



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
MESTRADO EM ODONTOLOGIA

KEVAN GUILHERME NÓBREGA BARBOSA

**TRAUMAS FACIAIS: UM ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DA VIOLÊNCIA
POR AGRESSÃO FÍSICA**

CAMPINA GRANDE – PB

2014

KEVAN GUILHERME NÓBREGA BARBOSA

**TRAUMAS FACIAIS: UM ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DA VIOLÊNCIA
POR AGRESSÃO FÍSICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento às exigências para obtenção do título de Mestre em Odontologia. Área Temática: Clínica Odontológica. Linha de Pesquisa: Epidemiologia e Promoção de Saúde em Odontologia.

Orientador: Prof. Dr. Sérgio d'Avila Lins Bezerra Cavalcanti

CAMPINA GRANDE – PB

2014

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

B238t Barbosa, Kevan Guilherme Nóbrega.
Traumas faciais [manuscrito] : um estudo epidemiológico da violência por agressão física / Kevan Guilherme Nóbrega Barbosa. - 2014.
106 p.
Digitado.
Dissertação (Mestrado em Odontologia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2014.
"Orientação: Prof. Dr. Sérgio d'Ávila Lins Bezerra Cavalcanti, Departamento de Odontologia".
1. Traumatismo facial. 2. Agressão física. 3. Violência. I.
Título.
21. ed. CDD 611.92

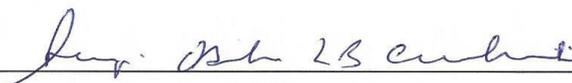
KEVAN GUILHERME NÓBREGA BARBOSA

**TRAUMAS FACIAIS: UM ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DA VIOLÊNCIA
POR AGRESSÃO FÍSICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento às exigências para obtenção do título de Mestre em Odontologia. Área Temática: Clínica Odontológica. Linha de Pesquisa: Epidemiologia e Promoção de Saúde em Odontologia.

Data de defesa: 10/07/2014

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Sérgio d'Avila Lins Bezerra Cavalcanti (Orientador-UEPB)



Profa. Dra. Renata de Castro Martins (Titular Externa-UFG)



Profa. Dra. Rilva Suely de Castro Cardoso Lucas (Titular Interna-UEPB)

“Tenho a impressão de ter sido uma criança brincando à beira-mar, divertindo-me em descobrir uma pedrinha mais lisa ou uma concha mais bonita que as outras, enquanto o imenso oceano da verdade continua misterioso diante de meus olhos.” (Isaac Newton)

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

À Deus, acima de tudo, pois me ofereceu forças para conseguir seguir em frente mesmo nos momentos mais difíceis.

Ao meu professor orientador, Professor Sérgio d'Avila Lins Bezerra Cavalcanti. Há tempos caminhamos juntos, tanto em momentos difíceis e desafiadores quanto nos momentos mais alegres. Muito pude aprender com os seus ensinamentos, e certamente, servirão de base para o meu caminhar futuro. Sou grato por você Sérgio!!!

À minha professora orientadora durante a iniciação científica, Rilva Suely de Castro Cardoso Lucas que me acompanhou desde o início da graduação até os dias atuais. Tive o prazer de realizar muitas atividades importantes para o meu desenvolvimento acadêmico, seja em projeto de extensão, pibic, estágios e atividades curriculares. Obrigado Professora!!!

Aos meus pais, Erivaldo Moreira Barbosa e Maria de Fátima Nóbrega Barbosa. Sem eles nada disso seria possível acontecer. Meus agradecimentos sinceros ao árduo trabalho em educar os seus filhos.

Às minhas irmãs, Ana Beatriz Nóbrega e Ayla Cristina Nóbrega Barbosa, por me incentivarem durante todas as fases da minha vida.

A minha namorada Thaíse Hemmily Santos de Paiva. Ela me apoiou muito durante os meus estudos no mestrado. Sempre pude contar com o seu carinho. Obrigado amor!

AGRADECIMENTOS

AGRADECIMENTOS

A todos os meus familiares que torceram por mim.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação e Graduação em Odontologia da UEPB, pelo empenho em sempre melhorar o ensino e a formação do profissional e do mestre.

Aos coordenadores do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da UEPB Patrícia Meira Bento e Cassiano Francisco Weege Nonaka. Eles estiveram sempre empenhados em proporcionar um curso com mais qualidade científica.

Ao Diretor-Chefe do NUMOL Márcio Leandro da Silva por ter permitido a coleta de dados e autorizado que a pesquisa fosse realizada sem maiores dificuldades.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior por ter financiado e apoiado a minha pesquisa.

Aos alunos Allyson Vinicius Porto Ferreira, Bruna Buriti de Vasconcelos Porto, Gigliana Maria Sobral Cavalcante, Ítalo de Macedo Bernardino, Lorena Marques da Nóbrega, Monalyza Myllena Silva Monteiro Lima e Mario César Furtado da Costa. Este trabalho só foi possível graças ao grande esforço em equipe de todos. Muito obrigado amigos!

Aos meus amigos de turma do Mestrado, que juntos conseguimos muitas conquistas, não apenas acadêmicas, mas também construímos um grande círculo de amizade.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 (Artigo 1) – Características sociodemográficas das vítimas.....	57
Tabela 2 (Artigo 1) – Características relacionadas à agressão física.....	58
Tabela 3 (Artigo 1) – Distribuição do tipo e região anatômica do trauma facial.....	59
Tabela 1 (Artigo 2) – Análise bivariada entre o trauma facial e os fatores sociodemográficos das vítimas.....	75
Tabela 2 (Artigo 2) – Análise bivariada entre o trauma facial e os fatores relacionados à agressão física entre as vítimas.....	76
Tabela 3 (Artigo 2) – Regressão logística multivariada para o trauma facial de acordo com os fatores incluídos no modelo.....	77

LISTA DE ABREVIATURAS

DP – Desvio-Padrão

IC – Intervalo de Confiança

n° – número

OR – *Odds Ratio*

p – nível de significância

XX – Século Vinte

LISTA DE SIGLAS

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

GEMOL – Gerência Executiva de Medicina e Odontologia Legal

NUMOL – Núcleo de Medicina e Odontologia Legal

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

SISNEP – Sistema Nacional de Ética em Pesquisa

SPSS – *Statistical Package for Social Sciences*

UEPB – Universidade Estadual da Paraíba

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Classificação das variáveis do estudo.....	38
--	----

LISTA DE SÍMBOLOS

= – igual

< – menor que

% – por cento

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo determinar a ocorrência de trauma facial e dos fatores associados entre vítimas da violência por agressão física, que foram encaminhadas ao Núcleo de Medicina e Odontologia Legal (NUMOL) da cidade de Campina Grande, Paraíba, Brasil, entre o período de janeiro de 2008 a dezembro de 2011. Foi desenvolvido um estudo transversal e observacional, sendo realizado o censo dos laudos médico-odontológicos de vítimas não letais encaminhadas para exame de corpo de delito, disponíveis no NUMOL. Os dados foram coletados através de um formulário contendo informações disponíveis nos laudos. Três membros da equipe foram submetidos a um treinamento e exercício de calibração para a coleta de dados. Foram investigados 7.132 laudos médico-odontológicos no período considerado. Destes, 3.057 (42,8%) eram relativos a vítimas de trauma facial. Os traumas faciais foram mais frequentes em jovens entre 20 e 29 anos (36,8%), mulheres (1,15:1), solteiros (56%) e em indivíduos com até oito anos de estudo (45,1%). As agressões físicas foram praticadas por homens (3:1), que eram pessoas conhecidas das vítimas (42,1%) e sem o uso de instrumento físico (76,5%). As ocorrências aconteceram majoritariamente a nível comunitário (65,7%), nos finais de semana (35,3%), em horários entre 18:00-05:59h (47,4%). O principal tipo de trauma facial acometeu os tecidos moles (95%) nas regiões orbitais (18,2%). A análise multivariada revelou que os traumas faciais estiveram associados a vítimas que residiam na região metropolitana ($p = 0,008$) e que conheciam o agente agressor ($p = 0,022$). O trauma facial também esteve associado a agressões não instrumentadas ($p < 0,001$) e que aconteceram em âmbito comunitário ($p = 0,017$), em horários noturnos ($p = 0,002$) dos finais de semana ($p = 0,015$). Apesar da complexidade da ocorrência da violência nas sociedades e da dificuldade em determinar as causas que levam a violência por agressão física, este estudo forneceu informações epidemiológicas a respeito da sua ocorrência e determinou alguns fatores que provavelmente estão relacionados com o trauma facial decorrente dos casos de violência.

Palavras-chave: Agressão. Face. Ossos Faciais. Traumatismos Faciais. Violência.

ABSTRACT

The present study had the aim to determine the occurrence of facial trauma and the factors associated among victims of violence by physical aggression referred to the Forensic Medicine and Dentistry Center of Campina Grande, Paraíba, Brasil. We developed a cross-sectional and observational study and we performed the census of the medical and dental records of non-fatal victims referred to the corpus delicti exam, available on the center by a four-year period (2008–2011). The data were collected using a form containing information available about the medical and dental records. Three members of the data collection team underwent a training and calibration exercise. We analyzed 7,132 medical and dental records over the period considered. Of these, 3,057 (42.8%) were related to facial trauma. The traumas were more frequent among young people between 20 to 29 years (36.8%), women (1.15:1), singles (56%) and people up to eight years of study (45.1%). The physical aggression were committed mainly by men (3:1), by people whose victims knows (42.1%) and without the use of weapon (76.5%). The occurrences happened mostly in the community (65.7%), at times ranging from 18:00 p.m. to 05:59 a.m. (47.4%). The main type of facial trauma befell the soft tissue (95%) from the orbits (18.2%). The multivariate analysis revealed that the facial traumas were associated with the victims that lived on the metropolitan area ($p = 0,008$) and that knows the perpetrator ($p = 0,022$). The facial trauma also was associated with no-armed aggression ($p < 0,001$) and aggression that happened on the community ($p = 0,017$), mainly at the night ($p = 0,002$) of weekends ($p = 0,015$). Despite the complexity of violence occurrence on different society e the difficulty in determining the causes that lead to violence by physical aggression, the present study provided epidemiological informations about the occurrence of violence and determined some factors that probably are related with facial trauma resulting from violence cases.

Keywords: Aggression. Face. Facial Bones. Facial Injuries. Violence.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	18
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	23
2.1 TIPOLOGIAS DA VIOLÊNCIA	23
2.2 VIOLÊNCIA E SAÚDE	23
2.3 VIOLÊNCIA E OS TRAUMAS FACIAIS	26
2.3.1 <i>Violência e os Traumas Faciais: violência em crianças e adolescentes</i>	26
2.3.2 <i>Violência e os Traumas Faciais: violência em adultos</i>	28
2.3.3 <i>Violência e os Traumas Faciais: violência em idosos</i>	31
3 OBJETIVOS	34
3.1 OBJETIVO GERAL	34
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	34
4 MATERIAIS E MÉTODOS.....	36
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	36
4.2 LOCALIZAÇÃO DO ESTUDO	36
4.3 COLETA DE DADOS	37
4.4 UNIVERSO E AMOSTRA.....	37
4.5 VARIÁVEIS ESTUDADAS.....	38
4.6 ESTUDO PILOTO E INSTRUMENTO DE PESQUISA	39
4.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA	40
4.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	40
5 PLANOS DE ESTUDOS - ARTIGOS A SEREM ENVIADOS A PERIÓDICOS	43
5.1 ARTIGO 1	44
5.2 ARTIGO 2	60
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	80
REFERÊNCIAS	83
APÊNDICE A – FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS	92
ANEXO A – CADASTRO DA PESQUISA NO SISNEP.....	93
ANEXO B – AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA PELO CHEFE DO NUMOL.....	94
ANEXO C – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UEPB	95
ANEXO D – DIRETRIZES DO PERIÓDICO <i>SOUTH AFRICAN MEDICAL JOURNAL</i>	96
ANEXO E – DIRETRIZES DO PERIÓDICO <i>JOURNAL OF INTERPERSONAL VIOLENCE</i>....	101

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

A definição clássica da Organização Mundial de Saúde (OMS) para violência corresponde ao uso de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação (WHO, 1996).

Esta definição da OMS, de acordo com Dahlberg e Krug (2007), apresenta limitações, uma vez que associa intencionalidade ao ato de violência, sendo excluídos desta definição os acidentes não intencionais, como os ferimentos resultantes do trânsito e queimaduras em incêndios.

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) a violência interpessoal é dividida em duas subcategorias: a familiar (também denominada de conjugal) e a comunitária. A violência familiar (ou conjugal) ocorre especialmente entre membros da família ou parceiros íntimos, nesta categoria está incluído o abuso de menores, a violência entre casais e os maus-tratos a pessoas mais velhas, que normalmente acontece no interior dos lares. A violência comunitária, por sua vez, é aquela produzida entre pessoas que não pertencem ao núcleo familiar e que o agressor pode ou não ser conhecido da vítima. O evento geralmente acontece em ambientes comunitários (OPAS, 2003).

Felson (2009) explica que violência e agressão correspondem a uma problemática ampla, na qual a agressão é vista como qualquer ato em que alguém possua a intenção de ferir ou machucar outra, tendo sucesso ou não, enquanto que a

violência é a agressão física em que o autor se utiliza de algum método para ferir ou causar danos em outra pessoa de forma intencional.

Existem diversos tipos de violência e não existe uma teoria única que explique todas elas. Dentre elas Collins (2009) comenta a violência doméstica, violência de esportes, violência policial, guerras, roubo à mão armada e massacres étnicos, e considera que há diferentes as motivações individuais entre cada um desses tipos.

Além destas citadas, no Brasil existe o grave problema da violência no trânsito, que vem crescendo nos últimos anos, sendo registrados incrementos no número de óbitos ao longo da última década, que aliado a riscos como abuso do álcool, aumento da frota de motocicletas e ao pouco envolvimento do setor público, tem contribuído para agravar o panorama da violência de trânsito do país (BACCHIERI; BARROS, 2011).

De uma forma geral a América Latina é a região do mundo onde o problema da violência apresenta maior extensão e natureza diversa. Ela concentra as mais altas taxas de homicídios e formas diversas de violência, a exemplo da violência advinda de gangues, violência doméstica, violência relacionada a drogas, ao tráfico e a lavagem de dinheiro. Neste contexto, o Brasil ocupa destaque sendo o país da América Latina com a maior taxa de homicídio entre jovens de 10–29, com mais de 20.000 mortes ao ano (IMBUSCH; MISSE; CARRIÓN, 2011).

Souza e Lima (2007) realizaram uma análise nas capitais brasileiras sobre a violência e confirmaram que as duas principais causas externas de morbimortalidade correspondem a violência urbana e aos acidentes de trânsito. Os autores ressaltaram a elevada concentração de morbimortalidade na população jovem e do sexo masculino.

O aumento da violência no país reforça a mudança no perfil epidemiológico experimentado no decorrer do século XX, onde as causas externas e as doenças crônico-

degenerativas passaram a representar a principal causa dos óbitos (PRATA, 1992). Desta forma, a saúde pública começou a incorporar lentamente a questão da violência no seu convívio, uma vez que afeta a saúde individual e coletiva, exigindo esforços para o enfrentamento do problema e busca para possíveis formas de prevenção (MINAYO, 2007).

Embora a violência seja mais largamente discutida em termos de taxas de homicídios, a violência doméstica na América Latina assume maior importância e magnitude (IMBUSCH; MISSE; CARRIÓN, 2011). Ainda que a violência doméstica não seja um fato isolado, existe uma tendência que certos grupos sejam mais vulneráveis, a exemplo das mulheres, crianças e idosos (DOSSI; SALIBA; GARBIN *et al.*, 2008).

As vítimas da violência por agressão física pode resultar em graves injúrias tanto no corpo quanto na região orofacial (CALDAS; MAGALHÃES; AFONSO *et al.*, 2010). Neste sentido a face ganha destaque uma vez que abriga estruturas ósseas complexas que estão diretamente relacionadas com vários órgãos como os da respiração, visão e audição. A presença de um trauma de face pode ocasionar a perda de continuidade anatômica, resultando em lesões de tecidos moles e fratura dos ossos da face (MOTA; AQUIAR; DUTRA *et al.*, 2001).

Os traumatismos maxilofaciais têm grande importância para o Cirurgião-Dentista, não só pela prevalência de casos, mas também pelo fato de que, se não forem reparados de maneira adequada, podem evoluir para importantes sequelas estéticas e funcionais (ROSELINO; BREGAGNOLO; PARDINHO *et al.*, 2009).

Em virtude do exposto a presente pesquisa teve como objetivo verificar a ocorrência de traumas faciais e de seus fatores associados decorrentes da violência por

agressão física no Núcleo de Medicina e Odontologia Legal (NUMOL) do município de Campina Grande, Paraíba, Brasil, entre o período de 2008 a 2011. Optou-se pela apresentação da dissertação na forma de artigos científicos, pois estes constituem uma forma clara e objetiva de divulgação dos resultados da pesquisa junto à comunidade.

REVISÃO DE LITERATURA

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 TIPOLOGIAS DA VIOLÊNCIA

Dahlberg e Krug (2007) publicaram uma versão do Informe Mundial sobre Violência e Saúde, da Organização Mundial de Saúde enfatizando a violência como um problema global de saúde. No documento os autores apresentam uma classificação elucidativa para a violência, dividindo-a em três amplas categorias, de acordo com o infrator que comete o ato violento: a) violência auto infligida; b) violência interpessoal; c) violência coletiva.

A violência auto infligida é dividida em: comportamento suicida e agressão auto infligida. O comportamento suicida corresponde ao suicídio, à tentativa de suicídio e ao pensamento suicida. A agressão auto infligida, por sua vez, é a automutilação.

A violência interpessoal, que será o foco deste trabalho, pode ser dividida em violência familiar, que ocorre, sobretudo nos lares e entre membros da família, e violência comunitária, que acontece entre indivíduos sem relação pessoal, seja conhecida ou não. Normalmente ocorre em ambiente extra lar.

A violência coletiva por sua vez se inicia devido a motivações sociais, políticas ou econômicas, a exemplo dos atos terroristas e guerras (DAHLBERG; KRUG, 2007).

2.2 VIOLÊNCIA E SAÚDE

A violência é um fenômeno sócio histórico que primariamente não corresponde a uma questão de saúde pública, entretanto, transforma-se em problema da área uma vez que afeta a saúde individual e coletiva dos indivíduos (MINAYO, 2007).

O fenômeno da violência, em si, não apresenta raízes biológicas, tratando-se de um complexo e dinâmico fenômeno biopsicossocial, onde o seu espaço de criação e desenvolvimento é a vida em sociedade. Essa situação se fundamenta num conceito ampliado de saúde, no qual tudo o que representa agravo e ameaça à vida está incluído no universo da saúde pública. A abordagem da violência se expressa com forte ênfase na análise das tendências epidemiológicas e de prevenção à ocorrência de lesões físicas, emocionais e de morte, além de aperfeiçoar e dar qualidade à atenção prestada às vítimas (MINAYO; SOUZA, 1999).

Nas áreas metropolitanas do Brasil, a população mais pobre e jovem da periferia urbana são especialmente atingidas pela violência. Contudo, o comportamento mais violento em algumas comunidades não pode ser explicado isoladamente (DOSSI; SALIBA; GARBIN *et al.*, 2008).

A violência implica em custos com médicos, reabilitação das vítimas, sistema judiciário e execução penal, custos com a queda de produtividade, além das perdas materiais decorrentes dos agravos (MENDONÇA; ALVES; CABRAL FILHO, 2002).

Somente a partir da década de 1980 o tema da violência começou a ser de fato introduzido como problemática de saúde, quando um grande número de médicos, pesquisadores e sistemas de saúde pública compreenderam a possibilidade de prevenção deste fenômeno (DAHLBERG; KRUG, 2007; MINAYO, 2007).

A partir da década de 1990, a violência passa a ser considerada sob uma nova ótica, quando a OPAS reconhece que a violência, em virtude do número de vítimas e da

magnitude de sequelas orgânicas e emocionais produzidas, adquire um caráter endêmico e se insere em um problema de saúde pública (OPAS, 1993).

Um importante passo para alavancar o reconhecimento da violência no âmbito da saúde ocorreu com a publicação em 2002 do Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, tornando público e mundial o problema da violência, ampliando o debate e criando referências para movimentos regionais (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA; COUTO, 2006).

Hoje, a violência constitui-se em um problema de saúde pública, pois eleva consideravelmente as taxas de morbi-mortalidade e apresenta repercussões econômicas, tanto em países pobres como em países ricos (MARQUES, 2005; MENDONÇA, ALVES, CABRAL FILHO, 2002).

Apesar do reconhecimento atual da violência como questão de saúde, a inclusão do tema como pauta do setor saúde ocorreu de forma lenta, sendo mais presente no que se refere a violência contra a mulher. O movimento de criar uma consciência de gênero pressionou o setor saúde para que de fato atuasse na problemática, e não apenas no tratamento de lesões e traumas decorrentes da violência. O setor saúde então passou a incorporar o tema violência contra a mulher em diversas situações como agressões conjugais, mutilações, abusos sexuais, físicos e psicológicos, homicídios e uma série de sintomas físicos e psicossomáticos associados à violência de gênero (MINAYO, 2007).

Rodrigues *et al.* (2009) realizaram um estudo sobre o custo da violência para o sistema público de saúde do Brasil e estimaram que no ano de 2004 o tratamento das vítimas de causas externas e agressão foram respectivamente R\$ 2,2 bilhões e R\$ 119 milhões, entretanto os autores ressaltam que estes valores podem ser ainda maiores, uma vez que nem todas as informações estão disponíveis para o cálculo dos gastos.

2.3 VIOLÊNCIA E OS TRAUMAS FACIAIS

2.3.1 Violência e os Traumas Faciais: violência em crianças e adolescentes

A violência contra crianças e adolescentes acompanha a sociedade humana desde antigos registros adaptando-se a especificidades culturais de cada momento histórico. No Brasil, apenas por volta da década de 1990 iniciou-se a conscientização sobre o problema (ASSIS, 1994).

De acordo com Hinchliffe (2011) dentre os tipos de abusos contra os jovens existem o abuso físico, que envolve ações como bater, sacudir; perfurar; queimar; escaldar; morder; afogar; envenenamento sufocante; ou qualquer outro tipo de injúria, o abuso sexual quando o jovem é aliciado ou forçado a participar de atividades sexuais ou prostituição; o abuso emocional que pode causar graves consequências ao desenvolvimento da criança ou adolescente e a negligência descrita como a incapacidade de atender as necessidades físicas ou emocionais básicas da criança, comprometendo a saúde e o bem estar da mesma.

Guimarães e Villela (2011) em estudo para determinar o perfil das crianças e adolescentes vítimas da violência remetidas ao Instituto Médico Legal no Brasil apontou que os casos estão concentrados em classes sociais mais baixas, sendo as meninas as principais vítimas, além disso, os agressores eram principalmente pessoas da família.

As lesões orofaciais são comuns em crianças. Um estudo realizado na Escócia verificou uma incidência de 59% entre 390 casos de violência, dentre estas ocorrências os principais agressores foram as mães e os pais (CAIRNS; MOK; WELBURY, 2005).

Com relação às fraturas faciais entre crianças e adolescentes, a violência representa uma etiologia frequente. Estudo coreano com coorte retrospectiva de 741 pacientes menores de dezoito anos, vítimas de fraturas faciais, encontrou que a violência representou 38% dos casos, sendo o principal fator etiológico dos eventos (KIM; LEE; CHO, 2012).

Comparando crianças e adolescentes é provável que os adolescentes apresentem maior incidência do número de fraturas maxilofaciais. Estudo realizado em Pittsburgh (EUA) por Grunwaldt *et al.* (2011) com 772 crianças e adolescentes verificou que a faixa etária adolescente concentrou 47% dos casos de fraturas maxilofaciais, enquanto que as outras faixas etárias exibiram menores incidências.

Outro estudo realizado com o objetivo de determinar o perfil da violência contra crianças e adolescentes com base em registros de Conselhos Tutelares Brasileiros, identificou que os adolescentes também estão mais envolvidos em os casos de violência em comparação às crianças (COSTA *et al.* 2007). Adicionalmente os autores encontram proporções equivalentes para a distribuição com relação ao sexo das vítimas entre os casos de violência. Isto evidencia que diferenças entre o sexo devam ser mais visíveis a partir da vida adulta, época em que o contexto da violência de gênero assume importância.

A violência por agressão física em crianças e adolescentes é mais graves a nível comunitário. Mascarenhas *et al.* (2010) explicam que nas agressões a nível comunitário é predominante que o agressor e vítima sejam do sexo masculino, enquanto que nos

casos de violência intrafamiliar as meninas sejam mais afetadas. Os autores encontraram em seu estudo que o provável autor das agressões contra crianças e adolescentes são pessoas conhecidas do sexo masculino.

Apesar do impacto que o problema da violência resulta no crescimento e desenvolvimento infanto-juvenil, há pouco prosseguimento dos casos a nível judiciário, onde grande parte dos casos de abusos e maus-tratos permanecem arquivados, além do que em poucas situações há condenação do agente agressor (MARTINS; MELLO JORGE, 2002).

2.3.2 Violência e os Traumas Faciais: violência em adultos

A violência em adultos é mais vista sob a forma de violência doméstica, também referenciada na literatura como violência entre parceiros íntimos, violência entre cônjuges ou violência contra a mulher, uma vez que a maioria das vítimas corresponde a este gênero. Ela inclui as agressões físicas, sexuais e psicológicas contra algum parceiro íntimo ou, numa visão mais ampliada, entre membros familiares (HENDLER; SUTHERLAND, 2007).

Alguns fatores estão mais associados com a violência doméstica. Em estudo de base populacional, Anacleto *et al.* (2009) identificaram como fatores associados a este tipo de violência a renda familiar inferior a meio salário mínimo mensal, entre casais com menos de trinta anos e vivendo em locais com mais de dois indivíduos por cômodo dormitório.

A ocorrência de traumas faciais decorrentes da violência doméstica é algo constante nos serviços de saúde, entretanto os dados obtidos destes ambientes

detalhando a causa e o padrão de lesões são escassos (HALPERN, 2010). O registro fornecido por serviços médico-hospitalares podem fornecer informações limitadas, indicando apenas diagnóstico e tratamento de lesões, mas poucos dados sobre as circunstâncias da agressão. Desta forma há necessidade de se procurar outras fontes de dados para verificar a violência, a exemplo de laudos advindos de institutos de medicina legal (DAHLBERG; KRUG, 2007).

Caldas *et al.* (2010) realizaram um estudo no Instituto Médico Legal em Portugal entre 513 laudos médico-legais e encontraram que as lesões orofaciais são frequentes entre os casos de violência, atingindo principalmente região labial (57,7%) e tecidos moles extra orais (35,9%).

Em um estudo retrospectivo realizado em centro hospitalar na Malásia entre 242 casos de vítimas entre parceiros íntimos encontrou que as injúrias faciais foram as ocorrências mais frequentes, representando 50,4% dos casos, sendo que 87,7% acometeu os tecidos moles (SADDKI; SUHAIMI; DAUD, 2010).

Além da frequente ocorrência de traumas faciais entre os casos de violência, a literatura tem descrito o homem como principal agressor e as mulheres como as principais vítimas, sendo que, quando o sexo masculino representa o lado vitimado, as lesões são menos graves em comparação às das mulheres (CHO; WIKE, 2010). As mulheres vítimas de violência por parceiro íntimo apresentam padrão de trauma facial diferente dos casos de violência praticado por um estranho nos casos de assalto. Arosarena *et al.* (2010) em estudo retrospectivo com dados de 326 mulheres, encontraram que as mulheres vítimas de violência com parceiro íntimo exibiram mais fraturas do complexo zigomático, orbitárias e traumas intracranianos, em contrapartida

naquelas vítimas de assaltos praticado por estranhos as fraturas mandibulares foram mais frequentes.

Apesar da violência contra a mulher ser comum nos casos de violência doméstica, a quantidade de mulheres que denunciam o agressor é pequena com relação à extensão do problema, isto ocorre pelas mais diversas razões, uma delas é o fato de que a mulher geralmente tem uma relação de afeto com o agressor, outra consiste no fato de que muitas mulheres dependem financeiramente do seu parceiro (SAFFOTI, 1997).

A preocupação em torno do tema violência de gênero fez com que o governo Brasileiro instituisse a Lei nº. 11.340/2006, denominada de Lei Maria da Penha, criando mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher (BRASIL, 2006).

A violência interpessoal tem sido crescente em muitas sociedades. Estudo realizado nos Estados Unidos com amostra do Departamento Nacional de Emergência, os assaltos e a violência interpessoal são agravos frequentes a saúde da população, representando uma das mais comuns causas de fraturas faciais (ERDMANN; FOLLMAR; DEBRUIJN, *et al.*, 2008)

Na Bulgária e Nova Zelândia a incidência de fraturas faciais devido ao trânsito é baixa, enquanto que a violência interpessoal e os assaltos representam a maior parcela dos casos. Isto se deve a características próprias destas sociedades. Na Nova Zelândia o decréscimo da severidade dos acidentes ocorreu devido a medidas de segurança no trânsito como o uso de *air bags* (LEE; SNAPE; STEENBERG, *et al.*, 2007), enquanto que na Bulgária, os eventos de violência aumentaram principalmente devido a conquista

da democracia e pela insubordinação as novas leis nacionais vigentes (BAKARDJIEV; PECHALOVA, 2007).

No Brasil a violência interpessoal resultante de assaltos e brigas corresponde a segunda causa de traumas faciais na população adulta, ficando atrás apenas dos acidentes de trânsito. A incidência dos traumas faciais decorrentes da violência tem variado em torno de 19,9% a 27,9% (CARVALHO; CANCIAN; MARQUES, *et al.*, 2010; CHRCANOVIC; ABREU; FREIRE-MAIA, *et al.*, 2012; MALISKA; LIMA JÚNIOR; GIL, 2009; MATOS; ARNEZ; SVERZUT, *et al.*, 2010).

2.3.3 Violência e os Traumas Faciais: violência em idosos

Os idosos correspondem a faixa etária menos envolvida com os casos de traumas faciais. Ainda assim, existem diferenças em faixas etárias mais elevadas. A sétima década de vida (60-70 anos) concentra o maior número de casos em relação à oitava década, que por sua vez apresenta maior incidência em relação à nona. Na sétima década de vida existe um aumento do número de casos, mas este número decresce após as próximas décadas, indicando que idosos mais jovens (abaixo dos 75 anos) ainda estão socialmente ativos (YMAMOTO; MATSUSUE; MURAKAMI, *et al.*, 2011). Um estudo prospectivo feito na Malásia incluindo 85 pacientes vítimas de fratura facial, com idade variando entre 60 e 88 anos, mostrou que de 60-69 anos houve concentração de mais de 70% do número de casos de fraturas (ROYAN; HAMID; KOVILPILLAI, *et al.*, 2008).

A literatura descreve uma predominância de vítimas do sexo masculino entre a população idosa, entretanto as taxas variam entre os estudos. Royan *et al.* (2008)

realizaram um estudo em um país em desenvolvimento e relataram uma relação de 4,31:1. Lida *et al.* (2003) em um país desenvolvido encontraram uma relação de apenas 1,1:1 na população idosa. Outras análises retrospectivas de Al Ahmed *et al.* (2004) e Kamulegeya *et al.* (2009) em países em desenvolvimento descreveram as taxas mais altas, 11:1 e 7,7:1, respectivamente. Uma possível explicação é que em países em desenvolvimento os homens idosos estão mais expostos a fatores de risco (GOMES; PASSERI; BARBOSA, 2006; LELES *et al.*, 2010; MONTOVANI; CAMPOS; GOMES, *et al.*, 2006).

Em países mais desenvolvidos como Alemanha e Japão as quedas são etiologia frequente dos traumas faciais em indivíduos idosos, tanto para os casos de fraturas faciais como mandibulares (LIDA; HASSFELD; REUTHER, *et al.*, 2003; YMAMOTO; MATSUSUE; MURAKAMI, *et al.*, 2011). A osteoporose nestes casos é uma das teorias que explicam o aumento da incidência de fraturas na população idosa (LIDA; HASSFELD; REUTHER, *et al.*, 2003). Em países menos desenvolvidos como Brasil, Iran e Malásia, a violência e os acidentes de trânsito ainda são causas comuns de fraturas faciais e mandibulares em populações idosas (CHRCANOVIC; ABREU; FREIRE-MAIA, *et al.*, 2012; MOHAJERANI; ASGHARI, 2011; ROYAN; HAMID; KOVILPILLAI, *et al.*, 2008).

OBJETIVOS

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Determinar a ocorrência de traumas faciais e de seus fatores associados entre vítimas encaminhadas para exame de corpo de delito com registro de violência por agressão física no Núcleo de Medicina e Odontologia Legal (NUMOL) do município de Campina Grande, Paraíba, Brasil, entre o período de 2008 a 2011.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Plano de análise I (artigo 1)

- Determinar as características sociodemográficas das vítimas;
- Verificar as circunstâncias em que ocorreram os eventos da agressão;
- Descrever o tipo e a localização dos traumas faciais;
- Identificar o dia e o turno das ocorrências;
- Descrever o perfil do agressor (sexo, instrumento utilizado e relação com a vítima).

Plano de análise II (artigo 2)

- Relacionar o trauma facial e os fatores sociodemográficos das vítimas;
- Relacionar o trauma facial e os fatores relacionados à agressão física entre as vítimas.

MATERIAIS E MÉTODOS

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 TIPO DE ESTUDO

O desenho do estudo realizado foi do tipo transversal, observacional e censitário com uma amostra do tipo intencional. Foi utilizada uma abordagem indutiva, por observação indireta através da análise dos laudos de um Núcleo de Medicina e Odontologia Legal (NUMOL) entre vítimas de violência, de ambos os sexos, atendidas no serviço para exame de corpo de delito durante o período de janeiro de 2008 a dezembro de 2011.

4.2 LOCALIZAÇÃO DO ESTUDO

O estudo teve localização na cidade de Campina Grande – PB, um município do Nordeste brasileiro. A área metropolitana de Campina Grande possui aproximadamente 687.545 habitantes, e é um dos principais polos de desenvolvimento econômico do interior do Nordeste (PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE, 2013).

A pesquisa foi realizada no Núcleo de Medicina e Odontologia Legal (NUMOL) na sala de documentos onde se encontram os laudos das vítimas que procuraram o setor para realizar exames de corpo de delito.

Em todo o estado da Paraíba existem quatro órgãos responsáveis pelos exames de corpo de delito, um GEMOL (GERÊNCIA EXECUTIVA DE MEDICINA e ODONTOLOGIA LEGAL) e três NUMOLs. Na capital do Estado, funciona o GEMOL, que além de realizar os serviços médicos e odonto-legais, também realiza o gerenciamento dos três núcleos do estado. Estes núcleos estão localizados nos

municípios de Campina Grande, Patos e Guarabira (FIGURA 1). O NUMOL de Campina Grande é o segundo em número de vítimas encaminhadas para exame de corpo de delito.

4.3 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados por meio de um formulário especificamente elaborado para esse estudo (Apêndice A), contendo: dados sociodemográficos das vítimas (idade, sexo, situação conjugal, escolaridade, ocupação), dados relacionados à agressão (circunstância da agressão, sexo do agressor, sujeito agressor, instrumento utilizado), dados relacionados à ocorrência do evento (dia da semana e horário) e dados relacionado ao trauma de face (tipo de trauma facial e localização anatômica).

4.4 UNIVERSO E AMOSTRA

Foram considerados/avaliados todos os prontuários com registros e informações sobre violência por agressão física, sendo realizado o censo dos laudos entre o período de janeiro de 2008 a dezembro de 2011.

Critérios de inclusão

Estão incluídos na pesquisa aqueles laudos:

- ✓ Registrados durante o período dos anos de Janeiro de 2008 a Dezembro de 2011;
- ✓ Que se referem a vítimas de violência por agressão física;

- ✓ Que correspondam a exame de corpo de delito em vítimas vivas.

Crítérios de exclusão

Foram excluídos do estudo aqueles laudos:

- ✓ Que mesmo após a consulta a um médico ou odontologista da Instituição foi considerado ilegível;
- ✓ Estavam ausentes no momento da coleta, por motivos legais e judiciais;
- ✓ Laudos preenchidos de forma incompleta (apenas para o artigo 2).

4.5 VARIÁVEIS ESTUDADAS

As variáveis de interesse da pesquisa estão dispostas no quadro 1.

Quadro 1 – Classificação das variáveis do estudo.				
Variáveis	Possibilidades da variável	Classificação quanto ao plano de análise	Classificação quanto a natureza do dado	Classificação quanto a forma de mensuração
<i>Idade: anos completos</i>	(0,1,2,3...)	Independente	Quantitativa discreta	Contar
<i>Sexo da vítima</i>	1-Feminino 2-Masculino	Independente	Catagórica nominal	Classificar
<i>Procedência</i>	1-Campina Grande 2-Região metropolitana 3-Outras cidades	Independente	Catagórica nominal	Classificar
<i>Situação conjugal</i>	1-Com companheiro 2-Sem companheiro	Independente	Catagórica nominal	Classificar
<i>Escolaridade</i>	1-Não alfabetizado 2-Ensino fundamental 3-Ensino médio 4-Ensino superior	Independente	Catagórica nominal	Classificar
<i>Ocupação</i>	1-Empregado/autônomo 2-Desempregado 3-Aposentado 4-Não trabalha	Independente	Catagórica nominal	Classificar

<i>Circunstância da agressão</i>	1-Violência familiar 2-Violência comunitária	Independente	Catégorica nominal	Classificar
<i>Sexo do agressor</i>	1-Feminino 2-Masculino	Independente	Catégorica nominal	Classificar
<i>Instrumento utilizado</i>	1-Agressão nua 2-Arma de fogo 3-Arma branca 4-Outros 5-Mista	Independente	Catégorica nominal	Classificar
<i>Dia da ocorrência</i>	1-Segunda 2-Terça 3-Quarta 4-Quinta 5-Sexta 6-Sábado 7-Domingo	Independente	Catégorica nominal	Classificar
<i>Mês da ocorrência</i>	Anotar o mês	Independente	Catégorica nominal	Classificar
<i>Horário do evento</i>	1-00:00-05-59 2-06:00-11-59 3-12:00-17:59 4-18:00-23-59	Independente	Catégorica nominal	Classificar
<i>Tipo de trauma de face</i>	1-Tecido mole 2-Fratura simples 3-Fratura múltipla 4-Fratura dentoalveolar	Dependente	Catégorica	Classificar
<i>Região da face</i>	1-Frontal 2-Nasal 3-Orbital 4-Zigomática 5-Mandibular 6-Mentoniana 7-Jugal 8-Labial 9-Interna da boca 10-Língua 11-Dentes 12-Gengiva 13-Face(mais de um)	Dependente	Catégorica	Classificar
<i>Lado da face</i>	1-Esquerdo 2-Direito 3-Bilateral 4-Central	Independente	Catégorica nominal	Classificar

4.6 ESTUDO PILOTO E INSTRUMENTO DE PESQUISA

Os dados foram coletados por um meio de um questionário específico contendo as informações disponíveis nos laudos médico-odontológicos (Apêndice A). Foi

realizado um estudo piloto prévio com 30 laudos relativos ao ano de 2007 para adequar o instrumento de coleta, estes laudos não foram incluídos na amostra final. Três membros da equipe foram submetidos a um treinamento e exercício de calibração para a coleta de dados. Para aferição da concordância entre os examinadores foi utilizada a medida Kappa, sendo obtido um valor de concordância substancial.

4.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA

A análise estatística descritiva e inferencial dos dados foi feita com o auxílio do *Statistical Package for Social Sciences (SPSS for Windows, version 21.0, SPSS Inc., Chicago, Illinois, USA)*. O Teste Qui-Quadrado de Pearson foi usado para determinar associações bivariadas entre os fatores independentes (sociodemográficos e relacionados à agressão física) e o fator dependente (trauma facial). Os fatores independentes com significância ao nível de 20% ($p < 0,20$), na análise bivariada, foram incluídos na análise de regressão logística multivariada. Em todas as análises foi considerado como significativa as associações com $p < 0,05$ (5%). A medida de associação considerada foi o *Odds Ratio (OR)* bruta, para a análise bivariada, e ajustada, para a análise multivariada, sendo expresso o Intervalo de Confiança de 95% (IC 95%).

4.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Conforme determinação da Resolução CNS/MS 196, a qual regulamenta a ética na pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil, o estudo foi registrado no Sistema Nacional de Informação sobre Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos

(SISNEP), presente no Anexo A. O projeto desta pesquisa foi encaminhado junto com um modelo de termo de responsabilidade do pesquisador, um termo para uso de dados secundários e uma autorização do NUMOL (Anexo B), foi então submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) sendo avaliado e aprovado com o registro CAAE N° 0652.0.133.000-11 (Anexo C).

Foi encaminhada ao Diretor do NUMOL a solicitação de autorização da pesquisa, considerando a inviabilidade da busca de assinatura das vítimas das agressões, uma vez que muitos já não residem nos endereços dos prontuários e outros se sentiriam invadidos na sua privacidade relembrando situações de conflito ocorridas tempos atrás.

ARTIGOS

5 PLANOS DE ESTUDOS - ARTIGOS A SEREM ENVIADOS A PERIÓDICOS

5.1 Artigo 1 – Epidemiologia do trauma facial entre vítimas de violência por agressão física encaminhadas para exame de corpo de delito (Será enviado ao *South African Medical Journal*)

5.2 Artigo 2 – Trauma facial e fatores associados entre vítimas de violência por agressão física encaminhadas para exame de corpo de delito (Será enviado ao *Journal of Interpersonal Violence*)

5.1 Artigo 1– De acordo com as normas do periódico South African Medical Journal (Anexo D)

Epidemiologia do trauma facial entre vítimas de violência por agressão física encaminhadas para exame de corpo de delito

Kevan Guilherme Nóbrega Barbosa¹, Lorena Marques da Nóbrega², Bruna Buriti de Vasconcelos Porto³, Ítalo de Macedo Bernardino³, Gigliana Maria Sobral Cavalcante⁴,
Sérgio d'Avila⁵

¹Mestrando em Odontologia, Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), Campina Grande, PB, Brasil.

²Mestre em Odontologia, Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), Campina Grande, PB, Brasil.

³Alunos de Iniciação Científica, Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), Campina Grande, PB, Brasil.

⁴Doutoranda em Odontologia, Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil.

⁵Professor Doutor em Saúde Coletiva, Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), Campina Grande, PB, Brasil.

Conflito de Interesse: Os autores declaram não haver conflito de interesse durante a realização da pesquisa.

Autor Correspondente

Sérgio d' Avila

Endereço: Universidade Estadual da Paraíba. Av. das Baraúnas, 351 - Campus universitário – Departamento de Odontologia - Bodocongó 58429-500 - Campina Grande, PB – Brasil.

e-mail: davila2407@hotmail.com

Telefone: +55(83) 3315-3326

Resumo

Introdução: A maior parte dos estudos sobre trauma facial é desenvolvida em centros hospitalares. Entretanto, as informações em prontuários hospitalares podem ser limitadas em relação aos dados sobre agressão física. Poucos estudos são realizados em Institutos Forenses.

Objetivo: Determinar a ocorrência de trauma facial entre vítimas de violência por agressão física encaminhadas para exame de corpo de delito em um núcleo de medicina forense entre janeiro de 2008 e dezembro de 2011.

Material e Métodos: Foi desenvolvido um estudo transversal, censitário, observacional e descritivo numa cidade do Nordeste brasileiro. Foram investigados todos os laudos médico-odontológicos (2008–2011) em busca de vítimas não letais que apresentassem trauma facial. Os dados foram coletados através de um formulário contendo informações disponíveis nos laudos. Três membros da equipe foram submetidos a um treinamento e exercício de calibração para a coleta de dados.

Resultados: Ao todo foram investigados 7.132 laudos médico-odontológicos. Destes, 3.057 (42,8%) eram relativos a vítimas de trauma facial. A maioria das vítimas foram os jovens (20–29 anos) e as mulheres (relação mulher/homem de 1,15:1). A maior parte das agressões foi praticada por homens (relação homem/mulher de 3:1), a nível comunitário (65,7%) e sem o uso de instrumento físico (76,5%). As ocorrências predominaram durante as noites (47,4%) e aos finais de semana (35,3%). O tipo de trauma facial mais frequente acometeu os tecidos moles (95%) das regiões orbitais (18,2%).

Conclusão: Existiu uma tendência que as mulheres e os jovens sejam as principais vítimas e que os homens sejam os principais agressores. É provável que as agressões não sejam motivadas ao acaso, uma vez que grande parte das vítimas conhecia o agressor. Os finais de semana e o período noturno concentraram as ocorrências de traumas faciais entre as vítimas de violência, sugerindo que nestes períodos haja um maior fluxo de pessoas e uma maior participação na vida social.

Palavras-chave: Traumatismos Faciais. Face. Violência. Agressão.

Introdução

A violência interpessoal tem sido definida como a segunda etiologia responsável pela ocorrência de traumas faciais, sendo superada apenas pelos casos de acidentes de transporte terrestre.^[1-7] De acordo com Felson (2009)^[8] a violência e a agressão correspondem a uma problemática ampla, na qual a agressão é vista como qualquer ato em que alguém possua a intenção de ferir ou machucar outra pessoa, tendo sucesso ou não, enquanto que a violência é a agressão física em que o agressor se utiliza de algum método para ferir ou causar danos em outra pessoa.

As vítimas da violência por agressão física podem apresentar graves injúrias tanto no corpo quanto na região orofacial.^[9] Neste sentido a face ganha destaque, uma vez que abriga estruturas ósseas complexas que estão diretamente relacionadas com vários órgãos como os da respiração, visão e audição. A presença de uma lesão ou trauma de face pode ocasionar a perda de continuidade anatômica, resultando em lesões de tecidos moles e fratura dos ossos da face.^[10]

As lesões maxilofaciais têm grande importância para o Cirurgião-Dentista, não só pela incidência de casos, mas também pelo fato de que, se não forem reparados de maneira adequada, podem evoluir para importantes sequelas estéticas e funcionais.^[11]

Desta forma, o objetivo deste trabalho foi identificar a ocorrência de lesões faciais entre vítimas encaminhadas para exame de corpo de delito a um núcleo de medicina e odontologia legal entre janeiro de 2008 e dezembro de 2011, descrevendo as características sociodemográficas, características relativas ao evento da agressão física, bem como as características relacionadas ao trauma de face.

Material e Métodos

Desenho do Estudo e Localização

Foi realizado um estudo transversal e descritivo em um dos principais polos de desenvolvimento econômico do interior do nordeste Brasileiro. A cidade possui aproximadamente 687.545 habitantes em sua região metropolitana. O estudo foi desenvolvido em um instituto forense que é um centro de referência para 23 municípios e recebe vítimas encaminhadas para exame de corpo de delito.

Critérios de Inclusão, Amostra e Coleta de Dados

Foi investigado o censo das vítimas não letais da violência por agressão física em um período de quatro anos (janeiro de 2008 a dezembro de 2011). Foram incluídos todos os laudos legíveis de indivíduos vivos no momento do exame físico e que apresentassem informações sobre as condições sociodemográficas, relacionadas à agressão física e ao trauma facial nas vítimas.

Os dados foram coletados por um meio de um formulário específico contendo as informações disponíveis nos laudos médico-odontológicos. Foi realizado um estudo piloto prévio com 30 laudos relativos ao ano de 2007 para adequar o instrumento de coleta, estes laudos não foram incluídos na amostra final. Três membros da equipe foram submetidos a um treinamento e exercício de calibração para a coleta de dados. Para aferição da concordância entre os examinadores foi utilizada a medida Kappa, sendo obtido um valor de concordância substancial.

O formulário continha as informações disponíveis nos laudos médico-odontológicos e foi composto por três partes: parte I – relacionado ao trauma facial (presente/ausente; tipo de trauma; localidade do trauma), parte II – características sociodemográficas da vítima (idade, sexo, situação conjugal e anos de estudo), parte III – características relacionadas à agressão física (sexo do agressor, sujeito agressor, instrumento utilizado, localidade da agressão, dia da ocorrência e turno da ocorrência).

Análise Estatística

A análise estatística descritiva dos dados foi feita com o auxílio do *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS for Windows, version 21.0, SPSS Inc., Chicago, Illinois, USA). Foram descritos os resultados em suas frequências relativas e absolutas.

Considerações Éticas

O estudo seguiu das recomendações nacionais e internacionais em relação à pesquisa envolvendo seres humanos: Resolução 196/96 do Ministério da Saúde Nacional e a Declaração de Helsinki. O projeto foi aprovado por um comitê de ética

independente (número de aprovação: 0652.0.133.000-11). A pesquisa foi autorizada pelo diretor do núcleo de medicina e odontologia forense em que o estudo foi desenvolvido.

Resultados

Ao todo foram examinados 7.132 laudos de vítimas encaminhadas para exame de corpo de delito, sendo que 3.057 (42,8%) apresentavam registros exclusivamente de trauma facial. A média de idade entre as vítimas foi de 29 anos (DP:13,35), variando de 1 a 90 anos. As características sociodemográficas das vítimas estão dispostas na Tabela 1. Predominaram vítimas de faixa etária jovem (20–29 anos), do sexo feminino (1,15:1), indivíduos solteiros (56%) e com escolaridade de até 8 anos de estudo (45,1%).

A Tabela 2 mostra as características relacionadas à agressão física. Os principais agressores foram os homens (3:1), sendo o ato violento praticado na maioria dos casos por uma pessoa conhecida da vítima (42,1%). As agressões foram feitas sem o uso de instrumentos (76,5%), sendo praticadas principalmente na comunidade (65,7%). As ocorrências predominaram aos domingos (21,5%) em horários variando entre 18:00-05:59h (47,4%) .

Na Tabela 3 estão apresentadas as características relativas ao trauma facial. 95% dos traumas foram em tecidos moles e as principais localidades anatômicas afetadas foram as regiões orbitais (18,2%), frontal (10,7%) e labiais (8,9%).

Discussão

O trauma facial neste estudo não foi um evento raro uma vez que quase metade das vítimas encaminhadas para exame de corpo de delito apresentavam registros de trauma de face nos laudos. É provável que o número de vítimas seja ainda maior, uma vez que nem todas as vítimas de traumatismo comparecem ao instituto forense para realização do exame de corpo de delito. A predominância de indivíduos jovens no atual estudo entre as vítimas de trauma facial é constantemente verificada em outros estudos.^[1,2,4,6,7,12-14] Estudo realizado na Carolina do Norte (EUA) com 929 traumas faciais encontrou que 36% dos casos foram devido à violência interpessoal.^[15] Outro estudo realizado no Brasil encontrou que a faixa etária entre 21–30 anos compreendeu o pico de incidência para os casos de traumatismos maxilo-faciais.^[5]

A predominância de faixa etária entre 20–30 anos para os casos de traumatismos faciais e mandibulares parece ser uma tendência entre as diferentes sociedades. Os adultos jovens participam mais ativamente da vida social em relação às crianças, adultos de meia-idade e aos idosos, portanto estão mais propícios a eventos que resultem em fraturas.^[3]

No atual estudo as mulheres foram as principais vítimas dos casos de agressão física com trauma facial (1,15:1). De fato, a literatura aponta que as mulheres são as principais vítimas de agressão física entre os casos de violência entre parceiros íntimos.^[16-20] Arosarena *et al.*,^[21] realizaram um estudo no estado do Kentucky (EUA) com registros médico-hospitalares e determinaram que as mulheres vítimas de assalto por uma pessoa desconhecida são mais propensas a apresentarem traumatismos mandibulares. Além da agressão física, muitas mulheres sofrem sequelas psicológicas que afetam a estrutura familiar.^[22] Em revisão sistemática realizada por Wu, Huff e Bhandari^[23], os autores determinaram que existe moderada evidência de que mulheres

com injúrias nas regiões de nariz, cabeça e face tenham sido vítimas de violência por parte do seu parceiro íntimo.

As vítimas de trauma facial no atual estudo estavam principalmente na condição de solteiros e com 8 anos ou menos de estudo. A vida de casado entre indivíduos que possuam baixa condição socioeconômica e pouca escolaridade pode ser um fator associado com ocorrência de violência doméstica. Anacleto *et al.*,^[24] realizaram um estudo de base populacional no Brasil e determinaram que casais com menos de trinta anos, com renda per capita inferior a meio salário mensal e vivendo em locais com mais de dois indivíduos por cômodo dormitório apresentaram maior prevalência de agressão física praticada por seu parceiro.

Com relação a sexo do indivíduo agressor o presente estudo reportou que 67,5% dos casos eram homens. Os homens têm sido relatados como os principais agressores e as mulheres como as principais vítimas.^[25,26] Além disso, estudo realizado por Cho e Wilke^[27] demonstrou que quando o homem é vitimado por uma mulher, as injúrias são menores e menos frequentes em relação às mulheres.

As agressões foram praticadas principalmente por uma pessoa conhecida e em locais públicos (na comunidade), sem o uso de um instrumento físico. Estes achados sugerem que a vítima possuía um vínculo com o agressor, seja de amizade ou rivalidade. Eventos de agressões entre familiares ou entre parceiros foi menos frequente. Estudo realizado em Portugal⁹ também encontrou que as agressões nuas (socos e chutes) foram os principais meios utilizados nos casos de agressões físicas entre vítimas de trauma facial. Isto sugere a hipótese de que lesões faciais resultem de brigas e discussões entre conhecidos, que por sua vez culminam em algum ato violento para ferir a outra pessoa.

As ocorrências de agressão física predominaram durante o turno da noite, aos sábados e domingos. Estudo semelhante ao atual realizado em uma cidade do sudeste do Brasil com vítimas de traumas maxilofaciais também encontrou que os traumas tendem a acontecer aos sábados e domingos, principalmente devido ao fato de que aos finais de semana a vida social das pessoas é mais agitada e portanto torna-se mais fácil ocorrer eventos que resultem em traumas faciais.^[28] Além disso, no período noturno as pessoas participam mais ativamente da vida social em bares e o risco delas agredirem outra pessoa aumenta^[28], principalmente sobre a influência do álcool.^[29,30]

A distribuição do tipo de trauma facial entre as vítimas foi predominantemente em tecidos moles, enquanto que as fraturas (ósseas e dentoalveolares) aconteceram em menor número. A pele é a região do corpo que fornece a primeira barreira de defesa contra ataques físicos, oferecendo proteção aos ossos e músculos. O envolvimento de fraturas sugere que a agressão teve maior severidade, provavelmente realizada com o auxílio de um instrumento ou arma. Resultados semelhantes em um centro hospitalar na Malásia com 242 casos de vítimas entre parceiros íntimos encontrou que as injúrias faciais foram as ocorrências mais frequentes, representando 50,4% dos casos, sendo que 87,7% acometeu os tecidos moles.^[19]

Com relação à localização anatômica destes traumas o presente estudo encontrou que os principais sítios de acometimento foram as regiões orbitais, frontal e labiais. Não há descrito na literatura um padrão para a localização anatômica dos traumas faciais. No estudo realizado por Caldas *et al.*,^[9] em um instituto forense entre 513 laudos de vítimas de traumas faciais encontrou que as lesões orofaciais são frequentes entre os casos de violência, atingindo principalmente a região labial (57,7%) e os tecidos moles extraorais (35,9%).

Apesar da complexidade da ocorrência da violência nas sociedades, o presente estudo forneceu informações a respeito da sua distribuição entre vítimas de traumas faciais. Existe uma tendência que mulheres e jovens sejam as principais vítimas e que os homens sejam os principais agressores. É provável que as agressões não sejam motivadas ao acaso, uma vez que grande parte das vítimas conheciam o agressor. Os sábados, domingos e períodos noturnos concentraram as ocorrências de traumas faciais entre as vítimas de violência, sugerindo que nestes períodos haja um maior fluxo de pessoas e uma maior participação na vida social.

Financiamento

Este estudo foi financiado pela agência de fomento Brasileira do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e apoiado pela Coordenação Nacional de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Agradecimentos

Os autores agradecem ao diretor-chefe do NUMOL Márcio Leandro da Silva por sua autorização em realizar a pesquisa no centro.

This study received funding from the Foundation for Research Support from the National Development Council of Research CNPq (FAPESQ Notice 02/2009 PPSUS) and the National Council for Research Development CNPq (Notice MCT / CNPq No. 14/2010).

Referências

1. Carvalho TB, Cancian LR, Marques CG, et al. Six years of facial trauma care: an epidemiological analysis of 355 cases. *Braz J Otorhinolaryngol* 2010;76(5):565-574. [<http://dx.doi.org/10.1590/S1808-86942010000500006>].
2. Chandra Shekar BR, Reddy C. A five-year retrospective statistical analysis of maxillofacial injuries in patients admitted and treated at two hospitals of Mysore city. *Indian J Dent Res* 2008;19(4):304-308.

3. Chrcanovic BR, Abreu MH, Freire-Maia B, et al. 1,454 mandibular fractures: a 3-year study in a hospital in Belo Horizonte, Brazil. *J Craniomaxillofac Surg* 2012;40(6):116-123. [<http://dx.doi.org/10.1016/j.jcms.2011.03.012>].
4. Lee JH, Cho BK, Park WJ. A 4-year retrospective study of facial fractures on Jeju, Korea. *J Craniomaxillofac Surg* 2010;38(3):192-196. [<http://dx.doi.org/10.1016/j.jcms.2009.06.002>].
5. Leles JL, dos Santos EJ, Jorge FD, et al. Risk factors for maxillofacial injuries in a Brazilian emergency hospital sample. *J Appl Oral Sci* 2010;18(1):23-29. [<http://dx.doi.org/10.1590/S1678-77572010000100006>].
6. Maliska MC, Lima Júnior SM, Gil JN. Analysis of 185 maxillofacial fractures in the state of Santa Catarina, Brazil. *Braz Oral Res* 2009;23(3):268-274. [<http://dx.doi.org/10.1590/S1806-83242009000300008>].
7. Matos FP, Arnez MF, Svezut CE, Trivellato AE. A retrospective study of mandibular fracture in a 40-month period. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2010;39(1):10-15. [<http://dx.doi.org/10.1016/j.ijom.2009.10.005>].
8. Felson, FB. Violence, crime, and violent crime. *IJCV* 2009;3(1):23-39.
9. Caldas IM, Magalhães T, Afonso A, et al. The consequences of orofacial trauma resulting from violence: a study in Porto. *Dent Traumatol* 2010;26(6):484-489. [<http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-9657.2010.00936.x>].
10. Mota VC, Aquiar EG, Dutra CE. Research about facial trauma attempt. *RGO* 2001;49(4):187-190.
11. Roselino LM, Bregagnolo LA, Pardini MA, et al. Danos buco-maxilo-faciais em homens da região de Ribeirão Preto (SP) entre 1998 e 2002. *Odontologia, Ciência e Saúde—Revista CROMG* 2009;10(2):71-77.
12. Atilgan S, Erol B, Yaman F, et al. Mandibular fractures: a comparative analysis between young and adult patients in the southeast region of Turkey. *J Appl Oral Sci* 2010;18(1):17-22. [<http://dx.doi.org/10.1590/S1678-77572010000100005>].
13. Bormann KH, Wild S, Gellrich NC, et al. Five-year retrospective study of mandibular fractures in Freiburg, Germany: incidence, etiology, treatment, and complications. *J Oral Maxillofac Surg* 2009;67(6):1251-1255. [<http://dx.doi.org/10.1016/j.joms.2008.09.022>].
14. Mohajerani SH, Asghari S. Pattern of mid-facial fractures in Tehran, Iran. *Dent Traumatol* 2011;27(2):131-134. [<http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-9657.2011.00979.x>].
15. Erdmann D, Follmar KE, Debruijn M, et al. A retrospective analysis of facial fracture etiologies. *Ann Plast Surg* 2008;60(4):398-403. [<http://dx.doi.org/10.1097/SAP.0b013e318133a87b>].

16. Bonomi AE, Thompson RS, Anderson M, et al. Intimate partner violence and women's physical, mental, and social functioning. *Am J Prev Med* 2006;30(6):458-466. [<http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2006.01.015>].
17. Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet* 2002;359:1331-1336. [[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)08336-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(02)08336-8)].
18. McCaw B, Golding JM, Farley M, et al. Domestic violence and abuse, health status, and social functioning. *Women Health* 2007;45(2):1-23. [http://dx.doi.org/10.1300/J013v45n02_01].
19. Saddki N, Suhaimi AA, Daud R. Maxillofacial injuries associated with intimate partner violence in women. *BMC Public Health* 2010;10(268):1-6. [<http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-10-268>].
20. Vives-Cases C, Ruiz-Cantero MT, Escribà-Agüir V, Miralles JJ. The effect of intimate partner violence and other forms of violence against women on health. *J Public Health (Oxf)* 2011;33(1):15-21. [<http://dx.doi.org/10.1093/pubmed/fdq101>].
21. Arosarena AO, Fritsch TA, Hsueh Y, et al. Maxillofacial injuries and violence against women. *Arch Facial Plast Surg* 2009;11(1):48-52. [<http://dx.doi.org/10.1001/archfacial.2008.507>].
22. Amar AF, Cox CW. Intimate Partner Violence: Implications for Critical Care Nursing. *Crit Care Nurs Clin North Am* 2006;18(3):287-296. [<http://dx.doi.org/10.1016/j.ccell.2006.05.013>].
23. Wu V, Huff H, Bhandari M. Pattern of Physical Injury Associated with Intimate Partner Violence in Women Presenting to the Emergency Department: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Trauma, Violence & Abuse* 2010;11(2):71-82. [<http://dx.doi.org/10.1177/1524838010367503>].
24. Anacleto AJ, Njaine K, Longo GZ, et al. Prevalence of intimate partner violence and associated factors: a population-based study in Lages, Santa Catarina State, Brazil, 2007. *Cad Saúde Pública* 2009;25(4):800-808. [<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000400011>].
25. Moreira TC, Ferigolo M, Fernandes S, et al. Alcohol and domestic violence: a cross-over study in residences of individuals in Brazil. *J Fam Viol* 2011;26(6):465-471. [<http://dx.doi.org/10.1007/s10896-011-9381-5>].
26. Zaleski M, Pinsky I, Laranjeira R, et al. Intimate partner violence and contribution of drinking and sociodemographics: the Brazilian National Alcohol Survey. *J Interpers Violence* 2010;25(4):648-665. [<http://dx.doi.org/10.1177/0886260509334396>].
27. Cho H, Wilke DJ. Gender differences in the nature of the intimate partner violence and effects of perpetrator arrest on revictimization. *J Fam Viol* 2010;25(4):393-400. [<http://dx.doi.org/10.1007/s10896-009-9300-1>].

28. Silva CJ, Ferreira EF, Paula LP, et al. Profile of maxillofacial injury in victims of interpersonal violence: an analysis of retrospective cases registered in a public hospital in Belo Horizonte (MG), Brazil. *Cad Saúde Colet* 2011;19(1):33-40.
29. Eggenesperger N, Smolka K, Scheidegger B, et al. A 3-year survey of assault-related maxillofacial fractures in central Switzerland. *J Craniomaxillofac Surg* 2007;35(3):161-167. [<http://dx.doi.org/10.1016/j.jcms.2007.01.002>].
30. Hogg NJV, Stewart TC, Armstrong HEA, et al. Epidemiology of maxillofacial injuries at trauma hospitals in Ontario, Canada, between 1992 and 1997. *J Trauma* 2000;49(3):425-432. [<http://dx.doi.org/10.1097/00005373-200009000-00007>].

Tabela 1. Distribuição sociodemográfica das vítimas.

	n	%
<i>Faixa Etária</i>		
0 a 9	72	2,4
10 a 19	550	18,0
20 a 29	1126	36,8
30 a 59	1101	36,0
60 ou mais	123	4,0
Dados ausentes*	85	2,8
<i>Sexo</i>		
Feminino	1637	53,5
Masculino	1418	46,4
Dados ausentes*	2	0,1
<i>Situação Conjugal</i>		
Solteiro	1711	56,0
Casado	677	22,1
União estável	389	12,7
Separado	127	4,2
Viúvo	45	1,5
Dados ausentes*	108	3,5
<i>Anos de Estudo</i>		
Sem instrução	169	5,5
Até 8 anos de estudo	1380	45,1
Mais de 8 anos	761	24,9
Dados ausentes*	747	24,4
Total	3057	100,0

*Dados indisponíveis nos laudos médico-odontológicos durante a coleta dos dados.

Tabela 2. Distribuição relacionada à agressão física.

	n	%
<i>Sexo do Agressor</i>		
Masculino	2063	67,5
Feminino	689	22,5
Ambos	74	2,4
Dados ausentes*	231	7,6
<i>Sujeito Agressor</i>		
Conhecido	1286	42,1
Estranho	533	17,4
Companheiro/namorado	429	14,0
Familiar	346	11,3
Ex-companheiro/ex-namorado	281	9,2
Dados ausentes*	182	6,0
<i>Instrumento Utilizado</i>		
Agressões nuas	2339	76,5
Outros	238	7,8
Misto	121	4,0
Arma branca	109	3,6
Arma de fogo	55	1,8
Dados ausentes*	195	6,4
<i>Localidade da Agressão</i>		
Na comunidade	2009	65,7
Na família	894	29,2
Dados ausentes*	54	5,0
<i>Dia da Ocorrência</i>		
Segunda	416	13,6
Terça	390	12,8
Quarta	363	11,9
Quinta	384	12,6
Sexta	328	10,7
Sábado	423	13,8
Domingo	658	21,5
Dados Ausentes*	95	3,1
<i>Turno da Ocorrência</i>		
00:00-05:59	286	9,4
06:00-11:59	506	16,6
12:00-17:59	805	26,3
18:00-23:59	1163	38,0
Dados ausentes*	297	9,7
Total	3057	100,0

*Dados indisponíveis nos laudos médico-odontológicos durante a coleta dos dados.

Tabela 3. Distribuição do tipo e região anatômica do trauma facial.

	n	%
<i>Tipo de Trauma Facial</i>		
Trauma de tecido mole	2903	95,0
Fratura simples	99	3,2
Fratura dento-alveolar	42	1,4
Fratura múltipla	13	0,4
<i>Localização Anatômica do Trauma</i>		
Orbital	556	18,2
Frontal	328	10,7
Labial	272	8,9
Nasal	142	4,6
Zigomática	141	4,6
Jugal externa	88	2,9
Mandibular	41	1,3
Mentoniana	37	1,2
Dentes	34	1,1
Jugal interna	23	0,7
Mais de uma região	1327	43,4
Dados ausentes*	68	2,3
Total	3057	100,0

*Dados indisponíveis nos laudos médico-odontológicos durante a coleta dos dados.

5.2 Artigo 2 – De acordo com as normas do periódico Journal of Interpersonal Violence (Anexo E)

Trauma facial e fatores associados entre vítimas de violência por agressão física encaminhadas para exame de corpo de delito

Kevan Guilherme Nóbrega Barbosa¹, Lorena Marques da Nóbrega¹, Ítalo de Macedo¹ Bernardino, Gigliana Maria Sobral Cavalcante², Efigênia Ferreira e Ferreira², Sérgio d'Avila¹

¹State University of Paraíba, Campina Grande, PB, BRA

²Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, BRA

Financiamento

Este estudo foi financiado pela agência de fomento Brasileira do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e apoiado pela Coordenação Nacional de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Conflito de Interesse: Os autores declaram não haver conflito de interesse durante a realização da pesquisa.

Autor Correspondente

Sérgio d' Avila

Endereço: Universidade Estadual da Paraíba. Av. das Baraúnas, 351 - campus universitário – Departamento de Odontologia - Bodocongó 58429-500 - Campina Grande, PB – Brasil.

e-mail: davila2407@hotmail.com

Telefone: +55(83) 3315-3326

Resumo

Objetivo: Identificar os fatores associados a ocorrência de trauma facial entre vítimas de violência por agressão física encaminhadas para exame de corpo de delito em um núcleo de medicina e odontologia legal.

Material e Métodos: Foi desenvolvido um estudo transversal, observacional e analítico em um núcleo de medicina e odontologia legal numa cidade do Nordeste brasileiro. Foram investigados todos os laudos médico-odontológicos com informações completas a respeito de vítimas não letais encaminhadas para exame de corpo de delito entre janeiro de 2008 e dezembro de 2011. Os dados foram coletados através de um formulário contendo informações disponíveis nos laudos médico-odontológicos do núcleo. Três membros da equipe foram submetidos a um treinamento e exercício de calibração para a coleta de dados.

Resultados: Foram investigados 3.668 laudos com informações disponíveis completas sobre as vítimas submetidas a exame de corpo de delito. Deste total, 1.655 (45,1%) apresentavam relatos de trauma facial. A análise multivariada revelou que os traumas faciais estiveram associados a vítimas que residiam na região metropolitana ($OR = 1,32$, $IC: 1,11-1,58$) e que conheciam o agente agressor ($OR = 1,16$, $IC: 0,98-1,38$). O trauma facial também esteve associado a agressões não armadas ($OR = 2,31$, $IC: 1,96-2,72$) e que aconteceram na comunidade ($OR = 1,20$, $IC: 1,03-1,40$), principalmente nos horários noturnos ($OR = 1,23$, $IC: 1,08-1,41$) dos finais de semana ($OR = 1,19$, $IC: 1,04-1,37$).

Conclusão: Apesar da complexidade em determinar as causas que levam a violência por agressão física, o presente estudo identificou alguns fatores que podem estar associados com a ocorrência da violência entre vítimas de trauma facial.

Palavras-chave: Violência. Traumatismos Faciais. Ossos Faciais. Agressão.

Palavras-chave: Violência. Traumatismos Faciais. Ossos Faciais. Agressão.

A violência é um fenômeno complexo e difícil de definir os reais motivos que levam as pessoas a praticarem atos violentos e que resultem em agressão física (e.g., Collins, 2009; Felson, 2009). Felson (2009) explica que violência e agressão correspondem a uma problemática ampla, na qual a agressão é vista como qualquer ato em que alguém possua a intenção de ferir ou machucar outra, tendo sucesso ou não, enquanto que a violência é a agressão física em que o autor se utiliza de algum método para ferir ou causar danos em outra pessoa de forma intencional.

A Organização Mundial de Saúde (WHO) define a violência como o uso de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, contra outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação (ver World Health Organization, 1996, para uma revisão). Existem vários tipos de violência e não existe uma teoria única que explique todas elas, dentre elas Collins (2009) cita a violência doméstica, violência de esportes, violência policial, guerras, roubo a mão armada e massacres étnicos, sendo diferentes as motivações individuais entre cada um desses tipos.

Hospitais emergenciais têm recebido e tratado um grande número de pacientes vítimas de trauma facial, sobretudo os casos mais graves (Atilgan et al., 2010; Brasileiro & Passeri, 2006; Bormann et al. 2009; Chandra Shekar & Reddy, 2008; Chrcanovic et al., 2012). Entretanto, nem todas as vítimas de trauma facial em casos de agressão física

são encaminhadas para o hospital. Existem na literatura poucos estudos que abordam o trauma facial por meio de dados oriundos de centros de medicina e odontologia forense.

A Violência na América Latina

De uma forma geral a América Latina é a região do mundo onde o problema da violência apresenta maior extensão e natureza diversa. Ela concentra as mais altas taxas de homicídios e formas diversas de violência, a exemplo da violência advinda de gangues, violência doméstica, violência relacionada a drogas, ao tráfico e a lavagem de dinheiro. Neste contexto, o Brasil ocupa destaque sendo o país da América Latina com a maior taxa de homicídio entre jovens de 10–29, com mais de 20.000 mortes ao ano (eg., Imbusch, Misse & Carrión, 2011). Souza & Lima (2007) realizaram uma análise sobre a violência no Brasil nas capitais e confirmaram que as principais causas externas de morte correspondem a violência urbana e aos acidentes de trânsito, ressaltando a elevada concentração de morbi-mortalidade na população jovem do sexo masculino.

Embora a violência seja mais largamente discutida em termos de taxas de homicídios, a violência doméstica na América Latina assume maior importância e magnitude (eg., Imbusch, Misse & Carrión, 2011). Ainda que a violência doméstica não seja um fato isolado, existe uma tendência que certos grupos sejam mais vulneráveis, a exemplo das mulheres, crianças e idosos (Dossi, Saliba, Garbin & Ispert-Garbin, 2008).

Violência no Brasil

No Brasil, o problema da violência tem sido crescente ao longo das últimas décadas e representa uma das principais causas externas de morbidade e mortalidade entre os indivíduos (eg., Dahlberg & Krug, 2007; Minayo, 2007; Imbusch, Misse & Carrión, 2011). Uma das graves consequências, tanto para a saúde do indivíduo como

para os sistemas de saúde corresponde ao traumatismo facial (eg., Batista et al., 2012; Brasileiro & Passeri, 2006; Leles et al., 2010; Maliska, Lima Júnior & Gil, 2009; Matos et al., 2010).

Atual Estudo

No presente estudo, foi investigado a ocorrência de trauma facial entre vítimas da violência por agressão física encaminhadas para exame de corpo de delito, em um núcleo de medicina e odontologia forense. Utilizou-se análises estatísticas apropriadas para identificar quais fatores podem estar mais relacionados com a violência entre as vítimas. Desta forma foi construído um modelo multivariado para explicar os resultados encontrados com a pesquisa.

Método

Desenho do Estudo e Localização

Foi realizado um estudo censitário, transversal e analítico em um dos principais pólos de desenvolvimento econômico do interior do Nordeste brasileiro. A cidade apresenta aproximadamente 687,545 habitantes em sua região metropolitana. A pesquisa foi desenvolvida em um núcleo de medicina e odontologia que recebe vítimas encaminhadas para exame de corpo de delito.

Crítérios de Inclusão, Amostra e Coleta de Dados

Para determinar os fatores associados com o trauma de face, foi investigado uma amostra de vítimas não letais da violência por agressão física em um período de quatro anos (janeiro de 2008 a dezembro de 2011). Foram incluídos todos os laudos legíveis de indivíduos vivos no momento do exame físico e que apresentassem informações completas sobre as condições sociodemográficas e relacionadas à agressão física nas vítimas encaminhadas para exame de corpo de delito.

Os dados foram coletados por um meio de um formulário específico contendo as informações disponíveis nos laudos médico-odontológicos. Foi realizado um estudo piloto prévio com 30 laudos relativos ao ano de 2007 para adequar o instrumento de coleta. Estes laudos não foram incluídos na amostra final. Três membros da equipe foram submetidos a um treinamento e exercício de calibração para a coleta de dados. Para aferição da concordância entre os examinadores foi utilizada a medida Kappa, sendo obtido um valor de concordância substancial. O formulário abordava as informações disponíveis nos laudos médico-odontológicos e foi composto por três partes: parte I – presença de trauma facial (presente/ausente), parte II – fatores sociodemográficos da vítima (faixa etária, sexo, situação conjugal, anos de estudo, ocupação e procedência), parte III – fatores relacionados à agressão física (localidade da agressão, sexo do agressor, conhece o agressor, uso de instrumento, dia da ocorrência e turno da ocorrência).

Análise Estatística

A análise inferencial dos dados foi feita com o auxílio do *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS for Windows, version 21.0, SPSS Inc., Chicago, Illinois, USA). O Teste Qui-Quadrado de Pearson foi usado para determinar associações bivariadas

entre os fatores independentes (sociodemográficos e relacionados à agressão física) e o fator dependente (trauma facial). Os fatores independentes com significância ao nível de 20% ($p < 0,20$), na análise bivariada, foram incluídos na análise de regressão logística multivariada. Em todas as análises foi considerado como significativa as associações com $p < 0,05$ (5%). A medida de associação considerada foi o *Odds Ratio* (OR) bruta, para a análise bivariada, e ajustada, para a análise multivariada, sendo expresso o Intervalo de Confiança de 95% (IC 95%).

Considerações Éticas

O presente estudo seguiu das recomendações nacionais e internacionais em relação à pesquisa envolvendo seres humanos: Resolução 196/96 do Ministério da Saúde Nacional e a Declaração de Helsinki. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (número de processo: 0652.0.133.000-11). A pesquisa foi aprovada pelo diretor do núcleo de medicina e odontologia em que o estudo foi desenvolvido.

Resultados

Foram analisados 3.668 laudos forenses de vítimas não letais que foram encaminhadas para exame de corpo de delito entre o período de janeiro de 2008 à dezembro de 2011. Dentre este tempo considerado, um total de 1655 (45,1%) indivíduos foram vítimas de trauma facial.

Dos fatores sociodemográficos, apenas a procedência da vítima esteve associado na análise bivariada com a ocorrência de trauma facial, sendo mais elevada na região

metropolitana adjacente ($OR = 1,27$, $IC: 1,07-1,51$). As outras variáveis sociodemográficas não estiveram associadas com o trauma facial (Tabela 1).

Na Tabela 2, dos fatores relacionados com a agressão física houve associação estatística para agressões sem o uso de instrumento ($OR = 2,16$, $IC: 1,84-2,54$), ocorrências nos finais de semana ($OR = 1,15$, $IC: 1,00-1,32$) e nos horários noturnos ($OR = 1,20$, $IC: 1,05-1,36$).

No modelo multivariado foram incluídas as variáveis com significância ao nível de 20% ($p < 0,20$), desta forma a regressão logística final incluiu os seguintes fatores relacionados às vítimas: ocupação, procedência, localidade da agressão, conhece o agressor, uso de instrumento, dia da ocorrência e turno da ocorrência.

Após análise de regressão logística os fatores que permaneceram significativos foram: vítimas procedentes da região metropolitana adjacente ($OR = 1,32$, $IC: 1,11-1,58$), agressões praticadas na comunidade ($OR = 1,20$, $IC: 1,03-1,40$), as vítimas conheciam o agente agressor ($OR = 1,24$, $IC: 1,03-1,40$), agressões realizadas sem o uso de instrumento ($OR = 2,31$, $IC: 1,96-2,72$), ocorrências em finais de semana ($OR = 1,19$, $IC: 1,04-1,37$) e em horário noturno ($OR = 1,23$, $IC: 1,08-1,41$).

Discussão

A ocorrência de trauma de face entre as vítimas neste estudo foi considerada elevada se comparada com estudo com características semelhantes realizado na cidade do Porto em Portugal por Caldas et al. (2010). Os autores do referido estudo encontraram uma prevalência para o trauma facial de 11,6% entre 513 vítimas de violência. Uma revisão retrospectiva realizada na Malásia com 242 registros

hospitalares reportaram uma prevalência de 50,4% de lesões na região facial, semelhante aos dados aqui apresentados. É possível que em países em processo de desenvolvimento socioeconômico como Brasil e Malásia o problema da violência seja ainda mais acentuado do que em países desenvolvidos. A violência no Brasil é uma das principais causas externas de morbidade, sendo superada apenas pelos acidentes de transporte terrestre (ver Barros et al., 2010; Batista et al., 2012; Cavalcante, Guimarães, Egito & Vasconcellos, 2009; Leles et al., 2010; Lins et al., 2011, para revisar as causas externas de morbidade).

Dentre os fatores sociodemográficos considerados apenas a procedência da vítima esteve associada com os casos de traumas faciais. Indivíduos da região metropolitana adjacente estiveram mais envolvidos em relação aos da cidade e de outras cidades mais distantes ($p = 0,008$). Este resultado representa uma situação social no Brasil, que alguns autores têm denominado de interiorização da violência, em que além da violência típica da região metropolitana existe uma tendência que esta se estenda para áreas circunvizinhas e cause um aumento dos casos de violência nestas regiões (ver Lima, Singer & Saldiva, 2008, Souza & Lima, 2007, para revisão).

Dos fatores relacionados com a violência resultante da agressão física, cinco variáveis permaneceram significativas ($p < 0,05$) no modelo final: “conhece o agressor”; “localidade da agressão”; “uso de instrumento”; “dia da ocorrência”; “turno da ocorrência”.

O fato de haver associação entre as vítimas conhecerem o agressor com o trauma de face ($p = 0,008$) sugere que estes eventos não ocorreram ao acaso, sendo necessário algum motivo prévio para que a agressão física se concretizasse. Isto mostra que, no atual estudo, apesar da violência ser uma problemática complexa e às vezes

imprevisível (Felson, 2009), ela decorreu na maioria dos casos devido a algum desentendimento entre o agente agressor e a vítima. Este desentendimento que possivelmente resultou em agressão física pode ter desencadeado um sentimento de vingança por parte do agredido. Algumas autoras identificaram em um serviço de atendimento hospitalar que as vítimas agredidas apresentam um sentimento de vingança que é motivado pelo trauma físico sofrido e pelo sentimento de derrota, dando continuidade ao ciclo da violência (Leal & Lopes, 2005). Além disso, a maioria dos casos de violência neste estudo ocorreu em ambiente comunitário ($p = 0,017$), sendo o agente agressor provavelmente algum conhecido que não faz parte da família da vítima.

Agressões sem o uso de instrumento foi um fator bem associado com o trauma de face entre os eventos violentos de agressão física ($p < 0,001$). Utilizar as próprias mãos para agredir outra pessoa sugere que a agressão tenha acontecido por motivos emocionais do momento, e não por origem premeditada. Agressões sem uso de algum objeto é frequente em casos de violência entre parceiros íntimos ou violência doméstica, em que a maior parte das agressões são motivadas pelo emocional (eg., Arosarena et al., 2009; Greene, Raven, Carvalho & Mass, 1997; Greene, Mass, Carvalho & Raven, 1999; Shepherd et al., 1990). Estudo realizado no Iran por Hashemi & Beshkar (2011) com 257 registros médico-hospitalares de traumas maxilofaciais entre vítimas de violência doméstica encontrou que em nenhum dos casos houve uso de instrumentos. Dentre os mecanismos utilizados para a prática de agressões sem instrumentos, Saddki, Suhaimi & Daud (2010) citam o uso de socos, chutes e tapas como os mais frequentes.

A ocorrência de agressões físicas que resultaram em trauma facial aconteceram principalmente nos finais de semana ($p = 0,015$). A literatura mostra que grande parte dos eventos de trauma facial ocorrem durante os finais de semana (eg., Eggensperger et al., 2007; Hogg, Stewart, Armstrong & Girotti, 2000; Silva et al., 2011; Subhashraj,

Nandakumar & Ravindran, 2007; Oikarinen, Ignatius, Kauppi & Silvennoinen, 1993; Olson, Fonseca, Zeitler & Osbon, 1982). Nos finais de semana há um maior envolvimento social das pessoas em atividades de lazer e recreação, havendo em muitos casos um consumo excessivo de bebida alcoólica (eg., Chrcanovic, Abreu, Freire-Maia & Souza, 2012; Chrcanovic, 2012; Freitas, Mendes & Oliveira, 2008; Montovani et al., 2006; Schroder, Petersen, Eiskjaer, Charles, 1992; Shepherd, Al-Kotany, Subadan & Scully, 1987; Shepherd, Shapland, Pearce & Scully, 1990; Silva et al., 2011). O uso de bebida alcoólica é um reconhecido fator que altera a percepção do risco da agressão e também induz a comportamentos violentos e agressivos, que podem resultar em eventos de trauma facial (Hogg, Stewart, Armstrong & Girotti, 2000; Shepherd & Brickley, 1996). No presente estudo não foi possível determinar o uso de bebida alcoólica nas vítimas pois os laudos médico-odontológicos não forneciam esta informação.

Outro fator bem associado com os eventos de trauma de face foi o turno da ocorrência. O turno da noite mostrou significância estatística com os casos de trauma facial ($p = 0,002$). O risco de violência é maior entre indivíduos que passam grande parte do tempo em lugares públicos à noite (ver Ross, 2001), principalmente em cidades que possuem muitos bares e vida noturna agitada (Silva et al., 2011). Estudo realizado em Belo Horizonte no Brasil com 484 vítimas de traumas faciais devido à violência urbana encontrou que o período noturno representou 80,6% dos registros médico-hospitalares em um hospital público municipal (Silva et al., 2011).

Uma limitação do estudo se deve ao fato da amostra ser intencional e ao uso de dados secundários obtidos em um serviço de Medicina e Odontologia Forense, cujos resultados são válidos para as vítimas atendidas neste serviço. Muitas vezes, os laudos estão incompletos ou mal descritos. Reconhece-se, ainda, que este estudo oferece somente uma perspectiva pontual da realidade sobre a violência em um município de

médio porte, já que revela apenas os dados sobre vítimas não fatais atendidas neste serviço durante o período de um ano. Não se pode inferir para todas as vítimas da cidade, porque nem todas procuraram o serviço.

Esse estudo permitiu uma visualização das características desses eventos e de suas vítimas, que inexistia para o local estudado um município de médio porte e que pode contribuir substancialmente para os eventos de vigilância e para o planejamento das ações de saúde, ajudando a construir um sistema integrado de vigilância à saúde, interligando delegacias de polícia, serviços forenses e hospitais de emergência.

É reconhecida a complexidade em determinar as causas que levam à violência por agressão física, entretanto, alguns fatores podem estar relacionados com o seu surgimento. Dentre estes, o presente estudo identificou que as zonas adjacentes à metrópole concentraram o maior número de casos. Outros fatores associados com o trauma de face foram: violências praticadas na comunidade, em que a vítima conhecia o agente agressor; agressões praticadas sem uso de instrumento, principalmente nos finais de semana e à noite.

Agradecimentos

Os autores agradecem ao diretor-chefe do NUMOL Márcio Leandro da Silva por sua autorização em realizar a pesquisa no centro.

This study received funding from the Foundation for Research Support from the National Development Council of Research CNPq (FAPESQ Notice 02/2009 PPSUS) and the National Council for Research Development CNPq (Notice MCT / CNPq No. 14/2010).

Referências

Arosarena, A. O., Fritsch, T. A., Hsueh, Y., Aynehchi, B., & Haug R. (2009). Maxillofacial injuries and violence against women. *Arch Facial Plast Surg*, 11, 48-52.

Atilgan, S., Erol, B., Yaman, F., Yilmaz, N., & Ucan, M. C. (2010). Mandibular fractures: a comparative analysis between young and adult patients in the southeast region of Turkey. *J Appl Oral Sci*, *18*, 17-22.

Barros, T. E. P., Campolongo, G. D., Zanluqui, T., & Duarte D. (2010). Facial trauma in the largest city in latin america, são paulo, 15 years after the enactment of the compulsory seat belt law. *Clinics*, *65*, 1043-1047.

Batista, A. M., Ferreira, F. O., Marques, L. S., Ramos-Jorge, M. L., & Ferreira, M. C. (2012). Risk factors associated with facial fractures. *Braz Oral Res*, *26*, 119-125.

Bormann, K. H., Wild, S., Gellrich, N. C, Kokemüller, H., Stühmer, C., Schmelzeisen, R., & Schön, R. (2009). Five-year retrospective study of mandibular fractures in Freiburg, Germany: incidence, etiology, treatment, and complications. *J Oral Maxillofac Surg*, *67*, 1251-1255.

Brasileiro, B. F., & Passeri, L. A. (2006). Epidemiological analysis of maxillofacial fractures in Brazil: A 5-year prospective study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, *102*, 28-34.

Caldas, I. M., Magalhães, T., Afonsom, A., & Eduarda, M. (2010). The consequences of orofacial trauma resulting from violence: a study in Porto. *Dent Traumatol*, *26*, 484-489.

Cavalcante, J. R., Guimarães, K. B, Egito, B. C., & Vasconcellos, R. J. (2009). Epidemiological study of patients with facial trauma treated at the Antônio Targino Hospital-Campina Grande/Paraíba. *Braz J Otorhinolaryngol*, *75*, 628-633.

Chandra Shekar, B. R., & Reddy, C. (2008). A five-year retrospective statistical analysis of maxillofacial injuries in patients admitted and treated at two hospitals of Mysore city. *Indian J Dent Res*, *19*, 304-308.

Chrcanovic, B. R., Abreu, M. H., Freire-Maia, B., & Souza, L. N. (2012). 1,454 mandibular fractures: a 3-year study in a hospital in Belo Horizonte, Brazil. *J Craniomaxillofac Surg*, *40*, 116-123.

Chrcanovic, B. R. (2012). Factors influencing the incidence of maxillofacial fractures. *Oral Maxillofac Surg*, *16*, 3-17.

Collins, R. (2009). Micro and macro causes of violence. *IJCV*, *3*, 9-22.

Dahlberg, L. L., & Krug, E. G. Violence: a global public health problem. (2007). *Ciênc Saúde Colet*, *11*, 1136-1178.

Dossi, A. P., Saliba, O., Garbin, C. A., & Garbin, A. J. (2008). Epidemiological profile of domestic violence: complaints of aggression filed in a city in São Paulo State, Brazil, from 2001 to 2005. *Cad Saúde Pública*, *24*, 1939-1952.

- Eggensperger, N., Smolka, K., Scheidegger, B., Zimmermann, H., & Iizuka, T. (2007). A 3-year survey of assault-related maxillofacial fractures in central Switzerland. *J Craniomaxillofac Surg*, *35*, 161-167.
- Felson, F. B. (2009). Violence, crime, and violent crime. *IJCV*, *3*, 23-39.
- Freitas, E. A., Mendes, I. D., & Oliveira, L. C. (2008). Alcohol consumption among victims of external causes in a university general hospital. *Rev Saúde Públ*, *42*, 813-821.
- Greene, D., Maas, C. S., Carvalho, G., & Raven, R. (1999). Epidemiology of facial injury in female blunt assault trauma cases. *Arch Facial Plast Surg*, *1*, 288-291.
- Greene, D., Raven, R., Carvalho, G., & Maas, C. S. (1997). Epidemiology of facial injury in blunt assault: determinants of incidence and outcome in 802 patients. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*, *123*, 923-928.
- Hashemi, H. M., & Beshkar, M. (2011). The prevalence of maxillofacial fractures due to domestic violence – a retrospective study in a hospital in Tehran, Iran. *Dent Traumatology*, *27*, 385-388.
- Hogg, N. J., Stewart, T. C., Armstrong, H.E., & Girotti, M. J. (2000). Epidemiology of maxillofacial injuries at trauma hospitals in Ontario, Canada, between 1992 and 1997. *J Trauma*, *49*, 425-432.
- Imbusch, P., Misse, M., & Carrión, F. (2011). Violence research in latin america and the caribbean: a literature review. *IJCV*, *5*, 87-154.
- Leal, S. M., Lopes, M. J. (2005). Violence as object of care in a trauma intensive care unit: the nurses' "view". *Ciênc Saúde Colet*, *10*, 419-431.
- Leles, J. L., Santos, E. J., Jorge, F. D., Silva, E. T., & Leles, C. R. (2010). Risk factors for maxillofacial injuries in a Brazilian emergency hospital sample. *J Appl Oral Sci*, *18*, 23-29.
- Lima, L. P., Singer, J. M., & Saldiva, P. H. (2008). Spatial analysis of urban violence based on emergency room data. *Rev Saúde Públ*, *42*, 648-655.
- Lins, C. A., Silva, L. C., Santos, M. G., Santos, T. S., & Santos, M. A. (2011). Estudio epidemiológico de 300 casos de trauma facial en el Hospital Universitario (HUSE), Brasil. *Acta Odontológica Venezuelana*, *49*, 1-9.
- Maliska, M. C., Lima Júnior, S. M., & Gil, J. N. (2009). Analysis of 185 maxillofacial fractures in the state of Santa Catarina, Brazil. *Braz Oral Res*, *23*, 268-274.
- Matos, F. P., Arnez, M. F., Sverzut, C. E., & Trivellato, A. E. (2010). A retrospective study of mandibular fracture in a 40-month period. *Int J Oral Maxillofac Surg*, *39*, 10-15.
- Minayo, M. C. (2007). The inclusion of violence in the health agenda: historical trajectory. *Ciênc Saúde Colet*, *11*, 1259-1267.

Montovani, J. C., Campos, L. M., Gomes, M. A., Moraes, V. R., Ferreira, F. D., & Nogueira, E. A. (2006). Etiology and incidence facial fractures in children and adults. *Braz J Otorrinolaryngol*, 72, 235-241.

Oikarinen, K., Ignatius, E., Kauppi, H., & Silvennoinen, U. (1993). Mandibular fractures in northern Finland in the 1980s-a 10-year study. *Br J Oral Maxillofac Surg*, 31, 23-27.

Olson, R. A., Fonseca, R. J., Zeitler, D. L., & Osbon, D. B. (1982). Fractures of the mandible: a review of 580 cases. *J Oral Maxillofac Surg*, 40, 23-28.

Ross, M. (2001). Violence and the Life Course: The Consequences of Victimization for Personal and Social Development. *Annual Review of Sociology*, 27, 1-22.

Saddki, N., Suhaimi, A. A., & Daud R. (2010). Maxillofacial injuries associated with intimate partner violence in women. *BMC Public Health*, 10, 1-6.

Schroder, H. M., Petersen, K. K., Eiskjaer, S. P., & Charles, A. V. (1992). Epidemiology of violence in a Danish municipality- changes in severity during the 1980s. *Dan Med Bull*, 39, 81-83.

Shepherd, J. P., Al-Kotany, M. Y., Subadan, C., & Scully C. (1987). Assault and facial soft tissues injuries. *Br J Plast Surg*, 40, 614-619.

Shepherd, J. P., & Brickley, M. R. (1996). The relationship between alcohol intoxication, stressors and injury in urban violence. *British Journal of Criminology*, 36, 546-546.

Shepherd, J. P., Shapland, M., Pearce, N. X., & Scully, C. (1990). Pattern, severity and aetiology of injuries in victims of assault. *J R Soc Med*, 83, 75-78.

Silva, C. J., Ferreira, E. F., Paula, L.P., Naves, M. D., & Gomes, V. E. (2011). Profile of maxillofacial injury in victims of interpersonal violence: an analysis of retrospective cases registered in a public hospital in Belo Horizonte (MG), Brazil. *Cad Saúde Colet*, 19, 33-40.

Souza, E. R., Lima, M.L. (2007). The panorama of urban violence in Brazil and its Capitals. *Ciênc Saúde Colet*, 11, 1211-1222.

Subhashraj, K., Nandakumar, N., & Ravindran C. (2007). Review of maxillofacial injuries in Chennai, India: a study of 2748 cases. *Br J Oral Maxillofac Surg*, 45, 637-639.

World Health Organization. (1996). Global consultation on violence and health. Violence: a public health priority. Geneva: WHO.

Tabela 1. Análise bivariada entre o trauma facial e os fatores sociodemográficos das vítimas.

	Trauma facial				Total		p	OR _{Bruta} (IC 95%)
	Sim		Não					
	n	%	n	%	N	%		
<i>Faixa Etária</i>								
0 a 9	23	42,6	31	57,4	54	100,0	0,769	1,00
10 a 19	330	44,3	415	55,7	745	100,0		1,11 (0,64-1,93)
20 a 29	605	46,6	694	53,4	1299	100,0		1,21 (0,70-2,10)
30 a 59	641	44,3	805	55,7	1446	100,0		1,11 (0,64-1,91)
60 ou mais	56	45,2	68	54,8	124	100,0		1,15 (0,60-2,18)
<i>Sexo</i>								
Masculino	926	44,8	1141	55,2	2067	100,0	0,657	1,00
Feminino	729	45,5	872	54,5	1601	100,0		1,03 (0,90-1,17)
<i>Situação Conjugal</i>								
Sem companheiro	1049	45,5	1257	54,5	2306	100,0	0,558	1,04 (0,91-1,19)
Com companheiro	606	44,5	756	55,5	1362	100,0		1,00
<i>Anos de Estudo</i>								
Sem instrução	101	43,9	129	56,1	230	100,0	0,858	1,00
Até 8 anos	1001	44,9	1226	55,1	2227	100,0		1,04 (0,79-1,37)
Mais de 8 anos	553	45,7	658	54,3	1211	100,0		1,07 (0,81-1,43)
<i>Ocupação</i>								
Não trabalha	500	46,9	566	53,1	1066	100,0	0,105^{1*}	1,04 (0,88-1,22)
Assalariado	582	42,9	775	57,1	1357	100,0		0,88 (0,75-1,03)
Não assalariado	573	46,0	672	54,0	1245	100,0		1,00
<i>Procedência</i>								
Da cidade	1138	43,9	1457	56,1	2595	100,0	0,020^{1*}	1,00
Região metropolitana adjacente	338	49,9	340	50,1	678	100,0		1,27 (1,07-1,51)
Outras cidades	179	45,3	216	54,7	395	100,0		1,06 (0,86-1,31)
Total	1655	45,1	2013	54,9	3668	100,0		

*Variáveis com $p < 0,20$ foram ajustadas no modelo multivariado; ¹Testes Qui-Quadrado de Pearson ao nível de 5%.

Tabela 2. Análise bivariada entre o trauma facial e os fatores relacionados à agressão física entre as vítimas.

	Trauma facial				Total		p	OR _{Bruta} (IC 95%)
	Sim		Não		N	%		
	n	%	n	%	N	%		
<i>Localidade da Agressão</i>								
Na família	501	43,5	652	56,5	1153	100,0	0,169 ^{1*}	1,00
Na comunidade	1154	45,9	1361	54,1	2515	100,0		1,10 (0,96-1,27)
<i>Sexo do Agressor</i>								
Feminino	427	45,7	508	54,3	935	100,0	0,696	1,03 (0,89-1,20)
Masculino	1228	44,9	1505	55,1	2733	100,0		1,00
<i>Conhece o Agressor</i>								
Sim	1392	45,7	1651	54,3	3043	100,0	0,094 ^{1*}	1,16 (0,98-1,38)
Não	263	42,1	362	57,9	625	100,0		1,00
<i>Uso de Instrumento</i>								
Não	1385	49,4	1417	50,6	2802	100,0	< 0,001 ^{1*}	2,16 (1,84-2,54)
Sim	270	31,2	596	68,8	866	100,0		1,00
<i>Dia da Ocorrência</i>								
Dia de semana	1052	43,9	1344	56,1	2396	100,0	0,043 ^{1*}	1,00
Final de semana	603	47,4	669	52,6	1272	100,0		1,15 (1,00-1,32)
<i>Turno</i>								
Diurno	782	42,9	1042	57,1	1824	100,0	0,007 ^{1*}	1,00
Noturno	873	47,3	971	52,7	1844	100,0		1,20 (1,05-1,36)
Total	1655	45,1	2013	54,9	3668	100,0		

*Variáveis com $p < 0,20$ foram ajustadas no modelo multivariado; ¹Testes Qui-Quadrado de Pearson ao nível de 5%.

Tabela 3. Regressão logística multivariada para o trauma facial de acordo com os fatores incluídos no modelo.

	OR_{Bruta} (IC 95%)	p	OR_{Ajustada} (IC 95%)	p
<i>Ocupação</i>				0,141
Não trabalha	1,04 (0,88-1,22)	0,105	1,07 (0,85-1,19)	0,932
Assalariado	0,88 (0,75-1,03)		0,87 (0,74-1,03)	0,096
Não assalariado	1,00		1,00	
<i>Procedência</i>				0,008*
Da cidade	1,00	0,020	1,00	
Região metropolitana adjacente	1,27 (1,07-1,51)		1,32 (1,11-1,58)	0,002*
Outras cidades	1,06 (0,86-1,31)		1,11 (0,89-1,38)	0,376
<i>Localidade da Agressão</i>				0,017*
Na família	1,00	0,169	1,00	
Na comunidade	1,10 (0,96-1,27)		1,20 (1,03-1,40)	
<i>Conhece o Agressor</i>				0,022*
Sim	1,16 (0,98-1,38)	0,094	1,24 (1,03-1,40)	
Não	1,00		1,00	
<i>Uso de Instrumento</i>				< 0,001*
Não	2,16 (1,84-2,54)	< 0,001	2,31 (1,96-2,72)	
Sim	1,00		1,00	
<i>Dia da Ocorrência</i>				0,015*
Dia de semana	1,00	0,043	1,00	
Final de semana	1,15 (1,00-1,32)		1,19 (1,04-1,37)	
<i>Turno</i>				0,002*
Diurno	1,00		1,00	
Noturno	1,20 (1,05-1,36)		1,23 (1,08-1,41)	

*Significativo ao nível de 5%.

Biografia dos autores

Barbosa K. Guilherme, é um aluno de mestrado no Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba, estado da Paraíba, Brasil. Tem trabalhado em pesquisas envolvendo morbidades por causas externas há três anos no núcleo de pesquisa em epidemiologia da universidade ao qual pertence. Sua pesquisa de mestrado envolve a violência resultante de agressão física em vítimas de traumas faciais.

Nóbrega L. Marques, é mestre em Odontologia pelo Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba, estado da Paraíba, Brasil. Em 2013 finalizou sua pesquisa de mestrado que abordava a prevalência de acidentes de transporte terrestre entre vítimas de trauma facial. Atualmente é professora substituta do Departamento de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba.

Bernardino I. Macedo, é aluno da graduação em Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba, estado da Paraíba, Brasil. Ele realiza atividades de iniciação científica na instituição e desenvolve atividades de pesquisa envolvendo a violência por agressão física entre vítimas de traumas faciais.

Cavalcante G. Maria, é aluna de doutorado pelo Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Minas Gerais, estado de Minas Gerais, Brasil. Trabalhou durante o mestrado com o tema violência contra a mulher entre os casos de trauma facial. Atualmente está aprofundando suas pesquisas sobre a violência de gênero.

Ferreira E. Ferreira, PhD, é professora permanente do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, estado de Minas Gerais, Brasil. Orienta alunos de Mestrado e Doutorado, principalmente em áreas de Saúde Coletiva e Epidemiologia.

Dávila S, PhD, é professor Doutor em Odontologia na Universidade Estadual da Paraíba, estado da Paraíba, Brasil. Desde 1995, é professor da Universidade Estadual da Paraíba UEPB. Ele ministra aulas na graduação e faz parte da pós-graduação, Mestrado em Ciências Odontológicas. Possui experiência na área de Odontologia, com ênfase em Odontologia em Saúde Coletiva, Epidemiologia e Deontologia, atuando principalmente nos seguintes temas: recursos humanos em saúde, saúde da família, promoção de saúde, políticas de saúde, epidemiologia das doenças bucais, deontologia e bioética.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar da complexidade da ocorrência da violência nas sociedades e de determinar as causas que levam a violência por agressões físicas, o presente estudo forneceu informações a respeito da sua distribuição entre vítimas de traumas faciais. Existe uma tendência que as mulheres e os jovens sejam as principais vítimas e que os homens sejam os principais agressores. É provável que as agressões não sejam motivadas ao acaso, uma vez que grande parte das vítimas conheciam o agressor. Os finais de semana e o período noturno concentram as ocorrências de traumas faciais entre as vítimas de violência, sugerindo que nestes períodos haja um maior fluxo de pessoas e uma maior participação na vida social.

Dentre os fatores associados com o trauma facial, o presente estudo identificou que as zonas adjacentes a metrópole concentrou o maior número de casos. Outros fatores associados na análise multivariada com o trauma de face foram: violências praticadas na comunidade, em que a vítima conhecia o agente agressor; agressões praticadas sem uso de instrumento, principalmente nos finais de semana e à noite.

Uma limitação na análise desse estudo se deve ao fato de ser amostra intencional e ao uso de dados secundários obtidos em um serviço de Medicina e Odontologia Forense, cujos resultados são válidos para as vítimas atendidas neste serviço. Muitas vezes, os laudos estão incompletos ou mal descritos. Reconhece-se, ainda, que este estudo oferece somente uma perspectiva pontual da realidade sobre a violência em um município de médio porte, já que revela apenas os dados sobre vítimas não fatais atendidas neste serviço durante o período de um ano. Não se pode inferir para todas as vítimas da cidade, porque nem todas procuraram o serviço.

Esse estudo permitiu uma visualização das características desses eventos e de suas vítimas, que inexistia para o local estudado um município de médio porte e que pode contribuir substancialmente para os eventos de vigilância e para o planejamento das ações de saúde, ajudando a construir um sistema integrado de vigilância à saúde, interligando delegacias de polícia, serviços forenses e hospitais de emergência.

Os dados da presente pesquisa fornecerão informações não apenas para a região local onde foi realizada a pesquisa, uma vez que com a possível publicação dos resultados em periódicos, a comunidade científica também poderá verificar informações adicionais a respeito da violência por agressão física e dos fatores associados com os traumas faciais.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

1. AL AHMED, H.E.; JABER, M.A.; ABU FANAS, S.H.; KARAS, M. The pattern of maxillofacial fractures in Sharjah, United Arab Emirates: a review of 230 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, v.98, n.2, p. 166-70, 2004.
2. ANACLETO, A.J.; NJAINE, K.; LONGO, G.Z.; BOING, A.F.; PERES, K.G. Prevalence of intimate partner violence and associated factors: a population-based study in Lages, Santa Catarina State, Brazil, 2007. *Cad. Saúde Pública*, v.25, n.4, p. 800-8, 2009.
3. AROSARENA, O.A.; FRITSCH, T.A.; HSUEH, Y.; AYNEHCHI, B.; HAUG, R. Maxillofacial injuries and violence against women. *Arch Facial Plast Surg*, v.11, n.1, p. 48-52, 2009.
4. ASSIS, S.G. Crianças e adolescentes violentados: passado, presente e perspectivas para o futuro. *Cad. Saúde Pública*, v.10, supl. 1, p. 126-136, 1994.
5. ATILGAN, S.; EROL, B.; YAMAN, F.; YILMAZ, N.; UCAN, M.C. Mandibular fractures: a comparative analysis between young and adult patients in the southeast region of Turkey. *J Appl Oral Sci*, v.18, n.1, p.17-22, 2010.
6. BAKARDJIEV, A.; PECHALOVA, P. Maxillofacial fractures in Southern Bulgaria – A retrospective study of 1706 cases. *J Craniomaxillofac Surg*, v.35, n.3, p. 147-50, 2007.
7. BACCHIERI, G.; BARROS, A.J.D. Acidentes de trânsito no Brasil de 1998 a 2010: muitas mudanças e poucos resultados. *Rev. Saúde Públ.*, v.45, n.5, p. 949-63, 2011.
8. BARROS, T.E.P.; CAMPOLONGO, G.D.; ZANLUQUI, T.; DUARTE, D. Facial trauma in the largest city in latin america, são paulo, 15 years after the enactment of the compulsory seat belt law. *Clinics*, v.65, n.10, p. 1043-47, 2010.
9. BONOMI, A.E; THOMPSON, R.S.; ANDERSON, M.; REID, R.J.; CARRELL, D.; DIMER, J.A.; RIVARA, F.P. Intimate partner violence and women's physical, mental, and social functioning. *Am J Prev Med*, v.30, n.6, p. 458-66, 2006.
10. BORMANN, K.H.; WILD, S.; GELLRICH, N.C.; KOKEMÜLLER, H.; STÜHMER, C.; SCHMELZEISEN, R.; SCHÖN, R. Five-year retrospective study of mandibular fractures in Freiburg, Germany: incidence, etiology, treatment, and complications. *J Oral Maxillofac Surg*, v.67, n.6, p. 1251-5, 2009.

11. BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei Nº 11.340, de 7 DE AGOSTO DE 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm>. Acesso em: 13 de maio de 2013.
12. CAIRNS, A.M.; MOK, J.Y.Q.; WELBURY, R.R. Injuries to the head, face, mouth and neck in physically abused children in a community setting. *Int J Paediatric Dent*, v.15, n.5, p. 310-8, 2005.
13. CALDAS, I.M.; MAGALHÃES, T.; AFONSO, A.; EDUARDA, M. The consequences of orofacial trauma resulting from violence: a study in Porto. *Dent Traumatol*, v.26, n.6, p. 484-9, 2010.
14. CAMPBELL, J.C. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet*, v.359, p. 1331-6, 2002.
15. CARVALHO, T.B.; CANCIAN, L.R.; MARQUES, C.G.; PIATTO, V.B.; MANIGLIA, J.V.; MOLINA, F.D. Six years of facial trauma care: an epidemiological analysis of 355 cases. *Braz J Otorhinolaryngol*, v.76, n.5, p. 565-74, 2010.
16. CAVALCANTE, J.R.; GUIMARÃES, K.B.; EGITO, B.C.; VASCONCELLOS, R.J.H. Epidemiological study of patients with facial trauma treated at the Antônio Targino Hospital-Campina Grande/Paraíba. *Braz J Otorhinolaryngol*, v.75, n.5, p. 628-33, 2009.
17. CHANDRA SHEKAR, B.R.; REDDY, C. A five-year retrospective statistical analysis of maxillofacial injuries in patients admitted and treated at two hospitals of Mysore city. *Indian J Dent Res*, v.19, n.4, p. 304-8, 2008.
18. CHRCANOVIC, B.R.; ABREU, M.H.; FREIRE-MAIA, B.; SOUZA, L.N. 1,454 mandibular fractures: a 3-year study in a hospital in Belo Horizonte, Brazil. *J Craniomaxillofac Surg*, v.40, n.2, p. 116-23, 2012.
19. CHRCANOVIC BR. Factors influencing the incidence of maxillofacial fractures. *Oral Maxillofac Surg*, 2012;16(1):3-17.
20. CHO, H.; WILKE, D.J. Gender differences in the nature of the intimate partner violence and effects of perpetrator arrest on revictimization. *J Fam Viol*, v.25, n.4, p. 393-400, 2010.
21. COLLINS, R. Micro and macro causes of violence. *IJCV*, v.3, n.1, p. 9-22, 2009.
22. COSTA, M.C.O.; CARVALHO, R.C.; BÁRBARA, J.F.R.S.; SANTOS, C.A.S.T.; GOMES, W.A.; SOUSA, H.L. The profile of violence against children and adolescents according to Child Protection Council records: victims,

- aggressors and patterns of violence. *Ciênc. Saúde Colet.*, v.12, n. 5, p. 1129-41, 2007.
23. DAHLBERG, L.L.; KRUG, E.G. Violência: um problema global de saúde pública. *Ciênc. Saúde Colet.*, v.11, sup, p. 1136-78, 2007.
24. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Conselho Nacional de Ética em Pesquisa. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/aquivos/resolucoes/resolucoes.htm> Acesso em: 25 de janeiro 2013.
25. DOSSI, A.P.; SALIBA, O.; GARBIN, N.C.A.S.; GARBIN, A.J.I. Perfil epidemiológico da violência física intrafamiliar: agressões denunciadas em um município do Estado de São Paulo, Brasil, entre 2001 e 2005. *Cad. Saúde Pública*, v.24, n.8, p. 1939-52, 2008.
26. EGGENSPERGER, N.; SMOLKA, K.; SCHEIDEGGER, B.; ZIMMERMANN, H.; IIZUKA, T. A 3-year survey of assault-related maxillofacial fractures in central Switzerland. *J Craniomaxillofac Surg*, v.35, n.3, p. 161-7, 2007.
27. ERDMANN, D.; FOLLMAR, K.E.; DEBRUIJN, M.; BRUNO, A.D.; JUNG, S.H.; EDELMAN, D.; MUKUNDAN, S.; MARCUS, J.R. A retrospective analysis of facial fracture etiologies. *Ann Plast Surg*, v.60, n.4, p. 398-403, 2008.
28. FELSON, F.B. Violence, crime, and violent crime. *IJCV*, v.3, n.1, p. 23-39, 2009.
29. FREITAS, E.A.M.; MENDES, I.D.; OLIVEIRA, L.C.M. Alcohol consumption among victims of external causes in a university general hospital. *Rev Saúde Públ*, v.42, n.5, p. 813-21, 2008.
30. GOMES, P.P.; PASSERI, L.A.; BARBOSA, J.R. A 5-year retrospective study of zygomatico-orbital complex and zygomatic arch fractures in Sao Paulo State, Brazil. *J Oral Maxillofac Surg*, v.64, n.1, p. 63-7, 2006.
31. GRUNWALDT, L.; SMITH, D.M.; ZUCKERBRAUN, N.S.; NARAN, S.; ROTTGERS, S.A.; BYKOWSKI, M.; KINSELLA, C.; CRAY, J.; VECCHIONE, L.; SALADINO, R.A.; LOSEE, J.E. Pediatric facial fractures: demographics, injury patterns, and associated injuries in 772 consecutive patients. *Plast Reconstr Surg*, v.128, n.6, p.1263-71, 2011.
32. GUIMARÃES, J.A.T.L.; VILLELA, W.V. Características da violência física e sexual contra crianças e adolescentes atendidos no IML de Maceió, Alagoas, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v.27, n.8, p. 1647-53, 2011.
33. HALPERN, L.R. Orofacial injuries as markers for intimate partner violence. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am*, v.22, n.2, p. 239-46, 2010.

34. HASHEMI, H.M.; BESHKAR, M. The prevalence of maxillofacial fractures due to domestic violence – a retrospective study in a hospital in Tehran, Iran. *Dental Traumatology*, v.27, n.5, p. 385-8, 2011.
35. HENDLER, T.J.; SUTHERLAND, S.E. Domestic violence and its relation to dentistry: a call for change in Canadian dental practice. *JCDA*, v.73, n.7, p. 617, 2007.
36. HINCHLIFFE, J. Forensic odontology, part 5. *Br Dent J*. v.210, n.9, p. 423-428, 2011.
37. HOGG, N.J.V.; STEWART, T.C.; ARMSTRONG, H.E.A.; GIROTTI, M.J. Epidemiology of maxillofacial injuries at trauma hospitals in Ontario, Canada, between 1992 and 1997. *J Trauma*, v.49, n.3, p.425-32, 2000.
38. IMBUSCH, P.; MISSE, M.; CARRIÓN, F. Violence research in latin america and the caribbean: a literature review. *IJCV*, v.5, n.1, p. 87-154, 2011.
39. KAMULEGEYA, A.; LAKOR, F.; KABENGE, K. Oral maxillofacial fractures seen at a Ugandan tertiary hospital: a six-month prospective study. *Clinics*, v.64, n.9, p. 843-8, 2009.
40. KIM, S.H.; LEE, S.H.; CHO, P.D. Analysis of 809 facial bone fractures in a pediatric and adolescent population. *Arch Plast Surg*, v.39, n.6, p. 606-11, 2012.
41. LEAL, S.M.C.; LOPES, M.J.M. Violence as object of care in a trauma intensive care unit: the nurses' "view". *Ciênc. Saúde Colet*, v.10, n.2, p. 419-31, 2005.
42. LEE, K.H.; SNAPE, L.; STEENBERG, L.J.; WORTHINGTON, J. Comparison between interpersonal violence and motor vehicle accidents in the aetiology of maxillofacial fractures. *ANZ J Surg*, v.77, n.8, p. 695-8, 2007.
43. LELES, J.L.; DOS SANTOS, E.J.; JORGE, F.D.; DA SILVA, E.T.; LELES, C.R. Risk factors for maxillofacial injuries in a Brazilian emergency hospital sample. *J Appl Oral Sci*, v.18, n.1, p. 23-9, 2010.
44. LEE, J.H.; CHO, B.K.; PARK, W.J. A 4-year retrospective study of facial fractures on Jeju, Korea. *J Craniomaxillofac Surg*, v.38, n.3, p. 192-6, 2010.
45. LIDA, S.; HASSFELD, S.; REUTHER, T.; SCHWEIGERT, H.G.; HAAG, C.; KLEIN, J.; MÜHLING, J. Maxillofacial fractures resulting from falls. *J Craniomaxillofac Surg*, v.31, n.5, p. 278-83, 2003.
46. LIMA, L.P.; SINGER, J.M.; SALDIVA, P.H.N. Spatial analysis of urban violence based on emergency room data. *Rev Saúde Públ*, v.42, n.4, p. 648-55, 2008.
47. LINS, C.A.; SILVA, L.C.F.; SANTOS, M.G.; SANTOS, T.S.; SANTOS, M.A.M. Estudio epidemiológico de 300 casos de trauma facial en el Hospital

- Universitário (HUSE), Brasil. *Acta Odontológica Venezuelana*, v.49, n.1, p. 1-9, 2011.
48. MALISKA MC, LIMA JÚNIOR SM, GIL JN. Analysis of 185 maxillofacial fractures in the state of Santa Catarina, Brazil. *Braz Oral Res*, v.23, n.3, p. 268-74, 2009.
 49. MARQUES, R.R. Prevalência das lesões corporais em indivíduos submetidos a exame de corpo de delito no instituto médico legal dos municípios de Joaçaba e Herval D'Oeste, no período de 2000 a 2004. Joaçaba, 2005. 1 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), Universidade do Oeste de Santa Catarina, 2005.
 50. MARTINS, C.B.G.; MELLO JORGE, M.H.P. Desfecho dos casos de violência contra crianças e adolescentes no poder judiciário. *Acta Paul Enferm*, v.22, n.6, p. 800-7, 2009.
 51. MASCARENHAS, M.D.M.; MALTA, D.C.; SILVA, M.M.A.; LIMA, C.M.; CARVALHO, M.G.O.; OLIVEIRA, V.L.A. Violência contra a criança: revelando o perfil dos atendimentos em serviços de emergência, Brasil, 2006 e 2007. *Cad Saúde Pública*, v.26, n.2, p. 347-57, 2010.
 52. MATOS, F.P.; ARNEZ, M.F.; SVERZUT, C.E.; TRIVELLATO, A.E. A retrospective study of mandibular fracture in a 40-month period. *Int J Oral Maxillofac Surg*, v.39, n.1, p.10-5, 2010.
 53. MCCAW B, GOLDING JM, FARLEY M, MINKOFF JR. Domestic violence and abuse, health status, and social functioning. *Women Health*, v.45, n.2, p.1-23, 2007.
 54. MENDONÇA, R.N.S.; ALVES, J.G.B.; CABRAL FILHO, J.E. Gastos hospitalares com crianças e adolescentes vítimas de violência no Estado de Pernambuco, Brasil, em 1999. *Cad. Saúde Pública*, v.18, n.6, p. 1577-81, 2002.
 55. MINAYO, M.C.S. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. *Ciênc. Saúde Colet.*, v.11, sup, p. 1259-1267, 2007.
 56. MINAYO, M.C.S.; SOUZA, E.R. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. *Ciênc. Saúde Colet.*, v.4, n.1, p. 7-23, 1999.
 57. MOHAJERANI, S.H.; ASGHARI, S. Pattern of mid-facial fractures in Tehran, Iran. *Dent Traumatol*, v.27, n.2, p. 131-4, 2011.
 58. MONTOVANI, J.C.; CAMPOS, L.M.; GOMES, M.A.; MORAES, V.R.; FERREIRA, F.D.; NOGUEIRA, E.A. Etiology and incidence facial fractures in children and adults. *Braz J Otorrinolaryngol*, v.72, n.2, p. 235-41, 2006.
 59. MOREIRA, T.C.; FERIGOLO, M.; FERNANDES, S.; BARROS, X.; MAZONI, C.G.; NOTO, A.R.; GALDURÓZ, J.C.F.; BARROS, H.M.T.

- Alcohol and domestic violence: a cross-over study in residences of individuals in Brazil. *J Fam Viol*, v.26, n.6, p. 465-71, 2011.
60. MOTA, V.C.; AQUAR, E.G.; DUTRA, C.E.A. Levantamento sobre os atendimentos de trauma facial. *RGO*, v.49, n.4, p. 187-90, 2001.
 61. OIKARINEN, K.; IGNATIUS, E.; KAUPPI, H.; SILVENNOINEN, U. Mandibular fractures in northern Finland in the 1980s-a 10-year study. *Br J Oral Maxillofac Surg*, v.31, n.1, p. 23-7, 1993.
 62. OLSON, R.A.; FONSECA, R.J.; ZEITLER, D.L.; OSBON, D.B. Fractures of the mandible: a review of 580 cases. *J Oral Maxillofac Surg*, v.40, n.1, p.23-8, 1982.
 63. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2003.
 64. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPAS). *Primeira Conferencia Interamericana sobre Sociedad, Violencia y Salud*. Boletim Epidemiológico 1993.
 65. PRATA, P.R. A transição epidemiológica no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v.8, n.2, p. 168-175, 1992.
 66. PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE. Disponível em: < <http://www.campinagrande.pb.gov.br/novo/campina-grande/> > Acesso em 25 de janeiro 2013.
 67. RODRIGUES, R.I.; CERQUEIRA, D.R.C.; LOBÃO, W.J.A.; CARVALHO, A.X.Y. Os custos da violência para o sistema público de saúde no Brasil: informações disponíveis e possibilidades de estimação. *Cad. Saúde Pública*, v.25, n.1, p. 29-36, 2009.
 68. ROSELINO, L.M.R.; BREGAGNOLO, L.A.; PARDINHO, M.A.B.S; et al. Danos buco-maxilo-faciais em homens da região de Ribeirão Preto (SP) entre 1998 e 2002. *Odontologia, Ciência e Saúde-Revista CROMG*, v.10, n.2, p. 71-7, 2009.
 69. ROSS M. Violence and the Life Course. The Consequences of Victimization for Personal and Social Development. *Annual Review of Sociology*, v.27, p. 1-22, 2001.
 70. ROYAN, S.J.; HAMID, A.L.; KOVILPILLAI, F.J.; JUNID, N.Z.; MUSTAFA, W.M. A prospective study on elderly patients with facial fractures in a developing country. *Gerodontology*, v.25, n.2, p. 124-8, 2008.
 71. SADDKI, N.; SUHAIMI, A.A.; DAUD, R. Maxillofacial injuries associated with intimate partner violence in women. *BMC Public Health*, v.10, n.268, p. 1-6, 2010.

72. SAFFOTI, H.I.B. Violência doméstica ou a lógica do galinheiro In: Kupstas M. Violência em debate. São Paulo: Moderna; 1997. p.39-57.
73. SCHRAIBER, L.B.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L.; COUTO, M.T. Violência e saúde: estudos científicos recentes. *Rev Saúde Públ*, v.40, (N Esp), p. 112-20, 2006.
74. SCHRODER, H.M.; PETERSEN, K.K.; EISKJAER, S.P; CHARLES, A.V. Epidemiology of violence in a Danish municipality- changes in severity during the 1980s. *Dan Med Bull*, v.39, n.1, p. 81-3, 1992.
75. SHEPHERD, J.P.; AL-KOTANY, M.Y.; SUBADAN, C.; SCULLY, C. Assault and facial soft tissues injuries. *Br J Plast Surg*, v.40, n.6, p. 614-9, 1987.
76. SHEPHERD, J.P.; BRICKLEY, M.R. The relationship between alcohol intoxication, stressors and injury in urban violence. *British Journal of Criminology*, 1996;36(4):546-6.
77. SHEPHERD, J.P.; SHAPLAND, M.; PEARCE, N.X.; SCULLY, C. Pattern, severity and aetiology of injuries in victims of assault. *J R Soc Med*, v.83, n.2, p. 75-8, 1990.
78. SILVA, C.J.P.; FERREIRA, E.F.; PAULA, L.P.P.; NAVES, M.D.; GOMES, V.E. Profile of maxillofacial injury in victims of interpersonal violence: an analysis of retrospective cases registered in a public hospital in Belo Horizonte (MG), Brazil. *Cad Saúde Colet*, v.19, n.1, p. 33-40, 2011.
79. SOUZA, E.R.; LIMA, M.L.C. Panorama da violência urbana no Brasil e suas capitais. *Ciênc Saúde Colet*, v.11, sup, p. 1211-22, 2007.
80. SUBHASHRAJ, K.; NANDAKUMAR, N.; RAVINDRAN, C. Review of maxillofacial injuries in Chennai, India: a study of 2748 cases. *Br J Oral Maxillofac Surg*, v.45, n.8, p. 637-9, 2007.
81. VIVES-CASES, C.; RUIZ-CANTERO, M.T.; ESCRIBÀ-AGÜIR, V.; MIRALLES, J.J. The effect of intimate partner violence and other forms of violence against women on health. *J Public Health (Oxf)*. v.33, n.1, p. 15-21, 2011.
82. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global consultation on violence and health. *Violence: a public health priority*. Geneva: WHO; 1996.
83. WU, V.; HUFF, H.; BHANDARI, M. Pattern of Physical Injury Associated with Intimate Partner Violence in Women Presenting to the Emergency Department: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Trauma, Violence & Abuse*. v.11, n.2, p. 71-82, 2010.
84. YAMAMOTO, K.; MATSUSUE, Y.; MURAKAMI, K.; HORITA, S.; SUGIURA, T.; KIRITA, T. Maxillofacial fractures in older patients. *J Oral Maxillofac Surg*, v.68, n.8, p. 2204-10, 2011.

85. ZALESKI, M.; PINSKY, I.; LARANJEIRA, R.; RANISSETY-MIKLER, S.; CAETANO, R. Intimate partner violence and contribution of drinking and sociodemographics: the Brazilian National Alcohol Survey. *J Interpers Violence*, v.25, n.4, p. 648-65, 2010.

APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICE A – Formulário para coleta de dados

 UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA MESTRADO EM ODONTOLOGIA		FICHA Nº ____		
Mês: _____ Ano: _____ Laudo Nº _____ Iniciais: _____ Bairro: _____				
INFORMAÇÕES GERAIS		Remetido: _____		
1-Idade <input type="checkbox"/> 1 - 0 a 9 anos <input type="checkbox"/> 2 - 10 a 19 anos <input type="checkbox"/> 3 - 20 a 29 anos <input type="checkbox"/> 4 - 30 a 39 anos <input type="checkbox"/> 5 - 40 ou mais anos 999 - não registrado	2- Sexo <input type="checkbox"/> 1- Feminino <input type="checkbox"/> 2- Masculino 999- Não registrado	3- Região <input type="checkbox"/> 1- Campina Grande <input type="checkbox"/> 2- Região Metropolitana <input type="checkbox"/> 3- Outras cidades 999- Não registrado		
4- SITUAÇÃO CONJUGAL <input type="checkbox"/> 1- Solteiro(a) <input type="checkbox"/> 2- Viúvo(a) <input type="checkbox"/> 3- Separado(a) <input type="checkbox"/> 4- Casado(a) <input type="checkbox"/> 5- União estável 999- Não registrado	5- ESCOLARIDADE <input type="checkbox"/> 1- Não alfabetizado <input type="checkbox"/> 2- Ensino fundamental <input type="checkbox"/> 3- Ensino médio <input type="checkbox"/> 4- Ensino Superior 999- Não registrado	6- OCUPAÇÃO <input type="checkbox"/> 1 - empregado / autônomo <input type="checkbox"/> 2 - desempregado <input type="checkbox"/> 3 - aposentado <input type="checkbox"/> 4 - não trabalha 999- Não registrado		
7- CIRCUNSTÂNCIA DA AGRESSÃO <input type="checkbox"/> 1- violência familiar <input type="checkbox"/> 2- violência comunitária 999- Não se aplica 999- Não registrado	8- SEXO DO AGRESSOR <input type="checkbox"/> 1- Feminino <input type="checkbox"/> 2- Masculino <input type="checkbox"/> 3- Ambos 999- Não se aplica 999- Não registrado	9- SUJEITO AGRESSOR <input type="checkbox"/> 1- Conjugado / Namorado <input type="checkbox"/> 2- Ex-conjugado / Ex-namorado <input type="checkbox"/> 3- Familiar <input type="checkbox"/> 4- Conhecido <input type="checkbox"/> 5- Estranho 999- Não se aplica 999- Não registrado		
10- INSTRUMENTO UTILIZADO <input type="checkbox"/> 1- Agressão não <input type="checkbox"/> 2- Arma de fogo <input type="checkbox"/> 3- Arma branca <input type="checkbox"/> 4- Outros / Outros <input type="checkbox"/> 5- Não se aplica 999- Não registrado	11- DIA DA OCORRÊNCIA <input type="checkbox"/> 1- Segunda <input type="checkbox"/> 2- Terça <input type="checkbox"/> 3- Quarta <input type="checkbox"/> 4- Quinta <input type="checkbox"/> 5- Sexta <input type="checkbox"/> 6- Sábado <input type="checkbox"/> 7- Domingo 999- Não registrado Dia: ____/____/____	12- HORÁRIO DO EVENTO <input type="checkbox"/> 1- 00:00-05:59 <input type="checkbox"/> 2- 06:00-11:59 <input type="checkbox"/> 3- 12:00-17:59 <input type="checkbox"/> 4- 18:00-23:59 999- Não registrado	13- TRAUMA DE FACE <input type="checkbox"/> 1- Isotomolo <input type="checkbox"/> 2- Fratura simples <input type="checkbox"/> 3- Fratura múltipla <input type="checkbox"/> 4- Dentoalveolar <input type="checkbox"/> 5- Outros 999- Não se aplica 999- Não registrado	14- REGIÃO DA FACE <input type="checkbox"/> 1- Frontal <input type="checkbox"/> 2- Nasal <input type="checkbox"/> 3- Orbital <input type="checkbox"/> 4- Zigomática <input type="checkbox"/> 5- Mandibular <input type="checkbox"/> 6- Mentoniana <input type="checkbox"/> 7- De bochecha <input type="checkbox"/> 8- Oral <input type="checkbox"/> 9- Interna da boca <input type="checkbox"/> 10- Língua <input type="checkbox"/> 11- Dentes <input type="checkbox"/> 12- Gengiva <input type="checkbox"/> 13- Face 999- Não se aplica 999- Não registrado
15- LADO AFETADO DA FACE <input type="checkbox"/> 1- Esquerda <input type="checkbox"/> 2- Direita <input type="checkbox"/> 3- Bilateral <input type="checkbox"/> 4- Frontal 999- Não se aplica 999- Não registrado	16- REGIÃO DO CORPO <input type="checkbox"/> 1 Cabeça <input type="checkbox"/> 2 Pescoço <input type="checkbox"/> 3 Membro superior <input type="checkbox"/> 4 Membro inferior <input type="checkbox"/> 5 Torax <input type="checkbox"/> 6 Abdômen <input type="checkbox"/> 7 Mãos de um/Outros 999- Não registrado			

ANEXO A – Cadastro da pesquisa no SISNEP

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA-UEPB
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA- PRPGP
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS
COMPROVANTE SISNEP**

Andamento do projeto - CAAE - 0652.0.133.203-11

Título do Projeto de Pesquisa				
Violência: Um estudo em Campina Grande-Pb				
Situação	Data Inicial no CEP	Data Final no CEP	Data Inicial na CONEP	Data Final na CONEP
Aprovado no CEP	21/10/2011 10:57:33	31/10/2011 13:12:30		

Descrição	Data	Documento	Nº do Doc	Origem
1 - Envio da Folha de Rosto pela Internet	28/09/2011 22:11:38	Folha de Rosto	FR466976	Pesquisador
2 - Recebimento de Protocolo pelo CEP (Check-List)	21/10/2011 10:57:33	Folha de Rosto	0652.0.133.203-11	CEP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Profª Dra. Doralúcia Pedrosa de Araújo
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

ANEXO B – Autorização para realização da Pesquisa pelo Chefe do NUMOL

	<p>GOVERNO DA PARAÍBA</p>	<p>SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA NÚCLEO DE ODONTOLOGIA E MEDICINA LEGAL DE CAMPINA GRANDE/PB Rua João Machado, 456- Bairro Prata Cep. 58101-300- tel. 3310-6729</p>
---	-------------------------------	--

OFÍCIO S/Nº /2011 - NUMOL – IPC- SEDES - PB

Campina Grande, 21 de junho de 2011



Senhor Prof. Dr. Sérgio D'Ávila Lins Bezerra Cavalcanti,

Sirvo-me do presente para autorizar a continuação da coleta de dados referentes ao estudo: situação de violência, no arquivo de nosso Núcleo.

Atenciosamente,

Instituto de Polícia Científica
Núcleo de Medicina e Odontologia Legal
Dr. Márcio Leandro da Silva
CHEFE DO NUMOL - Mat. 160.827-4

Dr. Márcio Leandro da Silva
Chefe da NUMOL

Ao Prof. Dr.
Sérgio D'Ávila Lins Bezerra Cavalcanti,
Programa de pós-graduação em Odontologia.

ANEXO C – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UEPB



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS**

FORMULÁRIO DE PARECER DO CEP – UEPB

PROJETO CAAE Nº: 0652..0.133.000-11

PARECER

X APROVADO
NÃO APROVADO
PENDENTE

TÍTULO: “Violência: um estudo em Campina Grande-PB em Campina Grande - PB”.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Sergio D'avila Lins Bezerra Cavalcanti

DESCRIÇÃO: Trata-se de um estudo transversal retrospectivo, com abordagem indutiva, com procedimento estatístico descritivo. A pesquisa tem como objetivo geral avaliar a distribuição da violência no município de Campina Grande durante um período de dez anos. O projeto encontra-se com metodologia claramente definida. Durante o desenvolvimento da pesquisa, os pesquisadores adotarão os princípios éticos dispostos na RESOLUÇÃO 196/96 do CNS/MS. No entanto, recomendo acrescentar o espaço para impressão dactiloscópica no TCLE e acrescentar o Termo de Uso de Banco de Arquivo.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Profª Dra. Doralúcia Pedrosa de Araújo
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

ANEXO D – Diretrizes do Periódico *South African Medical Journal*

Author Guidelines

Accepted manuscripts that are not in the correct format specified in these guidelines will be returned to the author(s) for correction, and will delay publication.

AUTHORSHIP

Named authors must consent to publication. Authorship should be based on: (i) substantial contribution to conception, design, analysis and interpretation of data; (ii) drafting or critical revision for important intellectual content; or (iii) approval of the version to be published. These conditions must all be met (uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals; refer to www.icmje.org).

CONFLICT OF INTEREST

Authors must declare all sources of support for the research and any association with a product or subject that may constitute conflict of interest.

RESEARCH ETHICS COMMITTEE APPROVAL

Provide evidence of Research Ethics Committee approval of the research where relevant.

PROTECTION OF PATIENT'S RIGHTS TO PRIVACY

Identifying information should not be published in written descriptions, photographs, and pedigrees unless the information is essential for scientific purposes and the patient (or parent or guardian) gives informed written consent for publication. The patient should be shown the manuscript to be published. Refer to www.icmje.org.

ETHNIC CLASSIFICATION

References to ethnic classification must indicate the rationale for this.

MANUSCRIPTS

Shorter items are more likely to be accepted for publication, owing to space constraints and reader preferences.

Research articles (previously 'Original articles') not exceeding 3 000 words, with up to 6 tables or illustrations, are usually observations or research of relevance to clinical medicine and related fields. *References should be limited to no more than 15.* Please provide a structured abstract not exceeding 250 words, with the following recommended headings: *Background, Objectives, Methods, Results, and Conclusion.*

Scientific letters will be considered for publication as shorter **Research articles**.

Editorials, Opinions, etc. should be about 1000 words and are welcome, but unless invited, will be subjected to the *SAMJ* peer review process.

Review articles are rarely accepted unless invited.

Letters to the editor, for publication, should be about 400 words with only one illustration or table, and must include a correspondence address.

Forum articles must be accompanied by a short description (50 words) of the affiliation details/interests of the author(s). Refer to recent forum articles for guidance. Please provide an accompanying abstract not exceeding 150 words.

Book reviews should be about 400 words and must be accompanied by the publication details of the book.

Obituaries should be about 400 words and may be accompanied by a photograph.

Guidelines must be endorsed by an appropriate body prior to consideration and all conflicts of interest expressed. A structured abstract not exceeding 250 words (recommended sub-headings: *Background, Recommendations, Conclusion*) is required. Sections and sub-sections must be numbered consecutively (e.g. 1. Introduction; 1.1 Definitions; 2. etc.) and summarised in a Table of Contents. References, appendices, figures and tables must be kept to a minimum.

Guidelines exceeding 8 000 words will only be considered for publication as a supplement to the SAMJ; the costs of which must be covered by sponsorship or advertising. The Editor reserves the right to determine the scheduling of supplements. Understandably, a delay in publication must be anticipated dependent upon editorial workflow.

MANUSCRIPT PREPARATION

Refer to articles in recent issues for the presentation of headings and subheadings. If in doubt, refer to 'uniform requirements' - www.icmje.org. Manuscripts must be provided in **UK English**.

Qualification, affiliation and contact details of ALL authors must be provided in the manuscript and in the online submission process.

Abbreviations should be spelt out when first used and thereafter used consistently, e.g. 'intravenous (IV)' or 'Department of Health (DoH)'.

Scientific measurements must be expressed in SI units except: blood pressure (mmHg) and haemoglobin (g/dl). Litres is denoted with a lowercase 'l' e.g. 'ml' for millilitres). Units should be preceded by a space (except for %), e.g. '40 kg' and '20 cm' but '50%'. Greater/smaller than signs (> and 40 years of age'. The same applies to \pm and $^{\circ}$, i.e. '35 \pm 6' and '19 $^{\circ}$ C'.

Numbers should be written as grouped per thousand-units, i.e. 4 000, 22 160...

Quotes should be placed in single quotation marks: i.e. The respondent stated: '...' Round **brackets** (parentheses) should be used, as opposed to square brackets, which are reserved for denoting concentrations or insertions in direct quotes.

General formatting The manuscript must be in Microsoft Word or RTF document format. Text must be single-spaced, in 12-point Times New Roman font, and contain no unnecessary formatting (such as text in boxes, with the exception of Tables).

ILLUSTRATIONS AND TABLES

If tables or illustrations submitted have been published elsewhere, the author(s) should provide consent to republication obtained from the copyright holder.

Tables may be embedded in the manuscript file or provided as '**supplementary files**'. They must be numbered in Arabic numerals (1,2,3...) and referred to consecutively in

the text (e.g. 'Table 1'). Tables should be constructed carefully and simply for intelligible data representation. Unnecessarily complicated tables are strongly discouraged. Tables must be cell-based (i.e. not constructed with text boxes or tabs), and accompanied by a concise title and column headings. Footnotes must be indicated with consecutive use of the following symbols: * † ‡ § ¶ || then ** †† ‡‡ etc.

Figures must be numbered in Arabic numerals and referred to in the text e.g. '(Fig. 1)'. Figure legends: Fig. 1. 'Title...' All illustrations/figures/graphs must be of **high resolution/quality**: 300 dpi or more is preferable, but images must not be resized to increase resolution. Unformatted and uncompressed images must be attached individually as '**supplementary files**' upon submission (not solely embedded in the accompanying manuscript). TIFF and PNG formats are preferable; JPEG and PDF formats are accepted, but authors must be wary of image compression. Illustrations and graphs prepared in Microsoft Powerpoint or Excel must be accompanied by the original workbook.

REFERENCES

References must be kept to a maximum of 15. Authors must verify references from original sources. *Only complete, correctly formatted reference lists will be accepted.* Reference lists must be generated manually and **not** with the use of reference manager software. Citations should be inserted in the text as superscript numbers between square brackets, e.g. These regulations are endorsed by the World Health Organization,^[2] and others.^[3,4-6] All references should be listed at the end of the article in numerical order of appearance in the **Vancouver style** (not alphabetical order). Approved abbreviations of journal titles must be used; see the List of Journals in Index Medicus. Names and initials of all authors should be given; if there are more than six authors, the first three names should be given followed by et al. First and last page, volume and issue numbers should be given.

Wherever possible, references must be accompanied by a digital object identifier (DOI) link and PubMed ID (PMID)/PubMed Central ID (PMCID).

Authors are encouraged to use the DOI lookup service offered by **CrossRef**.

Journal references: Price NC, Jacobs NN, Roberts DA, et al. Importance of asking about glaucoma. *Stat Med* 1998;289(1):350-355. [<http://dx.doi.org/10.1000/hgjr.182>] [PMID: 2764753]

Book references: Jeffcoate N. Principles of Gynaecology. 4th ed. London: Butterworth, 1975:96-101. *Chapter/section in a book:* Weinstein L, Swartz MN. Pathogenic Properties of Invading Microorganisms. In: Sodeman WA jun, Sodeman WA, eds. Pathologic Physiology: Mechanisms of Disease. Philadelphia: WB Saunders, 1974:457-472.

Internet references: World Health Organization. The World Health Report 2002 - Reducing Risks, Promoting Healthy Life. Geneva: World Health Organization, 2002. <http://www.who.int/whr/2002> (accessed 16 January 2010).

Other references (e.g. reports) should follow the same format: Author(s). Title. Publisher place: publisher name, year; pages. Cited manuscripts that have been accepted but not yet published can be included as references followed by '(in press)'. Unpublished observations and personal communications in the text must not appear in the reference list. The full name of the source person must be provided for personal communications e.g. '...(Prof. Michael Jones, personal communication)'.

PROOFS

A PDF proof of an article may be sent to the corresponding author before publication to resolve remaining queries. At that stage, **only** typographical changes are permitted; the corresponding author is required, having conferred with his/her co-authors, to reply within 2 working days in order for the article to be published in the issue for which it has been scheduled.

CHANGES OF ADDRESS

Please notify the Editorial Department of any contact detail changes, including email, to facilitate communication.

CPD POINTS

Authors can earn up to 15 CPD CEUs for published articles. Certificates may be requested after publication of the article.

CHARGES

There is no charge for the publication of manuscripts.

Please refer to the section on '*Guidelines*' regarding the publication of supplements, where a charge may be applicable.

Submission Preparation Checklist

As part of the submission process, authors are required to check off their submission's compliance with all of the following items, and submissions may be returned to authors that do not adhere to these guidelines.

1. Named authors consent to publication and meet the requirements of authorship as set out by the journal.
2. The submission has not been previously published, nor is it before another journal for consideration.
3. The text complies with the stylistic and bibliographic requirements in **Author Guidelines**.
4. The manuscript is in Microsoft Word or RTF document format. The text is single-spaced, in 12-point Times New Roman font, and contains no unnecessary formatting.
5. Illustrations/figures are high resolution/quality (not compressed) and in an acceptable format (preferably TIFF or PNG). These must be submitted individually as 'supplementary files' (not solely embedded in the manuscript).
6. For illustrations/figures or tables that have been published elsewhere, the author has obtained written consent to republication from the copyright holder.
7. Where possible, references are accompanied by a digital object identifier (DOI) and PubMed ID (PMID)/PubMed Central ID (PMCID).
8. An abstract has been included where applicable.
9. The research was approved by a Research Ethics Committee (if applicable)
10. Any conflict of interest (or competing interests) is indicated by the author(s).

Copyright Notice

The *South African Medical Journal (SAMJ)* reserves copyright of the material published. The work is licensed under a Creative Commons Attribution - Noncommercial Works License. Material submitted for publication in the *SAMJ* is accepted provided it has not been published or submitted for publication elsewhere. The *SAMJ* does not hold itself responsible for statements made by the authors.

Privacy Statement

The *SAMJ* is committed to protecting the privacy of the users of this journal website. The names, personal particulars and email addresses entered in this website will be used only for the stated purposes of this journal and will not be made available to third parties without the user's permission or due process. Users consent to receive communication from the *SAMJ* for the stated purposes of the journal. Queries with regard to privacy may be directed to publishing@hmpg.co.za .

ANEXO E – Diretrizes do Periódico *Journal of Interpersonal Violence*

Manuscripts should be submitted electronically to <http://mc.manuscriptcentral.com/jiv> where authors will be required to set up an online account on the SageTrack system powered by ScholarOne. Manuscripts should not exceed 22 typed double-spaced pages, including references, tables, and figures. References must conform to the *Publication Manual of the American Psychological Association* (Sixth Edition). All artwork must be camera-ready. Authors should include their name, affiliation, mailing address, email address, telephone number, and a brief biographical statement on a separate title page. Each manuscript should include an abstract and 3-5 keywords. Submission of a manuscript implies commitment to publish in the journal. Authors submitting manuscripts to the journal should not simultaneously submit them to another journal, nor should manuscripts have been published elsewhere in substantially similar form or with substantially similar content. Authors in doubt about what constitutes prior publication should consult the editor.

Manuscript Preparation

The manuscript should include four major sections (in this order): Title Page, Abstract, Main Body, and References.

Sections in a manuscript may include the following (in this order): (1) Title page, (2) Abstract, (3) Keywords, (4) Text, (5) Notes, (6) References, (7) Tables, (8) Figures, (9) Appendices, and (10) Author Biography

1. **Title page.** Please include the following:

- Full article title
- Acknowledgments and credits
- Each author's complete name and institutional affiliation(s)
- Grant numbers and/or funding information
- Corresponding author (name, address, phone/fax, e-mail)

2. **Abstract.** Print the abstract (150 to 250 words) on a separate page headed by the full article title. Omit author(s)'s names.

3. **Text.** Begin article text on a new page headed by the full article title.

a. Headings and subheadings. Subheadings should indicate the organization of the content of the manuscript. Generally, three heading levels are sufficient to organize text. Level 1 heading should be **Centered, Boldface, Upper & Lowercase**, Level 2 heading should be **Flush Left, Boldface, Upper & Lowercase**, Level 3 heading should be **Indented, boldface, lowercase paragraph heading that ends with a period**, Level 4 heading should be *Indented, boldface, italicized, lowercase paragraph heading that ends with a period*, and Level 5 heading should be *Indented, italicized, lowercase paragraph heading that ends with a period*.

b. Citations. **For each text citation there must be a corresponding citation in the reference list and for each reference list citation there must be a corresponding text citation. Each corresponding citation must have identical spelling and year.** Each text citation must include at least two pieces of information, author(s) and year of publication. Following are some examples of text citations:

(i) *Unknown Author*: To cite works that do not have an author, cite the source by its title in the signal phrase or use the first word or two in the parentheses. Eg. The findings are based on the study was done of students learning to format research papers ("Using XXX," 2001)

(ii) *Authors with the Same Last Name*: use first initials with the last names to prevent confusion. Eg. (L. Hughes, 2001; P. Hughes, 1998)

(iii) *Two or More Works by the Same Author in the Same Year*: For two sources by the same author in the same year, use lower-case letters (a, b, c) with the year to order the entries in the reference list. The lower-case letters should follow the year in the in-text citation. Eg. Research by Freud (1981a) illustrated that...

(iv) *Personal Communication*: For letters, e-mails, interviews, and other person-to-person communication, citation should include the communicator's name, the fact that it was personal communication, and the date of the communication. **Do not include personal communication in the reference list.** Eg. (E. Clark, personal communication, January 4, 2009).

(v) *Unknown Author and Unknown Date*: For citations with no author or date, use the title in the signal phrase or the first word or two of the title in the parentheses and use the abbreviation "n.d." (for "no date"). Eg. The study conducted by of students and research division discovered that students succeeded with tutoring ("Tutoring and APA," n.d.).

5. **Notes**. If explanatory notes are required for your manuscript, insert a number formatted in superscript following almost any punctuation mark. Footnote numbers should not follow dashes (—), and if they appear in a sentence in parentheses, the

footnote number should be inserted within the parentheses. The Footnotes should be added at the bottom of the page after the references. The word “Footnotes” should be centered at the top of the page.

6. References. Basic rules for the reference list:-

Ø The reference list should be arranged in alphabetical order according to the authors' last names.

Ø If there is more than one work by the same author, order them according to their publication date – oldest to newest (therefore a 2008 publication would appear before a 2009 publication).

Ø When listing multiple authors of a source use “&” instead of “and”.

Ø Capitalize only the first word of the title and of the subtitle, if there are one, and any proper names – i. e. only those words that are normally capitalized.

Ø Italicize the title of the book, the title of the journal/serial and the title of the web document.

Ø Manuscripts submitted to *Journal of Interpersonal Violence (JIV)* should strictly follow the APA manual (6th edition).

Ø Every citation in text must have the detailed reference in the Reference section.

Ø Every reference listed in the Reference section must be cited in text.

Ø Do not use “et al.” in the Reference list at the end; names of all authors of a publication should be listed there.

Here are a few examples of commonly found references. For more examples please check APA(6th Ed).

- Books:

Book with place of publication-- Airey, D. (2010). Logo design love: A guide to creating iconic brand identities. Berkeley, CA: New Riders.

Book with editors & edition-- Collins, C., & Jackson, S. (Eds.). (2007). Sport in Aotearoa/New Zealand society (2nd ed.). South Melbourne, Australia: Thomson.

Book with author & publisher are the same-- MidCentral District Health Board. (2008). District annual plan 2008/09. Palmerston North, New Zealand: Author.

Chapter in an edited book-- Dear, J., & Underwood, M. (2007). What is the role of exercise in the prevention of back pain? In D. MacAuley & T. Best (Eds.), *Evidence-based sports medicine* (2nd ed., pp. 257-280). Malden, MA: Blackwell.

· Periodicals:

Journal article with more than one author (print)-- Gabbett, T., Jenkins, D., & Abernethy, B. (2010). Physical collisions and injury during professional rugby league skills training. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 13(6), 578-583.

Journal article – 8 or more authors-- Crooks, C., Ameratunga, R., Brewerton, M., Torok, M., Buetow, S., Brothers, S., ... Jorgensen, P. (2010). Adverse reactions to food in New Zealand children aged 0-5 years. *New Zealand Medical Journal*, 123(1327). Retrieved from <http://www.nzma.org.nz/journal/123-1327/4469/>

· Internet Sources:

Internet – no author, no date-- Pet therapy. (n.d.). Retrieved from http://www.holisticonline.com/stress/stress_pet-therapy.htm

Internet – Organisation / Corporate author-- SPCA New Zealand. (2011). *Your dog may be dying from the heat* [Press release]. Retrieved from

<http://www.rnzspca.org.nz/news/press-releases/360-your-dog-may-be-dying-from-the-heat>

- Examples of various types of information sources:

Act (statute / legislation)-- Copyright Act 1994. (2011, October 7). Retrieved from <http://www.legislation.govt.nz>

Blog post-- Liz and Ellory. (2011, January 19). The day of dread(s) [Blog post]. Retrieved from

<http://www.travelblog.org/Oceania/Australia/Victoria/Melbourne/St-Kilda/blog-669396.html>

Brochure / pamphlet (no author)-- *Ageing well: How to be the best you can be* [Brochure]. (2009). Wellington, New Zealand: Ministry of Health.

Conference Paper-- Williams, J., & Seary, K. (2010). Bridging the divide: Scaffolding the learning experiences of the mature age student. In J. Terrell (Ed.), *Making the links: Learning, teaching and high quality student outcomes*. Proceedings of the 9th

Conference of the New Zealand Association of Bridging Educators (pp. 104-116). Wellington, New Zealand.

DVD / Video / Motion Picture (including Clickview & Youtube)-- Gardiner, A., Curtis, C., & Michael, E. (Producers), & Waititi, T. (Director). (2010). *Boy: Welcome to my interesting world* [DVD]. New Zealand: Transmission.

Magazine-- Ng, A. (2011, October-December). Brush with history. *Habitus*, 13, 83-87.

Newspaper article (no author)-- Little blue penguins homeward bound. (2011, November 23). *Manawatu Standard*, p. 5

Podcast (audio or video)-- Rozaieski, B. (2011). *Logan cabinet shoppe: Episode 37: Entertainment center molding* [Video podcast]. Retrieved from <http://blip.tv/xxx>

Software (including apps)-- UBM Medica. (2010). iMIMS (Version1.2.0) [Mobile application software]. Retrieved from <http://itunes.apple.com>

Television programme-- Flanagan, A., & Philipson, A. (Series producers & directors). (2011). *24 hours in A & E* [Television series]. Belfast, Ireland: Channel 4.

Thesis (print)-- Smith, T. L. (2008). *Change, choice and difference: The case of RN to BN degree programmes for registered nurses* (Master's thesis). Victoria University of Wellington, Wellington, New Zealand.

Thesis (online)-- Mann, D. L. (2010). *Vision and expertise for interceptive actions in sport* (Doctoral dissertation, The University of New South Wales, Sydney, Australia). Retrieved from <http://handle.unsw.edu.au/1959.4/44704>

IMPORTANT NOTE: To encourage a faster production process of your article, you are requested to closely adhere to the points above for references. Otherwise, it will entail a long process of solving copyeditor's queries and may directly affect the publication time of your article.

7. Tables. They should be structured properly. Each table must have a clear and concise title. When appropriate, use the title to explain an abbreviation parenthetically. Eg. *Comparison of Median Income of Adopted Children (AC) v. Foster Children (FC)*. Headings should be clear and brief.

8. Figures. They should be numbered consecutively in the order in which they appear in the text and must include figure captions. Figures will appear in the published article in the order in which they are numbered initially. The figure resolution should be 300dpi at the time of submission.

IMPORTANT: PERMISSION- *The author(s) are responsible for securing permission to reproduce all copyrighted figures or materials **before** they are published in (JIV). A copy of the written permission must be included with the manuscript submission.*

9. **Appendices.** They should be lettered to distinguish from numbered tables and figures. Include a descriptive title for each appendix (e.g., “Appendix A. Variable Names and Definitions”). Cross-check text for accuracy against appendices.

10. **Author Biography.** Biographical statements for each author of not more than 50 words.

Any further questions can be directed to jiv@u.washington.edu.