à violência, muitas vezes doméstica, e as tentativas de homicídio.

Uma questão que vale a pena se destacar, é o fato de a maioria dos acontecimentos envolvendo armas de fogo e armas brancas, são causados por pessoas que não exercem uma atividade remunerada ou por pessoas que não recebem uma remuneração de acordo para manter os padrões mínimos de qualidade de vida. Isso por vezes gera certa revolta e deixa assim o sujeito mais susceptível a cometer delitos (RIBEIRO; SOUZA; SOUSA, 2017).

O atual cenário em que vivemos e devido às injustiças sociais, atrelado à baixa escolaridade, tudo isso somado, gera um ciclo no qual a violência se tornou algo bastante recorrente na nossa sociedade. O estado por vezes negligencia a assistência básica a várias regiões e isso influencia bastante negativamente esse cenário de violência.

O tráfico de drogas de tem sido um importante problema de saúde pública e político, pois essa economia paralela desvia milhões de reais além de promover violência e uma elevada taxa de mortalidade principalmente por armas de fogo devido a fatores diversos, que vão desde dívidas até “queima de arquivo”. O acesso facilitado às armas somado ao consumo de bebidas alcólicas e drogas, tem impactado a sociedade devida suas consequências (FILHO; HAMANN; VASCONCELOS, 2018).

Os delitos como assaltos também estão em ascensão, e uma situação que era muito frequente nos grandes centros urbanos estão migrando para os interiores, e principalmente na região do nordeste brasileiro. Estados como Ceará, Pernambuco e Paraíba tiveram um

aumento considerável de delitos proveniente de assalto, tráfico de drogas e pistolagem (SOARES FILHO; MERCHAN-HAMANN; VASCONCELOS, 2020).

A crise financeira que assola nosso país aumenta consideravelmente as perdas e diminuem o orçamento a ser investido em segurança pública, somando-se a esse contexto, temos uma política altamente falha com fortes tendências à corrupção. Estas situações elevam os riscos que os brasileiros correm ao mesmo tempo em que geram um sentimento de revolta para com os governantes (SOARES FILHO; MERCHAN-HAMANN; VASCONCELOS, 2020).

Embora o público mais acometido seja o de adultos jovens, crianças e adolescentes também são muito acometidos por lesões musculoesqueléticas, sejam elas oriundas de armas brancas ou armas de fogo. Neste público, o sexo masculino representa 84,9% e o feminino 15,1%. Acredita-se que o percentual seja maior entre homens devido principalmente ao tráfico de drogas, onde muitos entram no mundo do crime e morrem ou são atingidos por balas perdidas em tiroteios (BERALDO; FORLIN 2019).

As crianças, devido não ter uma personalidade nem opinião formada, tem maior probabilidade de ingressar no mundo do crime. Vários são os fatores que levam os jovens a esse caminho e aumenta consideravelmente o número de homicídios destes. O espírito aventureiro, excesso de coragem e imaturidade levam a decisões erradas e acarreta muitos outros problemas políticos e sociais.

No ano de 2012, a maioria dos casos de violência envolveram armas de fogo e predominou a faixa etária de crianças e jovens de 10 a 19 anos. No ano seguinte, o mesmo instrumento foi usado em 48,2% de todos os casos de jovens internados no sistema único de saúde (SUS), evidenciando assim que mesmo que o público jovem merece uma atenção especial no que diz respeito a problemas com violência (MACIEL; SOUZA; ROSSO 2016).

Com o estatuto do desarmamento que foi colocado em vigor no de 22 de dezembro de 2003, muitas armas foram tiradas de circulação. Contudo, hoje percebemos que as armas são algo real e de proporções muito abrangentes. Nos grandes centros urbanos onde o tráfico de drogas é mais presente, pode ser observado um verdadeiro arsenal de guerra.

Embora o nosso país seja considerado pacífico no tocante a guerras e conflitos, e apesar de não ser um país pobre, no ano de 2012 o Brasil ficou em sétimo lugar no ranking de

homicídios a nível mundial. A maioria das vítimas foi acometida por lesão penetrante por arma de fogo ou por arma branca (cerca de 81,9% dos casos), tendo sido a população jovem mais acometida (MACIEL; SOUZA; ROSSO 2016).

Os narcotraficantes investem muito dinheiro em armamento de guerra, no entanto, as armas são entregues a jovem sem qualquer preparo. Neste sentido, os jovens acabam se envolvendo, pois a fase jovem é uma fase de descoberta onde os nervos estão a flor da pele e o excesso de coragem o incentiva a entrar nesse caminho.

Em um breve comparativo entre as armas brancas e as armas de fogo, é notório que os danos causados pelas armas de fogo são consideravelmente mais graves e desenvolvem sequelas cada vez mais severas. É importante ressaltar que a arma de fogo foi o meio mais utilizado para proporcionar homicídios em países de baixa e média renda, especificamente, nos países da América Latina cerca de 75% dos homicídios foram causados por este tipo de arma. No Brasil foi veículo causador de inúmeras violências e conseqüentemente lesões a níveis fatais em aproximadamente 45.068 pessoas no ano de 2014 (RIBEIRO; SOUZA; SOUSA, 2017).

Neste sentido, nota-se que as armas de fogo quando envolvidas em situações de violência, tem uma maior probabilidade de letalidade. Mesmo quando não causa a morte propriamente dita, as lesões causadas por armas de fogo muitas vezes causam danos incapacitantes, e como a maioria dos acometidos são adultos jovens, isso causa um grande custo aos cofres públicos.

Um paciente quando atingido por um projétil de arma de fogo, necessita do serviço de saúde em várias esferas que vão desde o atendimento pré-hospitalar até a UTI, se necessário. Isto eleva os gastos previdenciários drasticamente, pois como o público mais atingido são os adultos jovens, em sua idade mais produtiva, os mesmos não conseguem mais trabalhar, e ao invés de contribuir, este vai tirar.

Em um comparativo de gênero, o sexo masculino apresenta um percentil mais elevado quanto se fala de engajamento com armas de fogo e armas brancas, e conseqüentemente as resultantes de seu uso. São estes meios também os responsáveis diretos por proporcionar um acentuado número de mortes, sequelas severas e incapacidades nos envolvidos e acometidos.



Dentre as principais regiões corpóreas que são acometidas durante estes atos de violência, cabeça, pescoço e tronco em geral são os principais alvos (MELO; GARCIA, 2019).

Os riscos que cercam uma pessoa acometida por lesão causada por armas de fogo e armas brancas, não se detém apenas a morte. Muitas pessoas não chegam a óbito, contudo, adquirem lesões incapacitantes permanentemente, o que para muitos se torna outro problema maior. A organização mundial de saúde (OMS) define saúde um estado em que o sujeito está bem integralmente, ou seja, biopsicossocial. Fato é que lesões incapacitantes na maioria das vezes não permitem que isso aconteça, pois o acometido muitas vezes não supera o trauma psicológico.

A cabeça e o pescoço são uma das partes mais atingidas e com a maior taxa de letalidade devido as grandes complicações que tais ferimentos causam nestas regiões. O pescoço com artérias calibrosas e a caixa craniana como principal proteção do cérebro geralmente são alvos mais no corpo. A cada 15 pessoas acometidas por ferimento desta natureza, uma chega viva ao hospital e geralmente esta que chega, sobrevive.

Neste sentido, cabe avaliar toda a cinemática como, por exemplo, a arma utilizada, se for uma arma de fogo avaliar o tipo de munição, o trajeto do projétil, para que a partir daí, possa se traçar uma conduta. Dentre as lesões mais comuns para ferimentos na cabeça, estão a meningite causado pelo rompimento das meninges, abscessos, lesão cerebral causado por fragmentos de pele e/ou ossos e risco de infecção.

Os riscos mais comuns de ferimentos penetrantes no pescoço sempre estão relacionados a hemorragias, devido ser um lugar onde passa vasos e artérias muito calibrosas que tem contato direto com o coração e demais órgãos nobres. Lesões e até mesmo o rompimento da traqueia e músculos também podem ocorrer. Cabeça e pescoço são as partes mais atingidas compreendendo 30,9% dos casos (MELO; GARCIA, 2017).

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este estudo teve como objetivo principal fazer uma caracterização do perfil das vítimas acometidas por ferimentos causados por armas de fogo e armas brancas. Foi percebido que uma determinada parcela da população é mais susceptível a enveredar-se por este caminho devido principalmente a problemas socioeconômicos. A maioria dos delitos aconteceu em via pública e nos finais de semana. Os acometidos, em sua maioria, foram mais atingidos na cabeça, tronco e membros respectivamente.

O perfil dos acometidos em acidentes envolvendo armas de fogo e armas brancas geralmente são adultos jovens do sexo masculino, em idade entre 20 a 39 anos, de cor negra,

com baixa escolaridade cursando na maioria das vezes apenas o ensino fundamental ou menos, e que fizeram uso de bebidas alcóolicas ou de drogas nas últimas seis horas antes das ocorrências.

Foi possível observar que há uma grande dificuldade por parte das autoridades políticas no problema de segurança pública, ao mesmo tempo em que esta negligência por vezes o referido problema. A impopularidade dos governantes principalmente relacionado a corrupção, cria uma distância entre o povo e estas autoridades, e devido a não terem educação de qualidade, emprego e oportunidades, o indivíduo tende a cometer delitos.

Os danos causados por armas brancas e de fogo vão dos danos físicos ao psicológico. Muitos acometidos não conseguem exercer funções simples após o ocorrido. Outros carregam cicatrizes permanentes no corpo e no psicológico também. As cicatrizes remetem a uma situação de dor e sofrimento, e devem ser tratados assim como os danos físicos. Desta forma, vê-se a necessidade de uma equipe interdisciplinar no tratamento das pessoas acometidas por armas, que vai desde a equipe médica, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos e educadores físicos.

É necessário refletir sobre o cenário em que estamos inseridos e traçar estratégias para combater a questão da violência e dos fatores que levam estes episódios acontecerem. É preciso fazer uso de metodologias educativas, que tirem o jovem da rua não o deixando ocioso. Geração de empregos e educação são primordiais neste processo de diminuição da violência.

## REFERÊNCIAS

ANTUNES, B.C.S; CROZETA, K; ASSIS, F; PAGANINI, M.C. Rede de Atenção às Urgências e Emergências: perfil, demanda e itinerário de Atendimento de idosos. **Cogitareenferm.** V, 23, N. 2, Paraná, 2018.

AZEVEDO, A. C. O.; FERNANDES, R. Violência e Juventude Negra: Um Estudo sobre a Política de Proteção de Crianças e Adolescentes Ameaçados de Morte. **Revista de Movimentos Sociais e Conflitos**, v. 2, n. 1, p. 234-251, 2016.

BERALDO, R. F.; FORLIN, E. Lesões musculoesqueléticas por armas de fogo em crianças e adolescentes brasileiros. **Revista Brasileira de Ortopedia**, v. 54, n. 6, p. 685-691, 2019.

BITTRNCOURT, C.S; ATAÍDE, M.A. As Redes de Atenção à Saúde em Urgência e Emergência e sua efetividade nas redes Intersetoriais no Distrito de Ermelino Matarazzo. **Serv. Soc. & Saúde**, V.18, p. 1-22, SP, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS) / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada**. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Portaria N° 2048, de 5 de novembro de 2002, que institui o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. **Diário oficial da República Federativa do Brasil**. Poder Executivo. DF.

BRASIL. Portaria N° 1.864, DE 29 de setembro de 2003. Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU- 192. **Diário oficial da República Federativa do Brasil**. Poder Executivo. DF.

BRASIL. Portaria N° 1863, de 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. **Diário oficial da República Federativa do Brasil**. Poder Executivo. DF.

CARRRON, A.G. Desafio da equipe de enfermagem no atendimento pré-hospitalar. 2016. 54f. **Monografia. Graduação em Enfermagem**. Santa Cruz do Sul, 2016.

CARVALHO, I. C. C. M.; SARAIVA, I. S. Perfil das vítimas de trauma atendidas pelo serviço de atendimento móvel de urgência. **R. Interd.**, Teresina, v.8, n.1, p. 137-148, jan. fev. mar, 2015.

DALFOVO, M. S.; LANA, R. A.; SILVEIRA, A. Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico. *Revista interdisciplinar científica aplicada*, v. 2, n. 3, p. 1-13, 2008.

DORNELLES, C; NOVACK, B.C; SILVA, J.R; AMESTOY, S.C As dificuldades vivenciadas pelos profissionais de enfermagem no atendimento pré-hospitalar. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, V.3, N.8, p.1-8, Brasília, 2017.

ERCOLE, F. F.; MELO, L. S.; ALCOFORADO, C. L. G. C. Revisão Integrativa *versus* Revisão Sistemática, **REME - Revista Min Enfermagem**, jan/mar; 18(1): 1-260, 2014.

FERNANDES, F.S.L. O processo de trabalho da Central de Regulação do Serviço de Atendimento Móvel às Urgências- SAMU 192 do município de São Paulo. 137f. Tese. Pós-graduação em Saúde Pública. **Universidade de São Paulo- Faculdade de saúde pública**. SP, 2017.

FERNANDES, P.S.P; SOUZA, V. L. ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL – SAMU: Papel do Enfermeiro. 2017. 49f. Monografia. Bacharelado em Enfermagem. **Faculdade Redentor**. Itaperuna - RJ. 2017.

FERNANDES, V; SAKAMOTO, R. A **Classificação de Risco nos Serviços de Urgência e Emergência**. 2016.

FRANÇA, S. P.S; MARTINO, M. M. F. Atendimento pré-hospitalar como estratégia de promoção de saúde pública: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem**, Recife, abril 2013.

FREITAS, N.A; de et al. Perfil clínico-epidemiológico de adolescentes e jovens vítimas de ferimento por arma de fogo. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 429-435, 2017.

GARCIA, J.A.C.L. Atuação em urgência e emergência na atenção básica: Percepção dos enfermeiros. 2019. 84f. Pós-graduação em Enfermagem. **Universidade Federal de Alagoas** escola de enfermagem. Maceió, 2019.

GIL, A. C. Como classificar as pesquisas. **Como elaborar projetos de pesquisa**, v. 4, p. 44-45, 2002.

JOHANNESDOTTIR, U; *at al*. Penetratingstab injuries in Iceland: a whole- ation study on incidence and outcome in patients hospitalized for penetrating stab injuries. **Scandinavian Journal of trauma, Resuscitation and Emergency Medicine**, V. 27, N.7, 2019.

LUCHTEMBERG, M. N.; PIRES, D. E. P. Enfermeiros do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: perfil e atividades desenvolvidas. **Revista Brasileira de Enfermagem – REBEn**. v. 69, n. 2. p. 213-220. 2016.

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.

MAIA, A.B.P; ASSIS, SimoneG.; 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, 2019.

MALESKI, P. S.I.S. CARACTERIZAÇÃO DAS VÍTIMAS DE FERIMENTOS POR ARMA DE FOGO E ARMA BRANCA ATENDIDAS EM UM HOSPITAL PÚBLICO. 2017. 39f. **Trabalho de Conclusão de Curso**, bacharelado em Enfermagem, Universidade de Brasília – Faculdade de Ceilândia, 2017.

MALESKI, P.S.I.S. Caracterização das vítimas de ferimentos por arma de fogo e arma branca atendidas em um hospital público. 2017.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. Técnicas de pesquisa. \_\_. Técnicas de pesquisa, v. 6, 1907.

MARTINS, P. P. S. Atendimento pré-hospitalar: atribuição e responsabilidade de quem? Uma reflexão crítica a partir do serviço do Corpo de Bombeiros e das políticas de saúde para o Brasil. **BSTORM**. 2017.

MELO, Alice Cristina Medeiros; GARCIA, Leila Posenato. Fatores associados a agressões por desconhecidos entre jovens do sexo masculino atendidos em serviços de urgência e emergência: estudo de casos e controles. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 2825-2834, 2019.

NAGAI, D.K. Diretriz de integração do SAMU com os componentes APS e UPA na rede de urgência e emergência: pesquisa-ação. 2017. 113f. **Dissertação Mestrado profissional setor de ciência da saúde**. Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2017.

O'DWYER, G; KONDER, M.T; RECIPUTTI, L.P; MACEDO, C; LOPES, M.G.M.O processo de implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Brasil: estratégias de ação e dimensões estruturais. **Cad. Saúde Pública**, V.33, N.7, 2017.

RESENDE, M.A; SILVA, G.A; TEIXEIRA, J.C.A. O sentido de trabalhar na rede de urgência e de emergência: representações sociais de gestores e trabalhadores de serviços de saúde. **Rev. Med. Minas Gerais**, V.28 (supl5), MG, 2018.

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, Adalgisa Peixoto; SOUZA, Edinilsa Ramos de; SOUSA, Carlos Augusto Moreira de. Lesões provocadas por armas de fogo atendidas em serviços de urgência e emergência brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 2851-2860, 2017.

SILVA, A.M.A; SHAMA, S.F.M.S. Epidemiologia do trauma em atendimentos do SAMU Novo Hamburgo/ RS no primeiro trimestre de 2015. **Rev. Saúde e pesquisa**. V.10, N.3, p.539-548, RS, 2017.

SILVA, E.A.C; TIPPLE, A.C.F.V; SOUZA, J.T; BRASIL, V.V. Aspectos históricos da implantação de um serviço de atendimento pré-hospitalar. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 12, n. 3, p. 571-577, 2010.

SILVA, Francisco Eduardo; SORRENTINO, Bruna de Carvalho. Tratamento seletivo não operatório para ferimentos penetrantes por projéteis de arma de fogo na parede anterior do abdome: revisão narrativa da literatura. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 47, 2020.

SILVA, L. A. A; SILVA, G.C. Organização do atendimento pré-hospitalar móvel de emergência: uma questão de gestão dos serviços de saúde. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 6 n. 2, 2015.

SILVEIRA, Denise Tolfo; CÓRDOVA, Fernanda Peixoto. A pesquisa científica. **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009. p. 33-44, 2009.

SILVEIRA, Denise Tolfo; CÓRDOVA, Fernanda Peixoto. Unidade 2–A pesquisa científica. **Métodos de pesquisa**, v. 1, p. 31, 2009.

SOARES FILHO, Adauto Martins; DUARTE, Elisabeth Carmen; MERCHAN-HAMANN, Edgar. Tendência e distribuição da taxa de mortalidade por homicídios segundo porte populacional dos municípios do Brasil, 2000 e 2015. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1147-1156, 2020.

SOARES FILHO, Adauto Martins; MERCHAN-HAMANN, Edgar; VASCONCELOS, Cintia Honório. Expansão, deslocamento e interiorização do homicídio no Brasil, entre 2000 e 2015: uma análise espacial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 3097-3105, 2020.

SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein (São Paulo)*, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010.

SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein (São Paulo)**, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010.

TIBÃES, H.B.B; SILVA, D.M; ALVES, M; PENNA, C.M.M; BRITO, M.J.M. Perfil de Atendimento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Norte de Minas Gerais. **RevFundCare Online**. V.10, N.3, p. 675-682. 2018.

VOLPATO, A.C.B et al. Enfermagem e emergência. 2. ed. São Paulo: **Martinari**, 2014. 400 p.

ZANETTE, G.Z; WALTRICK, R.S; MONTE, M.B. Perfil epidemiológico do trauma torácico em um hospital referência da Foz do Rio Itajaí. **Rev. Col. Bras. Cir.** V.46, N.2, SC, 2019.