



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA**

BRUNO ARAÚJO BEZERRA

**PERFIL DOS ÓBITOS POR ARMA BRANCA DE 2006 A 2016: BRASIL E
SERGIPE**

ARACAJU

2018

BRUNO ARAÚJO BEZERRA

**PERFIL DOS ÓBITOS POR ARMA BRANCA DE 2006 A 2016: BRASIL E
SERGIPE**

Monografia apresentada à Universidade Federal de Sergipe como um dos pré-requisitos para a conclusão do curso de Medicina

Orientador: Dr. Osvaldo Alves de Menezes Neto

Aracaju

2018

BRUNO ARAÚJO BEZERRA



PERFIL DOS ÓBITOS POR ARMA BRANCA DE 2006 A 2018: BRASIL E
SERGIPE

Autor: Bruno Araújo Bezerra

Orientador: Osvaldo Alves de Menezes Neto

PERFIL DOS ÓBITOS POR ARMA BRANCA DE 2006 A 2016: BRASIL E
SERGIPE

Monografia apresentada ao departamento de Medicina como requisito parcial à conclusão do curso graduação de Medicina da Universidade Federal de Sergipe.

BANCA EXAMINADORA

Universidade Federal de Sergipe

Universidade Federal de Sergipe

Universidade Federal de Sergipe

SUMÁRIO

I. REVISÃO DE LITERATURA	5
1. INTRODUÇÃO	5
2. TRAUMA	6
3. ARMA BRANCA	7
4. LESÕES POR ARMA BRANCA	8
4.1. LESÕES CORTANTES	8
4.2. LESÕES PERFURANTES	8
4.3. LESÕES PERFURO-CORTANTES	9
4.4. LESÕES CORTO-CONTUNDENTES	9
5. EPIDEMIOLOGIA DAS VÍTIMAS DE ARMA BRANCA E DE FOGO	10
6. CHOQUE	10
6.1. CLASSIFICAÇÃO DO CHOQUE	11
6.1.1. CHOQUE HIPOVOLÊMICO	11
6.1.2. CHOQUE CARDIOGÊNICO	12
6.1.3. CHOQUE DISTRIBUTIVO	12
6.1.4. CHOQUE OBSTRUTIVO	13
7. REFERÊNCIAS	13
II. NORMAS DE PUBLICAÇÃO	18
III. ARTIGO CIENTÍFICO	24
RESUMO	25
ABSTRACT	26
1. INTRODUÇÃO	27
2. MÉTODO	28
3. RESULTADOS	29
4. DISCUSSÃO	30
5. CONCLUSÃO	32
6. REFERÊNCIAS	33
7. ANEXO	35

I. REVISÃO DE LITERATURA

1. INTRODUÇÃO

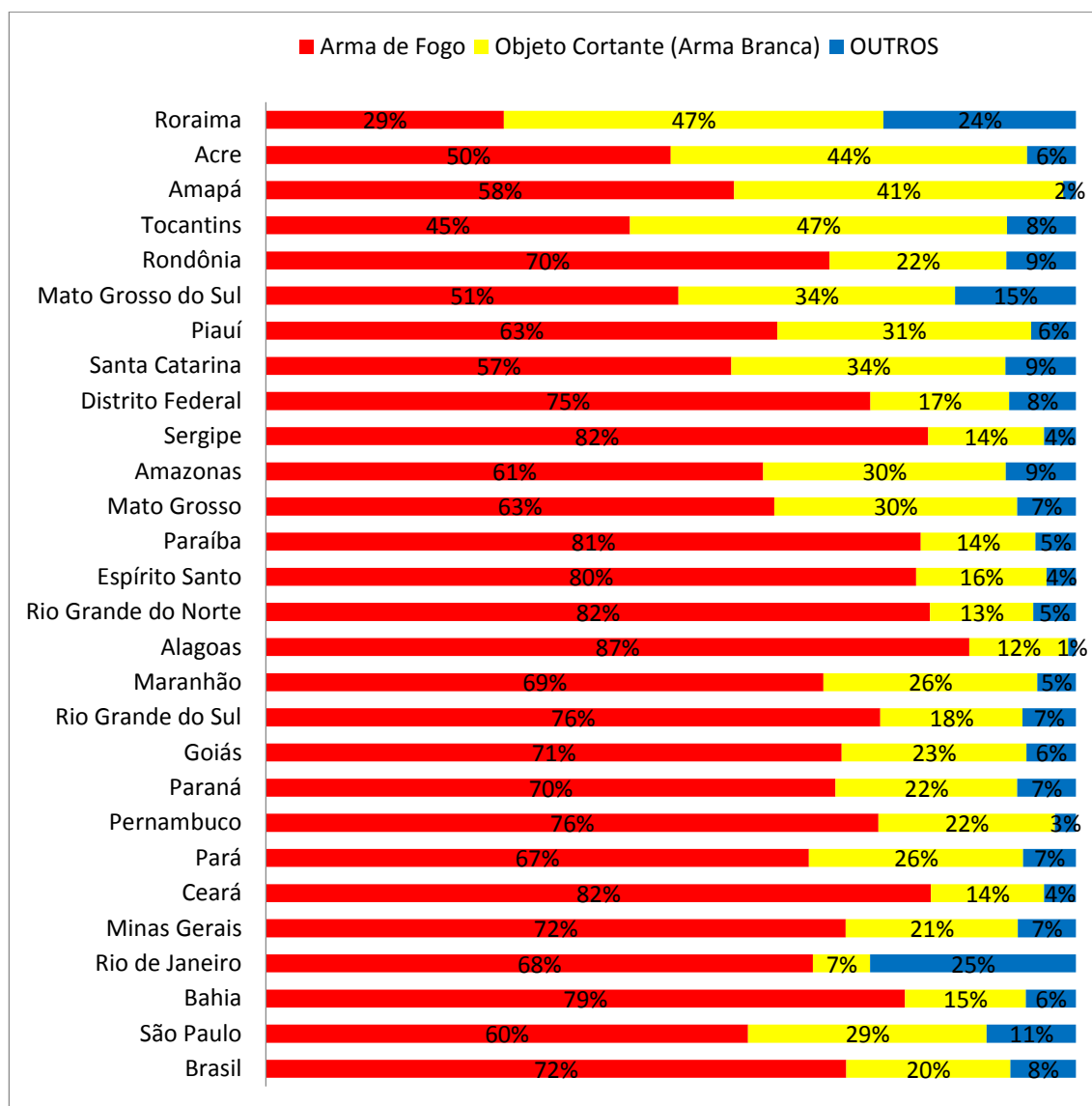
Todo ano 5,8 milhões de pessoas de diferentes grupos sociais e de todas as faixas etárias vão a óbito por ferimentos não intencionais e por violência, são as vítimas do trauma, responsável por 10% de todas as causas de morte no mundo ¹. Conforme, o Comitê de Trauma Americano, a estimativa para 2020 é que um em cada dez pessoas morra em decorrência do trauma.² Grande número das incapacitações permanentes são provocadas por trauma, atingindo principalmente o sexo masculino entre 5 a 44 anos.⁵

Mundialmente, a arma branca é comumente utilizada em homicídios, porém em porcentagens bem menores que as armas de fogo. Na Malásia, 41% dos homicídios envolvem objetos pontiagudos, enquanto o percentual de homicídios envolvendo facas é de 47% na Escócia, 40% na Nigéria e 34% na Austrália e 6% na Inglaterra. Nos Estados Unidos, uma pesquisa encontrou 56% dos ferimentos por armas de fogo contra 11% de ferimentos por arma branca, num hospital de Washington. ⁴

O Reino Unido possui uma legislação que proíbe a posse de facas ou outros objetos pontiagudos em público sem que haja uma boa razão para isso.⁵ No Brasil, a proibição de posse de armas brancas talvez seja uma tarefa difícil e que geraria muitos conflitos, uma vez que aqui existe um número maior de trabalhadores rurais e trabalhadores informais que se utilizam de facas, facões ou outros objetos como instrumentos de trabalho, como por exemplo, chefes de cozinha que possuem kits de facas pessoal ou feirantes que usam facas para corte de carnes, frutas, entre outros.

Em 2014, dois estados do Norte do país apresentaram mais mortes por armas brancas (facas e outros objetos cortantes) do que por armas de fogo. Roraima, com 46,9% das mortes causadas por agressão provocadas por armas brancas enquanto 29,4% dos homicídios foram por revólveres e Tocantins surgindo em seguida, com taxa de 44,9% por objetos cortantes e 46,5% de assassinatos por arma de fogo. Enquanto a curva padrão da violência nacional apresentava 72% das causas provocadas por armas de fogo e 20% por arma branca. ⁶

Gráfico 1: Incidência de mortes por agressão, por instrumento utilizado no Brasil e Unidades da Federação em 2014.



Fonte: Anuário Brasileiro de Segurança Pública, 2016.

2. TRAUMA

Trauma é uma lesão que apresenta extensão e intensidade variáveis, podendo ser provocada por ação química, físico e/ou psíquica, de maneira acidental ou intencional, instantânea ou prolongada, gerando modificações somáticas ou psíquicas.⁷

É capaz de provocar lesões graves e simultâneas em diversos órgãos e, caso não seja tratadas adequadamente desde os primeiros cuidados, poderá deixar sequelas e até mesmo à morte em curto espaço de tempo.⁸ Numa perspectiva médico-legal, lesão ou

dano é toda a alteração anatômica ou funcional ocasionada por agentes externos ou internos.⁹

O trauma gera um grande impacto na morbidade e na mortalidade da população, tornando-se um problema de saúde pública no país, repercutindo em questões sociais e econômicas criando a necessidade de melhores políticas públicas destinada a cuidado e aperfeiçoamento dos níveis de especialização que essa grave situação exige.

As vítimas do trauma devem ser avaliadas por um profissional com um bom conhecimento sobre a anatomia humana, principais manifestações clínicas apresentadas e a cinemática do trauma, pois possuem melhores habilidades a detecção de possíveis lesões permitindo ações adequadas que evitam agravamento a saúde.⁷

O atendimento inicialmente realizado fora do ambiente hospitalar é conhecido como atendimento pré-hospitalar (APH), normalmente é feito por profissionais especialmente treinados e capacitados, como técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos e militares do corpo de bombeiros.⁸

A avaliação adequada do paciente traumatizado é definidora nas decisões de atendimento e transporte e objetiva identificar a condição atual do paciente, incluindo sistemas respiratório, circulatório e neurológico. Condições que ameacem a vida devem ser rapidamente avaliadas, pois permite iniciar precocemente intervenções de urgência e reanimação quando necessário. Quaisquer outras condições que requeiram atenção devem ser identificadas e tratadas antes da remoção.¹⁰

No Brasil, o atendimento pré-hospitalar é dividido em duas modalidades: Suporte Básico à Vida (SBV) e Suporte Avançado à Vida (SAV). O SBV compreende a preservação da vida, sem realizar manobras invasivas, sendo realizado por profissionais treinados em primeiros socorros através de supervisão médica. Já o SAV compreende a realização de manobras invasivas, de grande complexidade as quais necessitam de ser desenvolvidas por médicos e enfermeiros.¹¹

3. ARMA BRANCA

Arma branca é um instrumento dotado de ponta e gume, tipo faca e punhal, que causa lesões no corpo da vítima por pressão e secção de planos teciduais.¹² Segundo a Lei 5/2006, artigo 2º I) arma branca é todo o objeto ou instrumento portátil dotado de uma lâmina ou outra superfície cortante ou perfurante de comprimento igual ou superior

a 10cm ou com parte corto-contundente, bem como destinado a lançar lâminas, flechas ou virões independentemente das suas dimensões.¹³

Dessa forma, não podemos nos referir a arma branca e fazer menção apenas a lesões provocadas por facas. As armas brancas, bem como outros objetos utilizados manualmente, são consideradas portadoras de baixa energia. Provocam lesões através da sua superfície cortante, pela sua ponta ou devido a ambas.¹⁴

A arma branca mais comum utilizada é a faca de cozinha.^{15,16,17} A maioria das mortes, que são atribuídas a facadas, é causada por objetos cuja função principal não é a de uma arma ofensiva.¹⁸

4. LESÕES POR ARMA BRANCA

Conforme legislação nacional e o mecanismo de ação utilizado arma branca pode provocar quatro tipos de lesões: cortantes, perfurantes, perfuro-cortantes e corto-contudentes.¹³

4.1. LESÕES CORTANTES

Lesões cortantes são lesões provocadas por ferramentas cortantes que agem por pressão e deslizamento sobre o seu fio, normalmente não fatais¹⁷, são mais compridas do que profundas^{12, 17,19,20}. São tratadas no serviço de pronto atendimento com alguns pontos de sutura, normalmente não exigem grandes cuidados médicos, resultando em cicatrizes finas e de aspecto linear.¹⁷ São exemplos de instrumentos: a faca, bisturi, estilete, etc.

4.2. LESÕES PERFURANTES

Lesões perfurantes são lesões provocadas por ferramenta pontiaguda que agem por pressão perfurando a pele com trajeto retilíneo conforme força aplicada e agudeza da ponta. Quanto mais pontiaguda a ferramenta, menos força é necessária aplicar para penetrar na pele.¹⁷ Uma vez entrada a ponta, mais facilmente todo instrumento penetrará na pele e tecidos adjacentes, mesmo com pouca força aplicada na ação, a não ser que encontre uma estrutura sólida, como um osso ou dente.¹⁷

São exemplos de ferramentas mais comuns utilizadas neste tipo de lesões: pregos, florete, estiletes e furador de gelos.¹⁴

4.3. LESÕES PERFURO-CORTANTES

Lesões perfuro-cortantes são lesões provocadas por uma ferramenta afiada e estreita que age por pressão e deslizamento rasgando os tecidos cutâneos, ou seja, a ponta perfurante afasta as fibras e a lâmina corta os tecidos da vítima.²¹

As lesões perfuro-cortantes são as mais associadas a homicídios.^{12,17,19} Embora, na maioria das vezes cause lesões superficiais, atingindo a pele e o tecido adiposo podem tornar-se fatais ao atingir estruturas vitais.^{19, 20,22}

Assim, a gravidade das lesões não depende apenas das características do instrumento ou da força utilizada, mas também da região do corpo afetada.^{12,17,20,22}

A faca é a arma mais regulamentada utilizada na produção deste tipo de lesão devido à sua capacidade cortante e ponta aguçada.^{17,19,21}

4.4. LESÕES CORTO-CONTUNDENTES

Lesões corto-contundentes são lesões provocadas por ferramentas pesadas agindo por pressão, percussão e deslizamento, apresentando características de lesões cortantes, embora provocadas por mecanismo contuso.^{14,17}

As lesões podem iniciar cortantes, no entanto mais profundas, se o instrumento é pesado e possui gume afiado, podendo atingir o osso. Chegam a serem devastadoras, decepando segmentos, fraturando ou seccionando ossos, etc.. Caso o instrumento tenha um gume rombo as lesões geradas terão bordos irregulares e áreas de contusão, equivalente às feridas contusas.^{14,17}

Comumente, as feridas corto-contundentes são fatais, dada a sua extensão e profundidade. Facilmente lesam grandes vasos ou órgãos vitais, produzindo hemorragias maciças.¹⁹

São instrumentos com capacidade corto-contundentes: foice, enxada, serra elétrica e faca-peixeira.

5. EPIDEMIOLOGIA DAS VÍTIMAS DE ARMA BRANCA E DE FOGO

As principais vítimas de agressões por arma branca e por arma de fogo são indivíduos do sexo masculino pertencente a população jovem produtiva do país. A violência afeta a tudo e a todos, desde sociedade e família até os serviços de saúde.¹²

Os homens representam as maiores vítimas por estarem mais expostos aos problemas sociais, devido ao tipo de trabalho, formas de diversão e lazer e ociosidade. Devendo ser lembrado que a "cultura machista" é predominante na sociedade brasileira, principalmente nas regiões com menor acesso à educação, nas quais os atritos entre as pessoas são resolvidos entre elas diretamente.²³ Os índices alarmantes da mortalidade masculina devido a agressão refletem o perfil violento da nossa sociedade.²⁴

Infelizmente o uso de armas de fogo em homicídios entre os jovens vem aumentando e para que exista agressão por armas brancas, é necessário ter maior contato físico e coragem do agressor para realizar o ato²³. A exposição à violência de adolescentes e adultos jovens, associando-se não apenas a problemas sociais, mas também à imaturidade dos jovens, devido a falta de projetos de vida bem definidos.²⁵

No Brasil, homens jovens de 20 a 29 anos, tem vinte vezes mais chance de morrer por arma de fogo que uma mulher na mesma faixa etária, sendo sete vezes maior a outras faixas etárias e quatro vezes superior ao restante da população masculina.²⁶ Esses dados podem não representar o número total de mortalidades por arma branca e de fogo, pois muitas vítimas internadas são transferidas para outros hospitais, sem registro de outras informações.²⁶

Um estudo realizado, entre fevereiro e junho de 2004, em Campo Grande - MS, constatou que, os óbitos provocados por perfuração de arma de fogo ou branca ocorreram mais nas regiões do tórax e abdome (35,7%) e crânio (24,3%). Lesões em áreas do tórax, abdome e crânio aumentam a chance das vítimas evoluírem com choque e infecções aumentando de morte e sequelas.²³

6. CHOQUE

O choque é uma síndrome caracterizada por baixa perfusão tecidual devido a insuficiência circulatória aguda gerando um desequilíbrio entre a oferta e a necessidade de oxigênio e nutrientes associado ao acúmulo de produtos metabólicos de excreção

celular (como o gás carbônico) pela insuficiência na sua remoção.²⁷ Nem todos os danos teciduais advêm da hipóxia, mas podem decorrer da baixa oferta de nutrientes, reduzida depuração de substâncias tóxicas, maior afluxo de substâncias nocivas aos tecidos, ativação de mecanismos agressores e redução de defesas do corpo.

Compreende a via final comum em inúmeras doenças fatais, contribuindo, então como causa de milhões de mortes em todo o mundo. O seu diagnóstico precoce associado a correção das disfunções pode possibilitar melhores prognósticos para o doente.²⁸

Lesões graves provocadas por arma branca tende a evoluir para choque devido a hemorragias não controladas, as quais se não tratados de forma adequada e imediata podem levar a vítima a óbito.

6.1. CLASSIFICAÇÃO DO CHOQUE

O choque pode ser classificado em: hipovolêmico, obstrutivo, cardiogênico e distributivo.

6.1.1. CHOQUE HIPOVOLÊMICO

O choque hipovolêmico é causado por uma diminuição do volume sanguíneo, ou seja, existe baixo volume intravascular ou baixo volume relativo à sua capacitância, o que determina hipovolemia absoluta ou relativa.²⁸ É o mais comum tipo de choque. Há diminuição da pré-carga devido à diminuição do volume intravascular gerando diminuição do DC, inicialmente compensado por taquicardia.^{29,30} A resistência vascular sistêmica está tipicamente aumentada por ação da contração arteriolar mediada pelo simpático na tentativa de compensar a diminuição do débito cardíaco e manter a perfusão de órgãos vitais.³⁰ Pode ser dividido em quatro classes com base na gravidade da perda volêmica. Exemplos: desidratação, hemorragia, sequestro de líquidos.

Tentando manter a perfusão tecidual o organismo estimula o sistema nervoso simpático desencadeado três ações principais: aumento da resistência periférica (RVP) através da contração das arteríolas; aumento da pré-carga por aumento do retorno venoso através da contração das veias; aumento da frequência e da força cardíaca que são respectivamente, ação cronotrópica e inotrópica positivas.³¹ Esses juntos ajudam a

aumentar a pressão arterial (PA), sabendo que: $PA = DC \times RVP$, ou seja, a PA é diretamente proporcional ao débito cardíaco (DC) e a resistência vascular periférica (RVP). O débito cardíaco é: $DC = DS \times FC$, isto é, o débito cardíaco é diretamente proporcional ao débito sistólico (DS), que consiste no volume de sangue ejetado a cada contração e à frequência cardíaca (FC). A frequência cardíaca sofre efeito cronotrópico positivo por ativação simpática e o débito sistólico sofre efeito inotrópico positivo também por ativação simpática, bem como pelo retorno venoso através do aumento da vasoconstrição venosa.³¹

O choque hipovolêmico pode ser facilmente diagnosticado caso haja sinais clínicos claros de instabilidade hemodinâmica ou se a fonte de perda de volume sanguíneo for evidente. Caso contrário, pode ser confundido com outro tipo de choque ou até mesmo, nem ser diagnosticado.³¹

6.1.2. CHOQUE CARDIOGÊNICO

No choque cardiogênico ocorre má perfusão tecidual por diminuição do débito cardíaco devido à falência da bomba de propulsão (coração) em virtude de uma patologia da mesma, sendo a mais comum o infarto agudo do miocárdio. Causas mecânicas, como doenças valvares também podem comprometer o débito cardíaco, levando ao choque cardiogênico.³⁰

Equivalente ao choque hipovolêmico ocorre ativação simpática desencadeada pelos barorreceptores e quimiorreceptores aumentando a resistência periférica a fim de compensar a diminuição do DC.³⁰ Ao exame físico, é comum o achado de vasoconstrição periférica e oligúria. No entanto, é importante ressaltar que neste tipo de choque, a bomba cardíaca está comprometida apresentando disfunção no inotropismo ou cronotropismo ou de ambos.²⁹

6.1.3. CHOQUE DISTRIBUTIVO

No choque distributivo há má perfusão é gerada pela diminuição drásticas da resistência vascular periférica ocorrendo vasodilatação global que ocasionando diminuição da pressão de enchimento capilar afetando o fornecimento e captura de

oxigênio pelos tecidos. O débito cardíaco está preservado e o volume sanguíneo circulante está adequado.²⁷

É a única modalidade de choque em que ocorre vasodilatação, pois a musculatura lisa arteriolar se encontra seriamente lesada, não respondendo ao estímulo simpático compensatório existente nos outros tipos de choque. Dessa forma é considerado o tipo de choque mais grave, apresentando pior prognóstico e maiores índices de mortalidade.³² A vasodilatação periférica que provoca o choque distributivo possui quatro causas principais distintas: séptica, anafilática, neurogênica e por crise adrenal.³⁰

6.1.4. CHOQUE OBSTRUTIVO

No choque obstrutivo ocorre por obstrução ou compressão dos grandes vasos ou do próprio coração, reduzindo o débito cardíaco gerando hipoperfusão dos tecidos. As principais causas são: tamponamento cardíaco, tromboembolismo pulmonar e pneumotórax hipertensivo²⁹.

7. REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira de Atendimento Integrado ao Traumatizado [Internet]. São Paulo: SBAIT; c1982- 2015 [cited 15 Aug 2015]. Available from: <http://www.sbait.org.br/>
2. American College of Surgeons, ATLS. Advanced Trauma Life Support: Student Course Manual. 9. ed. Chicago: American College of Surgeons; 2012.
3. Von Bahten LC, Alcantra EM, Pimenta APP, Dallagnol JC, Yoshizumi KO DM, Dresch MF. O impacto econômico do trauma em um hospital universitário. Rev Col Bras Cir. 2003;30(3):224-9
4. Lyn-Sue, J. et al. Epidemiology of trauma deaths in an urban level-1 trauma center predominantly among African Americans--implications for prevention. J

- Natl Med Assoc. 2006 Dec; 98(12): 1940–1944. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2569687/pdf/jnma00199-0060.pdf>>
5. World Health Organization. Guns, knives, and pesticides: reducing access to lethal means. 2009. Disponível em http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/vip_pesticides.pdf
 6. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. 10º Anuário Brasileiro de Segurança Pública, 2014.
 7. Paiva, M. C. M.S.; Paiva, S.A.R.; Caracterização das quedas de pacientes segundo notificação em boletins de eventos adversos. Rev. Escola de enfermagem da USP. vol. 44, n.1, pp. 134-138. São Paulo, 2010.
 8. NAEMT, National Association of Emergency Medical Technicians. Phtls: Atendimento Pré-Hospitalar ao Traumatizado. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.
 9. Menezes, M. C. (2007). *Para un conceito de saúde física e psíquica nos crimes contra a integridade física*. Coimbra: Edições Almedina.
 10. McSwain EN, Frame S, Salomone PJ. Pre Hospital Trauma Life Support. 8th ed. Jones & Bartlett Learning; 2016.
 11. Nardoto EML, Diniz JMT, Cunha CEG. The profile of victims attended by the Pernambuco Prehospital Air Service. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2011[cited 2016 May 18];45(1):237-42. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n1/en_33.pdf
 12. França, G. V. Medicina legal. 9ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2011.

13. Lei n.º 5/2006 de 23 de Fevereiro , Brasil. Regime jurídico das armas e suas munições. Assembleia da República do Brasil, 2006.
14. Calabuig, G. (2005). *Medicina Legal e Toxicologia*. Barcelona, 6ª Edição: Masson.
15. Daéid, N., Cassidy, M., & McHugh, S. (2008). An investigation into the correlation of knife damage in clothing and depths of skin wounds. *Forensic Science International* , 107-110.
16. Hainsworth, S., Delaney, R., & Rutty, G. (2008). How sharp is sharp? Towards quantification of the sharpness and penetration ability of knives used in stabbings. *International Journal Legal Medicine* , 281-291.
17. DiMaio, V. J., & DiMaio, D. (2001). *Forensic Pathology*. Nova York - 2 Edição: CRC Press.
18. Daéid, N., Cassidy, M., & McHugh, S. (2008). An investigation into the correlation of knife damage in clothing and depths of skin wounds. *Forensic Science International* , 107-110.
19. Saukko, P., & Knight, B. (2004). *Knight's Forensic Pathology*. Oxford: Edward Arnold.
20. Aguiar, A. (1958). *Medicina Legal: Traumatologia Forense*. Lisboa: Empresa Universidade Editora.
21. Lynch, V. (2006). *Forensic nursing*. St Louis: Elsevier.
22. Jorge, S. A., & Dantas, S. R. (2003). *Abordagem Multiprofissional do Tratamento de Feridas*. São Paulo: Editora Atheneu.

23. Nachif MCA. O homicídio como problema de saúde pública no município de Campo Grande, MS. *Psicologia e Sociedade*, Porto Alegre, v. 18, n. 2, p. 99-104, 2006.
24. Leites GTI, Meneghel SN, Hirakata VN. Homicídios femininos no Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev. bras. epidemiol.* [p 18(2), 99-104 18(2), 99-104 periódico na Internet]. 2014 Set [citado 2014 Dez 07]; 17(3): 642- 653. Disponível em: <http://www.scielo.br/>
25. Chalub Miguel, Telles Lisieux E de Borba. Álcool, drogas e crime. *Rev. Bras. Psiquiatr.* [Internet]. 2006 Oct [cited 2015 June 08] ; 28(Suppl 2): s69-s73. Disponível em: <http://www.scielo.br/>
26. Costa FAMM, Trindade RFC, Santos CB. Deaths from homicides: a historical series. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 2014 GOMES, R. V. Fisiopatologia do choque cardiogênico. *Revista SOCERJ*, v. 14, n. 2, p. 28-32, 2001.
27. Gomes, R. V. Fisiopatologia do choque cardiogênico. *Revista SOCERJ*, v. 14, n. 2, p. 28-32, 2001.
28. Siqueira BG, Schmidt A. Choque circulatório: definição, diagnóstico e tratamento. *Medicina*, Ribeirão Preto 2003;36:145-150.
29. Sanga RR. Choque. In: Martins HS et al., ed. *Emergências Clínicas. Abordagem Prática*. 3ª ed. São Paulo: Malone; 2007, 61-74.
30. Gaieski D. Shock in adults: types, presentation and diagnostic approach. [Internet] Disponível em: http://www.uptodateonline.com/online/content/topic.do?topicKey=cc_medi/11364&selectedTitle=1%7E150&source=search_result.
31. Porth, C. M.; Matfin, G. *Fisiopatologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. p. 636-646

32. Knobel, E. Condutas no paciente grave. 3. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2006. p. 41-60.

II. NORMAS DE PUBLICAÇÃO

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

Escopo e política

A Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, publicação oficial do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, é publicada bimestralmente em um único volume anual, e se propõe à divulgação de artigos de todas as especialidades cirúrgicas, que contribuam para o seu ensino, desenvolvimento e integração nacional. Desde janeiro de 2017 a Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões é publicada apenas online.

Os artigos publicados na Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões seguem os requisitos uniformes recomendados pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (www.icmje.org), e são submetidos à avaliação por pares (double blind peer review). A Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editor (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informações sobre estudos clínicos, em acesso aberto.

O Conselho de Revisores (encarregado do peer-review) recebe os textos de forma anônima e decide por sua publicação. No caso de ocorrência de conflito de pareceres, o Editor avalia a necessidade de um novo parecer. Artigos recusados são devolvidos aos autores. Somente serão submetidos à avaliação os trabalhos que estiverem dentro das normas para publicação na Revista. Os artigos aprovados poderão sofrer alterações de ordem editorial, desde que não alterem o mérito do trabalho.

Informações gerais

A Revista do CBC avalia artigos para publicação em português (autores brasileiros) e inglês (autores estrangeiros) que sigam as Normas para Manuscritos Submetidos às Revistas Biomédicas, elaborados e publicadas pelo International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE www.icmje.org) traduzidas como Conselho Internacional de Editores de Revistas Médicas [CIERM Rev Col Bras Cir.

2008;35(6):425-41] ou de artigo no site da Revista do CBC (www.revistadocbc.org.br) com as seguintes características:

- **Editorial:** É o artigo inicial de um periódico, geralmente a respeito de assunto atual, solicitado pelo Editor, a autor de reconhecida capacidade técnica e científica.
- **Artigo Original:** É o relato completo de investigação clínica ou experimental com resultados positivos ou negativos. Deve ser constituído de Resumo, Introdução, Métodos, Resultados, Discussão, Abstract e Referências, limitadas ao máximo de 50, procurando incluir sempre que possível artigos de autores nacionais e periódicos nacionais. O texto deve conter no máximo 3500 palavras, sem contar com o Resumo, Abstract e Referências. O título deve ser redigido em português e inglês. Deve conter o máximo de informações, o mínimo de palavras e não deve conter abreviatura. Deve ser acompanhado do(s) nome(s) completo(s) do(s) autor(es) seguido do(s) nome(s) da(s) instituição(ões) onde o trabalho foi realizado. Se for multicêntrico, informar em números arábicos a procedência de cada um dos autores em relação às instituições referidas. Os autores deverão enviar junto ao seu nome somente um título e aquele que melhor represente sua atividade acadêmica. O Resumo deve ter no máximo 250 palavras e estruturado da seguinte maneira: objetivo, métodos, resultados, conclusões e descritores na forma referida pelo DeCS (<http://decs.bvs.br>). Podem ser citados até cinco descritores. O abstract também deve conter até 250 palavras e ser estruturado da seguinte maneira: objective, methods, results, conclusion e keywords (<http://decs.bvs.br>).
- **Artigo de Revisão:** O Conselho Editorial incentiva a publicação de matéria de grande interesse para as especialidades cirúrgicas contendo análise sintética e crítica relevante e não meramente uma descrição cronológica da literatura. Deve ter uma introdução com descrição dos motivos que levaram à redação do artigo, os critérios de busca, seguido de texto ordenado em títulos e subtítulos de acordo com complexidade do assunto, resumo e abstract não estruturados, estes com no máximo 250 palavras. Quando couber, ao final poderão existir conclusões, opiniões dos autores sumarizando o referido no texto

da revisão. Deve conter no máximo 7000 palavras sem contar com o Resumo, Abstract e Referências (máximo de 75).

- **Cartas ao Editor:** Comentários científicos ou controvérsias com relação aos artigos publicados na Revista do CBC. Em geral tais cartas são enviadas ao autor principal do artigo em pauta para resposta e ambas as cartas são publicadas no mesmo número da Revista, não sendo permitida réplica. O texto deve ter no máximo 1000 palavras e as referências são limitadas a 10, incluindo o artigo em questão publicado na Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgias.

- **Comunicação Científica:** Conteúdo que aborde de forma inicial tema cirúrgico relevante, com a investigação científica em andamento e a proposição de soluções. Por suas características, esta seção poderá ser multiprofissional e multidisciplinar, recebendo contribuições de médicos, cirurgias e não-cirurgias e de outros profissionais das mais variadas áreas. Deverá constar de Resumo e Abstract não estruturados, Descritores e Keywords e texto livre com no máximo 3000 palavras, sem contar com Resumo, Abstract e Referências, estas últimas limitadas a 30.

- **Nota Técnica:** Artigo sobre nova técnica cirúrgica ou modificação de técnica consagrada, de importância na prática cirúrgica. A técnica deve ser descrita em detalhes e deve haver ampla discussão sobre seus benefícios. Deverá constar de Resumo e Abstract não estruturados, Descritores e Keywords e texto livre com no máximo 3000 palavras, sem contar com Resumo, Abstract e Referências, estas últimas limitadas a 30.

- **Ensino:** Conteúdo que aborde o ensino da cirurgia na graduação ou na pós-graduação. Deve seguir o formato descrito para Artigo Original.

- **Bioética na Cirurgia:** Discussão dos aspectos bioéticos na cirurgia. O conteúdo deverá abordar os dilemas bioéticos existentes no desempenho da atividade cirúrgica. Deverá constar de Resumo e Abstract não estruturados, Descritores e Keywords e texto livre com no máximo 3000 palavras, sem contar com Resumo, Abstract e Referências, estas últimas limitadas a 30.

- **Relatos de Casos:** Poderão ser submetidos para avaliação e os relatos aprovados serão publicados, prioritariamente, na Revista Eletrônica de

Relatos de Casos, que pode ser acessada através da página do Colégio Brasileiro de Cirurgiões (www.cbc.org.br) ou diretamente em <http://relatosdocbc.org.br>.

Submissão de artigos

O envio de artigos para a Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões só poderá ser feito através da plataforma online para submissão de artigos científicos que pode ser acessada através da página do Colégio Brasileiro de Cirurgiões (www.cbc.org.br) ou diretamente através de www.rcbc.gnpapers.com.br.

A partir de janeiro de 2018 a Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões (Rev Col Bras Cir; ISSN online: 1809-4546) iniciará um modelo de publicação contínua de seus artigos na biblioteca eletrônica do SciELO com vistas a garantir que seus artigos revisados por pares ganhem visibilidade mais rapidamente e possam ser citados imediatamente.

Forma e estilo

- **Texto:** Os manuscritos apresentados para publicação devem ser inéditos e enviados na forma digital. As imagens deverão ser encaminhadas separadas no formato JPG, GIF, TIF e referido no texto o local de inserção. As abreviaturas devem ser em menor número possível e limitadas aos termos mencionados repetitivamente, desde que não alterem o entendimento do texto, e devem ser definidas a partir da sua primeira utilização.

- **Referências:** Devem ser predominantemente de trabalhos publicados nos cinco últimos anos, não se esquecendo de incluir autores e revistas nacionais, restringindo-se aos referidos no texto, em ordem de citação, numeradas consecutivamente e apresentadas conforme as normas de Vancouver (Normas para Manuscritos Submetidos às Revistas Biomédicas - ICMJE www.icmje.org - CIERM RevColBras Cir. 2008;35(6):425-41 - www.revistadocbc.org.br). Não serão aceitas como referências anais de congressos, comunicações pessoais teses. Citações de livros devem ser desestimuladas. Os autores do artigo são responsáveis pela veracidade das referências.

- **Agradecimentos:** Devem ser feitos às pessoas que contribuíram de forma importante para a sua realização.

Tabelas e figuras (Máximo permitido 6 no total)

Devem ser numeradas com algarismos arábicos, encabeçadas por suas legendas com uma ou duas sentenças, explicações dos símbolos no rodapé. Cite as tabelas no texto em ordem numérica incluindo apenas dados necessários à compreensão de pontos importantes do texto. Os dados apresentados não devem ser repetidos em gráficos. A montagem das tabelas deve seguir as normas supracitadas de Vancouver.

São consideradas figuras todas as fotografias, gráficos, quadros e desenhos. Todas as figuras devem ser referidas no texto, sendo numeradas consecutivamente por algarismos arábicos e devem ser acompanhadas de legendas descritivas.

Os autores que desejarem publicar figuras coloridas em seus artigos poderão fazê-lo a um custo de R\$ 650,00 para uma figura por página. Figuras adicionais na mesma página sairão por R\$ 150,00 cada. O pagamento será efetuado através de boleto bancário, enviado ao autor principal quando da aprovação do artigo para publicação.

CONDIÇÕES OBRIGATÓRIAS

Fica expresso que, com a remessa eletrônica, o(s) autor(es) concorda(m) com as seguintes premissas:

1) que no artigo não há conflito de interesse, cumprindo o que diz a Resolução do CFM nº.1595/2000 que impede a publicação de trabalhos e matérias com fins promocionais de produtos e/ou equipamentos médicos;

2) citar a fonte financiadora, se houver;

3) que o trabalho foi submetido à Comissão de Ética em Pesquisa (CEP) que o aprovou colocando no texto o número com que foi aprovado;

4) que todos os autores concedem os direitos autorais e autorizam que o artigo sofra alterações no texto enviado para que seja padronizado no formato linguístico da Revista do CBC, podendo remover redundâncias, retirar tabelas e/ou figuras que forem consideradas não necessárias ao bom entendimento do texto, desde que não altere seu sentido. Caso haja discordâncias dos autores quanto a estas premissas, deverão eles escrever carta deixando explícito o ponto em que discordam cabendo ao Editor analisar se o artigo pode ser encaminhado para publicação ou devolvido aos autores.

5) que os autores podem manter os direitos autorais de seus trabalhos publicados sem restrições

6) Caso haja conflito de interesse ele deve ser citado com o texto: “O(s) autor(es) (nominá-los) recebeu(ram) suporte financeiro da empresa privada (mencionar o nome) para a realização deste estudo”. Quando houver fonte financiadora de fomento à pesquisa ela também deverá ser citada.

7) A responsabilidade por conceitos ou asserções emitidos em trabalhos e anúncios publicados na Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões cabe inteiramente ao(s) autor(es) e aos anunciantes.

8) Não serão aceitos trabalhos já publicados ou simultaneamente enviados para avaliação em outros periódicos.

9) cada artigo aprovado terá um custo de R\$ 1000,00 (mil reais) para os autores. Artigos cujo o primeiro autor for membro adimplente do CBC receberão 50% de desconto. Relatos de Casos aprovados para publicação na Revista de Relatos de Casos Cirúrgicos do CBC estão isentos de taxas.

III. ARTIGO CIENTÍFICO

Perfil dos óbitos por arma branca entre 2006 a 2016: Brasil e Sergipe.

Profile of white-collar deaths between 2006 and 2016: Brazil and Sergipe.

AUTORES:

Oswaldo Alves de Menezes Neto, Bruno Araújo Bezerra

Universidade Federal de Sergipe, Departamento de Medicina, Aracaju, SE, Brasil.

Conflito de interesses: não há.

Fontes de fomento: não há.

Endereço para correspondência:

Bruno Araújo Bezerra

Rua José Francisco Filho, 152 – Bairro Brasília, Residencial Vale do São Francisco

CEP: 49.900-000, Propriá, SE, Brasil.

Fone: 79 (79) 3322-2775

E-mail: araujo3runo@gmail.com

RESUMO

Justificativa e objetivos: Os óbitos por arma branca impactam diretamente na capacidade produtiva da sociedade, além de ser bastante oneroso a saúde pública. O grande número de traumatizados alocam recursos públicos a fim de reduzir óbitos e sequelas. O objetivo foi elaborar o perfil dos óbitos por arma branca e sua evolução no Brasil e em Sergipe de 2006 a 2016.

Método: Trata-se de um estudo descritivo a respeito da realidade brasileira e sergipana sobre o perfil dos óbitos por arma branca. Foram utilizados dados oficiais do DATASUS referente ao período de 2006 à 2016.

Resultados: Ocorreram 93.033 óbitos por arma branca no Brasil e 1584 em Sergipe no período estudado. 34% dos óbitos ocorreram na região Nordeste. Na evolução durante os anos 2006 e 2016 tivemos um crescimento de 19% a nível nacional e 23% a nível estadual no número de óbitos. Apresentou maior incidência de óbitos nos meses de dezembro e janeiro, e predominou tanto no Brasil como em Sergipe vítimas do sexo masculino (Brasil, 86%; Sergipe 89%), com idade entre 20 e 39 anos (Brasil, 57%; Sergipe 62%), de cor parda (Brasil 60%; Sergipe 80%), baixo nível escolar e solteiro (Brasil, 67%; Sergipe 83%).

Conclusão: Os óbitos por arma branca vêm crescendo ao longo dos anos. No Brasil e em Sergipe os óbitos por arma branca apresentaram perfis semelhantes sendo composto por jovem adulto do sexo masculino, pardo, solteiro com baixo nível escolar.

Descritores: Arma branca; arma de fogo; violência; óbitos;

ABSTRACT

Rationale and objectives: White-collar deaths have a direct impact on the productive capacity of society, in addition to being very onerous public health. The large number of traumatized people allocate public resources in order to reduce deaths and sequelae. The objective was to elaborate the profile of white-collar deaths and their evolution in Brazil and Sergipe from 2006 and 2016.

Method: This is a descriptive study about the Brazilian and Sergipe reality about the profile of white-collar deaths. Official data from the DATASUS for the period from 2006 to 2016 were used.

Results: There were 93,033 deaths per gun in Brazil and 1584 in Sergipe in the period studied. 34% of deaths occurred in the Northeast region. In the evolution during the years 2006 and 2016 we had a growth of 19% at national level and 23% at the state level in the number of deaths. It presented a higher incidence of deaths in the months of December and January, and in Brazil and Sergipe, male victims (Brazil, 86%, Sergipe 89%), aged between 20 and 39 years (Brazil, 57%, Sergipe 62 %), brown (Brazil 60%, Sergipe 80%), low school and single level (Brazil, 67%, Sergipe 83%).

Conclusion: White-collar deaths have been growing over the years. In Brazil and in Sergipe, white-collar deaths showed similar profiles, consisting of young male, brown, single male with low school level.

Keywords: White weapon; fire gun; violence; deaths;

1. INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, segundo dados do IBGE, observou-se no Brasil uma queda nas taxas de mortalidade por causas agudas, que podiam levar o paciente à morte rápida, como doenças infecciosas e parasitárias. Atualmente, ocorreu elevação dos índices de doenças crônico-degenerativas que passaram a ser melhores controladas ao longo de vários anos, sem causar prejuízos ao paciente, aumentando a qualidade e a expectativa de vida da população nacional.¹

As causas externas de lesões que compreendem ocorrências e circunstâncias ambientais como causas de lesão, e ainda acidentes e violência, ocupa o sexto lugar no perfil de morbidade geral², sendo a terceira causa de óbitos na população, perdendo apenas para causas cardiovasculares e câncer, de acordo com dados do Ministério da Saúde, 2007.³

Os crimes de violência estão aumentando em todo o mundo.⁴ A Organização Mundial da Saúde define a violência como o uso intencional de força ou poder físico, podendo ser somente uma intimidação ou ato efetivo contra si próprio, outra pessoa, ou contra um grupo ou comunidade, que resulte em/ou tenha uma alta probabilidade de danos, mortes, prejuízos psicológicos, que impeça um desenvolvimento ou que este seja insatisfatório.⁵ Logo, a perda de vidas e de função devido à violência representa hoje um problema emergente à saúde pública.⁶ No Brasil, segundo pesquisa patrocinada pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento, o custo das despesas de tratamentos de saúde causados pela violência entre 1996 e 1997 foram de 1,9% do PIB.²

Nos processos de violência, as armas ou instrumentos utilizados são as mais diversas, sendo que a utilização das armas brancas é o modo mais violento de crime, comum em diversos países, principalmente naqueles onde há uma dificuldade de acesso às armas de fogo.⁷ A arma branca é definida como um instrumento dotado de ponta e gume, como faca e punhal, que causa lesões no corpo da vítima por pressão e secção de planos teciduais.⁸

Nos serviços de urgência e emergência cada vez mais acolhem situações que compreendem diversos padrões de violência, por isso é necessário que os profissionais de saúde estejam capacitados para a sua abordagem e consigam reconhecer cada caso que surja, com a finalidade de atuarem em conformidade com os seus códigos deontológicos e a lei.⁵

Através de um estudo desenvolvido por Waiselfisz elaborou-se o mapa da violência dos municípios brasileiros, mostrando que em 2006, 74,4% dos homicídios tiveram como instrumento a arma de fogo e em 16,1% o objeto utilizado foi a arma branca com aumento de 2,3% comparado com 2000.⁹

Dessa forma, a facilidade em se adquirir e portar arma branca, ao ser desviada da sua função real fim, permite o seu uso em ações violentas que podem resultar em lesões não incapacitantes, incapacitantes e homicídios. Essas ações criam a necessidade de alocação de recursos destinados ao serviço de saúde pública no atendimento desse tipo de trauma na expectativa de reduzir o número de óbitos, amputações, necessidade internações ou grandes períodos de internações, afastamento do trabalho e aposentadorias por invalidez, e outras situações equivalentes.

A compreensão da epidemiologia dos óbitos por armas brancas firma a incorporação deste tema nas ações de políticas públicas em saúde, não o restringindo apenas a área da segurança, mas sim, fortalecendo a necessidade de melhor atenção e suporte no serviço de saúde ao traumatizado. Embora existam inúmeras formas de violência praticada, este estudo limita-se a análise dos dados referente a óbitos por arma branca durante o período de 2006 a 2016, descrevendo-se o seu perfil numa ótica nacional e sergipana, verificando a evolução ao longo dos anos, cor ou etnia, sexo, faixa etária, escolaridade e estado civil.

2. MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo a respeito da realidade brasileira e sergipana sobre o perfil dos óbitos por arma branca. Foram utilizados artigos científicos e dados oficiais nacionais referente ao período de 2006 a 2016, coletados através do serviço TABNET ofertado pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) que possibilitou a criação de tabelas e gráficos, sendo utilizado como critérios de inclusão para a pesquisa informações referente a óbitos por causas externas no período de 2006 à 2016 e que compreendessem o Grande Grupo CID10 X85-Y09 Agressões, Grupo CID 10 Agressões e Categorias W26 – Contato com faca, espada e punhal e X99 – Agressão objeto cortante ou penetrante.

Correlacionou-se os dados encontrados sobre o Brasil e Sergipe avaliando a sua evolução ao longo dos anos, identificando a região nacional e o estado de maior

prevalência, pesquisando a existência de sazonalidade durante o ano, além de comparar a incidência por sexo, faixa etária, cor ou etnia, escolaridade e estado civil entre os mesmos.

3. RESULTADOS

Conforme dados coletados referentes ao período de 2006 a 2016, através dos critérios pré-definidos anteriormente, ocorreram 93.033 óbitos por arma branca no Brasil e 1584 em Sergipe. Durante esse período o Nordeste se destacou apresentando maior prevalência contribuindo com 34% de todas as mortes por arma branca, seguida pelo Sudeste com 23%, norte com 18%, centro-oeste com 13% e Sul com 12%, embora os estados de São Paulo e Minas Gerais, ambos da região Sudeste, apresentaram respectivamente, 10,8% e 7,5% desse total. A prevalência do estado de Sergipe contribui com 1,7% no número total de óbitos por arma branca no país. A incidência de óbitos distribuída por estado está representada no gráfico 1.

Comparando-se os anos de 2006 e 2016, percebe-se que o número de óbitos por arma branca aumentou 19% no Brasil, saindo de 7606 para 9001 óbitos ano e em Sergipe aumentou 23%, saindo de 121 para 149 óbitos ano.

Durante o período de 2006 a 2014 os óbitos por arma branca manteve uma taxa crescente, moderada e proporcional ao longo dos anos entre o Brasil e Sergipe. No entanto, a partir de 2014, Sergipe passou a apresentar redução com menores valores em 2015, retornando ao padrão nacional em 2016 (gráfico 2).

No Brasil, ocorreram picos durante os meses de janeiro e dezembro e redução nos meses de maio a agosto. O estado de Sergipe segue o mesmo padrão nacional com picos em janeiro e dezembro, sendo exceção a existência de pico no mês de junho (gráfico3).

De acordo com a faixa etária, observou-se um predomínio de jovens entre 20 e 39 anos mantendo-se proporcionalidade semelhante entre o Brasil com 57,78% e em Sergipe com 62,3% (gráfico 4).

Conforme o sexo das vítimas que foram a óbito, no Brasil tivemos 86,63% masculino, 13,22% feminino e 0,13% não relatado/ignorado, já em Sergipe tivemos 89% masculino e 11% feminino.

Em relação a cor/raça, a nível nacional 60% eram pardos, 26% brancos, 8% pretos, 1% indígena e 5% não relatado, já em Sergipe 80% eram pardos, 8% eram brancos, 6% eram negros, não foram registrados indígenas e 6% não relatado.

Quanto ao perfil de anos de escolaridade, no Brasil a maioria possuía dados não relatado/ignorados, correspondendo a 30,8%, 28,5% possuía entre 4 a 7 anos, 19% possuía entre 1 a 3 anos, 13,3% entre 8 e 11 anos, 2,1% 12 anos ou mais e 6,2% nenhum ano (gráfico 5). Em Sergipe, os dados mostraram um número bem menor de indivíduos com dados não relatado/ignorados correspondendo a 5,5%, 33,68% possuía entre 4 a 7 anos, 32,6% possuía entre 1 a 3 anos, 13,8% entre 8 a 11 anos, 1,1% 12 anos ou mais e 13,42% nenhum ano (gráfico 5).

Quanto ao estado civil, no Brasil 67% eram solteiros, 13% eram casados, 3% separados judicialmente, 1% viúvo e 16% outros ou não relatado/ignorado; Sergipe manteve um padrão semelhante onde 83% eram solteiros, 9% eram casados, 3% eram separados judicialmente e 4% não relatado/ignorado.

4. DISCUSSÃO

Durante o período de 2006 a 2016 ocorreram 93.033 óbitos por arma branca no Brasil e 1584 em Sergipe, com maior incidência na região Nordeste, fato que pode ser atribuído a questão cultural e da vida cotidiana dessa região¹⁰, pois a arma branca é utilizada regulamente em área de mata e atividades laborais regionais. Em regiões mais urbanizadas, a exemplo do Rio de Janeiro ocorre baixa prevalência dos homicídios por arma branca com altos índices de utilização de armas de fogo, sendo um reflexo do crime organizado e dos crimes premeditados, que se utilizam mais de arma de fogo.¹⁰

A grande prevalência apresentada por São Paulo e Minas Gerais está associada diretamente a sua densidade demográfica elevada, por isso, apenas os dois já chegam a 18,3% dos óbitos por arma branca, correspondendo a 17.003 vidas ceifadas. A prevalência do estado de Sergipe contribui com 1,7% no número total de óbitos por arma branca no país.¹¹

Apesar da alta prevalência desses dois estados, destaca-se a elevada incidência ocorrida em estados com piores condições socioeconômicas. No entanto, ressalta-se que a multicausalidade de um fenômeno social tão complexo como a violência, não pode ser associado simplesmente às desigualdades de distribuição de renda.¹²

Os óbitos por arma branca mantiveram-se numa taxa crescente, moderada e proporcional ao longo dos anos entre o Brasil e Sergipe apresentando um crescimento de 19% e 23% respectivamente de 2006 a 2016. No entanto, a partir de 2014, Sergipe apresentou redução, com menor incidência em 2015 e retornou a média nacional em 2016, confirmando que o perfil epidemiológico da violência no Brasil pode oscilar conforme a realidade em que está inserido, sendo o Brasil, um país muito diversificado com realidades discrepantes ¹³. O crescimento do número desses óbitos permite deduzir que também ocorreu elevação da demanda dos custos médicos provocados por esse tipo de violência, seja no pré-hospitalar, intra-hospitalar, e além de custos sociais devido ao afastamento do trabalho por lesões incapacitantes temporárias ou permanentes exigindo melhores intervenções através de políticas públicas para mudar de forma positiva essa realidade.

No panorama nacional é perceptível a existência de maior pico do número de óbitos nos meses de dezembro e janeiro coincidindo com os períodos festivos de final e início de ano, férias. Neste período acontece o verão no Brasil e aumentar o consumo de álcool, visto que é algo culturalmente utilizar a cerveja gelada para aliviar o calor. Ocorre redução nos meses de maio a agosto que se refere ao período laboral regular sem grandes épocas festivas, além do frio com a chegada do inverno. O estado de Sergipe segue o mesmo padrão, com picos em janeiro e dezembro associados aos mesmos motivos com exceção do fato de também apresentar pico no mês de junho, período das tradicionais festas juninas que ocorrem em todo o estado e duram todo o mês. Atrelado a esses períodos de festejos, férias e aumento da temperatura, acontece conforme a própria cultura nacional, o aumento no consumo de bebidas alcoólicas.¹⁴

Apesar de a violência ser multicausal, existem associações da ocorrência desses eventos com a utilização de drogas lícitas ou ilícitas entre as pessoas envolvidas. Estudos evidenciaram esta relação dentre as vítimas de agressão ¹⁵ e trauma ¹⁶ e segundo Santos et al¹⁷ e Guimarães et al¹⁸ dentre as vítimas especificamente com ferimentos por armas brancas, onde muitos estavam sob efeito de substâncias psicoativas no momento da ocorrência, havendo grande relação entre violência, álcool e drogas.

Seguindo o perfil das vítimas de violência em geral, a maioria dos óbitos por arma branca é composto por indivíduos do sexo masculino correspondendo no Brasil a 86,6% e em Sergipe a 89%, revelando que este é um grupo mais exposto aos problemas

sociais. A “cultura machista” ainda presente na sociedade, principalmente nos locais menos desenvolvidos, leva o homem a ter mais liberdade e a ter de sempre demonstrar sua força e capacidade, o que o torna mais vulnerável.^{19,20}

A faixa etária principal atingida possuía entre 20 e 39 anos colaborando com outros estudos em que o predomínio de jovens pode estar relacionado a conflitos e desigualdades sociais, à exclusão social e também à impunidade das infrações e delinquência, facilitando atuação dos mesmos. É válido ainda que esse perfil pode estar atrelado não só a problemas sociais, mas também à imaturidade dos jovens e à ausência de projetos de vida bem definidos e impulsividades dos seus atos sem ponderar as consequências. Estudos semelhantes reforçam o predomínio da população jovem masculina nos óbitos por violência.^{19,20}

Conforme estudo feito em um pronto-socorro em 2007, há maior incidência de solteiros em óbitos por trauma correspondendo 67% no Brasil e 83% em Sergipe, podendo ser justificados por serem parte da população mais jovem, e também com mais exposição a aventuras e riscos.¹³

A grande incidência de pardos 60% no Brasil e 80% em Sergipe, nos óbitos por arma branca, superando negros e brancos refleti a alta miscigenação característica no perfil etiológico do país, principalmente no estado de Sergipe. É notória a baixa taxa de incidência envolvendo indivíduos com 12 anos ou mais de escolaridade que corresponde a 2,1% no Brasil e 1,1% em Sergipe podendo ser associada diretamente a melhores condições socioeconômicas e menor envolvimento com óbitos violentos, embora a violência atualmente esteja disseminada atingindo todas as classes sociais.

5. CONCLUSÃO

Com base neste estudo, referente a óbitos por arma branca no período 2006 a 2016 ocorridos no Brasil e em Sergipe, a região nordeste foi responsável pela maior prevalência e ficou constatado o perfil típico das vítimas como de jovem adulto do sexo masculino, pardo, solteiro com baixo nível escolar. As taxas mantiveram crescimento gradual chegando ao longo de uma década a aumenta em aproximadamente 20% o número de mortos.

Nacionalmente dezembro e janeiro representam o período de maior sazonalidade, embora Sergipe seguisse o mesmo padrão, verificou-se pico também no mês de junho, sendo ambos períodos festivos.

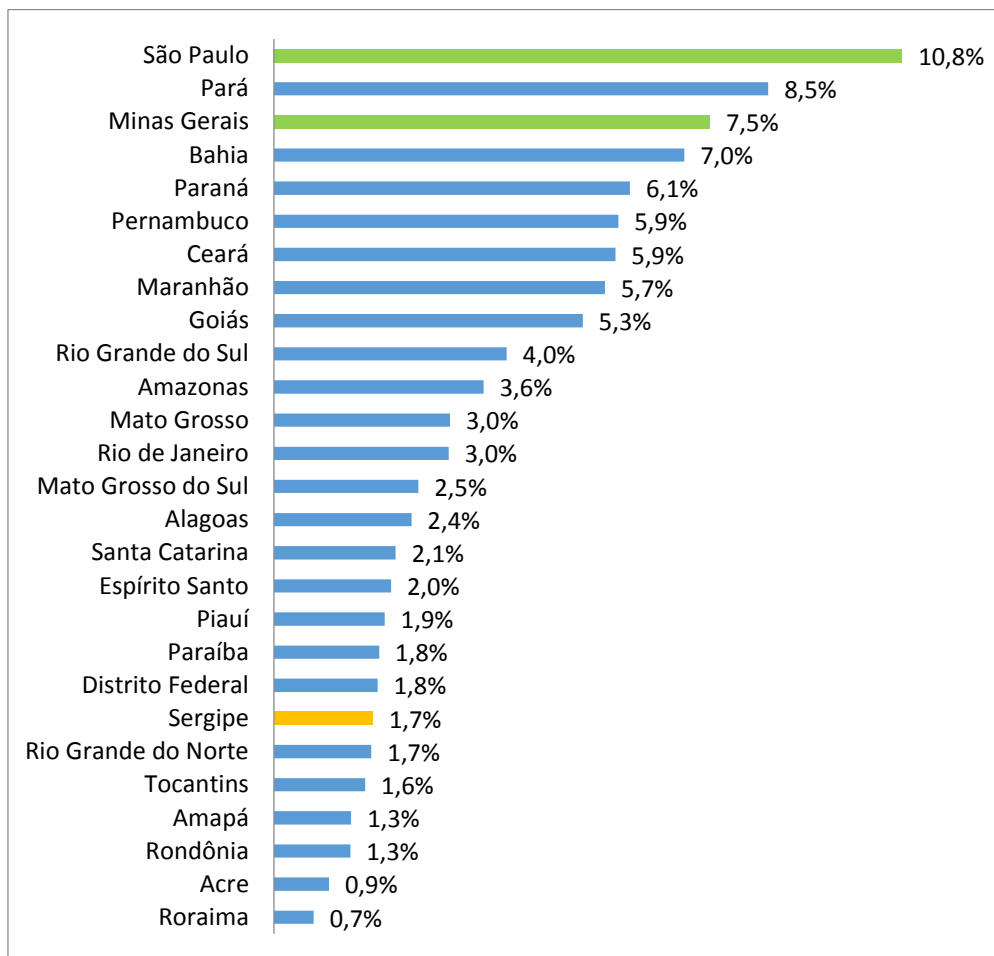
6. REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Diretoria de Pesquisas Coordenação de População e Indicadores Sociais Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro (RJ); 2010.
2. Buvinic, M.; Morrison, A. Violence as an obstacle to development. Washington, DC: Inter-American Development Bank 1999:1-8 (Technical Note 4: Economic and social consequences of violence).
3. Ministério da Saúde (BR). DATASUS. Informações em Saúde — Estatísticas vitais mortalidade geral. Brasília (DF); 2007
4. Payne-James, J.; Crane, J.; Hinchliffe, J. A.. Injury assessment, documentation, and interpretation. In M. M. Stark, Clinical Forensic Medicine, Second Edition A Physician's Guide (pp. 127-158). Totowa: Humana Press. 2005.
5. World Health Organization. Guns, knives, and pesticides: reducing access to lethal means. 2009.
6. Hammer, R. M.; MOYNIHAN, B.; & PAGLIARO, E. M.. Forensic Nursing: a handbook for practice. Canada: Jones and Bartlett Publishers, 2006.
7. Kemp, S. et al. Forensic Evidence in apparel fabrics due to stab events. Forensic Science International , 86-96, 2009.
8. França, G. V. Medicina legal. 9ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2011.
9. Waiselfisz, J. Mapa da violência dos municípios brasileiros. Brasília (DF): Ritla; 2008.
10. Waiselfisz, J. J. Mapa da Violência 2015. Adolescentes de 16 e 17 anos do Brasil. 2015

11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Sinopse do senso demográfico, 2010.
12. Gawryszewski VP, Costa LS. Homicídios e desigualdades sociais no Município de São Paulo. Rev Saúde Pública. 2005; 39(2):191-7
13. Zandomenighi, Robson Cristiano; MOURO, Douglas Lima; MARTINS, Eleine Aparecida Penha. Ferimento por arma branca: Perfil epidemiológico dos atendimentos em um pronto socorro. Rev. Rene., Fortaleza, 2011 out/dez; 12(4):669-77.
14. Andrade AG, Anthony JC, Silveira CM. Álcool e suas consequências: uma abordagem multiconceitual. Baruei, SP. Minha Editora, 2009.
15. Mascarenhas, Márcio Dênis Medeiros et al. Consumo de álcool entre vítimas de acidentes e violências atendidas em serviços de emergência no Brasil, 2006 e 2007. Ciênc Saúde Coletiva. 2009; 14(5):1789-96. 17.
16. Reis, Alessandra Diehl; FIGLIE, Neliana Buzi; LARANJEIRA, Ronaldo. Prevalence of substance use among trauma patients treated in a Brazilian emergency room. Rev Bras Psiquiatr. 2006; 28(3):191-5
17. Santos, Zélia Maria de Sousa Araújo et al. Agressão por arma branca e arma de fogo interligada ao consumo de drogas. Texto Contexto Enferm. 2004; 13(2):226-32. 16.
18. Guimarães et al. Estudo epidemiológico da violência por arma branca no município de Porto Grande, Amapá. Ciênc Saúde Coletiva. 2005; 10(2):441-51. 15.
19. Fagundes Mav, Seidel AC, Schiavon AC, Barbosa FS, Kanamaru F. Estudo retrospectivo de janeiro de 1998 a maio de 2005, no Hospital Universitário de Maringá, sobre ferimentos por arma branca e arma de fogo. Acta Sci Health Sci. 2007; 29(2):133-7
20. Diacampora AJ, Silva MT, Russi RF, Vieira J, Lopes A Guimarães I, et al. Perfil epidemiológico dos feridos por arma branca atendidos na emergência do Hospital Florianópolis. ACM Arq Catarin Med. 2006; 35(2):63-7

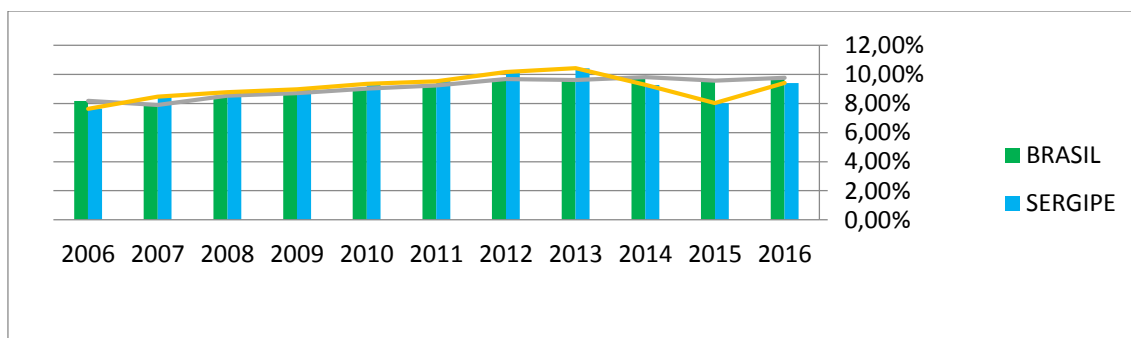
7. ANEXO

Gráfico 1: Incidência de óbitos por arma branca por estado brasileiro de 2006 a 2016.



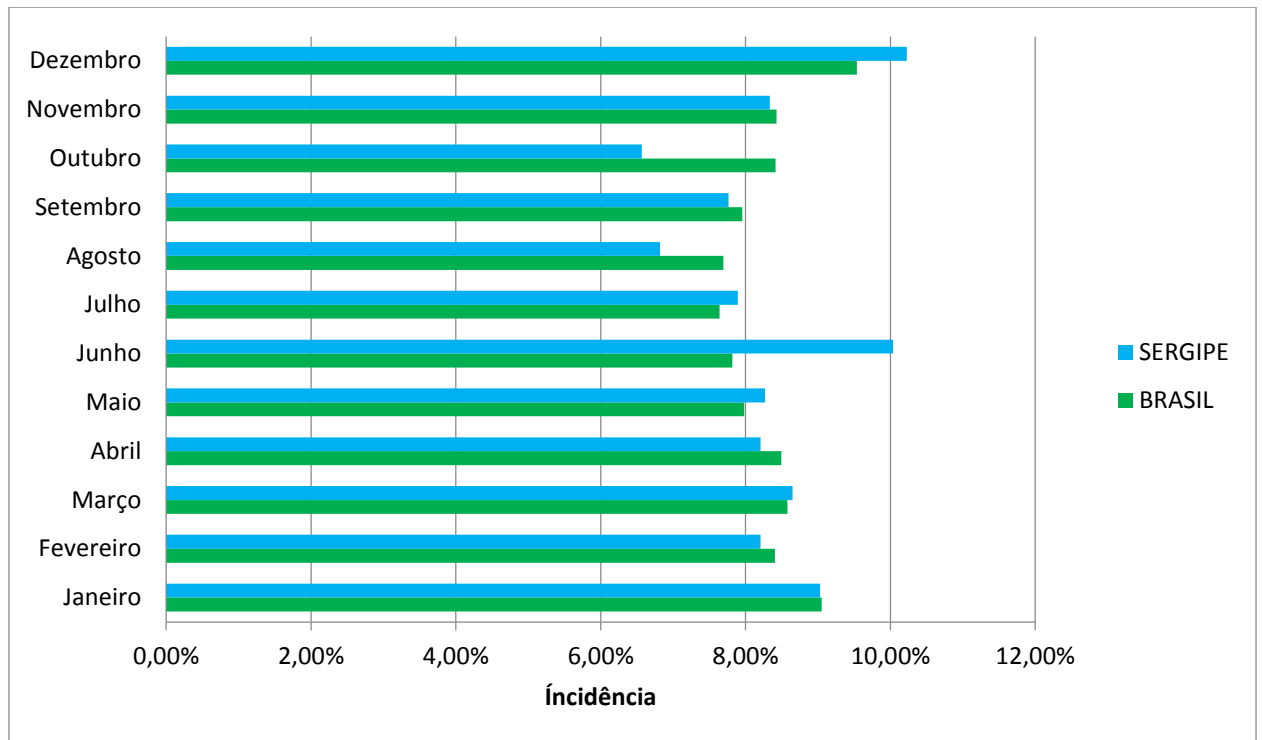
Fonte: DATASUS, 2018.

Gráfico 2: Incidência de óbitos por arma branca no Brasil em Sergipe nos anos de 2006 a 2016.



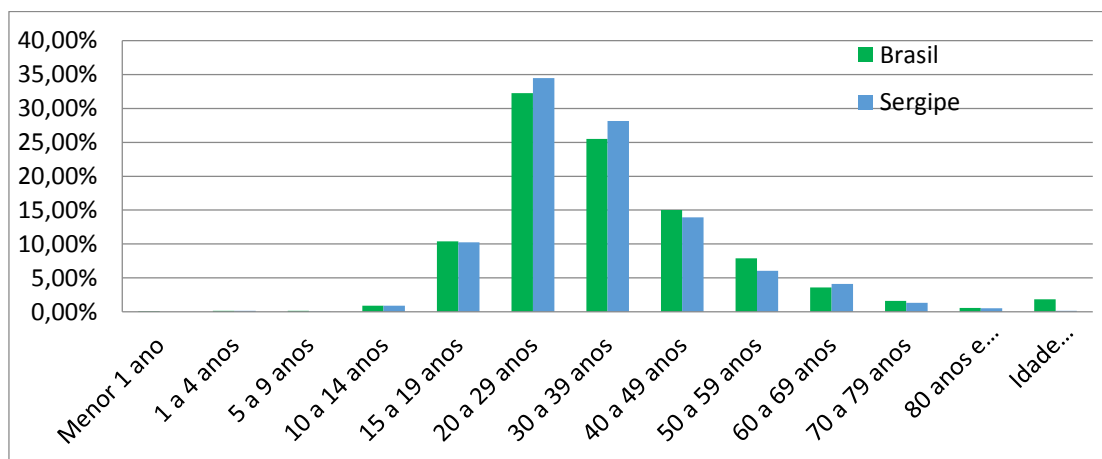
Fonte: DATASUS, 2018.

Gráfico 3: Incidência de óbitos por arma branca no Brasil por mês nos anos de 2006 a 2016.



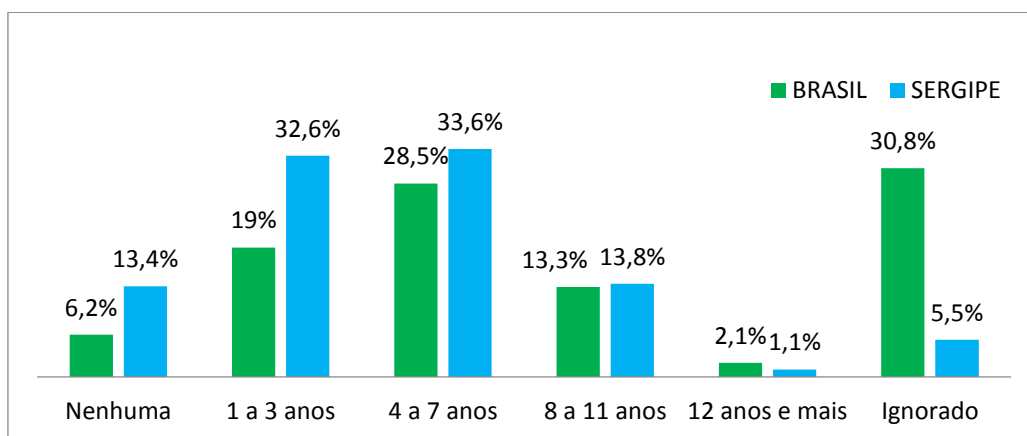
Fonte: DATASUS, 2018.

Gráfico 4: Incidência de óbitos por arma branca por faixa etária no Brasil e em Sergipe de 2006 a 2016.



Fonte: DATASUS, 2018.

Gráfico 5: Incidência por anos de escolaridade dos óbitos por arma branca no Brasil em Sergipe entre 2006 a 2016.



Fonte: DATASUS, 2018.