

## **DOS DESTAQUES ÀS VIDAS SALVAS: AS MILHARES DE VÍTIMAS DE CRIME VIOLENTO INTENCIONAL ATENDIDAS PELO CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO**

*Kleber Luiz de Carvalho Dutra<sup>1</sup>  
Cristiano Correa<sup>2</sup>*

### **RESUMO**

O presente artigo tem por objetivo lançar luz ao perfil das vítimas de Crime Violento Intencional (CVI) atendidas pelo Corpo de Bombeiros Militar de Pernambuco, no âmbito da Região Metropolitana do Recife, do início de 2013 até maio de 2017, e que foram consideradas 'destaques', termo eleito para designar as vítimas decorrentes de agressão com iminente risco de morte dentro do Programa Pacto pela Vida. A pesquisa foi realizada com os mais de 1,2 mil atendimentos realizados no período, e foram identificados o gênero das vítimas, a forma como foram agredidas, os locais no corpo onde as agressões foram desferidas, as unidades hospitalares para onde foram transportadas. Discute-se ainda o cruzamento destes dados e os comparando com trabalhos análogos no Brasil, realizados em outros territórios. Recomenda-se que novos estudos possam aprofundar este ensaio preliminar, analisando outros fatores importantes, como dias da semana, horários, localidades geográficas e perfis sócio-econômicos dos vitimados.

**Palavras-Chave:** Atendimento Pré-Hospitalar; Crimes Violentos Intencionais; Perfil de Vítimas.

---

<sup>1</sup> Capitão do Corpo de Bombeiros Militar de Pernambuco. Graduado em Enfermagem pela Faculdade Estácio do Recife. E-mail: [dutra.cbmpe@gmail.com](mailto:dutra.cbmpe@gmail.com)

<sup>2</sup> Major do Corpo de Bombeiros Militar de Pernambuco. Doutorando em Engenharia Civil pela UFPE.

## **FROM HIGHLIGHTS TO SAVED LIVES: THE THOUSANDS OF INTENTIONAL VIOLENT VICTIMS ATTENDED BY THE MILITARY FIREFIGHTERS OF PERNAMBUCO**

### **ABSTRACT**

The aim of this study is to enlighten the profile of the victims of Intencional Violent Crimes attended by Corpo de Bombeiros Militar de Pernambuco in the Metropolitan Region of Recife, from January of 2013 to May of 2017, and those who were considered 'References', elected term used to define those victims with imminent death risk, nowadays the term used is 'saved lives', in the Pacto pela Vida Program. The research is about the over 1,2 thousands services performed in the period, identifying the victims genders, the way that they were assaulted, the parts of their body that were harmed and the hospitals they were transported to. The data were compared to other studies performed in Brazil.

**Keywords:** Prehospital care support; Intencional Violent Crimes; Victims Profile.

### **1 INTRODUÇÃO**

O Pacto Pela Vida (PPV) pode ser definido como um programa do governo do Estado de Pernambuco que tem como finalidade reduzir a criminalidade e controlar a violência. A sua implementação tem colocado em marcha, desde 2007, uma série de estratégias de repressão e prevenção do crime com foco na redução dos homicídios (RATTON; GALVÃO; FERNANDEZ, 2014).

O PPV definiu, no Estado, um novo paradigma de segurança pública, que se baseou na consolidação dos valores relacionados à redução do número de mortes, que estavam em disputa tanto do ponto de vista institucional quanto da sociedade e no estabelecimento de prioridades básicas (como o foco na redução dos crimes contra a vida, regulada pela meta de diminuição em 12% ao ano na taxa de Crimes Violentos Letais Intencionais - CVLI) e no intenso debate com a sociedade civil. A meta de redução de 12% ao ano na taxa dos CVLIs converteu-se em um elemento regulador da gestão do Programa (RATTON; GALVÃO; FERNANDEZ, 2014).

O PPV é composto por um Comitê Gestor, coordenado pelo Governador do Estado e pelo Secretário de Planejamento e Gestão, e composto pelos Secretários de Defesa Social, Administração Prisional, Desenvolvimento Social e Direitos Humanos, Comandantes das Polícias Militar, Civil, Corpo de Bombeiros, Superintendência de Polícia Científica, representantes do Poder Judiciário, do Ministério Público, da Defensoria Pública e dirigentes das unidades especializadas das Polícias, bem como coordenadores de programas de prevenção social da criminalidade (ALVES, 2015).

Para que o Corpo de Bombeiros Militar de Pernambuco (CBMPE) pudesse então ser inserido no Pacto pela Vida, foi proposta a implementação, pelo Comando Geral da Corporação, do Projeto Resgate de Vidas, elaborado através do Planejamento Estratégico 2006-2007, detalhado com o Projeto de Modernização e Ampliação do Resgate na Região Metropolitana do Recife (RMR), apresentado ao Governo no ano de 2007 (ALVES, 2015).

Alves (2015) descreve que o projeto decorreu a partir da análise e levantamento de dados junto às emergências dos hospitais de referência da RMR, observando-se os números de vítimas que deram entrada por trauma nas três principais emergências dos maiores hospitais da citada região, o Hospital da Restauração – HR, o Hospital Getulio Vargas – HGV e o Hospital Otavio de Freitas, no ano de 2008, sendo apontado que das 45.787 vítimas

atendidas, 12.207 eram oriundas de causas ligadas a violência, ou seja, o Crime Violento Intencional (CVI) e as demais de traumas diversos. Observando a quantidade de vidas ceifadas na RMR em decorrência destes fatores, o estudo voltou-se para que fossem levantadas hipóteses sobre tais números em detrimento a uma estrutura condizente e moderna de atendimento pré-hospitalar, que viesse a prover uma sobrevida a tais vítimas, e assim determinar uma redução substancial nos homicídios.

O CBMPE foi então inserido nesse Plano de Segurança Pública, objetivando ampliar sua capacidade de atendimento às vítimas de crimes violentos intencionais, possibilitando que estas pessoas pudessem chegar ao sistema de atendimento médico de emergência, quer fosse em hospital ou em sistemas de atendimento pré-hospitalar fixo, em intervalo de tempo e condição clínica suficientes para garantir a sobrevida e, conseqüentemente, evitar a letalidade (CORREA *et al.*, 2016).

O projeto foi ativado em agosto de 2010, contando com 459 (quatrocentos e cinquenta e nove) bombeiros capacitados, 26 (vinte e seis) bases operacionais distribuídas pela Região Metropolitana do Recife (RMR), funcionando 10 (dez) em estruturas partilhadas com Polícia Militar, 3 (três) em delegacias da Polícia Civil e 2 (duas) com apoio de prefeituras da RMR, e as demais tendo como base outras unidades da Corporação (ALVES, 2015).

Através do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar (GBAPH), o Corpo de Bombeiros passou a atuar diretamente no projeto de redução dos Crimes Violentos Letais Intencionais (CVLI) contribuindo para a obtenção das metas estipuladas pelo governo do Estado, sendo estas equivalentes à redução de 12% do total de mortes (CORREA *et al.*, 2016).

Dentro das metas estabelecidas para o CBMPE, na aferição de resultados realizada semanalmente no âmbito do comitê gestor do Programa Pacto pela Vida, são especialmente destacados e contabilizados os atendimentos

intitulados ‘Destaques’ (CORREA *et al.*, 2016). É pressuposto, para esta definição, que os vitimados estejam em iminente risco de morte, sendo, para tanto, catalogados e registrados dados como tipo de agressão (física, perfuração por arma branca – PAB - ou perfuração por arma de fogo – PAF), características dos ferimentos, local da lesão (crânio, face, pescoço, ombro, tórax, abdome, membros superiores e inferiores), quantificação dos sinais vitais (frequências respiratória e cardíaca, pulso, pressão arterial, temperatura, saturação de oxigênio), estado clínico (sinais indicativos de choque e avaliação do nível de consciência e responsividade, através da Escala de Coma de Glasgow) e demais características que indiquem a gravidade da lesão.

As informações acima descritas devem constar nos boletins de ocorrência específicos, que são preenchidos pelos Comandantes das guarnições de resgate, para aquelas que têm a agressão como natureza. Estes documentos são criteriosamente analisados pelos bombeiros militares lotados na Divisão de Operações do GBAPH, observados minuciosamente os critérios anteriormente informados, para definir se determinada ocorrência será classificada ou não como um ‘Destaque’. Posteriormente, as informações são computadas em planilhas específicas, que são encaminhadas diária e semanalmente ao Comitê Gestor do Pacto pela Vida, que irá analisar a descrição dos atendimentos e contabilizá-los.

Para que as metas estipuladas pelo Comitê sejam atingidas, a quantidade de ocorrências de ‘Destaque’ atendidas pelo GBAPH do CBMPE deve corresponder a, no mínimo, 12% do total de Crimes Violentos Letais Intencionais, sendo tais dados analisados e computados semanal, mensal e anualmente, para fins de adequação ao cumprimento das metas preestabelecidas.

## **2 OBJETIVO DA PESQUISA**

Caracterizar os atendimentos às vítimas de crime violento intencional (CVI) pelo Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar (GBAPH) do Corpo de Bombeiros Militar de Pernambuco (CBMPE), no período de janeiro de 2013 a maio de 2017.

### **3 MÉTODO**

Estudo descritivo, exploratório e transversal, de abordagem quantitativa, conforme descreve a literatura (LAKATOS e MARCONI, 2011). A pesquisa foi realizada durante os meses de maio a junho de 2017, com os dados coletados nos arquivos virtuais e físicos da Divisão de Operações do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar (GBAPH), relativos ao período de janeiro 2013 a maio de 2017. Embora o Projeto Resgate de Vidas tenha sido implementado no fim do ano de 2010 (ALVES, 2015), não há detalhamento específico, no setor citado, das características dos atendimentos às vítimas de CVI. Tais informações constam nos arquivos das demais ocorrências atendidas pelo GBAPH, porém não há uma caracterização estatística específica para elas. Existem apenas os números brutos do atendimento, sem refinamento de pesquisa. Os dados computados nos anos de 2011 e 2012, de acordo com os critérios de análise desta pesquisa, não cumpriram os requisitos de informações predefinidos, e não foram incluídos no trabalho com detalhamentos, apenas na quantificação geral dos dados.

Para análise dos dados, foi utilizado o programa Microsoft Excel 2010, no qual foram elaboradas 05 pastas de trabalho, sendo uma para cada ano analisado, contendo, cada, 13 planilhas, uma com os dados gerais do ano em estudo e as demais com as informações relativas a cada mês do ano, e foram computadas as seguintes informações: gênero (masculino, feminino e não

especificado), tipo de agressão (física, perfuração por arma branca – PAB – e perfuração por arma de fogo – PAF), local da lesão (crânio, face, pescoço, ombro, tórax, abdome, membros superiores e membros inferiores), e a unidade de saúde para a qual a vítima foi levada. Isto será repetido a seguir, sugiro tirar

Posteriormente, utilizou-se outra pasta de trabalho, em que foram agrupadas todas as informações relativas aos critérios de análise definidos.

Para efeitos de análise dos atendimentos por unidade de saúde, foram destacados os grandes hospitais da Região Metropolitana do Recife – RMR -, bem como as Unidades de Pronto de Atendimento, sendo que os dados relativos a estas foram computados de forma global, sem se deter aos atendimentos a uma unidade específica. Atualmente existem 13 UPAs na RMR, que são classificadas como unidades de atendimento pré-hospitalar fixo.

As demais unidades (hospitais particulares, de pequeno porte e policlínicas) foram classificadas como “outros”, por se tratarem de nosocômios menos conhecidos e com baixo número de atendimentos. Enquadram-se nessa classificação, também, as situações em que o CBMPE realizou o primeiro atendimento e entregou a uma Unidade de Suporte Avançado (USA) do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU -, que se responsabilizou em deslocar a vítima a um hospital. Esse último caso pode ocorrer nas situações em que são enviadas ao local da ocorrência viaturas deste e daquele órgão, sendo que a do CBMPE chega primeiro e realiza a estabilização inicial. Posteriormente, chega ao local a USA, que por possuir uma melhor estrutura de atendimento móvel, inclusive com médicos, realiza o deslocamento da pessoa agredida.

Foram levantados os dados, colhidos também dos arquivos da Divisão de Operações do GBAPH, relativos ao total de ocorrências gerais (envolvendo todas as naturezas de atendimento), à quantidade média de viaturas ativadas e o total de efetivo por ano, além da média de atendimentos por viatura ativada.

Os resultados foram expressos em tabelas e gráficos de barra e pizza, analisando-se os dados descritos anteriormente e realizando uma comparação entre os anos constantes no período em estudo, bem como uma observação da frequência das informações em cada ano.

#### 4 RESULTADOS

De acordo com os dados levantados, serão apresentados os resultados obtidos para cada critério anteriormente estabelecido.

Inicialmente, será apresentado um resumo da participação do CBMPE no pacto pela Vida, no período de 2011 a maio de 2017, conforme é mostrado na quadro apresentado na Figura 1 a seguir:

**Figura 1-** Quadro resumo da participação do CBMPE no Pacto pela Vida, de 2011 a abril de 2017.

RESUMO DA PARTICIPAÇÃO DO CBMPE NO PPV 2011-2017(até Abril)							
Ano	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Efetivo	425	383	380	348	325	300	278
Viaturas (média)	16	14	13	12	9	7	7
Ocorrências Gerais	20864	15626	16344	14919	10815	8807	2744
CVLI	1765	1505	1269	1504	1613	1847	899
CVI	815	668	618	531	535	398	129
Destaques	302	290	274	260	315	289	85
CVLI sem destaques	2067	1795	1543	1764	1928	2136	984
Resultado do Resgate	17,11%	19,27%	21,59%	17,29%	19,53%	15,65%	9,45%
Produtividade média por VT	18,88	20,71	21,08	21,67	35,00	41,29	12,14
Produtividade média por VT e por mês	1,57	1,73	1,76	1,81	2,92	3,44	1,01

Fonte: Arquivos da Divisão de Operações do GBAPH.



Inicialmente, sobre a Figura 1, cabe destacar que os dados gerais foram levantados até o mês de abril e, especificamente para esta figura, seguem-se os mesmos critérios para os dados do Pacto pela Vida. Isto porque o levantamento estatístico das ocorrências gerais estavam desatualizados no momento em que foram colhidos os dados, e com vistas a manter uma correta relação de proporcionalidade, foram mantidos os mesmos critérios para o PPV. Porém as informações que seguem abaixo para os demais resultados estão devidamente atualizadas até o mês de junho de 2017.

Com relação ao efetivo, observa-se que houve um decréscimo de 147 militares desde a implementação do Programa, e a média de viaturas por ano foi reduzida pela metade.

No ano de 2011, início da execução do PPV, analisando-se até abril de 2017, observa-se o segundo maior índice de Crimes Violentos Letais Intencionais – CVLI –(1765), o maior número de atendimentos às vítimas de CVI (815), o segundo maior número de ocorrências destaques (302) e o segundo menor resultado percentual do resgate (calculado com base entre a quantidade de destaques sobre o total de mortes).

Em 2012 e 2013, observa-se uma diminuição do número de mortes, CVIs e de ocorrências destaques em relação a 2011, porém é visível o aumento percentual, denotando, em princípio, a eficiência relativa dos atendimentos a tais ocorrências pelo CBMPE. Sendo 2013 o ano que foram obtidos os melhores resultados percentuais do Programa pela Corporação.

O ano de 2016 foi aquele que apresentou os piores resultados percentuais desde a implementação do PPV, em virtude de aspectos como: aumento significativo dos CVLIs e diminuição do número de viaturas na Região Metropolitana do Recife. A produtividade média por viatura aumentou, o número absoluto de ocorrências destaques foi o segundo menor, e como tais

atendimentos têm relação direta com o número de mortes, o resultado percentual do CBMPE diminuiu consideravelmente.

Serão apresentadas, agora, as características dos atendimentos às vítimas atendidas e classificadas como ocorrências de ‘Destaque’, ressaltando-se, como descrito no item anterior, que os dados de 2011 e 2012 não foram aqui computados em virtude de, por estar ainda no início da implementação do Projeto, não terem sido aferidos todos os dados eleitos de relevância na pesquisa e aqui analisados. Há, naquele período (2011-2012), apenas a quantificação dos atendimentos..Já foi detalhada esta questão.

A seguir a Figura 2 exhibe o quadro com as ocorrências ‘destaque’, dentro do Projeto Resgate de Vidas, por gênero e ano.

**Figura 2** – Quadro de ocorrências de destaque atendidas pelo CBMPE, por gênero, de janeiro de 2013 a maio de 2017.

ANO	TOTAL	GÊNERO					
		MASC	%	FEM	%	N/I	%
2013	274	208	75,9	53	19,3	13	4,7
2014	260	210	80,8	42	16,2	8	3,1
2015	315	264	83,8	50	15,9	1	0,3
2016	289	232	80,3	57	19,7	0	0,0
2017	105	84	80,0	16	15,2	5	4,8
<b>TOTAL</b>	<b>1243</b>	<b>998</b>	<b>80,3</b>	<b>218</b>	<b>17,5</b>	<b>27</b>	<b>2,2</b>

**Fonte:** Arquivos da Divisão de Operações do GBAPH.

Do total das ocorrências destaques atendidas no período de 2013 a 2017, observa-se uma preponderância significativa de pessoas do sexo masculino, que foram resgatadas com risco de morte e entregues a uma unidade de saúde com vida, correspondendo a 80,3% (998) do total de vítimas.

O percentual de pessoas do sexo feminino foi de 17,5% (218), e o restante, 2,2% (27), não foi identificado, por não constar, nos boletins de ocorrência, a descrição do gênero da vítima.

A seguir na Figura 3, vê-se o quadro com a categorização tipo de agressão:

**Figura 3** – Quadro de ocorrências de destaque atendidas pelo CBMPE, por tipo de agressão, de janeiro de 2013 a maio de 2017

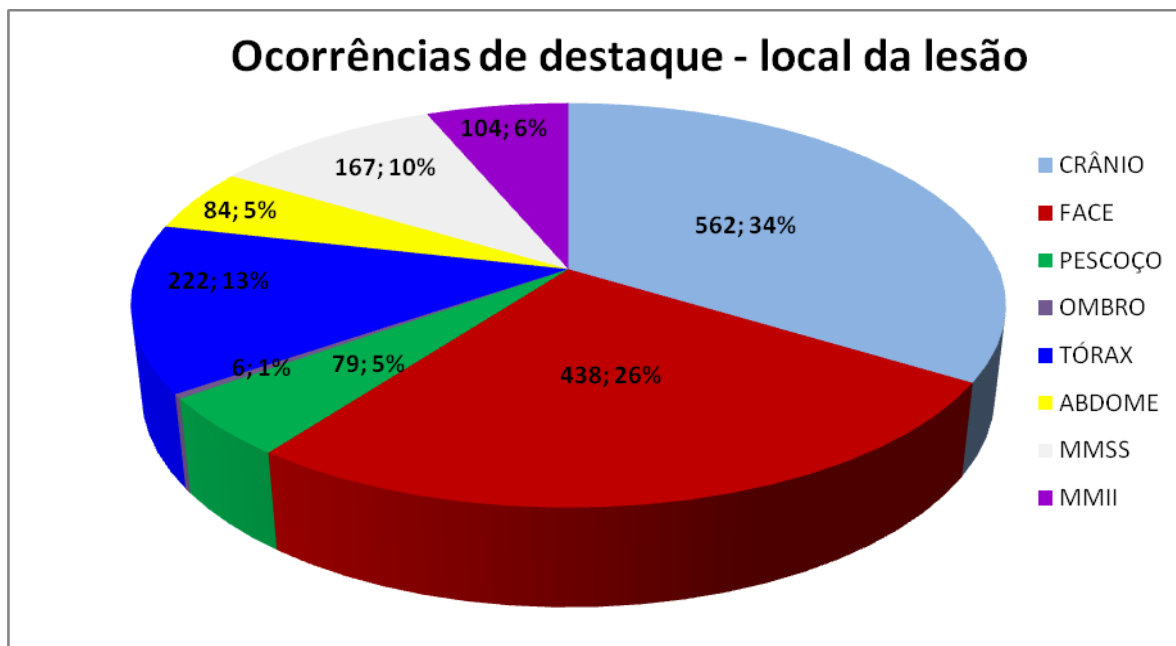
ANO	TOTAL	TIPO					
		FÍSICA	%	PAF	%	PAB	%
2013	274	137	50,0	47	17,2	90	32,8
2014	260	110	42,3	55	21,2	95	36,5
2015	315	139	44,1	68	21,6	108	34,3
2016	289	126	43,6	53	18,3	110	38,1
2017	105	54	51,4	20	19,0	31	29,5
<b>TOTAL</b>	<b>1243</b>	<b>566</b>	<b>45,5</b>	<b>243</b>	<b>19,5</b>	<b>434</b>	<b>34,9</b>

Fonte: Arquivos da Divisão de Operações do GBAPH.

Observa-se, na Figura 3, a caracterização das agressões por tipo, sendo classificadas como agressão física, perfuração por arma de fogo (PAF) e perfuração por arma branca (PAB). As agressões físicas correspondem a 45,5% (566), aproximadamente metade do total de CVIs, estando em segundo lugar as perfurações por arma branca (34,9% - 434) e depois as perfurações por arma de fogo (19,5% - 243). Destaca-se que as agressões em que são utilizados materiais que não causam perfurações (como pedaços de madeira, dentre outros similares) são classificadas como agressão física. Embora possam ser consideradas como armas brancas, porém por não causarem perfurações, o PPV as caracteriza como agressões físicas. As armas brancas, para efeito do Projeto, são aquelas que classicamente podem causar

perfurações, como facas, facões, dentre outros utensílios similares. Os locais das lesões são apresentadas na Figura 4:

**Figura 4** – Gráfico de Ocorrências ‘destaques’ atendidas pelo CBMPE, por local da lesão, de 2013 a maio de 2017



**Fonte:** Arquivos da Divisão de Operações do GBAPH.

Conforme os dados apresentados, observa-se que a maior parte das lesões visa atingir regiões vitais do corpo, pois a região da cabeça, aqui unindo os dados relativos a crânio e face, correspondem a 60,0% (1.000) do valor total, sendo que 34,0% (562) foram no crânio e 26,0% (438) na face. Acrescentando ainda a região do tórax, em que estão localizados também órgãos vitais, chega-se a um valor ainda mais significativo, de 73,0% (1.222), de um total de 1662 lesões identificadas. É interessante destacar que este número é diferente do total de ocorrências atendidas, pois há vítimas que apresentam mais de uma região afetada pela agressão.

Embora na região do abdome haja órgãos importantes, como fígado e rins, não se observa uma prevalência dessa região corporal para as agressões.

Os membros superiores e inferiores apresentam o quarto e o quinto índice, respectivamente.

Cabe ressaltar também uma análise entre os tipos de agressões (físicas, PAF e PAB) e a região corporal atingida, para que possam ser avaliados os principais focos dos agressores em relação ao meio utilizado para a consecução do crime.

O quadro da Figura 5, tenta lançar a luz a esta questão das tipificadas ‘agressões físicas’:

**Figura 5** – Quadro da relação entre as agressões físicas e a região corporal atingida.

FÍSICA										
ANO	CRÂNIO	FACE	PESCOÇO	OMBRO	TÓRAX	ABDOME	MSD	MSE	MID	MIE
2013	98	70	3	0	3	2	4	3	6	3
2014	50	57	1	0	9	1	7	2	1	3
2015	89	64	0	0	16	3	8	6	2	2
2016	68	67	2	0	12	6	9	3	5	2
2017	31	32	0	0	4	0	1	3	2	1
<b>TOTAL</b>	<b>336</b>	<b>290</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>44</b>	<b>12</b>	<b>46</b>		<b>27</b>	

**Fonte:** Arquivos da Divisão de Operações do GBAPH.

Observa-se a predominância a presença de lesões no crânio para as agressões físicas, que percentualmente em relação ao total das agressões físicas, apresenta um resultado de 44,2%, seguidas por lesões na face, obtendo-se o valor de 38,1%. Seguem-se a essas regiões as lesões no tórax e nos membros superiores.

No quadro da Figura 6, vê-se as agressões por arma de fogo, ponderando-se a região corporal:

**Figura 6:** Quadro da relação entre as perfurações por arma de fogo e a região corporal atingida.

PAF										
ANO	CRÂNIO	FACE	PESCOÇO	OMBRO	TÓRAX	ABDOME	MSD	MSE	MID	MIE
2013	14	10	6	0	19	2	5	2	3	2
2014	11	8	6	0	17	7	4	6	6	7
2015	12	12	2	2	13	9	4	4	14	12
2016	11	2	2	0	16	12	4	5	5	9
2017	7	3	3	0	7	3	0	1	2	3
<b>TOTAL</b>	<b>55</b>	<b>35</b>	<b>19</b>	<b>2</b>	<b>72</b>	<b>33</b>	<b>35</b>		<b>63</b>	

**Fonte:** Arquivos da Divisão de Operações do GBAPH.

Relacionando-se as perfurações por arma de fogo com a região corporal, observa-se a preponderância da região torácica como alvo das lesões (22,9% - 72), seguida dos membros inferiores (20,1% - 63) e da região do crânio (17,5% - 55). As lesões na face, abdome e membros superiores são bastante similares, podendo ser consideradas como lesões secundárias para este tipo de agressão.

Em destaque no quadro da Figura 7 a relação das perfurações por arma branca e a região da agressão:

**Figura 7 –** Quadro da relação entre as perfurações por arma branca e a região corporal atingida

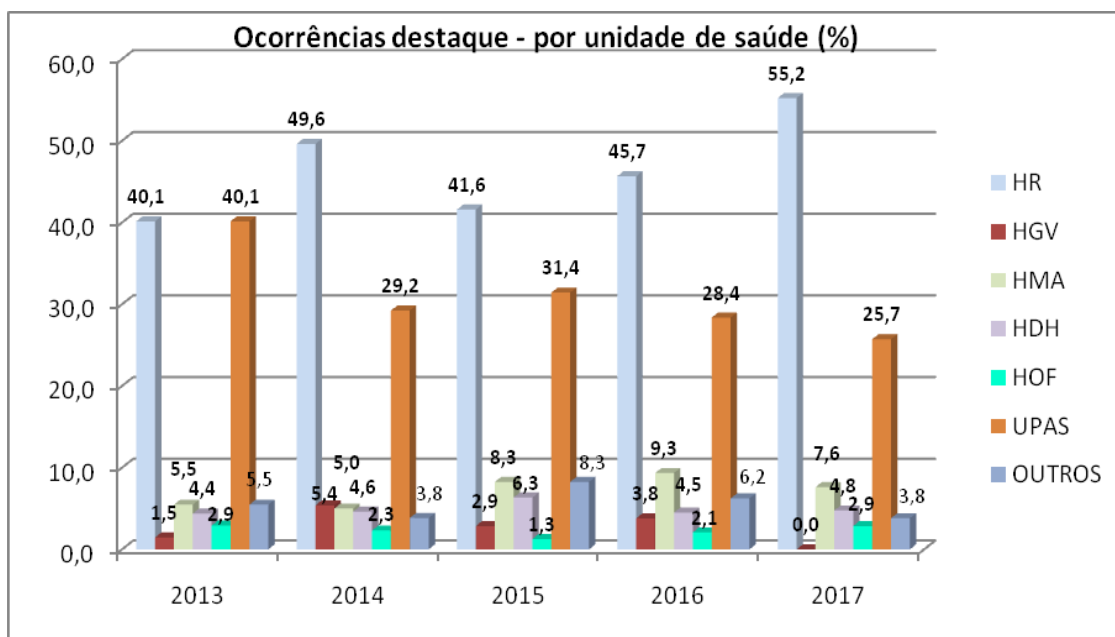
PAB										
ANO	CRÂNIO	FACE	PESCOÇO	OMBRO	TÓRAX	ABDOME	MSD	MSE	MID	MIE
2013	34	21	9	1	24	15	11	5	3	0
2014	36	22	11	1	28	12	9	5	4	0
2015	46	27	10	0	23	7	18	15	1	2
2016	41	30	16	2	23	6	14	10	5	0
2017	10	7	8	0	8	2	0	3	1	0
<b>TOTAL</b>	<b>167</b>	<b>107</b>	<b>54</b>	<b>4</b>	<b>106</b>	<b>42</b>	<b>90</b>		<b>16</b>	

**Fonte:** Arquivos da Divisão de Operações do GBAPH.

Aqui, observa-se uma maior quantidade de lesões na região do crânio (28,5%-167), seguindo-se de um equilíbrio entre face e tórax (18,3%-107 e 18,1%-106, respectivamente) e também em membros superiores (15,4%-90).

Serão apresentadas agora as informações sobre as principais unidades de saúde para as quais as vítimas atendidas pelo CBMPE foram deslocadas, para fins de atendimento hospitalar, expressas no gráfico da Figura 8.

**Figura 8** - Ocorrências de destaque atendidas pelo CBMPE, por deslocamento a unidade de saúde, de janeiro de 2013 a maio de 2017



**Fonte:** Arquivos da Divisão de Operações do GBAPH.

No quadro da Figura 9, o detalhamento em números absolutos dos dados expressos graficamente acima:

**Figura 9** – Quadro de ocorrências de destaque atendidas pelo CBMPE, por deslocamento a unidade de saúde, de janeiro de 2013 a maio de 2017

ANO	TOTAL	HOSPITAL								
		HR	HGV	HMA	HDH	HPS	HOF	HUOC	UPAS	OUTROS
2013	274	110	4	15	12	0	8	0	110	15
2014	260	129	14	13	12	0	6	0	76	10
2015	315	131	9	26	20	0	4	0	99	26
2016	289	132	11	27	13	0	6	0	82	18
2017	105	58	0	8	5	0	3	0	27	4
<b>TOTAL</b>	<b>1243</b>	<b>560</b>	<b>38</b>	<b>89</b>	<b>62</b>	<b>0</b>	<b>27</b>	<b>0</b>	<b>394</b>	<b>73</b>

**Fonte:** Arquivos da Divisão de Operações do GBAPH.

Antes da discussão sobre tais dados, cabe descrever os nomes dos Hospitais mencionados na tabela e no gráfico: 1. HR – Hospital da Restauração; 2. HGV – Hospital Getúlio Vargas; 3. HMA – Hospital Miguel Arraes; 4. HDH – Hospital Dom Hélder; 5. Hospital Pelópidas Silveira; 6. HOF – Hospital Otávio de Freitas; 7. HUOC – Hospital Universitário Oswaldo Cruz; 8. UPAs – Unidades de Pronto Atendimento.

Ao se analisar as unidades de saúde que mais receberam as vítimas destaques de CVI, percebe-se um número elevado de vítimas que foram deslocadas ao Hospital da Restauração, nosocômio de maior referência para atendimento aos pacientes que apresentam ferimentos graves e com risco iminente de morte, além de possuir profissionais competentes e estrutura para o atendimento aos pacientes na área de neurocirurgia. Sendo assim, observa-se um percentual de atendimento de aproximadamente metade das vítimas (45,1% - 560), estando bastante acima dos demais hospitais.



Deve-se atentar também para as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), que atualmente, na Região Metropolitana do Recife, são em número de 13. Do total de atendimentos nessas unidades (394 - 31,7%), pode-se calcular o valor médio de 30,3 ocorrências atendidas pelo CBMPE e deslocadas para cada unidade desse tipo.

Cabe destacar que, no ano de 2013, há uma igualdade de atendimentos pelo HR e pelo conjunto das UPAs, ambos com 110 atendimentos, correspondendo a um percentual de 40,2% para os itens de classificação, em relação ao total de ocorrências do ano citado.

As UPAs passaram a integrar a rede estadual de urgência e emergência em janeiro de 2010, com a inauguração da unidade de Olinda. O programa foi implantado para preencher a carência de atendimento de emergência de média complexidade no SUS. Antes, pacientes que sofriam pequenos cortes, torções, luxações ou com viroses e febres, por exemplo, precisavam buscar assistência nas grandes emergências, já bastante sobrecarregadas com vítimas de acidentes de trânsito e violência.

Sendo assim, destaca-se o elevado número de atendimentos pelas UPAs no ano de 2013, porém tais dados carecem de uma análise mais detalhada, a fim de que sejam identificados os reais motivos da similaridade de atendimentos com o Hospital da Restauração.

## **5 DISCUSSÕES**

Ao analisar os resultados das ocorrências por gênero, percebe-se um número elevado de atendimento de pessoas do sexo masculino em relação ao feminino. Embora Barros e Silva (2017) tenham identificado os perfis do feminicídio na Região Metropolitana do Recife, e que tal tipo de crime vem se

tornando uma causa crescente de mortes na população, vê-se que os indivíduos envolvidos nos crimes relacionados à violência são, ainda, predominantemente masculinos.

Tal resultado corrobora com os estudos de Andrade e colaboradores (2012), que verificaram que o perfil epidemiológico das vítimas de violências e acidentes identificadas pelo Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) Inquérito 2009, do Sistema Único de Saúde (SUS), demonstrou maior proporção dos acidentes em relação às violências e os homens foram mais frequentemente atendidos em decorrência de ambos os agravos, em comparação com as mulheres. A morbidade diferenciada entre homens e mulheres pode ser explicada, pelo menos em parte, por comportamentos específicos de gênero, dependentes de fatores culturais e sociais.

Neves e colaboradores (2013) encontraram resultados similares, quando foram analisados os dados do VIVA referentes ao ano de 2011, em que os indivíduos do sexo masculino representaram a maior proporção entre os atendimentos: de 64,2% dos atendidos por acidentes a 70,4% dos atendidos por envolvimento em atos de violência.

Com relação ao tipo de agressão desferida contra as vítimas, há um número bastante elevado de agressões físicas, seguidas das PABs e das PAFs. Tal característica ocorre em virtude da relativa dificuldade em se conseguir uma arma de fogo pela população. O acesso a materiais que propiciem uma agressão física é mais fácil, bem como este tipo de agressão pode ser desferido sem o uso de nenhum tipo de material, apenas com a força física do agressor que utiliza-se do próprio corpo para que sejam desferidos os golpes. Em segundo lugar, o acesso às armas brancas capazes de causar perfurações também não é difícil, pois as pessoas possuem facas, facões e similares nas suas residências e em muitos ambientes laborais, além de locais em que se realizam refeições.

Quando é analisado o local da lesão corporal nas vítimas, observa-se a preponderância da agressão no crânio, na face e também no tórax, regiões em que há órgãos vitais no corpo, e quando se trata de agressão, na maioria das vezes com a intenção de causar a morte do agredido, o agressor busca atingi-las, sendo estes alguns dos motivos que podem explicar os resultados observados.

As agressões físicas apresentam elevados índices de lesões no crânio e na face, por ser uma região corporal que, se atingida, tem probabilidade de perda imediata de consciência, além de poder causar sequelas permanentes no vitimado, caso este não venha a óbito. Como as agressões físicas são realizadas com socos, chutes e outros materiais que não causem perfurações (agressão por pauladas, por exemplo), o binômio crânio/face torna-se, por assim dizer, a região mais fácil a ser atingida.

Foram registradas as maiores frequências para lesões de cabeça/pescoço em quedas (43,1%), agressões (36%), acidentes automobilísticos (39,1%) e acidentes com veículos de transporte pesado (caminhões e ônibus) com 32,3%. (BATISTA *et al.* 2006) Houve um agravamento da violência urbana no Brasil durante os últimos anos, fato evidenciado pelo grande número de vítimas de agressões, e ao se considerar acidentes de trânsito como categorias isoladas, as agressões ocuparam a terceira causa de trauma, provavelmente devido ao acelerado crescimento do processo de urbanização, que acaba acentuando as desigualdades econômicas e predispondo à violência, e para esses casos, destaca-se o predomínio de lesões em cabeça/pescoço (BATISTA *et al.* 2006).

Quando se observa também um número significativo de lesões em membros, analisa-se que as lesões aparecem de forma secundária, não sendo o alvo principal do agressor. As agressões de perfuração por arma branca e físicas têm lesões de membros superiores associadas, pois há um instinto de

defesa do vitimado, utilizando-os para tentar se defender dos golpes contra ele deferidos.

Das 222 vítimas de agressão analisadas, atendidas nas grandes unidades de emergência de Cuiabá - MT, as principais características foram: sexo masculino (77,0%), faixa etária de 20 a 39 anos (55,0%). A maioria das agressões ocorreu no período noturno (63,0%) e em via pública (33,9%), redundando em corte/perfuração/laceração (62,2%). As lesões atingiram principalmente a cabeça (33,0%), membros superiores (26,5%) e membros inferiores (14,3%) (SOARES; SCATENA; GALVÃO, 2009).

Nas perfurações por arma de fogo, têm-se a predominância de lesões de tórax, pois a área que se tem como alvo é maior do que as outras regiões do corpo. Nestas destacam-se, além das lesões efetuadas no tórax, aquelas nos membros inferiores, em virtude da existência, nestes, de grandes vasos calibrosos, como a artéria femoral, que se atingida por projétil, poderá causar hemorragia grave. Destacam-se também as lesões na região do crânio, podendo-se observar ainda a presença de lesões de membros superiores (instinto de defesa e proximidade do tórax).

O estudo realizado por Sanches, Duarte e Pontes (2009), não corroborou na sua totalidade com os achados neste trabalho, em relação à preferência do agressor em lesar as mesmas regiões, em ordem de prioridade, pois revelou que as partes do corpo das vítimas afetadas que mais prevaleceram foram a cabeça, o pescoço, o tórax e o abdome, nesta ordem, o que talvez determine, pelo menos nesses casos, a real intenção do autor do disparo em praticar o homicídio e, certamente, comprometer a reabilitação dessas pessoas.

Nas agressões com perfuração por arma branca, tem-se mais uma vez a predominância de lesões de crânio, por ser um alvo imediato, que poderá trazer sequelas graves, e há pouca possibilidade de defesa, seguidas por

lesões na face e no tórax (neste último por conta de órgãos vitais como coração e pulmões, com possibilidade de existência de lesão pulmonar severa). Além disso, observa-se um número significativo de lesões em membros superiores, tendo como causa, em princípio, o instinto de defesa do vitimado, o que corrobora com o estudo de Diacampora e colaboradores (2006), que num hospital de Florianópolis averiguou-se que dentre as vítimas de arma branca, os membros superiores foram bastante atingidos, justificando que a tentativa de defesa da vítima usando os braços torna esta região mais exposta.

Os resultados de lesão por arma branca, em relação à região corporal, encontrados neste estudo, vão de encontro ao que foi observado por Zandomenighi, Mouro e Martins (2011), que verificaram a prevalência de perfurações por arma branca no abdome, tórax anterior e membros superiores, nesta ordem, com números de relevância, em que foi traçado o perfil das vítimas atendidas em um hospital universitário de referência da cidade de Londrina, em 2007. O que os pesquisadores destacam é que o abdome seria a região buscada pelo agressor por este, provavelmente, não ter a intenção de matar, por não ser uma região que contemple órgãos nobres.

Analisando-se as unidades de saúde para as quais as vítimas foram deslocadas, percebe-se um elevado número de atendimentos pelo Hospital da Restauração, unidade de referência no atendimento de Neurocirurgia, o que traz uma congruência de informações com relação às regiões corporais mais atingidas (crânio e face). Além dessas, os atendimentos às lesões de tórax, membros e abdome também têm este nosocômio como referência para o atendimento, por possuir a melhor estrutura e equipe de emergência para o atendimento às pessoas que correm risco iminente de morte.

Embora a tendência dos socorristas seja a de deslocar as vítimas em estado grave aos hospitais de grande porte, percebe-se um número significativo de encaminhamento às UPAs. Isso pode ser analisado pelo fator

principal de, conforme anamnese do estado clínico do agredido, os bombeiros verificarem que, por conta da distância do local do crime até um hospital de referência, a situação da vítima pode ser agravada, necessitando-se de intervenção médica-hospitalar imediata. Sendo assim, desloca-se a pessoa que sofreu a agressão inicialmente para essas unidades, a fim de que uma equipe médica, com equipamentos e conhecimentos adequados, possa realizar o atendimento avançado para aquela situação, minimizando os riscos de agravamento do estado de saúde do vitimado.

## **6 CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES**

A pesquisa ocorreu no âmbito do Corpo de Bombeiros Militar de Pernambuco, mais especificamente no Grupamento de Atendimento Pré-hospitalar, unidade operativa responsável pelos atendimentos na Região Metropolitana do Recife, região que integra treze municípios e mais a capital pernambucana, totalizando uma população de mais de 3,9 milhões de habitantes (IBGE, 2017).

Após analisar os 1.243 boletins de ocorrências de atendimentos às vítimas de Crime Violento Intencional (CVI), e classificadas como destaques/vidas salvas (risco iminente de morte), no período de 2013 a maio de 2017, pode-se concluir que a enorme maioria (80,3%) é do gênero masculino, confirmando a tendência apontada na literatura.

Conclui-se ainda que o meio mais utilizado para perpetrar a agressão é o próprio corpo do agressor ou objeto diverso (pedaço de madeira, pedras, cadeiras, garrafas etc.), sendo esta a forma usada em 45% dos casos, seguida de Perfuração por Arma Branca – PAB (34,9%) e de Perfuração por Arma de Fogo - PAF (19,5%).

A face e o crânio, com respectivamente 26% e 34%, são as partes do corpo mais atingidas por estas agressões, coadunando-se com a gravidade das vítimas (destaques/vidas salvas), seguidas de tórax, em que são alojados outros órgãos vitais, com 13% dos casos, e membros superiores com 10% dos ferimentos, muito em função do instinto de defesa.

Apesar de existir uma rede hospitalar relativamente pulverizada, o Hospital da Restauração, no Recife, reúne um expressivo número de atendimentos, chegando a totalizar 560 vítimas atendidas ou mais 45% do total investigado. Sendo este o nosocômio mais tradicional e historicamente mais acessado para emergências complexas.

Por fim recomenda-se que novos estudos possam aprofundar este ensaio preliminar, analisando outros fatores importantes, como dias da semana, horários, localidades geográficas e perfis sócio-econômicos dos vitimados.

Recomenda-se ainda que este modelo possa ser aplicado em outros territórios do Brasil e da América Latina, sobretudo em regiões de alta densidade populacional e consideráveis taxas de crimes violentos intencionais.

## **7 REFERÊNCIAS**

ALVES, F. A. C. Planejamento estratégico como instrumento de gestão pública: uma análise do Projeto Resgate de Vidas do Corpo De Bombeiros Militar de Pernambuco. *Revista Flammae*, Recife, v.1 n.1, p. 72-91, jan./jun. 2015.

## Revista FLAMMAE

Revista Científica do Corpo de Bombeiros Militar de Pernambuco  
Seção 3 – Anais de Eventos Técnicos-Científicos  
XVII Seminário Nacional de Bombeiros – João Pessoa PB  
Vol.03 Nº08 - Edição Especial XVII SENABOM - ISSN 2359-4829  
Versão on-line disponível em: <http://www.revistaflammae.com>.

---

ANDRADE, S. S. C. A. *et al.* Perfil das vítimas de violências e acidentes atendidas em serviços de urgência e emergência selecionados em capitais brasileiras: Vigilância de Violências e Acidentes, 2009. **Revista de Epidemiologia e serviços de saúde**, Brasília, v.21, n.1, p. 21-30, jan./mar. 2012. Disponível em:

<[http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S1679-49742012000100003&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S1679-49742012000100003&script=sci_arttext&tlng=pt)>

BATISTA, S. E. A. *et al.*, Análise comparativa entre os mecanismos de trauma, as lesões e o perfil de gravidade das vítimas, em Catanduva – SP. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, Rio de Janeiro, v.33, n.1, p. 6-10, jan./fev. 2006. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-69912006000100003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912006000100003)>

CORREA, C. *et al.* Atendimento pré-hospitalar a vítimas de crime violento intencional: efetividade do Corpo de Bombeiros Militar de Pernambuco. **Revista Flammae**, Recife, v.2 n.5, p. 106-121, edição especial 2016.

DIACAMPORA A., *et al.* Perfil epidemiológico dos feridos por arma branca atendidos na emergência do Hospital Florianópolis. **Arquivo Catarinense de Medicina**; Florianópolis, v.35, n.2, p. 63-67, jan./dez. 2006.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 2000.

NEVES, A. C. M. *et al.* Perfil das vítimas de violências e acidentes atendidas em serviços de urgência e emergência do Sistema Único de Saúde em capitais brasileiras – 2011). **Revista de Epidemiologia e serviços de saúde**, Brasília, v.22, n.4, p. 587-596, out./dez. 2013.

RATTON, J. L.; GALVÃO, C.; FERNANDEZ, M. O Pacto pela vida e a redução de homicídios em Pernambuco. **Instituto Igarapé**, Rio de Janeiro, v.1, n.1, p. 10-28, ago. 2014

SANCHES, S.; DUARTE, S. J. H.; PONTES, E. R. J. C. Caracterização das Vítimas de Ferimentos por Arma de Fogo, Atendidas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em Campo Grande-MS. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.8, n.1, p. 95-102, jan./abr. 2009. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/29515/31378>>

SOARES, B. A. C.; SCATENA, J. H. G.; GALVÃO, N. D. Acidentes e violências na grande Cuiabá: o que retrata a demanda dos serviços de emergência.



## Revista FLAMMAE

Revista Científica do Corpo de Bombeiros Militar de Pernambuco  
Seção 3 – Anais de Eventos Técnicos-Científicos  
XVII Seminário Nacional de Bombeiros – João Pessoa PB  
Vol.03 Nº08 - **Edição Especial XVII SENABOM** - ISSN 2359-4829  
Versão on-line disponível em: <http://www.revistaflammae.com>.

---

**Revista de Epidemiologia e serviços de saúde**, Brasília, v.18, n.3, p. 265-276, jul./set. 2009. Disponível em: <[http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742009000300009](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742009000300009)>

ZANDOMENIGHI, R. C., MOURO L. M., MARTINS, E. A. P. Ferimento por arma branca: perfil epidemiológico dos atendimentos em um pronto socorro. **Revista de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v.12, n.4, p. 669-677, out./dez. 2011.